

SUNA UYSAL YALÇIN
İSTANBUL
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA

DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2020



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**PSİKİYATRİ HASTALARINDA FİZİKSEL SAĞLIĞIN
GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN DANIŞMANLIK
ROLÜNÜN ETKİSİ**

SUNA UYSAL YALÇIN

**DANIŞMAN
PROF.DR. HÜLYA BİLGİN**

**RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ AD
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI**

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI

Bu çalışma 30.12.2020 tarihinde aşağıdaki juri tarafından Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı, Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JURİSİ**Prof Dr Hülya Bilgin**

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Florence Nightingale Hemşirelik Fakóltesi

Prof Dr Leyla Küçük

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Florence Nightingale Hemşirelik Fakóltesi

Doç Dr şeyda Özcan

Koç Üniversitesi

Hemşirelik Fakóltesi

Prof Dr Gül Ünsal

Marmara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakóltesi

Doç Dr Gülgün Durat

Sakarya Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakóltesi

BEYAN

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



Suna UYSAL YALÇIN

İTHAF

Kızlarım Defne ve Derin'e



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim hayatım boyunca bilgi ve deneyimleri ile akademik ve kişisel gelişimime katkı sağlayan, beni her aşamada içtenlikle destekleyen, farklı bakış açıları ile hayata bakmamı sağlayan, öğrencisi olmaktan her daim gurur duyduğum, çok değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Hülya BİLGİN'e,

Lisansüstü eğitimimde ve doktora tez sürecimde bilgi ve tecrübeleri ile katkı sağlayan tez izleme komite üyesi Sayın Prof. Dr. Leyla ÜÇÜK'e, verdiği değerli önerileri ve deneyimleri ile tezimi zenginleştirmemi sağlayan tez izleme komitesi üyesi Sayın Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN'a,

Hayatımın her aşamasında sevgisi, ilgi, anlayışı ve sabrı ile destek olan, akademik gelişimime katkı sağlayan, bilgi ve tecrübelerini içtenlikle paylaşan, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum arkadaşım Zeynep ÖZASLAN'a,

Mesleki ve eğitim hayatımda altın dokunuşları olan Sayın Prof Dr Nazan AYDIN, Uzman Dr Şahap ERKOÇ, Hemşire Hafize GENÇ, Hemşire Satı KIŞIOĞLU, Uzman hemşire Sakine KÜCE, hemşire Münevver AKIN ve Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına,

Eğitim ve akademik hayatım boyunca gelişimime katkıda bulunan tüm hocalarıma,

Tez veri toplama sürecimde desteklerini esirgemeyen Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin tüm ekibine,

Bu süreçte ilgi ve anlayışlarını esirgemeyen, birlikte gülüp, birlikte üzüldüğüm arkadaşlarım Gizemnur TORUN ve Hande ALBAYRAK'a,

Hayatımın her aşamasında beni destekleyen, varlıklarına her saniye şükran duyduğum kızlarım, eşim, annem, babam ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	x
ÖZET	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel Sağlık	5
2.1.1. Fiziksel Sağlık Sorunlarının Kapsamı.....	5
2.1.2. Fiziksel Sağlık Sorunlarının Etyolojisi ve Epidemiyolojisi	8
2.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel Sağlık Sorunlarının Yönetimi ...	10
2.2.1. Fiziksel Sağlık Sorunlarının Giderilmesinde Etkili Modeller.....	11
2.3. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel Sağlığın Geliştirilmesinde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresi'nin Danışmanlık Rolü	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	16
3.2. Araştırma Değişkenleri:	16
3.3. Araştırma Hipotezi.....	16
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	17
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	17
3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçları	19
3.7. Araştırma Süreci	23
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.9. Verilerin Analizi:	28
3.10. Araştırmada Sınırlılıklar ve Güçlü Yanlar	29
4. BULGULAR.....	30

4.1. Bireysel-Sağlık/ Hastalık ile İlişkili Özellikler ve Algılamalar Profili.....	31
4.2. Fiziksel Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi -Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırmalar.....	34
4.3. Fiziksel Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi - Katılımcıların Geribildirimleri.....	46
5. TARTIŞMA.....	48
5.1. Katılımcıların Bireysel ve Sağlık/Hastalık İle İlişkili Özellikleri-Algılamaları ..	48
5.2. Katılımcıların Fiziksel Sağlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi -Grup İçi Ve Gruplararası Karşılaştırmaların Tartışılması	50
5.3. Katılımcıların Fiziksel Sağlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi-Geribildirimlerin Tartışılması.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
6.1. SONUÇLAR.....	57
6.2. ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR	58
FORMLAR	67
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	100
ÖZGEÇMİŞ	88

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1 Çalışma gruplarında, Egzersiz Değişim Süreci, Öz-etkililik ve Karar Alma Ölçekleri güvenilirlik katsayılarının incelenmesi	21
Tablo 3-2 Egzersiz Değişim Aşamaları İçin Hedefler Süreçler ve Stratejiler	26
Tablo 4-1 Katılımcıların Bireysel Özellikleri (n=61)	31
Tablo 4-2 Katılımcıların Fiziksel Sağlık ile İlgili Özellikleri (n=61).....	32
Tablo 4-3 Katılımcıların psikiyatrik hastalık ile ilgili özellikleri (n=61)	33
Tablo 4-4 Egzersiz Değişim Aşaması Ölçeği- Gruplararası Karşılaştırma (n=61)	35
Tablo 4-5 Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği (EDSÖ) Puanı ve EDSÖ-Bilişsel ve Davranışsal Süreçler Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması-Gruplararası ve Grup İçi (n=61).....	36
Tablo 4-6 ‘Egzersiz Öz-Etkililik Ölçeği’ Puanı ve ‘Egzersiz Karar Alma Ölçeği’ Yarar ve Zarar Algısı Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması-Gruplararası ve Grup İçi (n=61)	41
Tablo 4-7 Metabolik Sağlık Göstergelerine Ait Ortalamaların Karşılaştırılması-Gruplararası ve Grup İçi (n=61)	43
Tablo 4-8 Deney Grubunda Zamana Göre Adım Sayılarının Karşılaştırılması	45
Tablo 4-9 Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi-Psikiyatri Hastaların Geribildirimleri	46

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1 Fiziksel Sağlık Sorunları ile İlişkili Faktörler	9
Şekil 3-1 Araştırmanın Uygulama Şeması.....	19

RESİMLER LİSTESİ

Resim 3-1 Adımsayar	22
Resim 3-2 Baskül.....	23



SEMBOLLER / KISALTMALAR LISTESİ

AKŞ: Açlık Kan Şekeri

Ark: Arkadaşları

BKI: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EDSÖ: Egzersiz Değişim Süreçleri Ölçeği

EKAÖ: Egzersiz Karar Alma Ölçeği

EÖEÖ: Egzersiz Öz Etkililik Ölçeği

HDL: High Density Lipoprotein

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TTM: Transteoretik Model

ÖZET

Uysal Yalçın, S. (2020). Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği AD, Doktora Tezi, İstanbul.

Psikiyatri hastalarında, antipsikotik ilaçların yan etkisi, psikozun negatif belirtileri, sağlıksız yaşam tarzı gibi faktörler nedeniyle metabolik ve kardiyovasküler hastalıklar genel nüfusa göre iki kat daha fazla görülmektedir. Randomize kontrol gruplu, deneysel çalışmamızda amaç, psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumlarının geliştirilmesinde psikiyatri hemşiresinin danışmanlık rolünün etkisini Transteoretik Model aracılığıyla belirlemektir.

Araştırmanın evrenini, Kocaeli’nde bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı 396 hasta, örnekleme ise deney ve kontrol gruplarına dahil 61 hasta oluşturdu. Veriler; ‘Bilgi Formu’, ‘Egzersiz Değişim Aşamaları Ölçeği’, ‘Egzersiz Değişim Süreçleri Ölçeği’, ‘Egzersiz Öz-etkililik Ölçeği’, ‘Egzersiz Karar Alma Ölçeği’, ‘Değişim Aşamalarına Göre Egzersiz’ broşürü, ‘Benim Fiziksel Sağlığım’, ‘Katılımcı Deneyim Formu’ kullanılarak toplandı. Veri analizinde, tanımlayıcı (frekans, ortalama, standart sapma) ve çıkarımsal istatistikler kapsamında parametrik ve nonparametrik testler ve analizler kullanıldı.

Deney grubunda girişim sonrası “hazırlık” aşamasındaki katılımcıların oranı yükselirken (n=15-%48,4), kontrol grubunda “hazırlık” aşamasındaki katılımcı oranı aynı kaldı (n=8, %26,7). Grup içi karşılaştırmada deney grubunun, son test ve izlem uygulamasında ‘Egzersiz Değişim Süreçleri Ölçeği’ ($\chi^2=27,670$; $p=0,000$), ‘Egzersiz Öz-Etkililik Ölçeği’ ($\chi^2=35,188$; $p=0,000$) ve ‘Egzersiz Karar Alma Ölçeği- Yarar Algısı’ ($\chi^2=39,056$; $p=0,000$) puanlarında ön test uygulamasına kıyasla artış olduğu görüldü. Deney grubunun kan şekeri, beden kitle indeksi, kolesterol ve bel çevresi ortalama değerlerinde, zamana göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$), kontrol grubunda, beden kitle indeksi ve bel çevresi ortalama değerlerinde artış oldu ($p<0,05$).

Sonuç olarak, psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumlarının (egzersiz kapsamında) geliştirilmesinde psikiyatri hemşirelerinin Transteoretik Model aracılığıyla gerçekleştirdiği danışmanlık rolü etkili oldu. Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin egzersiz yapma durumları psikiyatri hemşiresi tarafından geliştirilebilir, böylece, fiziksel hastalıklarla ilişkili riskler olabildiğince azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Egzersiz, fiziksel sağlık, psikiyatrik bozukluğu olan hasta, Transteoretik Model

ABSTRACT

Uysal Yalçın, S. (2020). The Effect of Counseling Role of Nurses in Improving Physical Health in Patients with Psychiatric Disorders. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Doctorate Dissertation. İstanbul.

In psychiatric patients, due to factors such as side effects of antipsychotic drugs, negative symptoms of psychosis, unhealthy lifestyle, metabolic and cardiovascular diseases are twice as common as in the general population and life expectancy is less than 20%. The aim of this experimental study with randomized-controlled design, was to determine the effect of the counseling role of the psychiatric nurse in improving the physical health status of patients with psychiatric disorders through the Transtheoretic Model.

The population of this study consisted of 396 patients in a Community Mental Health Center in Kocaeli whereas the sample was comprised of a total of 61 patients included in the experimental and control groups. The study data were collected by using 'Information Form', 'Exercise Change Stages Scale', 'Exercise Processes of Change Scale', 'Exercise Self-Efficacy Scale', 'Exercise Decisional Balance Scale', 'Exercise According to the Change Stages brochure', 'My Physical Health', 'Participant Experience Form'. For data analysis, parametric and non-parametric tests and inferential statistics were used.

It was found that the proportion of participants in the "preparation" phase after the intervention increased ($n = 15-48.4\%$) in the experimental group, while the rate of participants in the "preparation" phase remained the same in the control group ($n = 8, 26.7\%$). The in-group comparisons according to the pretest to posttest and follow-up scores of the experiment group indicated an increase in the 'Exercise Processes of Change Scale' ($\chi^2=27,670$; $p=0,000$), 'Exercise Self-Efficacy Scale' ($\chi^2=35,188$; $p=0,000$) and 'Exercise Decision-Making Scale'-Perception of Benefit' ($\chi^2=39,056$; $p=0,000$) scores. While no statistically significant difference was found in the mean values of blood glucose, body mass index, cholesterol level, waist circumference according to time ($p > 0.05$), a significant difference was found in the control group, in the mean values of body mass index and waist circumference ($p < 0.05$).

As a result, it was observed that the counseling role of psychiatric nurses through Transtheoretic Model was effective in improving the physical health conditions of patients with psychiatric disorders (within the scope of exercise). Exercise conditions of people with psychiatric disorders can be improved by the psychiatric nurse and it would be useful to reduce the risks for their physical illness as much as possible.

Keywords: Exercise, physical health, patient with mental illness, Transtheoretic Model

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikiyatri hastalarının genel nüfusa göre yaşam beklentisi %20 daha düşüktür (Carney ve ark 2017, Shuel ve ark 2009, Happel ve ark 2019, Speyer ve ark 2016). Bunun sebepleri arasında, psikiyatri hastalarında sosyal dışlanma, alkol sigara kullanımı gibi olumsuz yaşam tarzları ve antipsikotik ilaç kullanımına bağlı obezite, yetersiz beslenme, egzersiz yapmama, uyku düzensizliği gibi olumsuz fiziksel davranışlar; lipit düzeylerinde yükselme, tip 2 diyabet ve kardiovasküler hastalık riski yüksekliği yaygındır (Carney ve ark 2017, Happel ve ark 2012a, Nash 2014, White ve ark 2009, Anastopoulou ve ark 2017). Antipsikotik ilaçların yan etkisine bağlı sedasyon ve psikozun negatif belirtileri, hastaların egzersiz yapma yeteneğini ve motivasyonunu azaltmaktadır (Blythe ve White 2012, Happel ve ark 2012a). Olumsuz fiziksel davranışların ve fiziksel hastalıkların fazla görülmesine bağlı olarak, psikiyatri hastalarında ölümler genel popülasyona göre 2 kat daha fazla görülmektedir. Ölümlere neden olan en önemli hastalıklar metabolik ve kardiyovasküler hastalıklardır (Blythe ve White 2012, Carney ve ark 2017, Osborn ve ark 2010).

Psikiyatri alanında çalışan hemşire ve hekim tarafından fiziksel sağlığın önemsenmemesi, aile hekimlerinin ya da diğer branşlardaki hekimlerin (dahiliye, fizik tedavi, diş vs) psikiyatri hastalarına bakım vermede isteksizliği, hastaların tıbbi problemlerini açıklayamama durumları, zaman ve kaynağın yetersiz olması, ve yaşam tarzını değiştirmeye yönelik zorluklar fiziksel sağlık bakımının sağlanmasında engel oluşturmaktadır (Osborn ve ark 2010). Bu bağlamda psikiyatri hemşiresi bütüncül bakım yaklaşımıyla, danışmanlık rolünü de gerçekleştirerek, hastaların fiziksel sağlığını iyileştirmede ve korumada anahtar bir role sahiptir (Happel ve ark 2012). Kan basıncı, kan şekeri kontrolü, kilo takibi yapmak gibi mesleki görevleri arasında yer alan işlemler; alkol sigara kullanımı, diyabet, bulaşıcı hastalıklar, beslenme gibi sağlıklı yaşamı sürdürmede temel konularda eğitim alınması, hastaların fiziksel sağlığının korunması ve geliştirilmesinde sağlık davranışlarının değişimine büyük katkı sağlamaktadır (Happel ve ark 2012b, Osborn ve ark 2010, Speyer ve ark 2016).

Psikiyatri hastalarında fiziksel hareketsizliğin yaygın olarak görülmesinde, depresyon, düşük benlik saygısı, sosyal geri çekilme gibi semptomlar rol oynamaktadır (Gorczynski ve Faulkner 2010). Düzenli egzersiz programları, bu semptomların

yatışmasında ve fiziksel sağlık durumunun gelişmesinde olumlu katkılar sağlanmaktadır. Yapılan bir sistematik incelemede, şizofreni hastalarında egzersiz programlarının mümkün olduğu ve ruhsal- fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkileri olabileceği sonucuna varılmıştır (Gorczyński ve Faulkner 2010). Danışmanlık yoluyla düzenli fiziksel egzersiz, bireylerde pozitif zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçlarını teşvik edebileceği açıktır.

Psikiyatri hemşiresinin danışmanlık rolü ile hastalara destek olmak, fikir vermek, davranışlarda değişiklik meydana getirmek için eğitim vermek, bilgi paylaşımında bulunmak da dahil olmak üzere bir dizi hizmet sunmada bu rolünü etkin kullanabilir (ARNNL 2008). Bu rolünü gerçekleştirmede, sağlık davranış değişiminde bilimsel temelli modellerden yararlanılmaktadır: ‘Transtoretik Model (TTM)’, ‘Sağlık İnanç Modeli’, ‘Sosyal Bilişsel Teori’, ‘Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli’ gibi teori ve modeller kullanılmaktadır (Davies ve ark. 2010, Webb ve ark 2010). Belirtilen model ve teori içerisinde en yaygın olarak kullanılan modellerden biri olan TTM, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için toplum temelli birçok çalışmada (Erol ve Erdoğan 2007) test edilmiştir. Sağlık davranışı ile ilgili sigara bırakma, kilo yönetimi, stres yönetimi, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz gibi alanlarda rehberlik sağlayarak kolayca uygulanabilmektedir (Prochaska ve ark 2013, <https://www.prochange.com/behavior-change-products> Erişim tarihi: 09.01.2018). Psikolog James Prochaska ve Carlo Diclemente (1982) tarafından geliştirilen TTM, davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, davranış değişimini sağlamak için değişim aşamasına uygun olan ve kişiye özgü planlanan girişimler kullanılması gerektiğini savunur (Erol ve Erdoğan 2007). Bireyde davranış değişikliğinin, gönüllülük esasına dayandığını (Prochaska ve DiClemente 1982) ve davranış değişiminin aşama aşama gelişen bir değişim süreci olduğunu belirtmektedir (Tosun ve Zincir 2016). Model aşamaları düşünme, düşünme), hazırlık , hareket/eylem,sürdürme şeklindedir (Prochaska ve ark. 1994, Prochaska ve Velicer 1997, Prochaska ve ark. 2008, Zhu ve ark 2014Davis ve ark 2016,). Model aynı zamanda davranış değiştirmeye çalışılırken, karşılaşılan engellerin, değişim sürecindeki aşamalara göre farklılık göstereceğini, müdahalelerin, bireyin mevcut değişim aşamasına uyarlandıklarında etkili olacağını önermektedir (Bridle ve ark 2005).

Modelde değişim aşamaları kadar değişim süreçleri de önemlidir ve bu değişim süreçlerinin içeriğini davranışsal ve deneyimsel durumlar oluşturmaktadır. Deneyimsel süreçler; davranışla ilgili düşünceleri, duyguları veya algıları içerir (örneğin, aktif olmamak

ve bu konudaki duygularını deneyimlemek gibi). Bu duygu ve algı süreçleri; ‘bilinçlenme (farkındalığın artması), duygusal uyarılma, çevreyi yeniden değerlendirme, sosyal özgürleşme-çevresel fırsatlar’dır. Davranışsal süreçler ise; (gözlemlenebilir, sosyal / durumsal stratejiler), çevresel ipuçlarının kontrol edilmesini veya sosyal desteğin kullanılmasını kapsamaktadır (Romain ve ark 2018). Bu süreçte; ‘uyaranların kontrolü, destekleyici ilişkiler, karşıt koşullanma (yerine koyma), güçlendirme, kendisi ile anlaşma’ yer almaktadır (Romain ve ark 2018, Johnson ve ark 2016). Bu süreçlerin değerlendirilmesinde, karar alma ölçeği, öz-etkililik ve teşvik eden faktörler ölçeği kullanılmaktadır (Velicer ve ark. 2000, Johnson ve ark 2016, Davis ve ark 2016).

Maliyet açısından uygun ve elverişli olan TTM, bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını kazanması açısından hemşirelere rehberlik ettiği belirtilmektedir (Prochaska ve DiClemente 1982, Erol ve Erdoğan 2007). Değişim aşamasının farklı aşamalarında olan bireyleri tanılamak, bireye özgü hedef ve stratejiler ile hemşirelik girişimlerini planlamak ve girişimlerin etkisini değerlendirmek amacıyla hemşirelik bakımında bir çerçeve olarak kullanılması mümkündür (Erol ve Erdoğan 2007).

TTM'nin davranış değişiminin zorluğunun bilindiği psikiyatri hastalarında incelenmesine yönelik çalışmalar son yıllarda artmıştır. Tung ve ark (2005), ruhsal rahatsızlığı olan hastaların aile bakıcılarına TTM aracılığı ile fiziksel aktivite eğitimi vermiş ve öz etkililik düzeyinde anlamlı derecede artış bulmuştur. Nidecker ve ark (2009), TTM'nin ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerde madde kullanım bozukluğu üzerindeki etkisi kapsamında, hastalarda kokain kullanımının azalmasında etkili olduğunu göstermiştir. Anastopoulou ve ark (2017), psikiyatri hastalarının beslenme alışkanlıklarında TTM uygulaması ile değişim olup olmadığını değerlendirdikleri araştırmada, müdahale grubunun (n=30) sağlıklı beslenme davranışlarının düzenlenmesine yönelik olumlu bir davranış sergilediği, müdahale grubunda (n=30), kontrol grubu (n=30) hastaları ile karşılaştırıldığında, müdahale sonrası ağırlık kaybı olduğu saptanmıştır. Türkiye de ise psikiyatri hastaları ile TTM aracılığıyla yapılan bir çalışmaya henüz rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumlarının geliştirilmesinde psikiyatri hemşiresinin danışmanlık rolünün etkisini Transteoretik Model (TTM) aracılığıyla belirlemek amaçlanmıştır.

Psikiyatri hemşirelerinin TTM odaklı danışmanlık rolünü aktif bir şekilde kullanması ile psikiyatri hastalarında ihmal edilen bir alan olan fiziksel sağlığın

geliştirilmesinde bütüncül bir bakım sağlanabilecektir. Bu sayede, hastaların olumlu fiziksel davranışlardan biri olan egzersiz yapmaya başlamaları veya aktivite düzeylerini artırmaları ile iyilik hallerinin geliştirilmesine, yaşam beklentilerinin artırılmasına olanak sağlanacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel Sağlık

İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tanımlanan sağlık “Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir”. Tanımdan da anlaşıldığı gibi biyo-psiko-sosyal bir varlık olan insan fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlık yönünden tam bir bütünlük oluşturur. Çok boyutlu olan sağlığın bir alanında oluşan bozulma diğer alanların bozulma riskini arttırmaktadır (Chutto ve Chutto 2019).

Sağlıklı bir insanda bile fiziksel hastalıklara bağlı ölümler çok fazla iken, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde fiziksel hastalıkların görülmesi ve ağır seyretmesi şaşırtıcı değildir. Şizofreni, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk tanıları alan hastalar başta olmak üzere psikiyatri hastaları, genel popülasyondan 2-3 kat daha yüksek ortalama ölüm oranına sahiptir (Correll ve ark 2015, Scott ve ark 2016, Buhagiar ve ark 2020). Çünkü, psikiyatri hastalarının fiziksel hastalıkları birçok faktörün karmaşık etkileşimi ile ilişkilidir. Psikofarmakolojik tedavileri, sağlıksız yaşam tarzı seçimleri (sigara kullanma, sağlıksız beslenme vs) göz önüne alındığında, fiziksel sağlık morbiditesi açısından önemli bir risk grubunu oluştururlar. Risk faktörlerinin kombinasyonu, genel nüfusa göre yaşam beklentisinin azalmasında ve aşırı mortalite oranlarının görülmesine yol açmaktadır (Speyer ve ark 2016, Buhagiar ve ark 2020, Happel ve ark 2019).

Fiziksel sağlığı yetersiz olan psikiyatri hastalarında tıbbi yardım arama davranışı da yeterince iyi değildir (Byrne 2018). Psikiyatri hastalığı olmayan hastalar ile kıyaslandığında, aynı optimal sağlık bakımı alma standartlarına sahip olmalarına rağmen, tedavi edilmeyen ve tanı konmamış fiziksel hastalıkların oranları daha yüksektir (De hert ve ark 2011).

2.1.1. Fiziksel Sağlık Sorunlarının Kapsamı

Psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığı, önemli bir halk sağlığı konusu olmaya devam etmektedir (Speyer ve ark 2016, Pearsall ve ark 2019). Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı bireyler için standart mortalite oranı, genel nüfusun iki katıdır (Pearsall ve ark 2019). En sık görülen fiziksel sağlık sorunlarının yüksek düzeyde kardiyovasküler ve metabolik bozukluklar, diyabet ve solunum sistemi ile ilgili bozukluklar olduğu bilinmektedir (Pearsall ve ark 2019). Psikiyatri hastalarında yüksek intihar oranlarına ve diğer doğal olmayan ölüm nedenlerine rağmen, kardiyovasküler sistem bozukluklarına bağlı ölümler ilk sıradadır (Saha ve ark 2007, Olfson ve ark 2015, Speyer ve ark 2016, Correll ve ark 2017, Pearsall ve ark

2019) En sık görülen kardiyovasküler hastalık (KVH), koroner arter hastalığıdır. Koroner arter hastalığı için değişken ve değişken olmayan risk etmenleri iki gruba ayrılmaktadır (Demirel Döngel ve ark 2017). Yaş, cinsiyet, ailede kardiyovasküler hastalık öyküsünün olması gibi faktörler değişken olmayan risk etmenleri olarak sınıflandırılırken, değişken risk faktörleri olarak tanımlanan sigara içiciliği, hipertansiyon, diyabet, obezite, hiperlipidemi, dislipideminin prevalansı şizofreni tanılı bireylerde artmıştır (Correl ve ark. 2015, Speyer ve ark 2016, Demirel Döngel ve ark 2017, Osborn ve ark 2017). Şizofreni tanılı bireylerde değişken risk faktörleri psikiyatrik rahatsızlığı olmayan bireyler ile kıyaslandığında daha fazladır.

Psikotik hastalar için kullanılan ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar hastalarda iştah artışına bağlı olarak kilo alımına (Druss ve ark 2018), glikoz intoleransı, leptin ve insülin direnci, dislipidemi ve kalp fonksiyonunda değişikliklere neden olmaktadır (Druss ve ark 2018, Costa ve ark 2019). Aynı zamanda kilo alımı ile hipertansiyon arasında da doğrusal bir orantı vardır (Van Gaal 2006, Vancampfort ve ark 2016, Speyer ve ark 2016). Osborn ve ark (2017)'nin İngiltere'de yürüttüğü prospektif kohort çalışmada, ikinci kuşak antipsikotik grubu olan ziprasidon, ketiapin ve risperidon kullanan hastalar incelendiğinde, bu ilaçların kardiyovasküler hastalığa tek başına eşlik etmediği, bu ilaçları kullanan hastaların obez, dislipidemi, diyabet olmasının kardiyovasküler hastalık için risk oluşturduğu belirlenmiştir. Correl ve ark (2017)'nin metaanaliz çalışmasında, psikiyatri hastalarının KVH için % 53, KVH gelişimi için % 78 daha yüksek risk altında olduğu ve % 28'inde daha yüksek KVH ölüm riski saptanmıştır. Antipsikotik ilaç kullanımının daha yüksek KVH riski ile ilişkili olduğu literatürde bildirilmiştir (Correll, Detroux ve ark 2015, Correll, Joffe ve Rose 2015).

Diabetes Mellitus Tip-2, bozulmuş glukoz toleransı ve insülin direnci, şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk gibi psikiyatrik hastalığı olan bireylerde genel popülasyondaki bireylere göre daha sık görülmektedir (Çelik İnce ve ark 2017). Diyabet olma riski şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalar için yaklaşık iki kat, depresyonu olan hastalar için yaklaşık 1,5 kattır (WHO 2018b)

Psikiyatrik bozukluğu olmayan bireyler dahi diyabetini etkin yönetemezken, psikiyatri hastalarının diyabetini yönetememesi, öz bakımını yeterince sağlayamama olasılığı yüksektir. Halbuki özbakım aktiviteleri daha iyi metabolik kontrolü sağlar (Çelik İnce ve ark 2017). Metabolik kontrol yetersiz kaldığında hastaların yaşam kalitesi kötüye gider ve artmış hipergliseminin neden olduğu diyabet komplikasyonları (diyabetik nefropati,

retinopati, nöropati, kardiyovasküler hastalıklar, vb.) için risk yükselir. Chen ve ark (2014) tip 2 diabeti olan şizofreni hastalarının öz-yeterlik ve öz bakım davranışları ile tip 2 diabetli psikiyatrik tanı olmayan hastaları karşılaştırmış ve Tip 2 diabeti olan şizofreni hastalarının öz-yeterlik ve öz bakım puanlarının diğerlerine göre anlamlı derecede düşük olduğunu belirlemiştir.

Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin, fiziksel sağlık semptomları tanısız gölgelenme altında kaldığı için fiziksel sağlık sorunlarının teşhis ve tedavisinde yetersiz kalmaktadır (Williams ve ark 2019, Chuttoo ve Chuttoo 2019). Tanısız gölgelenme Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya'da dahil olmak üzere uluslararası düzeyde bildirilen küresel bir sorun olarak ele alınmaktadır (Williams ve ark 2019).

Son zamanlarda sağlık gündeminin bir parçası olarak psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin semptomlarının üzerine fiziksel hastalık yükünün de eklenmesiyle, bu alanda farkındalığı ve anlayışı artırma, stratejiler geliştirmede ivme hızlanmıştır (Zolezzi ve ark 2020). Ayrıca, psikiyatrik bozukluk tanımlı gençler arasında zayıf fiziksel sağlık varlığının, fiziksel hastalıkların önlenmesi ve fiziksel sağlığın teşviki için yapılacak müdahalelerin aciliyetinin de altı çizilmektedir (Lerbæk ve ark 2019, Chuttoo ve Chuttoo 2019).

Fiziksel sağlık bakımını değerlendirmede ağırlık, boy, bel çevresi ölçümü; vücut kitle indeksi (BMI) hesaplaması, kan basıncı izlemi, lipit profili, insülin direnci ve diyabet taraması, diş ve göz sağlık kontrolleri, hastanın diyet alımının kalitesinin izlenmesi, fiziksel aktivite seviyesi, alkol-madde kullanma ve sigara içme davranışı, cinsel sağlık gibi parametreler kontrol edilerek uzmanlaşmış hizmetlere yönlendirilme yapılmalıdır (Ganiyah ve ark 2017). Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin tanılanmasına ilişkin İngiltere'de uygulanan mevcut yönergede, Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence,2014), şizofreni tanımlı bireyler için açlık kan şekeri, HbA1c ve kan lipit seviyelerinin 12 hafta, 1 yıl ve daha sonra yılda bir kez ölçülmesi gerektiğini önermektedir. Bipolar bozukluğu olan bireyler için, izleme sıklığı belirtilmemiş olmasına rağmen, kilo ve diğer kardiyovasküler, metabolik morbidite göstergelerinin rutin olarak izlenmesi tavsiye edilmektedir. Beden kitle indeksi, bel çevresi, kan basıncı, mevcut ve önceki sigara içme durumu, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) ve yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) dahil olmak üzere lipitler, açlık glikoz ölçümü önerilmektedir. Bu tür riskli sağlık davranışlarına sahip psikiyatrik bozukluk tanımlı bireylerin fiziksel sağlık hizmetleri ihtiyacını gidermeye yönelik yönergelere rağmen, tıbbi yardım arama

davranışının azlığı sebebiyle, fiziksel sağlık hizmetlerinin optimal düzeyde sağlanmasını artırmak için yenilikçi stratejilere ihtiyaç duyulduğu bildirilmektedir (Byrne 2018).

2.1.2. Fiziksel Sağlık Sorunlarının Etyolojisi ve Epidemiyolojisi

Psikiyatri hastalarında sağlıksız yaşam tarzı yaygınlığı, psikiyatri hastalığı olmayan bireylere göre çok daha fazladır (Buhagiar ve ark 2020). Yetersiz fiziksel aktivite; aşırı kilo, obezite ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklara katkıda bulunan önemli bir risk faktörüdür (The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD),2018). Ayrıca, psikiyatri hastalarının sigara içme, sağlıksız yiyecekler tüketme gibi olumsuz sağlık davranışları, genel nüfus içindeki diğer insanlara göre daha yaygındır (Çelik İnce ve ark 2017, Drus ve ark 2018). Ek olarak hastaların kullandığı antipsikotik ilaçlarla oluşan sedasyon ve iştah artışı, psikiyatrik semptomlar ve metabolik problemler bireylerin sağlık ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Williams ve ark 2019). Bu bireylerin, diyet alışkanlıkları genellikle doymuş yağ ve şekerden (Firth ve ark 2018) yüksek enerjili yiyecekleri fazla miktarda tüketmeyi, lif, meyve ve sebze alımını düşük miktarda almayı kapsar (Costa ve ark 2019) (Şekil-1).

Motivasyon eksikliği, kararsızlık ve sosyal etkileşimlerde karşılaşılan zorluklar gibi belirtiler, psikiyatri hastalarının hastane başvurularını ertelemesine ya da randevulara gitmemesine neden olmakta ve fiziksel hastalığın tespitini ve tedavisini geciktirmektedir (Lerbæk ve ark 2019). Bir başka risk faktörü ise psikiyatri hastalarını desteklemek için toplum temelli bakımın yetersiz olması durumunda yaşanan sosyal izolasyondur (Thornicroft ve ark 2016) (Şekil-1).

Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel Sağlık Sorunları ile ilişkili Faktörler

Sağlıksız yaşam tarzı ile ilişkili faktörler	Hastalıkla ilişkili Faktörler	Tedaviyle ilişkili Faktörler	Sağlık Hizmetleri ile ilişkili faktörler
<ul style="list-style-type: none"> -Sigara kullanımı -Alkol madde kullanımı -Sağlıksız Beslenme -Yetersiz egzersiz -Kalitesiz uyku 	<ul style="list-style-type: none"> -Damgalanma -Sosyal destek eksikliği -Negativist düşünce -Motivasyon azlığı -Kararsızlık -Sosyal etkileşimde azalma 	<ul style="list-style-type: none"> -Psikofarmakolojik ilaçlar -Sedasyon -İştah artışı 	<ul style="list-style-type: none"> -Sağlık sigortası olmayışı -Bakım maliyeti -Hasta-sağlık personeli etkileşim yetersizliği -Sağlık personelinin zaman baskısı -Sağlık personelinin rollerinin farkında olmaması

Şekil 2-1 Fiziksel Sağlık Sorunları ile İlişkili Faktörler (Schebesch-Ruf ve ark 2019, Costa ve ark 2019, Bailey ve ark 2020)

Ayrıca, sağlık sektöründe kaynakların tahsisine ilişkin eşitsizlikler ve sağlık hizmeti sunumunun organizasyonundaki eksiklikler, psikiyatri hastalarında fiziksel hastalık tedavisine daha az erişime katkıda bulunan faktörler olarak tanımlanmaktadır (Lerbæk ve ark 2019). Son olarak, psikiyatri hastaları birinci basamak sağlık hizmetlerini daha az kullanmakta (Druss ve ark 2018), acil ve yatan hasta bakımını daha fazla kullanmaktadır. Bu durum düşük kaliteli tıbbi bakım, parçalanmış ve düzensiz hizmet alma riskini artırmaktadır (Druss ve ark 2018). Psikiyatri hastaları sağlık hizmetlerine geç başvurmakta ya da fiziksel hastalıkları psikiyatri hastalığının gölgesinde kalmaktadır (Nash 2014, Byrne 2018, Thornicroft ve ark 2016, Lerbæk ve ark 2019). Yani fiziksel hastalık belirtilerini psikiyatrik hastalıkla yanlış bir şekilde ilişkilendirmenin fiziksel hastalık sürecini, tanısını ve tedavisinde gecikmelere katkıda bulunan bir faktör olduğu ileri sürülmektedir (Nash 2014, Lerbæk ve ark 2019). Bunun olası nedenleri arasında sağlık uzmanları arasında psikiyatri hastalarına yönelik damgalanma ve olumsuz tutumlar belirtilmektedir (Nash 2014, Lerbæk ve ark 2019). Ayrıca hastaların sağlık sigortasının eksikliği ve bakım maliyeti, bakıma erişme ve önerilen tedavilere bağlı kalmayı zorlaştıran psikiyatrik hastalık belirtileri (Druss ve ark 2018), sağlık profesyonellerinin iş yükünün fazla olması nedeniyle zaman azlığı, klinik rollerde karmaşa yaşama, sağlık ekibi arasındaki iletişim zorlukları gibi olumsuzluklar çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır (Zolezzi ve ark 2020) (Şekil-1).

Psikiyatri hastalarında yüksek morbidite seviyeleri için yapılan açıklamalarda, genetik yatkınlık, ilaç yan etkileri, sağlıksız yaşam tarzları (sağlıksız beslenme, sedanter yaşam vb) üzerinde durulmaktadır ve bu durumlar fiziksel sağlığa olumsuz katkıda bulunmaktadır (Druss ve ark 2018).

Psikiyatri hastalarının obez olma olasılığı genel popülasyondan % 50 daha fazladır; farklı çalışmalar, psikiyatrik hastalığı olan kadınlarda obezite oranlarının yaklaşık % 50 ve psikiyatrik hastalığı olan erkeklerde yaklaşık % 30-40 arasında olduğunu bildirmiştir (WHO 2018b)

Crump ve ark. (2013) tarafından İsveç'te 8277 şizofreni tanılı birey ile gerçekleştirilen kohort çalışmada, en yüksek oranda görülen fiziksel hastalıklar, diyabet, pnömoni ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır. Piotrowski ve ark. (2017)'nin sistematik incelemesinde, 2009-2014 yılları arasında Kuzey ve Batı Avrupa ülkelerinde (Danimarka,

Birleşik Krallık, Finlandiya, İsveç, Norveç ve Hollanda) yaşayan şizofreni hastalarında ölüm nedenleri araştırılmış, kanser ve kardiyovasküler sistem hastalıkları başta gelmiştir. Shafie ve ark. (2018)'nin Singapur'da 110 şizofreni tanılı bireyle yaptığı çalışmada diabetes mellitus ve dislipidemi prevalansı sırasıyla % 19.1 ve % 62.7 olarak belirtilmiştir.

Pearsall ve ark (2019)'nın retrospektif olarak İskoçya'da yürüttüğü çalışmada 7718 hasta dosyası taranmış, % 16.9'unda önceki 2 yıl boyunca rutin kan izlenmesi kaydedilmediği görülmüştür. Bununla birlikte, erkek hastaların, 16-44 yaş arası genç hastaların, kolesterol, trigliserit ve glikoz ile hemoglobin testlerinin daha az incelendiği, hastaların % 8.0'inin diyabet tanılı olduğu ve lipit seviyelerinin yanısıra lipitle ilaç tedavisinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ülkemizde Demirel Döngel ve ark. (2018) tarafından 537 şizofreni hastası ile yürütülen çalışmada, hastaların %85,3'ünde en sık görülen fiziksel hastalık ağız-diş sağlığı problemleridir. %31,7'isi obez iken, %9,3'ünde diyabet saptanmıştır. İpekçioğlu ve Kök Kendirlioğlu (2019), klinikte vefat eden 45 şizofreni dosyasını incelemiştir; %37,8'inde (n=17) kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %33,3'ünde hipertansiyon, %17,8'inde (n=8) inme ve %17,8'inde (n=8) koroner arter hastalığı belirlenmiştir. Ayrıca, hastaların, %48,9'unun dolaşım sistemi, %33,3'ünün solunum sistemi hastalıkları, %13,3'ünün düşme-travmaya ikincil nedenlerle öldüğü saptanmıştır.

2.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel Sağlık Sorunlarının Yönetimi

Psikiyatrik hastalık tıbbi komorbidite ve erken mortalite arasındaki ilişki karmaşık ve çok faktörlüdür (APA 2016). Tedavideki ilerlemeler genel popülasyondaki tıbbi sonuçları büyük ölçüde iyileştirmiş olsa da, psikiyatri hastalarında geride kalmıştır (Druss ve ark 2018). Psikiyatrik bozukluğu olan bireyler, fiziksel hastalıklarını önceliklendirme, planlama, sağlıkla ilgili randevulara katılma ve iletişim kurma yeteneklerini engelleyen bilişsel bozukluklara sahip olabilmektedir (Chuttoo ve Chuttoo 2019). Ayrıca, fiziksel sağlıkla ilgili sorunlarını yönetmek için sağlık sisteminden yoğun desteğe ihtiyaç duyarlar (Nash 2014, Lerbæk ve ark 2019).

Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin yaşam beklentisini artırmanın önündeki en büyük engelin, bir bilgi boşluğu olmayan günümüzde uygulama boşluğu olduğu bilinmektedir (Happel ve ark 2019). Dolayısıyla, bu uygulama boşluğunu kapatmak için kanıta dayalı müdahalelere duyulan ihtiyaç bu popülasyonda bir aciliyet meselesidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2018a) tarafından hazırlanan rehberde, en iyi uygulama önerileri,

fiziksel sağlık bakımını yönetmenin karmaşıklığı ve kişi merkezli bir yaklaşım kullanarak uygulama ihtiyacının karşılanabileceği belirtilmektedir. Ayrıca DSÖ (2018b), özellikle psikiyatrik bozukluklarda fiziksel sağlık koşullarının yönetimi hakkında yayınladığı rehberde, fiziksel sağlığı geliştirmenin temel taşlarının, tütünün bırakılması, kilo yönetimi, madde kullanım bozuklukları, kardiyovasküler hastalıklar, diabetes mellitus, HIV/AIDS ve hepatit B/C gibi diğer bulaşıcı hastalıklar olduğu vurgulanmıştır.

Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde semptomların yönetilmesinde, geleneksel yöntemler olan psikoterapi ve farmakoterapilere ek olarak, fiziksel aktivite ve egzersiz, hem hastaların semptomlarını yatıştırmada hem de fiziksel sağlıklarını geliştirmektedir (Schebesch-Ruf ve ark 2019). Bununla beraber, değiştirilebilir dört riskli yaşam tarzı davranışı- tütün kullanımı, madde kullanımı, zayıf beslenme ve fiziksel aktivite eksikliği – psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde genel popülasyondan daha yüksek oranda görölmektedir; sonuç olarak bu bireylerin fiziksel sağlığını olumsuz etkilemekte ve istenmeyen/kötü sonuçlara neden olmaktadır (Druss ve ark 2018). Son araştırmalarda, sadece sağlıklı olmayı teşvik etmek için yaşam tarzı davranışını değiştirmeye odaklanan önleyici müdahalelerin etkili olmayacağı öne sürölmüştür (Jakobsen ve ark 2017, Speyer ve ark 2016). Müdahale çalışmalarına katılanların çoğunda kasıtlı bir kilo kaybını sağlıksız bir kilo artışı takip edebildiğinden, müdahale sona erdikten sonraki takiplerin de aynı derecede önemli olduğu vurgulanmaktadır (Speyer ve ark 2016). Çünkü yaşam tarzı değişiklikleri yapmayı başaramayan hastalarda utanç, yenilgi ve güçsüzlük gibi negatif duygular oluşmakta ve istenmeyen sonuçlar görölmektedir (Moltke, 2017). Stubbs ve ark. (2016) tarafından, fizyoterapistler ve egzersiz fizyologları ile gerçekteştirilen çalışmada, fiziksel aktivite programlarına uyumu artırmak için müdahalelerin her aşamada yapılması, hastaların takip edilmesi önerilmektedir. Fiziksel aktivite tercihleri aşışından, psikiyatri hastalarının yürüme ve tek başına- sabit zamanda yapılabilecek aktiviteleri tercih ettikleri ileri sürölmektedir (Fraser ve ark 2015).

2.2.1. Fiziksel Sağlık Sorunlarının Giderilmesinde Etkili Modeller

Fiziksel sağlığı iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla değiştirilebilir yaşam tarzlarını geliştirmeye (egzersiz, diyet gibi) rehberlik eden modellerin birincil amacı, hasta ve hasta yakınlarının karar almalarına ve öz bakım becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmaktır (Bridle ve ark 2005, Chen ve ark 2014)

Sağlık İnanç Modeli

Model, 1950'lerde Amerika Halk Sağlığı Servisi'ndeki sosyal psikologlar tarafından, insanların hastalığı önleme ve tespit etme programlarına katılmalarındaki yetersizliği ve başarısızlığı açıklamak için geliştirilmiştir (Champion ve Sugg Skinner 2008, Çenesiz ve Atak 2007). Daha sonra model, insanların semptomlara verdiği yanıtları ve teşhis edilen bir hastalığa yanıt olarak davranışlarını, özellikle tıbbi rejimlere bağlılığı incelemek için genişletilmiştir. Model, bireylerin sağlık davranışlarının etkileyen ana faktörlerin; inanç, değer ve tutumlar olduğunu ve bu faktörlerden etkileneceğini savunmaktadır (Gözüm ve Çapık, 2014, Çenesiz ve Atak 2007). Sağlık İnanç Modeli bir davranış değişikliği teorisidir ve bireyin hastalığa karşı yaşadığı olumsuz deneyimler, algı ve inançlardan kaynaklanan durumun, sağlıklı davranış ile yer değiştirmesini sağlamaktadır (Sari ve ark 2020). Bir motivasyon teorisi olan bu model bireyi sağlığa ilişkin eylemleri yapma ya da yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya temellenmiştir.

Model altı bileşenden oluşmaktadır (Çenesiz ve Atak 2007);

1. Algılanan duyarlılık
2. Algılanan ciddiyet
3. Algılanan yarar
4. Algılanan engeller
5. Öz yeterlilik
6. Davranışla ilgili ipuçları

Transteoretik Model

James Prochaska ve Carlo Diclemente (1982) tarafından geliştirilen Transteoretik Model (TTM), sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, sigara bırakma, kilo yönetimi, stres yönetimi gibi alanlarda rehberlik sağlayarak uygulanabilmektedir. Bireyde davranış değişikliğinin, gönüllülük esasına dayandığını ve davranış değişiminin aşama aşama gelişen bir değişim süreci olduğunu belirtmektedir (Prochaska ve DiClemente 1982). Model aşamaları, düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket/eylem, sürdürme, şeklindedir (Davis ve ark 2016, Zhu ve ark 2014).

Modelde davranış değiştirmeye çalışılırken karşılaşılan engellerin, değişim sürecindeki aşamalara göre farklılık göstereceği, bireyin mevcut değişim aşamasına müdahaleler uyarlandığında etkili olacağı önerilmektedir (Bridle ve ark 2005). Modelin bileşenlerinden biri olan “değişim süreçleri”, bireylerin değişim aşamalarında ilerlemek için kullandıkları gizli ve açık faaliyetlerdir (Nidecker ve ark 2019, Davis ve ark 2016). Değişim süreçleri, müdahale programları için önemli kılavuzlar sağlamaktadır, çünkü süreçler

insanların aşamadan aşamaya geçmek için başvurmaları gereken bağımsız değişkenler gibidir (Prochaska ve ark 2013). Davranış değişimini olumlu etkileyen 10 değişken vardır. Bunların beşi bilişsel, beşi davranışsaldır. Bilişsel olan değişkenler, bireyin farkındalığı, duyguları ve değerleri ile ilgili olanlardır. Davranışsal değişkenler ise, bireyin davranış değişimi sürecinde ilerlerken; davranışları ne şekilde tercih ettiklerini ve sergilediklerini göstermektedir (Bridle ve ark 2005, Romain ve ark 2018), Bilişsel süreçler; bilinçlenme, duygusal uyarılma, çevreyi yeniden değerlendirme, sosyal özgürleşme, kendini yeniden değerlendirmedir. Davranışsal süreçler ise; destekleyici ilişkiler, uyarıların kontrolü, karşıt koşullanma (yerine koyma), güçlendirme (ödüllendirme), kendisi ile anlaşmadır. Bu on süreç davranış değişimi aşamalarında uygulanacak müdahale programlarına öncülük etmektedir. Problemlili davranışın düşünmeme aşamasında genellikle bilişsel değişkenler; hazırlık aşaması, devam ettirme aşaması ve hareket aşamasında davranışsal değişkenler kullanılmaktadır (Prochaska ve ark 2013)

Modelin bir diğer bileşeni ise “karar dengesi” dir. Bireyin değişimin artılarını ve eksilerini görelili olarak tartmasını yansıtır (Prochaska ve ark 2013). Bireyin davranış değişiminin artıları ve eksileri değerlendirilir. Artılar yarar davranışı olarak değerlendirilir ve değiştirmenin olumlu yönlerini; eksiler ise zarar davranışı olarak değerlendirilir ve değişim için engelleri yansıtır (Prochaska ve DiClemente 1982, Prochaska ve ark 2013).

Transteoretik Modelin kullanıldığı çalışmalardan biri, olan, Romain ve ark. (2018)’nın ciddi ruhsal bozukluk tanılı ve fazla kilolu 27 erkek hasta ile TTM kullanarak fiziksel aktivite değişimini inceleyen çalışmada, TTM’in fiziksel aktivite değişiminde etkili olduğu bulunmuştur. Anastopoulou ve ark. (2017), 60 psikiyatrik tanılı hasta ile gerçekleştirdiği çalışmada, deney grubuna TTM kullanarak beslenme değişimlerini incelemiş, TTM’nin hastaların beslenme alışkanlığında olumlu bir değişim yaptığını saptamıştır.

Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli:

1982 yılında Nola J.Pender tarafından geliştirilen bu model 1987, 1996 ve 2002 yıllarında yeniden gözden geçirilmiştir. Bu modelin temel amacı, sağlığı geliştirecek sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesidir (Pender ve ark 2015). Pender’in sağlığı geliştirme modeli, sağlıksız davranışları planlamak, değiştirmek ve sağlığı teşvik etmek için yaygın olarak kullanılan modellerden biridir (Khodaveisi ve ark 2017, Eren Fidancı ve ark 2017). Bu model sağlık inanç modeline benzemekle birlikte, sadece hastalık

önleme davranışını açıklamakla kalmaz, aynı zamanda sağlığı teşvik etme davranışlarını da kapsar (Eren Fidancı ve ark 207).

Pender tarafından geliştirilen modelin özünü oluşturan sağlıklı yaşam tarzı davranışları; kişilerarası ilişkiler, beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir (Pender ve ark 2015, Çalık ve Kapucu 2017). Model, bireyin sağlıklı yaşam tarzı davranışının daha önceki deneyimlerden etkilendiğini belirtmektedir. Modeli oluşturan bileşenler, bireysel özellikler ve deneyimler, davranış çıktıları ve davranışa özgü alanlardır (Çalık ve Kapucu 2017).

2.3. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel Sağlığın Geliştirilmesinde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresi'nin Danışmanlık Rolü

Psikiyatri kliniklerinde, hemşireler tarafından bütünsel bakımın sağlanması için sosyal, mesleki, biyolojik, fiziksel ve ruhsal sorunların göz önünde bulundurulması gereklidir. Psikiyatrik bozukluk tanılı bireyler ile doğrudan temas halinde olan hemşireler, hastalarının fiziksel sağlığını ele almada önemli bir rol oynamaktadır (Ganiah ve ark. 2017, Uysal Yalcin ve ark. 2019, Özaslan ve ark. 2020). Her ne kadar öz bakım faaliyetlerini yürütmek hastanın sorumluluğunda olsa da, onları motive etmek, eğitim ve danışmanlık sağlamak ve olası semptomları yakından takip etmek hemşirelerin sorumluluğundadır (Meetoo, 2013).

Fiziksel aktivite programlarının etkinliğini desteklemek ve bırakma oranlarını azaltmak için, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri ve egzersiz uzmanları gibi sağlık uzmanları arasında güçlü bir işbirliği olması gerektiği vurgulanmaktadır (Schebesch-Ruf ve ark 2019, Stubbs ve ark 2016). Psikiyatri hemşirelerinin, bütünsel ve hasta merkezli çalışma yöntemleri nedeniyle, hastalarının fiziksel aktivite davranışlarını artırmada umut verici bir hedef grup olduğu ileri sürülmektedir (Happell ve ark 2014). Araştırmalar, fiziksel aktivitenin teşvikinin hemşirelik bakımı rutinine dahil edildiği durumlarda katılımın önündeki engellerin azaldığını göstermektedir (Schebesch-Ruf ve ark 2019). Fakat, hemşirelerin, psikiyatri hastalarını fiziksel aktiviteye teşvik etmek için bilgi eksikliği gibi sınırlılıkları bulunmaktadır (Happell ve ark 2012b). Literatürde ruh sağlığı profesyonellerinin, kardiyometabolik sağlık konusunda yeterli uzmanlığa sahip olmadıkları, ruh sağlığı sorunlarının fiziksel sağlıktan çok daha büyük önem taşıdığına inanma eğiliminde oldukları belirtilmektedir (De Hert ve ark 2011, Gray ve Brown 2017, Happel ve ark 2019). Ek olarak, ruh sağlığı uzmanları tarafından fiziksel sağlık hizmetleri için birincil sorumluluğun hangi meslek grubunda olduğu konusunda net bir anlayış yoktur, fiziksel

bakım genellikle başkalarının sorumluluğu olarak görülmektedir (Çelik İnce ve ark 2018, De Hert ve ark 2011, Gray ve Brown 2017). Genellikle hemşirelerin fiziksel sağlık hizmet sunumunun önündeki engeller arasında yetersiz zaman, beceri ve güven eksikliği (Happell ve ark 2012b), ruh sağlığı hizmetlerine verilen öncelik ve fiziksel sağlık hizmetlerinin rollerinin bir parçası olup olmayacağı konusundaki kararsızlık yer alır (Happell ve ark. 2012b, Wynaden ve ark., 2016, Happel ve ark 2019).

Avustralya’da Watkins ve ark (2020)’nın psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada, hemşirelere yaşam tarzı müdahaleleri sağlama becerileri kazandırmayı amaçlayan 2 günlük metabolik sağlık çalışmayı yapılmıştır. Etkinlik tamamlanmasının ardından hemşireler, hastalarında yaşam tarzını değiştirecek müdahaleler yapmayı, diğer personele eğitim ve destek sağlamayı ve metabolik sağlık hizmetlerini klinik incelemelere ve planlamaya entegre etmeyi planmışlardır. Ayrıca metabolik sağlık bakım eğitiminin, psikiyatri hemşirelerinin metabolik sağlık bakımı sağlamada tutumlarını, güvenini ve bilgisini geliştirmede etkili olduğu ve bu bakımı sağlamada algılanan bariyerlerin azaldığı bulunmuştur. Fraser ve ark (2018) tek gruplu 16 psikiyatri hastası ile yaptığı fiziksel aktivite odaklı müdahale çalışmasında, 19 haftalık programın hastaların metabolik sağlık göstergeleri ve fiziksel aktivite düzeyleri üzerindeki etkilerini değerlendirmiştir. On altı hasta, altı hemşire liderliğinde, her 3 haftada bir hemşire ile bireysel yüz yüze danışmanlık oturumlarından oluşan fiziksel aktivite odaklı müdahale programına dahil edilmiş ve her 6 haftada bir doktor ile görüşmüşlerdir. Fiziksel aktivitedeki değişikliğe ek olarak, uyku, sigara ve diyet ile ilgili bilgiler de sağlanmıştır. Az sayıda katılımcı için fiziksel aktivitede önemli bir değişiklik gözlenmiştir. Çalışmanın sonucunda hemşire tarafından uygulanan davranış değişikliği müdahalelerinin psikiyatri hastaları için uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğu bildirilmiştir

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumlarının geliştirilmesinde psikiyatri hemşiresinin danışmanlık rolünün etkisini Transteoretik Model (TTM) aracılığıyla belirlemek amacıyla, randomize kontrol gruplu araştırma deseninde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırma Değişkenleri:

Bağımlı Değişkenler: TTM ölçekleri ('Egzersiz Değişim Aşamaları Ölçeği', 'Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği', 'Egzersiz Öz-etkililik Ölçeği', 'Egzersiz Karar Alma Ölçeği') Biyokimya Değerleri (AKŞ, Trigliserit, HDL, BKİ), Kan Basıncı

Bağımsız Değişken: TTM'e göre verilen bireysel danışmanlık

3.3. Araştırma Hipotezi

Hipotezler:

H1: TTM aracılığıyla danışmanlık verilen psikiyatri hastalarının TTM aracılığıyla danışmanlık verilmeyen psikiyatri hastalarına göre fiziksel sağlık durumlarında (egzersiz açısından) değişim meydana gelecektir.

H1a: TTM aracılığıyla danışmanlık verilen psikiyatri hastalarının, danışmanlık verilmeyenlere göre egzersiz değişim aşamalarında değişim meydana gelecektir.

H1b: TTM aracılığıyla danışmanlık verilen psikiyatri hastalarının, danışmanlık verilmeyenlere göre egzersiz değişim sürecinde farklılık meydana gelecektir.

H1c: TTM aracılığıyla danışmanlık verilen psikiyatri hastalarının, danışmanlık verilmeyenlere göre egzersiz öz-etkililiklerinde farklılık meydana gelecektir.

H1d: TTM aracılığıyla danışmanlık verilen psikiyatri hastalarının, danışmanlık verilmeyenlere göre egzersizle ilgili kararlarında değişim meydana gelecektir.

H2: TTM aracılığıyla danışmanlık verilen psikiyatri hastalarının, danışmanlık verilmeyenlere göre metabolik sağlık göstergelerinde değişim meydana gelecektir.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Haziran 2018-Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, araştırma verileri Ekim 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında TC Sağlık Bakanlığı Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim Araştırma Hastanesi'ne bağlı bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı psikiyatri hastalarından toplandı.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, TC Sağlık Bakanlığı Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim Araştırma Hastanesi'ne bağlı bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Ekim 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında kayıtlı tüm hastalar (N=396) oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini ise, Gpower (3.1.9.2) programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda %80 güç, %5 hata payı ve 0,185 etki büyüklüğü ile bulundu (n1=25; n2=25). Örnekleme alınma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar (n=61) örnekleme oluşturdu (Şekil 3-1)Araştırmada kayıplar olabileceği düşünülerek deney grubuna 31, kontrol grubuna 30 hasta alındı.

Hastaların deney ve kontrol gruplarına atanmasında randomizasyon yöntemi kullanıldı. Araştırma ekibine dahil olmayan üçüncü bir kişi tarafından, tabakalı örneklem listesi (cinsiyet, yaş ve sıra sayısını içeren) oluşturuldu ve deney ve kontrol grubuna atamaların yapılması için basit rastgele sayılar tablosu kullanıldı (Şekil 3-1).

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

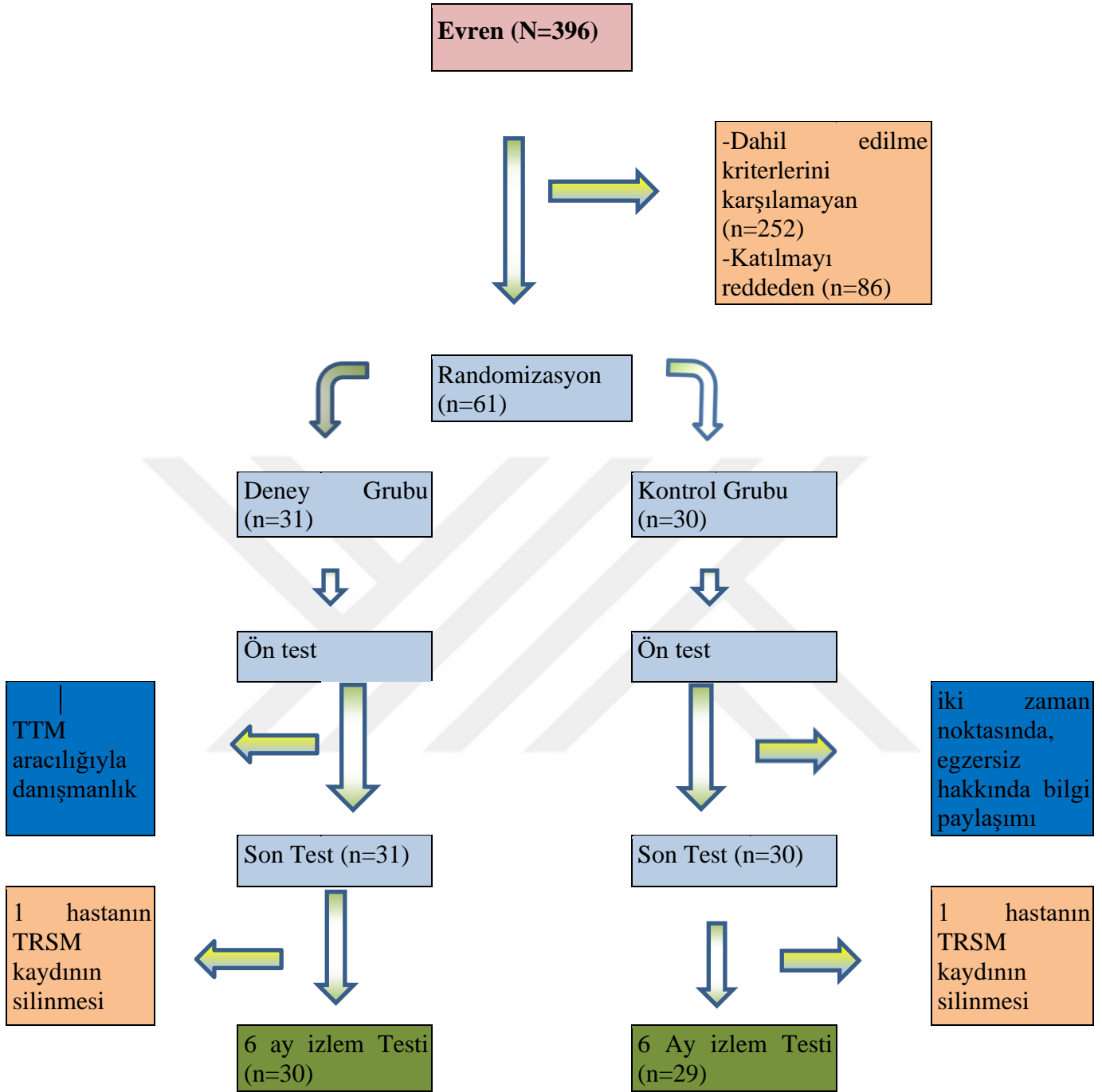
- DSM V'e göre 'Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar' Tanılı olması
- Antipsikotik kullanılıyor olması
- 18-70 yaş aralığında olması
- Beden kitle indeksinin 25 ve üzeri olması
- Gebe olmaması (kadın hastalar için)
- Yürüyüş yapabilmesine engel ortopedik sorunu olmaması
- Görme ve işitme sorunu olmaması

- Tanılanmış diabetin olmaması
- Solunum sistemi hastalığı olmaması
- Tanılanmış hipertansiyonun olmaması

Dışlama Kriterleri

- 70'in altında IQ olma
- Beslenme ya da yeme bozukluğu tanısı olması
- Postpartum dönemde olma (kadın hastalar için)
- Genel tıbbi durumlara bağlı psikoz tanılı olması





Şekil 3-1 Consolidated Standards of Reporting Trials diagram

3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçüm Araçları

Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür temel alınarak (Carney ve ark 2017, Happel ve ark 2012a, Nash 2014, White ve ark 2009, Blythe ve White 2012) hazırlanan ve son şekli uzman görüşüne dayanılarak verilen bu form, 3 bölümden oluştu. ‘Bireysel Özellikler’, ‘Fiziksel Sağlık ile İlişkili Özellikler’ ve ‘Psikiyatrik Hastalık ile ilişkili

Özellikler' toplam 24 soru ile değerlendirildi (evet-hayır, açık uçlu, görsel analog skala biçiminde) (EK 2).

'Egzersiz Değişim Aşamaları Ölçeği': Prochaska ve DiClemente (1982) tarafından sigara bırakma çalışmaları kapsamında geliştirilmiş, Marcus ve ark. (1992) tarafından egzersize uyarlanmış. Türk toplumuna uyarlayan Gümüş ve Kitiş (2015) Kappa index geçerliği 0.79 olarak hesaplanmıştır. Bireyin egzersiz davranışı ile ilgili tek soru ile değişim aşamalarında bulunduğu aşamayı (düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket, sürdürme) belirten bir algoritmadır.. Kişiden gelen yanıtlar bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasına işaret etmektedir (EK-3).

'Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği': Marcus ve ark. (1992) tarafından geliştirilen bu ölçek bireyin değişim aşamalarında üst basamağa geçme sürecinde kullandığı deneyimleri göstermektedir. Beşli likert (hiçbir zaman, nadiren, arasıra, sık sık, çok sık) tipi 40 sorudan oluşur. Ölçekten en düşük 40, en yüksek 200 puan alınmaktadır. Ölçek puanlarının yüksekliği değişim konusunda başarılı olma şansının yüksekliğini göstermektedir (Erol ve Erdoğan 2007, Gümüş ve Kitiş 2015). Ölçek, 10 (on) alt boyuttan ve bu alt boyutları içeren iki temel süreçten (bilişsel süreç ve davranışsal süreç) oluşmaktadır: Bilişsel Süreçler, 'bilinç düzeyinde artış, duygusal uyarılma, çevreyi yeniden değerlendirme, kendini yeniden değerlendirme, sosyal serbestlik'; davranışsal süreçler ise, 'karşıt durum, destekleyici ilişkiler, güçlendirme, kendisi ile anlaşma, uyarıların kontrolü'dür (EK-4). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gümüş ve Kitiş (2015) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.97; Ay ve Bayık Temel (2016) tarafından uyarlandığı çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.95 olarak hesaplanmıştır .

'Egzersiz Öz-Etkililik Ölçeği': Marcus ve ark. (1992) tarafından geliştirilen ölçek bireylerin egzersiz yapmaya karşı kendine olan güvenini belirleyen beş maddelik beşli likert (hiç emin değilim, az eminim, eminim, çok eminim, aşırı derecede eminim) tipindedir. Melissa ve ark. (2008) tarafından gerçekleştirilen çalışmada cronbach alfa değeri 0,78 olarak hesaplanmıştır. Ay ve Bayık Temel (2016) tarafından uyarlandığı çalışmada ise, Cronbach alfa katsayısı 0.90 olarak saptanmıştır. Ölçekten en düşük 5, en yüksek 25 puan alınmaktadır. Toplam puanların yüksek olması bireyin kendisine egzersiz kapsamında güveninin yüksek olduğunu göstermektedir. (EK-5).

'Egzersiz Karar Alma Ölçeği': Marcus ve ark. (1992) tarafından geliştirilen ölçek beşli likert tipi (önemli değil-az önemli-önemli-çok önemli-aşırı önemli) derecelendirmeli

ve 16 sorudan oluşmaktadır. Davranış değiştirmenin yarar ve zararını ortaya koyan ölçek iki alt boyuttan (yarar ve zarar algısı) oluşmaktadır. Yarar algısı 10 sorudan oluşmakta ve en düşük puan 10, en yüksek puan 50, zarar algısı için en düşük 6, en yüksek 30 puandır. Ölçeğin yarar algısı alt boyutunun test güvenilirliği 0.95, zarar algısı alt boyutunun ise 0.79'dur. Melissa ve ark. (2008) tarafından, ölçeğin cronbach alfa değeri 0.82 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin yarar ve zarar alt puanlarının yüksekliği bireyin, egzersiz davranışının yararları ve zararları konusunda bilinçli olduğunu, değişiklik ile ilgili olarak karar alma şanslarının fazla olduğunu göstermektedir (Marcus ve ark 1992, Melisa ve ark 2008) (EK-6). Gümüş ve Kitiş (2015) tarafından, ölçeğin alt boyutlarının faktör yüklerinin 0.55-0.73 arasında değiştiği, iç tutarlılık güvenilirlik katsayısının tüm ölçek için 0.89; yarar algısı alt boyutu için 0.87, zarar algısı alt boyutu için 0.91 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3-1 Çalışma gruplarında, Egzersiz Değişim Süreci, Öz-etkililik ve Karar Alma Ölçekleri güvenilirlik katsayılarının incelenmesi

Ölçekler	Madde sayısı	Deney grubu	Kontrol grubu
		Cronbach- α katsayısı	Cronbach- α katsayısı
Egzersiz Değişim Süreci	40	0,981	0,958
Egzersiz Öz-Etkililik	5	0,775	0,804
Egzersiz Karar Alma	16	0,770	0,755

'Benim Fiziksel Sağlığım' Çizelgesi: Katılımcıların egzersiz eğitimleri sırasında ulaşması gereken hedeflerin belirlendiği somut bir araçtır. Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu çizelge hem araştırmacıda hem de hastada bulundu ve her görüşme öncesi ve sonrası hasta ile birlikte çizelge değerlendirildi (Ek-7).

'Değişim Aşamalarına Göre Egzersiz' Broşürü: TTM'nin her bir değişim aşamasına göre hazırlanmış olup, egzersiz yapmaya teşvik eden, egzersiz yapmada yardımcı olacak yazılı ve görsel bir kaynak olarak deney grubundaki hastalara verildi. Hastaya verilmeden önce araştırmacı tarafından broşür tanıtıldı ve hastanın içinde bulunduğu değişim aşaması broşürden bulunup hasta ile birlikte incelendi. (Lök ve Lök 2016, Fariz 2015, https://www.nhs.uk/Tools/Documents/NHS_ExercisesForOlderPeople.pdf) (EK-8)

Katılımcı Deneyim Formu: Bu form, hastalara TTM aracılığıyla uygulanan danışmanlık programının tamamlanmasının ardından uygulandı. Danışmanlık sürecinin

değerlendirilmesini hedef alan, katılımcıların tüm görüşme sürecindeki deneyimleri, düşünceleri, duyguları ve görüşmelerin yararlılığı gibi konuları kapsayan açık uçlu toplam yedi sorudan oluştu (Ek-9).

Metabolik Sağlık Göstergeleri:

-Günlük Adım Sayısının Takibi: Adım sayısı hafızasına sahip, el bileğine ve bele takılabilen dijital adımsayar kullanıldı. Fiziksel aktivitede artışa, kan basıncında düşme ve vücut ağırlığında azalmaya neden olduğu için kullanıldığı belirtilmektedir (Alpözgen ve Özdiñler 2016). Yetişkinlerde fiziksel aktiviteyi artırma amacıyla günde "10.000 adım" hedefi kullanılmaktadır (http://www.turkendokrin.org/en/files/pdf/metabolik_sendrom.pdf Erişim Tarihi: 08.03.2018). Fiziksel aktivite seviyesini belirlemede yardımcı olmaktadır. Hastalardan TTM aracılığıyla danışmanlık uygulaması sonrası ve 6 aylık izlem sonrası son hafta, ardı ardına yedi gün boyunca bileklerine takmaları istendi. Bilekliğin 7 gün kayıt hafızası bulunmakta olup, araştırmacının telefona indirilen uygulama sayesinde (Resim 3-1) günde ne kadar adım atıldığı ve aktif olunan saatler belirlendi. Günde en az 8 saat aktif ölçümler değerlendirmeye uygun kabul edildi (Fraser ve ark 2018) ve en az üç günü (ardışık günlerin olup olmadığı önemsenmeden) adımsayar ile izlenmesinin fiziksel aktivite için yeterli ön görü sağlayabileceği belirtilmektedir (Tudor-Locke ve ark.,2005).



Resim 3-1 Adımsayar

- Beden Kitle İndeksi: Bel çevresi ölçümü için mezura kullandı. Arkus kostaryum ve spina iliaka anterior superior arası mesafenin orta noktasından ölçülüp, santimetre olarak kaydedildi (http://endokrin.org.tr/files/pdf/metabolik_sendrom.pdf Erişim Tarihi: 09.01.2018). Ölçüm katılımcı rahat nefes alıp verirken, nefes verme sonunda yapıldı. Baskül kilo takiplerini incelemek amacıyla kullanıldı. (Resim 3-2). Deney ve kontrol grubuna ön test, son test ve izlem testleri ile birlikte bel çevresi ölçümleri yapıldı.



Resim 3-2 Baskül

- **Kan Basıncı:** Ölçümü iki koldan yapıldı, kabul edilen kan basıncı yüksek olan değeri. (https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_18530.htm?wbnum=1103 Erişim Tarihi: 09.01.2018) Ölçüm sigara, hasta kahve içmeden ve en az 5 dakika dinlenmesi sağlandıktan sonra yapıldı. Deney ve kontrol grubuna kan basıncı ölçümleri ön test, son test ve izlem testleri sırasında yapıldı.

3.7. Araştırma Süreci

Veri toplama süreci-Ön hazırlık aşaması:

- Etik kurul onayı ve kurum izni alınmasının ardından çalışmanın yapıldığı kurum ile görüşme yapıldı, çalışmanın amacı ve içeriği, uygulama süreci hakkında kurum yöneticileri bilgilendirildi.
- Çalışmanın yapıldığı kurumda uygulamaların nitelikli ve etkili şekilde yapılabilmesi için sessiz, sade bir oda belirlendi ve düzenlendi. Oda sadece araştırmacı tarafından kullanıldı.
- Çalışma örneklemini belirlemek için sözel olarak ve ilan aracılığı ile araştırma duyurusu yapıldı.

- Deney ve kontrol gruplarının oluşturulmasında randomizasyondan yararlanıldı ve araştırma ekibi dışında TRSM’de çalışan bir hemşire tarafından gruplara atamalar yapıldı. .
- Örnekleme oluşturan tüm hastalar çalışma süreci hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildi ve onayları alındı (Aydınlatılmış Onam Formu (Deney/Kontrol) EK-1)
- Deney ve kontrol gruplarını oluşturan katılımcıların onamları alındıktan sonra (uygulama başlamadan önce) metabolik gösterge ölçümleri (bel çevresi, kilo, boy, kan basıncı, biyokimya değerleri) alındı
- Deney ve kontrol grubunda bulunan katılımcılara, araştırmacı tarafından çalışmada kullanılacak form ve ölçekler uygulamaya başlamadan önceki hafta tanıtılarak, yüz yüze görüşme yolu ile uygulandı. Ölçek puanları atamalarda dikkate alınmadı.
- Hastalar çalışma takvimi ve programı (deney grubu: 1 haftada 1 eğitim, 8 hafta, kontrol grubu: 8 haftada 2 kez) hakkında bilgilendirildi.

Uygulama Aşaması:

Deney Grubu Uygulaması- Transteoretik Modele (TTM) Dayalı Danışmanlık

Transteoretik model (TTM) davranış değişimini olaydan ziyade süreç olarak ele alırken, davranış değişikliğinde aşama aşama ilerleme sağlamaktadır (Prosccka ve ark 2008). Katılımcıların egzersiz yapma niyetleri ve egzersize katılma alışkanlıkları, Egzersiz Değişim Aşaması Kısa Soru Formu'na verdikleri yanıtlara göre beş ayrı egzersiz davranışı basamağında kategorize edildi: düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket, sürdürme. Aşağıda, egzersiz davranış basamağı kategorilerine göre uygulanan girişimler özetlendi:

- Düşünmeme aşamasında olan hastalar, ‘gelecek altı ay içinde davranışlarını değiştirmeye istekli değil’dir, problemlerinin az da olsa farkında veya tümüyle habersizdirler. Bireyler değişik zamanlarda (çocuklukta dahil) değişimi denemiş ve başarısız olmuş olabilirler (Prosccka ve ark 2008). Bu aşamada olan hastalarda düzenli egzersiz yapmasının nedenleri, yarar ve zararları anlatılıp, değişimin bir gereksinim olduğu konusundaki farkındalığı artırıldı.

- Düşünme aşamasında hastalar, ‘gelecek altı ay içinde davranış değiştirmeyi düşünürler’. Yeterli egzersiz yapmadıklarının farkında oldukları için başa çıkma yöntemlerini düşünürler ancak eyleme geçemezler. Problemleri ile başa çıkmak için

harekete geçme çabaları ve enerjileri yetersiz olduğundan harekete geçemezler (Proscka ve ark 2008). Bu aşamada hastaların, güvenini artırma ve motive etmek için broşurler verildi, yarar ve zararlar hakkında konuşuldu, hedefler belirlenip "Benim Fiziksel Sağlığım" izlem formuna kayıt edildi.

- Hazırlık aşamasında hastalar, ‘bir sonraki ay içinde harekete geçmek niyetindedir’ ve genellikle başarısızlıkla sonuçlanan girişimlerde daha önce bulunmuştur (Proscka ve ark 2008). Sağlık eğitimine katılmak, sağlık çalışanları ile konuşmak, danışmanlık almak, değişimi yapmak gibi hareket planları vardır, ancak hareketleri düzenli ve etkili değildir. Hasta ile bir planlama oluşturup, hareket tarihi belirleyip, hedef belirlenip anlaşma yapıldı," Benim Fiziksel Sağlığım" izlem formuna kayıt edildi.

- Hareket aşamasında hastalar ‘6 aydan daha az süredir egzersiz yapıyordur’. Hastalar problemleri ile başa çıkabilmek için çevrelerini yada , davranışlarını değiştirmeyi denerler (Proscka ve ark 2008). Hasta ile birlikte bir planlama oluşturuldu, evde yapabileceği egzersizler (dayanıklılık ve kuvvet egzersizleri) hakkında broşur verildi, hedefler oluşturulup "Benim Sağlığım" izlem formuna kayıt edildi.

- Sürdürme aşamasında hastalar 6 aydan daha fazla süredir egzersiz (dayanıklılık, kuvvet, esneklik, denge egzersizler, yürüyüş, bisiklete binme vs) yapıyordur (dayanıklılık, kuvvet, esneklik, denge egzersizler) (Proscka ve ark 2008). Hastalarda değişim aşamalarında bir alt aşamaya geçmesini önlemek ve hareket aşamasında kazandıkları başarıları pekiştirmek için olumlu pekiştirme yapıldı, olumsuz uyaranlardan etkilenme azaltıldı.

- TTM’ye dayalı danışmanlık uygulaması, 8 hafta boyunca, haftada bir görüşme olarak sürdürüldü (Ekim 2018-Aralık 2018)

- Her görüşme yaklaşık 45-60 dakika sürdü.

- Her görüşme öncesinde kilo, kan basıncı, bel çevresi kaydedildi; hastaya verilen ‘Benim Fiziksel Sağlığım’ izelgesine kayıt edildi.

- Her görüşme öncesi hastaların hangi aşamada (düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket, sürdürme) olduğu belirlendi.

- TTM'nin belirlenen aşamasına göre uygun hedef ve stratejiler kullanıldı(Tablo-2).

- Eğitimlerin birebir ve yüz yüze olmasından dolayı, eğitimler kişiye özgü planlandı ve belirlenen değişim için hedef tarih belirlendi.

Tablo 3-2 Egzersiz Değişim Aşamaları İçin Hedefler Süreçler ve Stratejiler

Aşama	Hedef	Değişim süreçleri	Değişimi Destekleme Stratejileri
Düşünme m Öncesi	Değişim gereksinimi için Farkındalığı artırma	Bilinci arttırma Duygusal uyarılma Çevreyi yeniden değerlendirme	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fazla kilonun sağlık ve beden imajı üzerindeki etkisi ✓ Düzenli egzersiz yapmaya engel durumların tanımlanması ✓ Düzenli egzersizin yaşam üzerindeki etkileri ✓ Değişimi düşünmeye teşvik etme ✓ Hoşlanılan aktiviteleri tanımlama ✓ Egzersiz konusundaki davranış ve duygularını anlamak ✓ Egzersiz hakkındaki düşünceleri anlama ✓ Hareket ve hareketsizliğin kişi ya da aile için ne anlama geldiğini, hayatlarına ne gibi katkıda bulunduğunu tartışma ✓ Bir egzersiz programına başlamanın yararları hakkında kişiye özel bilgi vermek
			Düşünme
Hazırlık	Egzersiz için bir plan hazırlama	Kendini yeniden değerlendirme Kendisi ile anlaşma	
			Hareket

	planını gözden geçirme	Destekleyici ilişkiler Uyaranların kontrolü Karşıt koşullanma	✓ Yapılan egzersiz etkinliklerinin her zaman kaydedilmesi ✓ Başarıyı övme ✓ Yararları ve mevcut programı gözden geçirme ✓ Devam etmek için bir plan geliştirme ✓ Motivasyonu koruma ✓ Güveni destekleme ✓ Sosyal desteklerin tanımlanması
Sürdürme	Geriye dönüşü/ Oluşabilecek hareketsizliği engellemek için çözüm bulma	Uyaranların kontrolü	✓ Egzersizi aksatabilecek uyaranlara karşı plan yapma ✓ Destek gruplarına katılma ya da egzersiz yaparken destek olabilecek arkadaşları edinme ✓ Düzenli bir egzersiz yapmanın sonucunda kendine anlamlı bir ödül sağlama ✓ Yeniden yararların üzerinde durma ✓ Sağlıklı kalmak ve yaralanmalardan kaçınmak için öneriler ✓ Hedefleri yeniden gözden geçirme ✓ Başarı ve başarısızlığı inceleme ✓ İstenen bilgiyi ve geribildirimini sağlama ✓ Empati yapma ve geri dönüşü önlemeyi öğretme ✓ Sosyal desteklerin tanımlanması

Kontrol Grubu Uygulaması

Hastalar ile tanışılıp form ve ölçekler uygulandı . Hastaların ölçümleri (bel çevresi, kilo, boy, kan basıncı, biyokimya değerleri) alındı. Toplam iki kez (8 hafta boyunca) bir araya gelinerek yaklaşık bir saat, soru cevap şeklinde egzersiz ve faydaları hakkında görüşüldü.

Uygulama Sonrası:

- TTM'ye dayalı danışmanlık sonrası deney grubu 1 hafta adımsayar taktı ve sonuçlar araştırmacı tarafından kayıt edildi.
- Deney/kontrol grubuna ölçekler tekrar uygulandı ve hastaların ölçümleri (bel çevresi, kilo, boy, kan basıncı, biyokimya değerleri) yapıldı, 'Katılımcı Deneyim Formu' uygulandı.

İzlem

- TTM'ye dayalı danışmanlık uygulaması sonrası 6 aylık izlemin son haftası deney grubu 1 hafta adımsayar taktı ve sonuçlar araştırmacı tarafından kayıt edildi.

- TTM'ye dayalı danışmanlık uygulaması tamamlandıktan sonra 6 aylık izlemde deney ve kontrol grubuna ölçekler tekrar uygulandı ve hastaların ölçümleri (bel çevresi, kilo, boy, kan basıncı, biyokimya değerleri) alındı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce ‘Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (03.10.2018-2018/267) (EK-10) etik açıdan uygunluk kararı alındı.. Etik kurul izni ile birlikte Kocaeli Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü’ne araştırmanın ilgili kurumda yapılabilmesi için başvurulup gerekli izin alındı (01.08.2018/Sayı:34059705-799) (EK-11).

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre oldu. Araştırmanın amacı açıklanarak katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alındı. Çalışma süresince, deney ve kontrol grubunda yer alan katılımcılara ihtiyaç duymaları halinde ek zaman ayrılabilceği belirtildi. (EK-1).

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları için sorumlu yazardan mail yolu ile kullanım izni alındı (EK-12).

Çalışmanın ‘Kocaeli Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’ sorumlu hekimi (E.K) ile görüşüldü. Oturumlar esnasında hastalarda oluşabilecek olumsuz durumlarda (psikotik semptomların artması, egzersiz yapması halinde oluşabilecek ağrı, sakatlık vb durumlar) irtibata geçileceği hasta danışanları (hemşire, sağlık memuru, ergoterapist, sosyal hizmetler uzmanı, psikolog) belirlendi

3.9. Verilerin Analizi:

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) paket programı kullanılarak yapıldı. Bulguların yorumlanmasında katılımcı profili içintanımlayıcı istatistiklerden yararlandı.

Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanıldı. İki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri), bağımlı üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Repeated Measures” test (F-tablo değeri) yöntemi kullanıldı. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulandı.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanıldı. İki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımlı üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Friedman” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanıldı. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulandı.

İki nitel değişken arasındaki etkileşimlerin incelenmesinde “ χ^2 ” çapraz tabloları kullanıldı.

3.10. Araştırmada Sınırlılıklar ve Güçlü Yanlar

Sınırlılıklar

- Katılımcılarda yanlılık olasılığı (katılımcıların bir uygulamaya katıldığını bilmesi)
- Uygulama öncesinde ölçeklerin uygulanması (katılımcıları araştırma amacına karşı duyarlı hale getirebilir)
- Katılımcılarda zaman boyunca meydana gelebilecek ruhsal, fiziksel, tedavi düzeni değişimleri
- Kontrol grubu ile girişim grubunun aynı TRSM’ye kayıtlı olması
- Kontrol grubunda antropometrik (boy, kilo, bel çevresi) ölçümlerinin ve biyokimya değerlerinin yapılması, toplam iki kez (8 hafta boyunca) egzersiz ve faydaları hakkında görüşülmesi katılımcılarda farkındalık sağlamış olması nedeniyle kilo verme ya da egzersiz yapma ihtimalinin olması
- Ölçeklerin uzun olması ve aynı gün tüm ölçeklerin uygulanması, katılımcıların sosyal yönden kabul görececek cevaplar verme olasılığı,
- Ulusal ve uluslararası literatürde bu kapsamda yapılan ilk çalışma olması,
- Araştırmada uygulanan danışmanlığın pratik, tolere edilebilir etkili olması,
- Araştırmada ön test, son test ve kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü randomize deneysel tasarım tipinin kullanılması.
- Ulusal düzeyde ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde danışmanlık rolünün öne çıkarılmasında ve farkedilmesinde kanıt oluşturması

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular üç bölümde sunuldu;

Birinci bölümde; katılımcıların bireysel ve sağlık/hastalık ile ilişkili özellikleri-algılamaları (Tablo4-1, Tablo 4-2, Tablo 4-3),

İkinci bölümde; katılımcıların fiziksel sağlığının geliştirilmesinde hemşirenin danışmanlık rolünün etkisi -grup içi ve gruplararası karşılaştırmalar (Tablo 4-4 ile Tablo 4-8 arası),

Üçüncü bölümde; katılımcıların fiziksel sağlığının geliştirilmesinde hemşirenin danışmanlık rolünün etkisi-geribildirimler (Tablo 4-9).



4.1. Bireysel-Sağlık/ Hastalık ile İlişkili Özellikler ve Algılamalar Profili

Tablo 4-1 Katılımcıların Bireysel Özellikleri (n=61)

Özellikler	Deney grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=30)		Test/Anlamlılık
	$\bar{X} \pm S.S.$		$\bar{X} \pm S.S.$		
Yaş	39,23±8,08		43,57±7,39		
	n	%	n	%	
Yaş sınıfları					
<40	16	51,6	11	36,7	$\chi^2=0,841^*$
≥40	15	48,4	19	63,3	p=0,359
Cinsiyet					
Kadın	8	25,8	10	33,3	$\chi^2=0,132^*$
Erkek	23	74,2	20	66,7	p=0,716
Medeni durum					
Evli	3	9,7	4	13,3	$\chi^2=5,873^*$
Bekar	28	90,3	26	83,7	p=0,053
Eğitim düzeyi					
Okuryazar/değil	4	12,9	15	50,0	$\chi^2=9,955^*$
İlköğretim	20	64,5	12	40,0	p=0,007
Lise/üzeri	7	22,6	3	10,0	
Çalışma durumu					
Evet	1	3,2	-	-	
Hayır	30	96,8	30	100,0	p=1,000**
Birlikte yaşama					
Eş/çocuklar	3	9,7	3	10,0	$\chi^2=2,154^*$
Aile	28	90,3	25	83,3	p=0,341
Çocuklar	-	-	2	6,7	
Gelir düzeyi					
Kötü	6	19,4	8	26,6	$\chi^2=0,513^*$
Orta	20	64,5	17	56,7	p=0,774
İyi	5	16,1	5	16,7	
Sigara kullanma					
Evet	21	67,7	21	70,0	$\chi^2=0,000^*$
Hayır	10	32,3	9	30,0	p=1,000

* χ^2 :Pearson ki kare

** süreklilik düzeltmesi

Deney ve kontrol grubunu oluşturan katılımcıların yaş ortalaması. 39,23±8,08 (yıl) ve 43,57±7,39 (yıl) olup; çoğunluğu erkek, bekar ve çalışmıyor statusündedir. Deney grubunda sadece iki kişi mesleğini ‘mühendis’ ve ‘garson’ olarak belirtmiştir. Hemen hemen tamamı, ailesiyle yaşayan katılımcıların, orta gelir düzeyinde ve sigara kullanıcısı olup, alkol ve madde kullanımı her iki grupta da bildirilmemiştir. Deney ve kontrol grupları, eğitim düzeyi dışında, bireysel özellikler açısından birbirine benzerdir (p>0.05). Gruplararası farklılık, eğitim düzeylerinde görülmüştür. Kontrol grubunu oluşturan katılımcıların yarısı,

okuryazar değilken, deney grubunun yarısından fazlası ilköğretim düzeyindedir ($p<0,05$) (Tablo 4-1).

Tablo 4-2 Katılımcıların Fiziksel Sağlık ile İlgili Özellikleri (n=61)

Özellikler	Deney grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=30)		Test/ Anlamlılık
	n	%	n	%	
Düzenli sağlık kontrolü					
Evet	2	6,5	-	-	p=0,492**
Hayır	29	93,5	30	100,0	
Düzenli egzersiz					
Evet	4	12,9	2	6,7	p=0,671**
Hayır	27	87,1	28	93,3	
Eve yakın spor salonu					
Evet	7	22,6	12	40,0	$\chi^2=1,421^*$ p=0,233
Hayır	24	77,4	18	60,0	
Eve yakın spor alanı					
Evet	27	87,1	16	53,3	$\chi^2=6,811^*$ p=0,009
Hayır	4	12,9	14	46,7	
Aile düzenli egzersiz yapma					
Evet	5	16,1	7	23,3	$\chi^2=0,149^*$ p=0,700
Hayır	26	83,9	23	76,7	
Yakın arkadaşlar düzenli egzersiz yapma					
Evet	5	16,1	1	3,3	p=0,195**
Hayır	26	83,9	29	96,7	

* χ^2 : Pearson ki kare **p: Fisher Exact test $p<0,05$

Deney ve kontrol grubunun her ikisinde de, katılımcılar düzenli sağlık kontrolü yaptırmamakta, düzenli egzersiz yapmamaktadır. Her iki grup katılımcıları, eve yakın spor salonu olmaması, ailede spor yapılmaması ve yakın arkadaşlarının düzenli egzersiz yapmaması değişkenleri açısından da benzerdir ($p>0,05$). Katılımcıların hiçbirinde fiziksel hastalık yoktu. Öte yandan, deney grubunda eve yakın spor alanı oranının daha fazla olması ile, iki grup arasında farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.)

Tablo 4-3 Katılımcıların psikiyatrik hastalık ile ilgili özellikleri (n=61)

Özellikler	Deney grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=30)		Test/ Anlamlılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [Min-Max]	
Hastalık süresi	16,74±7,48	17,0 [3,0-35,0]	20,20±8,11	20,0 [5,0-40,0]	t=-1,732* p=0,089
Yatış sayısı	6,39±6,31	5,0 [0,0-35,0]	5,57±4,02	4,0 [1,0-20,0]	Z=-0,466** p=0,641
Fiziksel sağlığını algılama düzeyi	5,71±2,254	6,0**** [0,0-10,0]	4,55±2,429	6,0 [0,0-8,0]	Z=-0,682** p=0,238
Ruh sağlığını algılama düzeyi	5,87±2,14	6,0**** [0,0-10,0]	5,37±2,13	6,0 [0,0-8,0]	Z=-0,876** p=0,381
Ruh sağlığının fiziksel sağlığa etkisini algılama düzeyi	4,61±2,25	5,0**** [0,0-9,0]	5,57±2,18	5,0 [1,0-10,0]	Z=-1,013** p=0,311
Psikiyatrik bozukluk	n	%	n	%	İstatistiksel analiz
Şizofreni	28	90,3	30	100	p=0,238***
Şizoaffektif	3	9,7	-		

*t: "Independent Sample-t" test p<0,05 ** Z: Mann-Whitney U test *** p:Fisher Exact testi ****0-10 VAS (Visual Analog Skala)

Deney ve kontrol grubu, hemen hemen tamamı şizofreni tanılı, 10 yıldan fazla süredir hasta olan, 5 ve üzeri hastane yatışı olan bireylerden oluşmuştur ve her iki grup birbirine benzerdir (p>0,05) (Tablo 4.3).

Her iki grup katılımcılarının kendi fiziksel sağlığını ve ruh sağlığını orta düzeyde bulduğu ve ruh sağlığının fiziksel sağlığı orta düzeyde etkilediğini düşündüğü belirlenmiştir (0-10 arası VAS). İki grup benzerliği burada da geçerlidir (p>0,05).

4.2. Fiziksel Sađlđın Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi -Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırmalar

Hipotezler ve ilişkili bulgular aşağıda sunulmuştur:

H1: TTM aracılığıyla danışmanlık verilen psikiyatri hastalarının TTM aracılığıyla danışmanlık verilmeyen psikiyatri hastalarına göre fiziksel sağlık durumlarında (egzersiz açısından) değişim meydana gelecektir.

H1a: TTM aracılığıyla danışmanlık verilen psikiyatri hastalarının, danışmanlık verilmeyenlere göre egzersiz değişim aşamalarında değişim meydana gelecektir.

H1b: TTM aracılığıyla danışmanlık verilen psikiyatri hastalarının, danışmanlık verilmeyenlere göre egzersiz değişim sürecinde farklılık meydana gelecektir.

H1c: TTM aracılığıyla danışmanlık verilen psikiyatri hastalarının, danışmanlık verilmeyenlere göre egzersiz öz-etkililiklerinde farklılık meydana gelecektir.

H1d: TTM aracılığıyla danışmanlık verilen psikiyatri hastalarının, danışmanlık verilmeyenlere göre egzersizle ilgili kararlarında değişim meydana gelecektir.

H2: TTM aracılığıyla danışmanlık verilen psikiyatri hastalarının, danışmanlık verilmeyenlere göre metabolik sağlık göstergelerinde değişim meydana gelecektir.

Tablo 4-4 Egzersiz Değişim Aşaması Ölçeği- Gruplararası Karşılaştırma (n=61)

Değişken	Deney grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=30)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	n	%	n	%	
Ön test					
Düşünmeme	5	16,1	8	26,7	
Düşünme	10	32,3	13	43,3	
Hazırlık	12	38,6	8	26,7	$\chi^2=4,202$ $p=0,379$
Hareket	2	6,5	1	3,3	
Sürdürme	2	6,5	-	-	
Son test					
Düşünmeme	4	12,9	8	26,7	
Düşünme	4	12,9	12	40,0	
Hazırlık	15	48,4	8	26,7	$\chi^2=11,736$ $p=0,019$
Hareket	5	16,1	2	6,7	
Sürdürme	3	9,7	-	-	
İzlem test**					
Düşünmeme	4	13,3	7	24,2	
Düşünme	2	6,7	13	44,8	
Hazırlık	15	50,0	6	20,7	$\chi^2=17,230$ $p=0,002$
Hareket	5	16,7	3	10,3	
Sürdürme	4	13,3	-	-	

* χ^2 :Pearson ki kare

**Deney grubunda n:30, kontrol grup:n=29

Girişim öncesi, grupların egzersiz değişim aşaması durumları benzerdi ($p>0,05$)(Tablo 4-4).

Girişim sonrası, gruplar arasında, egzersiz değişim aşaması kapsamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark tespit edildi ($\chi^2=11,736$; $p=0,019$). Deney grubunda girişim sonrası “hazırlık” aşamasındaki katılımcıların oranının yükseldiği ($n=15$ -%48,4), kontrol grubunda “hazırlık” aşamasındaki katılımcı oranının aynı kaldığı ($n=8$, %26,7) saptandı. Son test egzersiz değişim aşaması düşünmeme ve düşünme olanların ağırlıklı olarak kontrol grubunda olduğu, hazırlık, hareket ve sürdürme olanların ise ağırlıklı olarak deney grubunda olduğu görüldü (Tablo 4-4).

Gruplararasıda izlem ölçümünde de, egzersiz değişim aşaması durumu kapsamında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark tespit edildi ($\chi^2=17,230$; $p=0,002$). Deney grubunda “hazırlık” aşamasındaki katılımcı oranının (%50- $n=15$) yüksekliği devam ederken, kontrol grubunda azalma oldu. Üstelik, deney grubunda “hareket” ve “sürdürüm” aşamasındaki katılımcıların oranlarında da artış görüldü (Tablo 4.4).

Tablo 4-5 Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği (EDSÖ) Puanı ve EDSÖ-Bilişsel ve Davranışsal Süreçler Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması-Gruplararası ve Grup İçi (n=61)

EDSÖ Bilişsel süreçler	Deney grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=30)		Test/ Anlamlılık	EDSÖ Davranışsal süreçler	Deney grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=30)		Test/ Anlamlılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [Min-Max]			$\bar{X} \pm S.S.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [Min-Max]	
<u>Bilinç düzeyinde artış</u>						<u>Karşıt durum</u>					
Ön test ⁽¹⁾	8,16±2,84	8,0 [4,0-14,0]	6,80±2,33	7,0 [4,0-13,0]	Z=-2,014** p=0,044	Ön test ⁽¹⁾	7,65±2,82 [4,0-15,0]	8,0 [4,0-10,0]	6,03±1,69 [4,0-10,0]	6,0 [4,0-10,0]	Z=-2,284** p=0,022
Son test ⁽²⁾	10,00±2,46	10,0 [4,0-14,0]	7,97±2,59	7,0 [5,0-15,0]	Z=-3,037** p=0,002	Son test ⁽²⁾	9,10±2,69 [4,0-13,0]	10,0 [4,0-13,0]	6,30±2,00 [4,0-13,0]	7,0 [4,0-13,0]	Z=-3,983** p=0,000
İzlem testi ⁽³⁾	10,03±2,94	10,0 [4,0-16,0]	7,62±2,19	8,0 [4,0-13,0]	t=3,561* p=0,001	İzlem testi ⁽³⁾	8,83±2,45 [4,0-13,0]	9,5 [4,0-13,0]	6,31±1,97 [4,0-10,0]	7,0 [4,0-10,0]	Z=-3,776** p=0,000
İstatistiksel analiz Olasılık Fark	F=15,839**** p=0,000 [1-2,3]		$\chi^2=5,442$ *** p=0,066			İstatistiksel analiz Olasılık Fark	$\chi^2=9,976$ *** p=0,007 [1-2]		$\chi^2=1,012$ *** p=0,603		
<u>Duygusal uyarılma</u>						<u>Destekleyici ilişkiler</u>					
Ön test ⁽¹⁾	9,03±2,89	9,0 [4,0-14,0]	9,10±2,83	9,5 [4,0-14,0]	t=-0,092* p=0,927	Ön test ⁽¹⁾	7,90±3,11 [4,0-15,0]	8,0 [4,0-12,0]	6,40±2,67 [4,0-12,0]	5,5 [4,0-12,0]	Z=-1,957** p=0,051
Son test ⁽²⁾	11,71±3,24	12,0 [4,0-16,0]	8,67±2,52	8,0 [4,0-14,0]	Z=-3,829** p=0,000	Son test ⁽²⁾	9,90±3,07 [4,0-15,0]	10,0 [4,0-15,0]	6,83±2,70 [4,0-15,0]	6,5 [4,0-15,0]	Z=-3,934** p=0,000
İzlem testi ⁽³⁾	11,37±3,24	12,0 [4,0-16,0]	7,93±2,02	8,0 [4,0-11,0]	Z=-4,509** p=0,000	İzlem testi ⁽³⁾	9,67±2,97 [4,0-15,0]	10,5 [4,0-15,0]	7,55±2,72 [4,0-14,0]	7,0 [4,0-14,0]	t=-2,715* p=0,007
İstatistiksel analiz Olasılık Fark	$\chi^2=32,019$ *** p=0,000 [1-2,3]		$\chi^2=5,570$ *** p=0,062			İstatistiksel analiz Olasılık Fark	F=11,584**** p=0,000 [1-2,3]		$\chi^2=8,458$ *** p=0,015 [1-3]		

* t: Independent Sample-t test

**Z:Mann-Whitney U

*** χ^2 :Friedman

****F.Repeated Measure

Tablo 4-5. (Devamı): Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği (EDSÖ) Puanı ve EDSÖ-Bilişsel ve Davranışsal Süreçler Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması-Gruplararası ve Grup İçi (n=61)

<u>Cevreli değerlendirme</u>					<u>Kendisiyle anlaşma</u>						
Ön test ⁽¹⁾	9,81±2,96	10,0 [4,0-15,0]	8,93±2,94	9,0 [4,0-14,0]	t=1,156* p=0,252	Ön test ⁽¹⁾	8,26±3,14	8,0 [4,0-15,0]	8,07±2,55	8,0 [4,0-12,0]	Z=-0,168** p=0,867
Son test ⁽²⁾	11,52±3,21	12,0 [4,0-16,0]	7,93±2,61	8,0 [4,0-13,0]	Z=-4,157** p=0,000	Son test ⁽²⁾	11,51±3,59	12,0 [4,0-16,0]	7,57±2,7	7,0 [4,0-13,0]	Z=-4,193** p=0,000
İzlem testi ⁽³⁾	10,90±3,47	11,0 [4,0-16,0]	8,90±2,98	8,0 [4,0-15,0]	t=2,376* p=0,021	İzlem testi ⁽³⁾	11,07±3,42	12,0 [4,0-16,0]	7,07±2,58	7,0 [4,0-12,0]	Z=-4,324** p=0,000
İstatistiksel analiz	$\chi^2=13,767$ *** p=0,001		F=2,301**** p=0,110			İstatistiksel analiz	$\chi^2=28,500$ *** p=0,000		$\chi^2=3,780$ *** p=0,151		
Olasılık Fark	[1-2]					Olasılık Fark	[1-2,3]				
<u>Kendini değerlendirme</u>					<u>Uyarıların kontrolü</u>						
Ön test ⁽¹⁾	9,32±3,05	9,0 [4,0-17,0]	9,03±2,54	9,0 [4,0-15,0]	t=0,402* p=0,689	Ön test ⁽¹⁾	7,52±3,09	7,0 [4,0-15,0]	6,33±1,92	6,0 [4,0-12,0]	Z=-1,314** p=0,189
Son test ⁽²⁾	11,32±3,16	12,0 [4,0-16,0]	8,40±2,47	8,0 [5,0-15,0]	Z=-3,895** p=0,000	Son test ⁽²⁾	9,90±2,91	10,0 [4,0-6,0]	6,73±2,65	6,5 [4,0-12,0]	Z=-3,867** p=0,000
İzlem testi ⁽³⁾	11,17±3,06	12,0 [4,0-14,0]	8,66±2,65	9,0 [4,0-13,0]	Z=-3,445** p=0,001	İzlem testi ⁽³⁾	10,00±2,75	11,0 [4,0-13,0]	6,86±2,28	7,0 [4,0-10,0]	Z=-4,196** p=0,000
İstatistiksel analiz	$\chi^2=23,096$ *** p=0,000		F=0,973**** p=0,384			İstatistiksel analiz	$\chi^2=26,640$ *** p=0,000		$\chi^2=2,022$ *** p=0,364		
Olasılık Fark	[1-2,3]					Olasılık Fark	[1-2,3]				

* t: Independent Sample-t test

**Z:Mann-Whitney U

*** χ^2 :Friedman

****F:Repeated Measure

Tablo 4-5. (Devamı): Egzersiz Değişim Süreci Ölçeği (EDSÖ) Puanı ve EDSÖ-Bilişsel ve Davranışsal Süreçler Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması-Gruplararası ve Grup İçi (n=61)

Sosyal serbestlik					Güçlendirme						
Ön test ⁽¹⁾	7,77±2,73	8,0 [4,0-15,0]	6,73±1,91	7,0 [4,0-10,0]	Z=-1,577** p=0,115	Ön test ⁽¹⁾	7,55±3,00	7,0 [4,0-14,0]	6,87±2,15	7,0 [4,0-11,0]	Z=-0,642** p=0,521
Son test ⁽²⁾	9,84±2,65	10,0 [4,0-14,0]	6,90±1,71	7,0 [5,0-11,0]	Z=-4,303** p=0,000	Son test ⁽²⁾	10,61±3,15	10,0 [4,0-16,0]	6,93±2,32	7,0 [4,0-12,0]	Z=-4,264** p=0,000
İzlem testi ⁽³⁾	9,23±2,27	10,0 [4,0-13,0]	7,38±2,01	8,0 [4,0-10,0]	Z=-3,394** p=0,001	İzlem testi ⁽³⁾	10,97±3,64	12,0 [4,0-16,0]	7,59±2,78	7,0 [4,0-12,0]	Z=-3,655** p=0,000
İstatistiksel analiz	$\chi^2=17,896$ *** p=0,000		$\chi^2=2,020$ *** p=0,364			İstatistiksel analiz	$\chi^2=24,718$ *** p=0,000		$\chi^2=1,838$ *** p=0,399		
Olasılık Fark	[1-2,3]					Olasılık Fark	[1-2,3]				
EDSÖ Toplam Puan											
Ön test ⁽¹⁾	82,97±26,52	83,0 [40,0-145,0]	74,30±18,98	74,5 [40,0-119,0]	t=1,463* p=0,149						
Son test ⁽²⁾	105,42±26,80	109,0 [40,0-149,0]	74,23±21,12	73,0 [47,0-133,0]	Z=-4,330** p=0,000						
İzlem testi ⁽³⁾	103,23±27,27	108,0 [40,0-137,0]	75,86±20,11	79,0 [40,0-113,0]	Z=-4,057** p=0,000						
İstatistiksel analiz	$\chi^2=27,670$ *** p=0,000		F=0,341**** p=0,712								
Olasılık Fark	[1-2,3]										

* t: Independent Sample-t test

**Z:Mann-Whitney U

*** χ^2 :Friedman

****F.Repeated Measure

Deney ve kontrol gruplarında, girişim öncesi, sonrası ve izlem değerlendirmesinde EDSÖ Bilişsel Süreçler alt grubunda – “Bilinç düzeyinde artış” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p < 0,05$). Deney grubu ön test, son test ve izlem testi EDSÖ – Bilinç düzeyinde artış puanları, kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlendi (Tablo 4-5). Buna göre, gruplar arasında başlangıçtan beri var olan fark girişim sonrasında da devam etmiştir.

Deney/kontrol gruplarında girişim öncesi EDSÖ – “Duygusal uyarılma” puanları benzer olmakla beraber ($p > 0,05$), girişim sonrası ve izlem değerlendirmesinde, deney grubunun EDSÖ – “Duygusal uyarılma” puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$). (Tablo 4-5).

Deney/kontrol gruplarında girişim öncesi EDSÖ – “Çevreyi yeniden değerlendirme” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p > 0,05$). Girişim sonrası ve izlem değerlendirmesinde EDSÖ – “Çevreyi yeniden değerlendirme” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p < 0,05$). Deney grubunun son test ve izlem testi EDSÖ – “Çevreyi yeniden değerlendirme” puanlarının, daha yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$) (Tablo 4-5).

Deney/kontrol grupları arasında girişim öncesi, EDSÖ – “Kendini değerlendirme” puanları birbirine benzer iken ($p > 0,05$), girişim sonrası ve izlem değerlendirmesinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p < 0,05$). Deney grubunun son test ve izlem testi EDSÖ – “Kendini değerlendirme” puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$) (Tablo 4-5).

Girişim öncesi, deney ve kontrol grubu EDSÖ – “Sosyal serbestlik” puanları birbirine benzerken ($p > 0,05$) girişim sonrası ve izlem değerlendirmesinde gruplararası istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p < 0,05$). Deney grubunun son test ve izlem testi EDSÖ – “Sosyal serbestlik” puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$) (Tablo 4-5).

Grup içi değerlendirmeler kapsamında, kontrol grubunda EDSÖ-“Bilişsel Süreçler” açısından anlamlı farklılık görülmedi ($p > 0,05$). Deney grubunda ise, EDSÖ-“Bilişsel Süreçler”de zamana göre anlamlı farklılıklar saptandı ($p < 0,05$). Buna göre, EDSÖ- “Bilinç düzeyinde artış”, “Duygusal uyarılma”, “Kendini değerlendirme”, “Sosyal serbestlik” girişim sonrası ve izlem değerlendirmesi puanları, girişim öncesine göre anlamlı düzeyde yüksekti. EDSÖ-“Çevreyi değerlendirme” puanı ise, girişim sonrasında girişim öncesine göre yüksek olarak belirlendi (Tablo 4.5).

Deney ve kontrol gruplarında, girişim öncesi, sonrası ve izlem değerlendirmesinde EDSÖ Davranışsal süreçler alt grubunda– “Karşıt durum” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Deney grubu ön test, son test ve izlem testi EDSÖ – karşıt durum puanları, kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlendi (Tablo 4-5). Ön testten itibaren gruplararası varolan fark, son test ve izlemde de devam etmiştir.

Deney/kontrol gruplarında girişim öncesi EDSÖ – “Destekleyici ilişkiler” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$), deney grubunun son test ve izlem testi EDSÖ – “Destekleyici ilişkiler” puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0,05$). (Tablo 4-5).

Deney/kontrol gruplarında girişim öncesi EDSÖ – “Güçlendirme” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$), deney grubunun son test ve izlem testi EDSÖ – “Güçlendirme” puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0,05$). (Tablo 4-5).

Deney/kontrol gruplarında girişim öncesi EDSÖ – “Kendisiyle anlaşma” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$), girişim sonrası ve izlem değerlendirmesinde, deney grubunun EDSÖ – “Kendisiyle anlaşma” puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0,05$) (Tablo 4-5).

Deney/kontrol gruplarında girişim öncesi EDSÖ – “Uyaranların kontrolü” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$), deney grubunun son test ve izlem test EDSÖ – “Uyaranların kontrolü” puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0,05$). (Tablo 4-5)

Grup içi değerlendirmeler kapsamında kontrol grubunda EDSÖ toplam puanı ve EDSÖ-‘Davranışsal Süreçler alt grubu incelendiğinde ‘destekleyici ilişkiler’ haricinde anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$). İzlem testi ‘Destekleyici ilişkiler’ puanı ön teste göre yüksek olarak belirlendi (Tablo 4-5). Deney grubunda ise, EDSÖ toplam puanı ve EDSÖ-‘Davranışsal Süreçler’de zamana göre anlamlı farklılıklar saptandı ($p<0,05$). Buna göre, son test ve izlem test EDSÖ- ‘Destekleyici ilişkiler’, ‘Güçlendirme’, ‘Kendisiyle anlaşma’, ‘Uyaranların kontrolü’ puanları ön teste göre yüksek olarak belirlendi. ‘Karşıt durum’da ise, deney grubunun son test puanı ön testten daha yüksekti (Tablo 4-5).

Tablo 4-6 ‘Egzersiz Öz-Etkililik Ölçeği’ Puanı ve ‘Egzersiz Karar Alma Ölçeği’ Yarar ve Zarar Algısı Alt Grup Puanlarının Karşılaştırılması-Gruplararası ve Grup İçi (n=61)

Ölçek ve alt gruplar	Deney grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=30)		Test/ Anlamlılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [Min-Max]	
EÖEÖ					
Ön test ⁽¹⁾	6,97±2,21	6,0 [5,0-14,0]	7,00±2,27	6,5 [5,0-15,0]	Z=-0,177** p=0,859
Son test ⁽²⁾	11,42±3,66	12,0 [5,0-18,0]	8,07±3,40	6,5 [5,0-16,0]	Z=-3,594** p=0,000
İzlem testi ⁽³⁾	10,87±21,91	11,0 [5,0-20,0]	6,83±2,54	6,0 [5,0-15,0]	Z=-3,748** p=0,000
İstatistiksel analiz Olasılık Fark	$\chi^2=35,188^{***}$ [1-2,3]	p=0,000	$\chi^2=2,966^{***}$	p=0,227	
Yarar algısı (EKAÖ)					
Ön test ⁽¹⁾	23,97±7,64	24,0 [10,0-38,0]	28,20±6,68	30,0 [10,0-40,0]	Z=-2,327** p=0,020
Son test ⁽²⁾	30,81±6,43	31,0 [10,0-40,0]	25,13±7,27	27,5 [10,0-39,0]	Z=-3,346** p=0,001
İzlem testi ⁽³⁾	29,07±6,46	30,0 [10,0-40,0]	24,86±6,71	26,0 [10,0-38,0]	Z=-2,801** p=0,005
İstatistiksel analiz Olasılık Fark	$\chi^2=39,056^{***}$ [1-2,3]	p=0,000	$\chi^2=10,954^{***}$ [1-3]	p=0,004	
Zarar algısı (EKAÖ)					
Ön test ⁽¹⁾	15,16±6,21	15,0 [7,0-29,0]	17,50±3,25	17,5 [10,0-24,0]	Z=-2,211** p=0,027
Son test ⁽²⁾	12,61±5,01	12,0 [6,0-23,0]	15,73±4,74	14,5 [7,0-30,0]	Z=-2,696** p=0,007
İzlem testi ⁽³⁾	13,07±3,89	13,0 [7,0-24,0]	17,66±2,09	18,0 [13,0-24,0]	Z=-5,030** p=0,000
İstatistiksel analiz Olasılık Fark	$\chi^2=9,189^{***}$ [1-2]	p=0,010	$\chi^2=7,505^{***}$ [2-1,3]	p=0,023	

* t: Independent Sample-t test

**Z:Mann-Whitney U

*** χ^2 :Friedman

****F.Repeated Measure

Deney/kontrol gruplarında girişim öncesi EÖEÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$), öte yandan, girişim sonrası ve izlem değerlendirmesinde ise, deney grubunun son test ve izlem test EÖEÖ puanları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0,05$). (Tablo 4-6).

Deney ve kontrol gruplarında, girişim öncesi, sonrası ve izlem değerlendirmesinde EKAÖ ‘Yarar Algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Deney grubu girişim öncesi ‘Yarar algısı’ puanı kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük, girişim sonrası ve izlem değerlendirmesinde ‘Yarar Algısı’ puanı kontrol grubuna göre daha yüksekti (Tablo 4-6).

Deney ve kontrol gruplarında, girişim öncesi, sonrası ve izlem değerlendirmesinde EKAÖ 'Zarar Algısı alt boyut, puanlarının karşılaştırılmasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Deney grubu girişim öncesi, sonrası ve izlem değerlendirmesinde, 'Zarar algısı' puanının kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-6).

Grup içi değerlendirmeler kapsamında, kontrol grubunda EÖEÖ toplam puanları açısından anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$). Fakat EKAÖ-'Yarar algısı' ve 'Zarar algısı' puanlarında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$) Buna göre, izlem test 'Yarar algısı (EKAÖ)' puanları ön test puanına kıyasla daha düşüktü, ön test ve izlem test 'Zarar algısı (EKAÖ)' puanları son teste göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo4-6). Deney grubunda ise, EÖEÖ, EKAÖ 'Yarar algısı' ve 'Zarar Algısı' puanları açısından zamana göre anlamlı farklılıklar saptandı ($p<0,05$). Buna göre, EÖEÖ, Yarar algısı-EKAÖ son test ve izlem test puanları, ön teste göre anlamlı düzeyde yüksekti. Son test 'Zarar algısı (EKAÖ)' puanı, ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p<0,01$) ((Tablo-4-6)

Tablo 4-7 Metabolik Sağlık Göstergelerine Ait Ortalamaların Karşılaştırılması-Gruplararası ve Grup İçi (n=61)

Değişken	Deney grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=30)		Test/ Anlamlılık	Değişken	Deney grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=30)		Test/ Anlamlılık
	\bar{X} ± S. S.	Median [Min-Max]	\bar{X} ± S. S.	Median [Min-Max]			\bar{X} ± S. S.	Median [Min-Max]	\bar{X} ± S. S.	Median [Min-Max]	
<u>Beden kitle indeksi</u>						<u>Trigliserid</u>					
Ön test ⁽¹⁾	31,15± 3,44	30,9 [26,2-38,8]	30,37±4,11	30,4 [25,1-40,2]	t=0,809* p=0,422	Ön test ⁽¹⁾	179,13±82,13 [100,0- 554,0]	159,0 4	155,37±36,2 4	146,5 [120,0-300,0]	Z=-1,479** p=0,139
Son test ⁽²⁾	31,03± 3,53	30,6 [25,8-38,8]	30,10±4,18	30,1 [24,7-41,0]	t=0,672* p=0,504	Son test ⁽²⁾	184,19±79,93 [95,0-525,0]	160,0 7	152,93±28,2 7	147,5 [114,0-241,0]	Z=-1,783** p=0,075
İzlem testi ⁽³⁾	30,89± 4,22	31,4 [22,6-39,5]	30,73±4,09	31,0 [24,7-40,6]	t=0,148* p=0,883	İzlem testi ⁽³⁾	194,57±78,20 [100,0- 500,0]	167,5 2	149,03±25,5 2	145,0 [105,0-225,0]	Z=-3,026** p=0,002
İstatistiksel analiz	F=0,141**** p=0,869		F=6,252**** p=0,004 [2-3]			İstatistiksel analiz	$\chi^2=7,812***$ p=0,020 [1,2-3]		$\chi^2=2,552***$ p=0,279		
Olasılık Fark						Olasılık Fark					
<u>Bel çevresi</u>						<u>HDL</u>					
Ön test ⁽¹⁾	105,39 ±7,46	105,0 [95,0-124,0]	107,63±11,6 2	104,0 [93,0-140,0]	Z=-0,339** p=0,734	Ön test ⁽¹⁾	51,32±12,40 [31,0-91,0]	51,0 3	50,50±18,30 3	47,0 [30,0-101,0]	Z=-1,234** p=0,217
Son test ⁽²⁾	105,23 ±7,97	105,0 [88,0-123,0]	107,83±11,4 4	104,5 [94,0-140,0]	Z=-0,463** p=0,644	Son test ⁽²⁾	53,61±17,00 [32,0-100,0]	50,0 4	52,47±18,69 4	48,0 [33,0-110,0]	Z=-0,780** p=0,435
İzlem testi ⁽³⁾	104,23 ±8,90	104,0 [85,0-124,0]	108,07±11,4 4	105,0 [95,0-140,0]	Z=-0,843** p=0,399	İzlem testi ⁽³⁾	57,30±18,25 [33,0-106,0]	53,5 5	55,17±17,69 5	52,0 [29,0-105,0]	Z=-0,501** p=0,617
İstatistiksel analiz	F=0,961**** p=0,389		$\chi^2=8,943***$ p=0,011 [1-3]			İstatistiksel analiz	$\chi^2=2,209***$ p=0,331		$\chi^2=8,470***$ p=0,014 [1-3]		
Olasılık Fark						Olasılık Fark					

Tablo 4-7. (Devam) Metabolik Sağlık Göstergelerine Ait Ortalamaların Karşılaştırılması-Gruplararası ve Grup İçi (n=61)

<u>Sistolik tansiyon</u>					<u>Açlık kan şekeri</u>						
Ön test ⁽¹⁾	125,00 ±12,65	120,0 [100,0- 150,0]	127,33±12,8 5	120,0 [110,0-150,0]	Z=-0,885** p=0,376	Ön test ⁽¹⁾	95,10±13,78	92,0 [65,0-135,0]	112,57±20,7 7	109,0 [82,0-165,0]	Z=-3,559** p=0,000
Son test ⁽²⁾	133,55 ±13,55	140,0 [100,0- 150,0]	128,33±12,3 4	130,0 [100,0-150,0]	Z=-1,768** p=0,077	Son test ⁽²⁾	96,23±10,94	98,0 [74,0-115,0]	111,80±20,8 5	109,0 [82,0-154,0]	t=-3,669* p=0,001
İzlem testi ⁽³⁾	132,67 ±13,37	130,0 [100,0- 150,0]	138,34±10,1 7	140,0 [110,0-150,0]	Z=-1,132** p=0,258	İzlem testi ⁽³⁾	96,80±9,82	95,0 [80,0-116,0]	114,79±22,4 0	112,0 [85,0-160,0]	Z=-3,198** p=0,001
İstatistiksel analiz Olasılık Fark	$\chi^2=6,290^{***}$ p=0,043 [1-2]		$\chi^2=7,731^{***}$ p=0,021 [1-3]			İstatistiksel analiz Olasılık Fark	$\chi^2=0,420^{***}$ p=0,811		$\chi^2=2,966^{***}$ p=0,227		
<u>Diastolik tansiyon</u>											
Ön test ⁽¹⁾	83,87± 8,82	90,0 [60,0-100,0]	82,67±10,15	80,0 [60,0-100,0]	Z=-0,612** p=0,540						
Son test ⁽²⁾	85,81± 8,07	90,0 [70,0-100,0]	82,00±8,47	80,0 [70,0-100,0]	Z=-1,859** p=0,063						
İzlem testi ⁽³⁾	83,33± 8,02	80,0 [70,0-100,0]	82,07±7,74	80,0 [70,0-100,0]	Z=-0,860** p=0,390						
İstatistiksel analiz Olasılık	$\chi^2=2,548^{***}$ p=0,280		$\chi^2=0,453^{***}$ p=0,797								

* t: Independent Sample-t test **Z:Mann-Whitney U *** χ^2 :Friedman ****F.Repeated Measure

Gruplararası, girişim öncesi, sonrası ve izlem değerlendirmesinde BKİ, HDL, bel çevresi ve kan basıncı ortalama değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4-7).

Grup içi karşılaştırmalarda ise; deney grubunun BKİ, HDL ve bel çevresi ortalama değerlerinde, zamana göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$), kontrol grubunda, BKİ ve bel çevresi ortalama değerlerinde zamana göre anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Girişim sonrası BKİ ortalaması, izlem testine göre daha küçük iken, girişim öncesi bel çevresi ortalaması, izlem testinde göre daha küçük olarak saptandı (Tablo 4.7).

Sistolik kan basıncında, hem deney hem de kontrol grubunda, zamana göre anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Deney grubunun izlem testi sistolik kan basıncı ortalama değeri, girişim sonrasına göre daha yüksek iken, kontrol grubunda, izlem testi sistolik kan basıncı değeri, girişim öncesine göre daha yüksek ölçüldü ($p<0,05$). Öte yandan, diastolik kan basıncı değerleri, deney ve kontrol gruplarında zamana göre farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Gruplararası, girişim öncesi, sonrası ve izlem değerlendirmesinde Açlık Kan Şekeri (AKŞ) ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.7). Gruplararası başlangıçtan itibaren varolan farkın girişim sonrasında da devam ettiği görüldü, deney grubunun AKŞ ortalama değerleri, kontrol grubuna göre daha düşük olarak belirlendi. Her iki grupta zamana göre AKŞ ortalama değerlerinde ise anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Gruplararası, girişim öncesi ve girişim sonrası Trigliserid değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). Deney grubunun izlem testinde Trigliserid değerleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 4-7). Öte yandan deney grubunda zamana göre Trigliserid değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$). İzlem testi Trigliserid değerleri, girişim öncesi ve sonrasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 4-7). Kontrol grubunda zamana göre Trigliserid değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$), izlem testi HDL değerlerinin ön test ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4-7).

Tablo 4-8 Deney Grubunda Zamana Göre Adım Sayılarının Karşılaştırılması

Değişken	Müdahale Sonrası		İzlem Değerlendirmesi		Test/ Anlamlılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [Min-Max]	
Adım Sayısı	5421±2231	(868-9953)	6282±2131	(978-12453)	t= 1.216 p=0.226

Deney grubunda zamana göre müdahale sonrası ve izlem değerlendirilmesinde adım sayıları incelendiğinde son test ve izlem test adım sayısı arasında fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo4-8).

4.3. Fiziksel Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi - Katılımcıların Geribildirimleri

Deney grubunu oluşturan psikiyatri hastalarının, girişim sonrası yaşadıkları deneyimler Tablo 4-9'de gösterildi. Deney grubunda yer alan tüm katılımcıların danışmanlık programı hakkındaki düşünceleri olumluydu. Program süresince, ailelerinin destek vermemesi başta olmak üzere, olumsuz hava koşulları en fazla yaşadıkları zorluklar olarak belirtildi.

Hastaların kendi başlarına birşeyleri başarabildiklerini görmek hastaları motive edip olumlu etkiledi, mutluluk duymalarını sağladı. Öte yandan, ailesinin egzersiz yapmalarını engelleyici davranışları da katılımcılarda kızgınlık duygusuna yol açtı. Ailenin destekleyici olmasına duyulan ihtiyaç, program sırasındaki düşüncelerde önemli yere sahipti.

Program sona erdikten sonra, devam edip edemeyecekleri, tek başına yapabilecekleri konusunda endişeleri ve destek arayışları mevcuttu. Programın devam etmesini isteme oranları da bunu yansıtmaktaydı.

Hastalar danışmanlık programının yararı kapsamında, yüksek oranda kendilerini ev içinde hareketlendirdiğini belirtti. Programla ilgili önerilerinden önde geleni, katılımcıların dörtte üçünden fazlasının programın uzun olmasını ya da devam etmesini önermesiydi.

Tablo 4-9 Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi-Psikiyatri Hastaların Geribildirimleri

Girişim Sonrası Deneyimler	n*	%
Katıldığınız bu danışmanlık programını nasıl tanımlarsınız?		
-Çok yararlıydı, yeni bilgiler öğrendim.	31	100
Danışmanlık programına devam ederken bir zorlukla karşılaştınız mı?		
-Havaların soğuması yürüyüşümü engelledi	10	32.25
-Ailenin destek vermemesi	21	67.74
Danışmanlık programı boyunca duygusal açıdan neler hissettiniz?		
- Çok mutluydum. Bir şeyleri başarabilmek güzeldi.	20	64.51
-Ailem yürüyüş yapmama izin vermediğinde sinirleniyordum.	15	48.38
- Kilomuzu takip eden birinin olması mutlu etti beni.	10	32.25
Danışmanlık programı boyunca ne gibi düşünceleriniz oldu?		
-Kendime güvenim geldi. Bedenim ile ilgilenebiliyorum artık.	11	35.48
-Keşke evde de spor yapan biri olsaydı, destek olsalar daha iyi yürüyüş yapardım.	17	54.83
-Spor yapmamın farkındayım ama spor yapacak enerjim yok.	8	25.80
Şimdi ne hissediyorsunuz?		
-Bu program bittikten sonra acaba kendim devam edebilecek miyim? Siz takip ettiğinizde iyi oluyordu. Motive oluyordum.	22	70,96
-Bu program hep devam etseydi çok yararlı olacaktı.	23	74.19
-Her akşam yemekten sonra annemle bir buçuk saat yürümeye başladım.	5	16.2
-Birşeylerin farkına vardık ama kendi başımıza devam edebilecek miyiz acaba?	16	51.61
6.Bu danışmanlık programının yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet ise neden?		
-Yürüyüş yapıyorum, uzun süredir binemediğim bisikletime binmeye başladım.	4	12.90
-Annem/babam/kardeşlerim her yemekten sonra yürüyüş yapalım derdi ve annemle yürüyüşe çıkıyorum.	5	16.12
-Evin içinde de hareketliyim artık.	20	64.51
Hayır ise neden?		
Kilo vermemin, spor yapmanın farkındayım ama yapamıyorum, hala da yapamadım. Enerjim yoktu.	7	22.58
7. Sizinle yapılan görüşmeleri düşündüğünüzde, bu görüşmeleri geliştirmek için öneriniz var mı? ‘Var’ ise neler?		
-Bu programın daha uzun olmasını yada devam etmesini beklerdim.	24	77.41
-Burada spor salonumuz olsaydı ve sizde bizimle spor yapsaydınız güzel olurdu.	9	29.03
-Hep birlikte doğa yürüyüşleri yapabilirdik.	11	35.48

*Birden fazla cevap verilmiştir.

5. TARTIŞMA

Psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumlarının geliştirilmesinde psikiyatri hemşiresinin danışmanlık rolünün etkisini Transteoretik Model (TTM) aracılığıyla belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda üç bölümde tartışıldı;

Birinci bölümde; katılımcıların bireysel ve sağlık/hastalık ile ilişkili özellikleri-algılamaları,

İkinci bölümde; katılımcıların fiziksel sağlığının geliştirilmesinde hemşirenin danışmanlık rolünün etkisi -grup içi ve gruplararası karşılaştırmalar

Üçüncü bölümde; katılımcıların fiziksel sağlığının geliştirilmesinde hemşirenin danışmanlık rolünün etkisi-geribildirimler ile ilgili bulgular tartışıldı.

5.1. Katılımcıların Bireysel ve Sağlık/Hastalık İle İlişkili Özellikleri-Algılamaları

Deney ve kontrol grubunu oluşturan katılımcıların yaş ortalaması. $39,23 \pm 8,08$ (yıl) ve $43,57 \pm 7,39$ (yıl) olup; çoğunluğu erkek, bekar ve çalışmıyor statüsündedir. Hemen hemen tamamı, ailesiyle yaşayan katılımcıların, orta gelir düzeyinde oldukları da belirlenmiştir. Deney ve kontrol grupları, eğitim düzeyi dışında, bireysel özellikler açısından birbirine benzerdir. Gruplar arasındaki farklılık, eğitim düzeylerinde görülmüştür. Kontrol grubunu oluşturan katılımcıların yarısı, okuryazar değilken, deney grubunun yarıdan fazlası ilköğretim düzeyindedir (Tablo 4-1). Literatür incelendiğinde yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma ve medeni durum açısından 'Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar' tanısı alan hastalarının profilleri bu çalışma ile benzerdir (Chen ve ark 2014, Bassilios ve ark 2015, Costa ve ark 2019, Blomqvist ve ark 2019, Moritz ve ark. 2011). Deney ve kontrol grubunda bulunan hastalar birlikte yaşadığı kişiler ve çalışma durumları açısından literatürden farklıdır. Literatürde hastaların bağımsız olarak yaşamlarını sürdürdükleri (Blomqvist ve ark 2019, Bailey ve ark 2019) ve çalıştıkları belirlenmiştir (Costa ve ark 2019, Bailey ve ark 2019). Çalışmamızda toplumsal ve kültürel özelliklerin 'aile ile birlikte yaşama' üzerine etkisi yansıttığı düşünülmektedir.

Deney ve kontrol gruplarında bulunan hastaların büyük bir kısmı sigara kullanmaktadır. Sigara kullanımı, alkol kötüye kullanım, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite eksikliği olarak tanımlanan sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları psikiyatri hastalarında yaygındır (Anastopoulou ve ark 2017, Carney ve ark 2017, Gyllensten ve ark 2020). Literatürde de benzer şekilde, %50-

80 tütün kullanım yaygınlığı ile 'Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar' tanısı olan kişilerin ulusal ortalamanın üç ila dört katı oranında tütün tükettiği tahmin edilmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2013, Dickerson ve ark 2018).

Deney ve kontrol grubunun her ikisinde de, katılımcılar düzenli sağlık kontrolü yaptırmamaktadır (Tablo4-2). Psikotik bozukluğu olan hastalarda bilişsel bozukluk, sosyal izolasyon ve şüphencilik gibi semptomlar nedeniyle fiziksel sağlık sorunları olduğunun farkına varamaması ya da fiziksel sağlığı önemsemeye motivasyon eksikliği, sosyal etkileşimde azalma, kararsızlık nedeniyle düzenli sağlık kontrolleri ertelenmekte veya ihmal edilmektedir (Lerbæk ve ark 2019).

Her iki grupta da hastaların düzenli egzersiz yapma durumlarının düşüklüğü dikkat çekmektedir (Tablo 4-2). Psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışları genel popülasyon ve diğer hasta gruplarına kıyasla daha fazladır (Buhagiar ve ark 2020, Bassilios ve ark 2015, APA 2016). Sağlıksız yaşam tarzlarından biri olan fiziksel hareketsizlik, psikiyatri hastaları için ciddi bir sorundur. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun yakınında spor yapmak için uygun alanların bulunmasına rağmen egzersiz yapmama nedeni olarak, gerek psikiyatrik bozuklukların semptomlarının, gerek antipsikotik tedavinin etki ve yan etkilerinin sedanter yaşama etki ettiği düşünülmektedir. Psikiyatri hastalarının fiziksel aktivite yapma motivasyonlarını, hastalarda var olan psikiyatrik semptomlar (hezeyan, halüsinasyon, depresif duygudurum,) olumsuz etkilemektedir (Chen ve ark 2014). Şizofreni hastaları ile yapılan birçok çalışmada genel popülasyona göre önemli ölçüde daha hareketsiz oldukları bulunmuştur (Roick ve ark 2007, Bassilios ve ark 2015). Chen ve ark (2014)'nın şizofreni tanıli hastalarda yaptığı çalışmada da, şizofreni hastalarının fiziksel aktivite açısından öz bakım skorlarının düşük olduğu bulunmuştur. Bu hasta grubunda, egzersiz yapma konusunda sosyal destek kaynakları önem taşır. Fakat çalışmamızda katılımcıların büyük bir çoğunluğunun aile ve yakın arkadaşlarının da spor yapmadığı bulunmuştur (Tablo4-2). Ayrıca müdahale sonrası deney grubunun açık uçlu sorulara verilen cevaplar kapsamında 'Danışmanlık programına devam ederken bir zorlukla karşılaştınız mı?' sorusuna hastaların büyük çoğunluğu ailenin destek vermemesini belirtmişlerdir (Tablo 4-9). Çalışmamıza paralel olarak Vancampfort ve ark (2012)'nin derleme yazısında, şizofreni tanıli bireylerde fiziksel aktivite yapılmasının önündeki engellerden birinin sosyal destek eksikliği olduğu belirtilmiştir. Yine benzer bir çalışmada olan Gorczynski and Faulkner (2010) 18-70 yaş arası elli dört ciddi psikiyatrik bozukluğu olan hastalar ile TTM'in kullanıldığı tanımlayıcı bir çalışmada hastaların sağlığının geliştirilmesinde fiziksel aktivitenin rolünün yüksek olduğu, fakat, fiziksel aktivitenin

önündeki en büyük engelin ise yakınlarında fiziksel olarak aktif kimsenin bulunmaması olduğu belirlenmiştir.

Ruh sağlığının fiziksel sağlığa etkisi kapsamında, her iki grupta da orta düzeyde katılım saptanmıştır (Tablo 4-3). Psikiyatri hastalarının yaşadığı fiziksel sağlık sorunları müdahale edilmez ise zamanla artabilir ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Çelik İnce ve Partlak Günüşen (2019)'in psikiyatri hastaları ve yakınları ile yaptığı niteliksel çalışmada, hastalar ve yakınları ruhsal hastalığın fiziksel sağlığı olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Literatüre göre, psikiyatrik belirtiler ve sağlıklı yaşam tarzı davranışları, psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını olumsuz etkilemekte ve obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığını artırmaktadır (Correll ve ark 2017, Ehrlich ve ark 2014). Çelik İnce ve Partlak Günüşen (2018)'in psikiyatri hastaları ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların isteksizlik, yorgunluk, enerji eksikliği ve motivasyon eksikliğinin fiziksel olarak aktif olmalarını engellediği belirlenmiştir. Happel ve ark (2017) psikiyatri hastalarına bakım verenlerin hastaları hakkında fiziksel aktivite yapma durumları incelendiği niteliksel çalışmada, hastaların sosyal faaliyetlere katılmak yerine evde kalmayı tercih ettikleri, motivasyon ve enerji eksikliği nedeniyle fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmede veya sürdürmede zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. Araştırma sonucu, her iki grupta da katılımcıların, psikiyatrik hastalığın fiziksel sağlığa etkisini subjektif değerlendirmede, fiziksel sağlık aleyhine sayılabilecek bir algılama içinde olduklarını, şizofreni ve ilişkili bozukluklar tanısı doğrultusunda, öz bakım ve fiziksel sağlığı ihmal ettiklerini akla getirmektedir.

5.2. Katılımcıların Fiziksel Sağlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi -Grup İçi Ve Gruplararası Karşılaştırmaların Tartışılması

Metabolik sendrom gelişme riski yüksek olan psikiyatri hastaları için yaşam tarzı müdahalelerinden biri olan egzersizin başlatılması ve sürdürülmesiyle ilgili motivasyon faktörlerini anlamak ve uygulamayı artırmak günümüzde önemli bir konu haline gelmiştir (Romain ve Abdel-Baki 2017, Warding ve ark 2013). Motivasyon faktörlerini belirlemek için Transteoretik Model'in kullanışlı bir araç olduğu literatürde de belirtilmiştir (Zhu ve ark 2014, Romain ve Abdel-Baki 2017, Kaplan Serin ve Çitlik Sarıtaş 2020, Karlssona ve Danielsson 2020)

Çalışmamızda, girişim öncesi, grupların egzersiz değişim aşaması durumları benzerdi. Son test ve izlem test egzersiz değişim aşaması düşünmeme ve düşünme olanların ağırlıklı olarak kontrol grubunda olduğu, hazırlık, hareket ve sürdürme olanların ise ağırlıklı olarak deney grubunda olduğu bulundu. Kırk ve ark. (2011) tarafından TTM temelli verilen egzersiz

danışmanlığı programı kapsamında yapılan çalışmada, tip 2 diyabetli hastaların %82'sinde aşamalar arasında ilerleme olduğu saptanmıştır. Jackson ve ark. (2007) tip-2 diyabetli hastaların fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik çalışmada değişim aşamalarında deney grubu lehine ilerlemeler olduğunu bildirmiştir. Zhu ve ark (2014) koroner kalp hastaları ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada sekiz haftalık müdahaleden sonra deney grubunun kontrol grubuna kıyasla egzersiz değişim aşamalarında olumlu bir ilerleme olduğunu bulmuştur. Psikiyatri ve psikiyatri dışı hastalarla ilgili literatüre paralel olarak çalışmamızda da müdahale sonrası ve izlemde deney grubunda değişim aşamalarında anlamlı düzeyde ilerleme saptanmıştır. Çalışmamızda deney grubunun değişim aşaması belirlendikten sonra, girişim olarak, bireysel düzeyde, içinde bulunulan aşamaya ve hastaya özgü stratejiler ve teknikler kullanıldı. Bir başka deyişle hastalar için farklı aşamalarda farklı hedefler belirlendi ve daha yüksek bir aşamaya ilerlemeleri ve motive olmaları için farklı stratejiler/ teknikler kullanıldı. Çalışmamızın müdahale programına paralel olarak Karlsson & Danielsson (2020), egzersiz yaparken bir hedefe sahip olmanın önemini vurgulamakta ve bir hedef için çalışmanın, egzersiz yapmayı daha anlamlı hale getirdiğini ve hedeflere ulaşmanın hastalarda gurur duygusu oluşturduğunu ve fiziksel aktivite/egzersiz hakkında genel tavsiye vermek yerine hastaların hedeflerini keşfetmeye ve kişiselleştirilmiş bir egzersiz planı tasarısının daha etkili olabileceğini belirtmiştir.

Şizofreni tanılı bireylerin sigarayı bırakmak veya egzersiz yapmaya başlamak gibi 'değiştirmeleri gereken' şeyleri planlamaya yönelme eğiliminde oldukları, ancak planları eyleme geçirmede başarısız olabilecekleri ileri sürülmektedir. Değişken ruh hali, enerji eksikliği (Warding ve ark 2013) ve bilişsel eksikliklerin yanısıra (Ward ve ark 2017), aynı zamanda çevresel faktörler, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyoekonomik eşitsizlikler gibi bireyin ve semptomlarının dışındaki faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Warding ve ark 2013). Çalışmamıza benzer şekilde birçok çalışmada TTM temelli motivasyonel görüşmenin egzersiz davranışı kazandırmada başarılı ve değişim aşamaları ile fiziksel aktivitede ilerleme sağladığı gösterilmiştir (Kırk ve ark 2011, Jackson ve ark 2007, Karlssona ve Danielsson 2020). Yeni bir yaşam tarzının bireyin yaşamına yeterince entegre olması için en az 6 ay önerilir, böylece odak yeni alışkanlığı sürdürmeye kaydırılabilir (Karlssona ve Danielsson 2020, Gorchynski ve ark 2010). Girişimin uzun süreli olmasının ve düzenli takiplerin önemi bu noktada düşünülmelidir.

Deney ve kontrol gruplarında, girişim öncesi, sonrası ve izlem değerlendirmesinde EDSÖ – Bilişsel süreçler (bilinç düzeyinde artış, duygusal uyarılma, çevreyi değerlendirme, kendini değerlendirme, sosyal serbestlik) ve davranışsal süreçler (karşıt durum, destekleyici

ilişkiler, kendisiyle anlaşma, uyarıların kontrolü, güçlendirme), EÖEÖ, EKAÖ-yarar algısı ve zarar algısı puanları ‘destekleyici ilişkiler’ ve ‘zarar algısı’ haricinde kontrol grubunda değişmezken, deney grubunda ‘EDSÖ-Karşıt Durum’, ‘EKAÖ-Zarar algısı’ haricinde son test ve izlem test puanlarında yükselme oldu. Bu yükselmeye paralel olarak deney grubunda değişim aşamalarında da hazırlık, hareket ve sürdürmede olan hasta sayısında da artış oldu. Kontrol grubu ‘EDSÖ-destekleyici ilişkiler’ izlem test puanı ön teste göre yüksek, ‘EKAÖ-yarar algısı’ puanı izlem test puanı ön teste göre düşüktü. Deney grubu ‘EDSÖ-kendisiyle anlaşma’ izlem test puanı ön teste göre yüksek, ‘EKAÖ Zarar algısı’ puanı son test puanı ön teste göre düşüktü. Literatür incelendiğinde psikiyatri hastaları ile TTM çalışmaları çok azdır. Bu yüzden TTM ile farklı hasta gruplarıyla yapılan çalışmalar da incelenmiştir. Kim (2007)’in üniversite öğrencilerinin TTM aracılığı ile egzersiz davranışlarının incelendiği araştırmada, düşünme öncesi aşamadan sürdürme aşamasına doğru ilerledikçe EDSÖ genel ve alt ölçek puanlarının ve EÖEÖ puanı arttığı bulunmuştur. Bireylerin harekete geçebilmesi için öz-etkililik puanlarında artış olması beklenmektedir (Nigg ve ark, 2011). Yapılan çalışmalarda bireylerin üst aşamalarda (düşünmeme aşamasından devam ettirme aşamasına doğru) daha yüksek öz etkililik puanlarına sahip olduğu görülmüştür (Berry ve ark, 2005, Öner ve Baysal, 2017). Zhu ve ark (2014) kalp hastası olan yetişkinler ile yaptığı egzersizi artırmaya yönelik çalışmada, TTM temelli eğitim alan müdahale grubunun egzersiz öz-etkililik puanı geleneksel eğitim grubundan ve kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Romain ve Abdel-Baki (2017) ciddi psikiyatrik bozukluğu olan 43 fazla kilolu hasta ile yaptığı kesitsel çalışmada fiziksel aktiviteyi oluşturan TTM yapıları ile değişim süreçleri ve algılanan yararların pozitif olarak ilişkili olduğunu, ortalama davranışsal değişim süreçleri seviyesinin ve algılanan yararların, fiziksel olarak aktif olanlarda, aktif olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Gorczynski and Faulkner (2010) 18-70 yaş arası elli dört ciddi psikiyatrik bozukluğu olan hasta ile TTM’in kullanıldığı tanımlayıcı bir çalışmada, hastaların hareket ve sürdürme aşamalarına yaklaştıkça, öz yeterlilik düzeyleri ve fiziksel aktivitenin algılanan faydalarının önemli ölçüde arttığını bulmuştur. Kaplan Serin ve Çitlik Sarıtaş (2020), tip 2 diabetli hastalar ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada deney grubunda son testte ön teste oranla değişim aşamalarında %75 oranında ilerleme tespit etmiş ve son testte egzersiz değişim süreçleri, karar verme dengesi ve öz-etkililik ölçekleri genel puan ortalamalarının ön teste oranla arttığını bulmuştur. Kontrol grubunda ‘EKAÖ-zarar algısının düşük olması egzersizin önemini ve egzersiz yapma konusunda karar alma şanslarının gün geçtikçe azaldığı olarak belirtebiliriz. Nyboe ve ark (2016) ilk atak döneminde olan 68 şizofreni hastası ve 53 sağlıklı

hasta grubu ile yaptığı gözlemsel çalışmada, şizofreni hastalarında fiziksel aktivite düzeyini sağlıklı kontrollerle karşılaştırdığında sağlıklı kontrollere kıyasla şizofreni hastalarda hem fiziksel aktivite düzeylerinde zamanla bir düşme olduğunu bulmuştur.

Deney grubu ön test, son test ve izlem testi EDSÖ – Bilinç düzeyinde artış ve karşıt durum puanları, kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Gruplar arasında başlangıçtan beri var olan fark girişim sonrasında da devam etmiştir. Bu farkın deney grubunun eğitim düzeyinin kontrol grubundan daha yüksek olduğu için düşünülmektedir.

Deney grubu girişim öncesi ön test EKAÖ yarar algısı puanı, kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük iken, girişim sonrası EKAÖ yarar algısı puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olup izlemde de bu eğilim devam etmiştir (Tablo 4.6). Gruplar başlangıçtan itibaren farklıdır. Kontrol grubunun egzersizin yarar algısı düzeyleri daha fazla iken, girişim sonrası, deney grubundaki katılımcıların egzersiz yarar algısı düzeylerinin arttığı ve izlemde de bunun devam ettiğini görmek girişimin etkinliği açısından önemli bir durumdur. Benzer durum, EKAÖ- zarar algısı alt boyutunda da görülmüştür. Kontrol grubunda zarar algısı puanı deney grubuna kıyasla, girişim öncesinden itibaren anlamlı düzeyde yüksektir. Fakat, deney grubunda, zarar algısı puanlarında girişim sonrasında ve izlemde azalma dikkati çekmektedir.

Gruplararası, girişim öncesi, sonrası ve izlem değerlendirmesinde BKİ, HDL, AKŞ bel çevresi ve kan basıncı ortalama değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. Deney grubunda farklı zaman noktalarındaki ölçümlerde, BKİ ve bel çevresi ortalamaları arasında fark yokken, kontrol grubunda son test BKİ ortalaması, izlem testine göre daha küçük iken, girişim öncesi bel çevresi ortalaması, izlem testinde göre daha küçük saptandı (Tablo 4-7). Metabolik profili bozduğu bilinen antipsikotik ilaçların kullanımı (De Hert ve ark., 2011, Romain ve ark 2019) hastalarda sedasyona ve kilo artışına neden olmaktadır. Öte yandan, müdahale programının deney grubunda kilo alımını anlamlı olmayan değerde azaltırken, kontrol grubunda kilo alımının izlemde son teste kıyasla yüksek olması, bozukluk ve tedavinin yan etkilerinin yol açtığı hareketsiz yaşam tarzı ve kötü fiziksel sağlık sonuçlarının varlığını göstermektedir. Romain ve ark (2019) psikotik bozukluğu olan hastalar ile yürüttüğü randomize kontrollü çalışmada, 6 aylık izlem sonunda deney grubunda bel çevresinde anlamlı olmayan bir azalma olduğunu, BKİ, kolesterol, HDL, LDL, trigliserit değerlerinde bir fark olmadığını saptamıştır. Psikiyatri hastaları ile ilgili yapılan çalışmalar ve meta-analizler, antropometrik ölçümler üzerinde tek başına egzersizin etkilerinin çok az olduğu ve kardiyometabolik profil üzerinde belirsiz olduğunu göstermiştir (Batacan ve ark 2017, Firth ve ark 2015, Rosenbaum

ve ark 2014). Deney grubunun izlem testi Trigliserid değerleri, kontrol grubuna kıyasla yüksektir. Aynı zamanda, deney grubunun kendi içinde de, 3 zaman noktasında trigliserid değerlerinde anlamlı artış saptanmıştır. Fiziksel aktivite üzerine bireysel sürdürülen girişim uygulamasına karşın bu artışın nedenleri konusunda net olmamakla beraber bazı tahminlerde bulunulabilir. Ancak, varolan psikofarmakolojik tedavinin ve bozukluğun doğasının buna yol açabileceği düşünülmektedir. Daha geniş örneklerle, girişim süresince tedavi değişiklikleri olup olmadığının izlendiği, kardiyovasküler sağlık tanılmasının daha detaylı yapıldığı ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca, fiziksel aktivitenin tek başına bu değerlerde etkinliği konusunda sınırlı olduğu da akla uygundur. Ayrıca, yağ metabolizması ve değerlerinde bireysel yerleşik düzeyler olabilir ve sonradan getirilmeye çalışılan sağlıklı yaşam tarzları bu yerleşik biyokimyasal yapıya etki edemeyebilir.

Kontrol grubu izlem HDL değerlerinin de n testten istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olması, altı aylık izlem döneminde hastalarda ilaç değişimleri, beslenmeye dikkat etmeme vb. etkenler ile bunu n oluşabileceği düşünülmektedir.

Deney grubunda izlem testinde ortalama adım sayısının artmasına rağmen, son test ve izlem test adım sayısı arasında fark olmadığı bulundu (Tablo 4-8).

Gyllensten ve ark (2020) tarafından da şizofreni spektrum bozukluğu olan hasta grubunda girişim sonrası ve izlemde adım sayısında farklılık olmadı gösterilmiştir. Halbuki yapılan araştırmalarda günlük adım sayısının fazla olması, bel çevresinde azalma, kilo kaybı, hipertansiyon riskini azaltma gibi etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Lee ve ark 2013, Naslund ve ark., 2016, Masa-Font ve ark, 2015). Hastaların geri bildirimleri göz önüne alındığında, müdahale sonrası ölçümlerin kiş mevsimine (aralık) denk gelmesi, ailelerin yeterince destek vermemesinin etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Katılımcıların Fiziksel Sağlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi-Geribildirimlerin Tartışılması

Psikiyatri hastalarında fiziksel sağlığın geliştirilmesinde TTM aracılığıyla yapılan girişime ilişkin deney grubundaki tüm hastalar geri bildirim ve görüş bildirmiş olup, subjektif görüşler olarak değerlendirmeye dahil edilmiştir.

Çalışmamızda deney grubunda bulunan tüm hastalar programın yararlı olduğunu belirtmiştir. Programın müdahale aşamasının sonbahar ve kiş aylarında (ekim-kasım-aralık) olması sebebiyle, havanın soğuk olması, hastaların egzersiz yapabilmesinde engel oluşturmuştur

Bir diğerk zorluk ise, literatürde de belirtildiği gibi çalışmamızda ortaya çıkan sorunlardan biri olan hastaların motivasyonlarını etkileyen ‘destek eksikliği’ idi. Romain ve ark (2020) 114 ciddi ruhsal bozukluğu olan hasta ile yaptığı çalışmada, fiziksel aktivite engelleri olarak motivasyon eksikliği, yorgunluk, sosyal destek eksikliği ve hava koşullarını belirtmiştir. Ayrıca hastalar sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanmak ve devam ettirmek için sağlık profesyonellerinin danışmanlığına değer verdikleri bulunmuştur. Hastaların program hakkındaki en öncelikli önerilerinden biri de programın uzun süreyi kapsaması ve danışmanlık eğitimin devam etmesi isteğidir. Bu bildirimler, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin, yönlendirme ile kendileri aktif kılma, sağlıklarını geliştirme konusunda istekliliklerini göstermektedir.

Gyllensten ve ark (2020) ciddi ruh hastalığı olan ve yatarak tedavi gören hastalarda kardiyometabolik risk faktörleri, fiziksel aktivite ve psikiyatrik durumla ilgili çalışmada, günlük fiziksel aktiviteye sahip hastaların, yatarak tedavi görmeyen hastalara kıyasla daha düşük depresyon ve apati seviyelerine yanısıra daha yüksek benlik saygısına sahip oldukları bulunmuştur. Çalışmamızda da müdahale aşaması tamamlandıktan sonra hastalar tek başına devam edip edemeyeceklerini düşünmüş ve programın kendilerini motive ettiğini belirtmişlerdir.

Literatürde ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerde egzersize karşı belirlenen engeller, depresif bir ruh hali, stres, ilaçların yan etkisi, motivasyon eksikliği ve fiziksel aktiviteye katılımda destek eksikliğidir (Roberts ve Bailey 2011, Firth ve ark 2016, Karlssona ve Danielsson 2020, Vancampfort ve ark 2017). Çalışmamızda da hastalar egzersiz yapması gerektiğinin farkında olup motivasyonlarının olmadığını, enerji azlığı yaşadıklarını ve destek sistemlerinin azlığını belirttiler.

Psikiyatrik bozukluğu olan bireyler de, iyi bir fiziksel sağlığı ve aktif –sağlıklı yaşam tarzlarını günlük hayatlarına dahil etmeyi hak etmektedir. Bunun sağlanması, ruh sağlığı ve psikiyatri profesyonelleri kendilerine düşen sorumluluğuun farkına varmalıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumlarının geliştirilmesinde psikiyatri hemşiresinin danışmanlık rolünün etkisini Transteoretik Model (TTM) aracılığıyla belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü desende yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- Katılımcıların fiziksel sağlık durumlarının (egzersiz kapsamında) geliştirilmesinde psikiyatri hemşirelerinin TTM aracılığıyla gerçekleştirdiği danışmanlık etkili olmuştur.
- Danışmanlık programı girişimi sonrasında katılımcıların girişime dair olumlu duygu ve düşünceleri, programın devam etmesini istemeleri, ev içi hareketliliklerinin artması, girişimin etkinliğine dair diğer subjektif verilerdir.

6.2. ÖNERİLER

- Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumları açısından riskli hastalar belirlenmeli ve bu hastalara –birey temelli-fiziksel aktivite yapmalarını teşvik edecek girişimler planlayıp uygulanmalı,
- Psikiyatri hemşireleri hastaların yanı sıra destek sistemlerini kuvvetlendirmek amacıyla hasta yakınlarını da fiziksel aktivite/egzersiz girişimlerine dahil etmeli ve bu konuda hasta yakınlarını da bilgilendirmeli, aynı/benzer eğitim programlarına aileleri de dahil etmeli
- TRSM’lerde hastalar için spor/egzersiz yapılacak alanların oluşturulması ve hastalar ile birlikte egzersiz yapılmalı, Fiziksel sağlık durumlarının geliştirilmesine yönelik girişimde oturum sayısının fazla olduğu ve pekiştirici eğitim oturumlarının yapıldığı kanıt düzeyi yüksek çalışmalar yapılmalı,
- Fiziksel sağlık durumlarının geliştirilmesine yönelik uygulamaların etkinliğini değerlendirmek için hastaların psikiyatrik semptomları, ilaç tedavisinde değişimler değerlendirilmeli

KAYNAKLAR

- Alpözgen, A.Z., Özdiçler, A.R. (2016). Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri. HSP; 3(1):66-72
- Anastopoulou, K., Fradelos, R.C., Misouridou, E., Berk, A., Papathanasiou, I.V., Kleisiaris, C., Zyga, S. (2017). Moderating Nutritious Habits in Psychiatric Patients Using Transtheoretical Model of Change and Counseling. Adv Exp Med Bio. 988:63-71
- ARNNL (2008). Advancing the Role of the Psychiatric-Mental Health Nurse in the Community.
https://www.arnnl.ca/sites/default/files/documents/role_of_the_psychiatric_mental_health_nurse_working_in_the_comm_apr_08.pdf (Erişim Tarihi: 01.03.2018)
- Batacan, R.B., Duncan, M.J., Dalbo, V.J., Tucker, P.S., Fenning, A.S., 2017. Effects of highintensity interval training on cardiometabolic health: a systematic review and meta-analysis of intervention studies. Br. J. Sports Med. 51, 494–503. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095841>
- Bridle, C., Riemsma, R.P., Pattenden, J., Sowden, A.J., Mather, L., Watt, I.S., Walker, A. (2005). Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. Psychology and Health June, 2005, 20(3): 283–301
- Blythe, J., White, J. (2012). Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: An integrative review of 10 years of UK Literature. International Journal of Mental Health Nursing (2012) 21, 193–201
- Burbank PM, Reibe D, Padula CA, Claudio N. (2002). Exercise and older adults: changing behavior with the transtheoretical model. Orthopedic Nursing. 21: 51-61.
- Burbank, PM., Patricia, M., Padula CA, Claudio N (2000). Changing health behaviors of older adults. Journal of Gerontological Nursing; Mar 2000; 26, 3; ProQuest Central pg. 26
- Carney, R., Cotter, J., Bradshaw, T., R. Yung, A. (2017). Examining the physical health and lifestyle of young people at ultra-high risk for psychosis: A qualitative study involving service users, parents and clinicians. Psychiatry Research 255 (2017) 87–9

- Chen, S., Chien, Y., Kang, C., Jeng, C., & Chang, W. (2014). Comparing self-efficacy and selfcare behaviours between outpatients with comorbid schizophrenia and type 2 diabetes and outpatients with only type 2 diabetes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(5), 414–422. <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12101>.
- Correll, C.U., Detraux, J., Lepeleire, J.D., De Hert, M. (2015). Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*;14:119–136)
- Correll, C.U., Joffe, B.I., Rosen, L.M., Sullivan, T.B., Joffe, R.T. (2017). Cardiovascular and cerebrovascular risk factors and events associated with second-generation antipsychotic compared to antidepressant use in a non-elderly adult sample: results from claims-based inception cohort study. *World Psychiatry*;16:163–180
- Correll, C.U., Solmi, M., Veronese, N., Bortolato, B., Rosson, S., Santonastaso, P., Thapa-Chhetri, N., Fornaro, M., Gallicchio, D., Collantoni, E., Pigato, G., Favaro, A., Monaco, F., Kohler, C., Vancampfort, D., Ward, P.B., Gaughran, F., Carvalho, A.F., Stubbs, B. (2017). Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*, 16:2.
- Curtis, J., Henry, C., Watkins, A., Newall, H., Samaras, K., Ward, P.B. (2011). Metabolic abnormalities in an early psychosis service: a retrospective, naturalistic cross-sectional study. *Early Intervention in Psychiatry*; 5: 108–114
- Curtis, J., Watkins, A., Rosenbaum, S., Teasdale, S., Kalucy, M., Samaras, K., Ward, P.B. (2016). Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*; 10: 267–276
- Çam, M.O., Bilge, A. (2015). Psikiyatrik bakımda kültürlerarası bakımın incelikleri. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatri Nurs-Special Topics*; 1(1):16-24
- Çelik İnce, S., Parlak Günüşen, N. (2019). Perception of physical health by patients with severe mental illness and their family caregivers: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*; 55:718-727. DOI: 10.1111/ppc.12416

- Davies CA, Mummery WK, Steele RM (2010) The relationship between personality, theory of planned behaviour and physical activity in individuals with type II diabetes. *Br J Sports Med*, 44:979-984.
- Davis, K.M., Antonio, S., Alpert,P.T., Clevesy, M. (2016) Using the Transtheoretical Model of Change to Improve Lifestyle Behaviors in a Woman With Metabolic Syndrome. *Journal of Doctoral Nursing Practice*, Volume 9, Number 1
- Demirel Döngel, B., Tamam, L., Kır, G. (2017). Şizofrenide görülen tıbbi durumlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*; 9(3):363-378 doi: 10.18863/pgy.288680
- Dieli-Conwright,C.M., Courneya,K.S., Demark-Wahnefried, W., Sami, N., Lee, K., Buchanan, T.A., Spicer, D.V., Tripathy, D.,Bernstein, L., Mortimer, J.E. (2018). Effects of Aerobic and Resistance Exercise on Metabolic Syndrome, Sarcopenic Obesity, and Circulating Biomarkers in Overweight or Obese Survivors of Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* 36:875-883.
- Drus, B., Chwatiak, L., Kern, J., Parks, J.J., Ward, M.C., Raney, L.E. (2018). (2016). Psychiatry's Role in Improving the Physical Health of Patients with Serious Mental Illness. A Report From the American Psychiatric Association. *Psychiatric Services*; 69:254–256; doi: 10.1176/appi.ps.201700359
- Ehrlich C, Kendall E, Frey N, Kisely S, Crowe E, Crompton D. (2014). Improving the physical health of people with severe mental illness: Boundaries of care provision. *International Journal of Mental Health Nursing*; 23(3):243- 251. <https://doi.org/10.1111/inm.12050>
- Erol S, Erdoğan S. (2007).Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* ; 10(2): 86-93.
- Fariz 2015. (2015). Psikiyatrik hastalıklar ve egzersiz. *Spor Hakemliği Dergisi*. 20(4): 131-138
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., Yung, A.R.. (2015). A systematic review and metaanalysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychol. Med.*, 1–19 <https://doi.org/10.1017/S0033291714003110>
- Firth J, Rosenbaum S, Stubbs B ve ark (2016) Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.*;46(14):2869–2881.

- Fraser, S.J., Brown, W.J., Whiteford, H.A., Burton, N.W. (2017). Impact of nurse-led behavioural counselling to improve metabolic health and physical activity among adults with mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2017 May 2. doi: 10.1111/inm.12343.
- Gorczynski P, Faulkner G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 5: Art. No.: CD004412. doi:10.1002/14651858.CD004412.pub2.
- Gorczynski P, Faulkner G, Greening S ve ark (2010). Exploring the construct validity of the transtheoretical model to structure physical activity interventions for individuals with serious mental illness. *Psychiatr Rehabil J*.;34(1):61–64.
- Gümüş, Y., Kitiş, Y. (2015). Egzersiz Davranış Değişimi Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirliliği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* (2015) 1–19
- Gyllensten, A.L., Ovesson, M.N., Hedlund, L., Ambrus L. & Tornberg, A. (2020) To increase physical activity in sedentary patients with affective – or schizophrenia spectrum disorders – a clinical study of adjuvant physical therapy in mental health, *Nordic Journal of Psychiatry*, 74:1, 73-82, DOI: 10.1080/08039488.2019.1669706
- Ham, O. K., Sung, K. M., Lee, B. G., Choi, H. W., & Im, E. O. (2016). Transtheoretical Model Based Exercise Counseling Combined With Music Skipping Rope Exercise on Childhood Obesity. *Asian Nursing Research*, 10(2), 116-122.
- Happel, B., Scott, D., Platania-Plung, C., Nankivell, J. (2012). Should we or shouldn't we? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*; 21, 202–210
- Happel, B., Davies, C., Scott, D. (2012). Health behaviour interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing* (2012) 21, 236–247
- Jackson R, Asimakopoulo K, Scammell A. (2007). Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *J Hum Nutr Diet*, (20): 27-36.
- Johnson, S.K., Sternberg, K., Velasquez, M.M. (2016). A Comparison of Profiles of Transtheoretical Model Constructs of Change among Depressed and Nondepressed Women at Risk for an Alcohol-Exposed Pregnancy. *Women's Health Issues* 27-1; 100–107

- Karlsson, V & Danielsson, L. (2020): Motivators for patients with schizophrenia spectrum disorders to start and maintain exercising: a qualitative interview study, *European Journal of Physiotherapy*, DOI: 10.1080/21679169.2020.1776386
- Kır aç, D., Kaspar, A.Ç., Avcılar, T., Kasımay  akır,  ., Ulucan, K., Kurtel, H., Deyneli, O., Güney, A.İ. (2015). Obeziteyle İlişkili Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılmasında Yeni Bir Yöntem “Üç Faktörlü Beslenme Anketi”. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* Cilt: 5, Sayı: 3
- Kirk A, MacMillan F, Webster N. (2010) Application of the Transtheoretical model to physical activity in older adults with Type 2 diabetes and/or cardiovascular disease. *Psychol Sport Exercises*, 11(4): 320-4.
- Kim Y-H. (2007). Application of the transtheoretical model to identify psychological constructs influencing exercise behavior: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007, 44(6): 936-44.
- Konstantina Anastopoulou, Fradelos, E. C., Misouridou, E., Kourakos, M., Berk, A., Papathanasiou, I.V., Kleisiaris, C., Zyga, S. (2017). Moderating Nutritious Habits in Psychiatric Patients Using Transtheoretical Model of Change and Counseling. Springer International Publishing AG 2017 P. Vlamos (ed.), *GeNeDis 2016, Advances in Experimental Medicine and Biology* 988, DOI 10.1007/978-3-319-56246-9_5
- Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. Self-efficacy and the stages of exercise behavior Change (1992). *Research Quarterly for Exercise and Sport*: 63: 60-66.
- Marcus BH, Rakowski W, Rossi JS. (1992). Assessing motivational readiness and decision making for exercise. *Health Psychology*; 11(4): 257-261.
- Meeto, D. D. (2013). Dangerous liaisons: The relationship between schizophrenia and diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 17(3), 104–111.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0074-7742\(02\)51014-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0074-7742(02)51014-X) (8p).
- Melissa AN, George DP, Beth AL, Jessica AW, David MW, Abby CK. et. al. (2008) Mediators of physical activity behavior change a multivariate approach, *Health Psychol*; 27(4): 409–418.
- Menekli, T., Fadiloğlu,  . (2012). Beslenme Değişim Süreçleri  lçeğinin Geçerlik ve G venirliği. *Sağlık Bilimleri Fak ltesi Hemşirelik Dergisi*, 1–21
- Nash, H. (2010). *Physical Health and Well-being in Mental Health Nursing*. Open University Press, New York. p:21

- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Scherer, E. A., McHugo, G. J., Marsch, L. A., & Bartels S. J. (2016). Wearable devices and mobile technologies for supporting behavioral weight loss among people with serious mental illness. *Psychiatry Research*; 244, 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.056>
- Nidecker, M., DiClemente, C.C., Bennett, M.E., Bellack, A.S. (2009). Application of the Transtheoretical Model of Change: Psychometric Properties of Leading Measures in Patients with Co-Occurring Drug Abuse and Severe Mental Illness. *Addict Behav*; 33(8): 1021–1030.
- Nigg, C. R., Geller, K. S., Motl, R. W., Horwath, C. C., Wertin, K. K., & Dishman, R. K. (2011). A Research Agenda to Examine The Efficacy and Relevance of The Transtheoretical Model For Physical Activity Behavior. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(1), 7-12.
- Nyboe, L., Moeller, M.K., Vestergaard, CH, Lund, H., Videbech, P. (2016) Physical activity and anomalous bodily experiences in patients with first-episode schizophrenia, *Nordic Journal of Psychiatry*, 70:7, 514-520, DOI: 10.1080/08039488.2016.1176250
- Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., Stroup, S. (2015). Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*;72(12):1172-1181. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1737
- Osborn, D., Nazareth, I., Wright, C., King, M. (2010). Impact of a nurse-led intervention to improve screening for cardiovascular risk factors in people with severe mental illnesses. Phase-two cluster randomised feasibility trial of community mental health teams *BMC Health Services Research* 2010, 10:61
- Osborn, D., Marston, L., Nazareth, I., King, M.B., Petersan, I., Walters, K. (2017). Relative risks of cardiovascular disease in people prescribed olanzapine, risperidone and quetiapine. *Schizophrenia Research*, 183:116-123. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.11.009>
- Prochaska JO, DiClemente CC. (1982). Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*; 19: 276-288.
- Prochaska OJ, Velicer FW, Rossi SJ. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*; 3(1): 39-46.

- Prochaska, O.J., Redding, C.A., Evers K.E. (2013). The Transtheoretical Model And Stages Of Change. İçinde: Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath. Health Behavior And Health Education: Theory, Research, and Practice, Jossey-Bass, United States of America; p:97-121
- Roberts SH, Bailey JE. (2011) Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *J Adv Nursing*;67(4):690–708.
- Robson, D., Haddad, M. (2012). Mental health nurses' attitudes towards the physical health care of people with severe and enduring mental illness: The development of a measurement tool. *International Journal of Nursing Studies*; 49, 72–83
- Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H, Heidr,D., Schinder,J., Riedel-Heller, S., Angermeyer, M.C. (2007). Health habitsof patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.:42:268–276. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0164-5>
- Romain, A. J., Horwath, J., Bernard, P. (2018). Prediction of Physical Activity Level Using Processes of Change From the Transtheoretical Model: Experiential, Behavioral, or an Interaction Effect?. *American Journal of Health Promotion*, Vol. 32(1) 16-23
- Romain, A.J., Longpré-Poirier, C., Tannous, M., Abdel-Baki, A. (2020). Physical activity for patients with severe mental illness: Preferences, barriers and perceptions of counselling. *Science & Sports*. 35 (5); 289-299
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., Ward, P.B., 2014. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Psychiatry* 75, 964–974. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08765>
- Saha S, Chant D, McGrath J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*;64(10):1123-1131.
- Scott,K.M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J.M., Florescu,S., Girolamo, G., Hu, C., Jonge, P. (2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions. *JAMA Psychiatry*; 73(2):150-158. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2688

- Selçuk Tosun, A., Zincir, H. (2016). Tip 2 Diabetes Mellitus'ta Sağlık Davranış Değişiminde Transteoretik Model Temelli Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2016; 8(1):32-41
- Shuel, F., White, J., Jones, M., Gray, R. (2009). Using the serious mental illness health improvement profile [HIP] to identify physical problems in a cohort of community patients: A pragmatic case series evaluation. *International Journal of Nursing Studies* xxx (2009) xxx–xxx
- Stunkard, A.J., Messick, S. (1985). The Three-Factor Eating Questionnaire To Measure Dietary Restraint, Disinhibition And Hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 29, No. 1, pp. 71-83
- Tosun, A.S., Zincir, H. (2016). Tip 2 Diabetes Mellitus'ta Sağlık Davranış Değişiminde Transteoretik Model Temelli Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2016; 8(1):32-41
- Tudor-Locke, C., Burkett, L., Reis, J. P., Ainsworth, B. E., Macera, C. A., & Wilson, D. K. How many days of pedometer monitoring predict weekly physical activity in adults? *Preventive Medicine*, 2005; 40(3), 293–298. <https://doi:10.1016/j.jpmed.2004.06.003>
- Tungi W.C., Gillett, P.A., Pattillo, R.E. (2005). Applying the Transtheoretical Model to Physical Activity in Family Caregivers in Taiwan. *Public Health Nursing*, Volume 22,p: 299–310
- Van Gaal LF (2006) Long-term health considerations in schizophrenia: metabolic effects and the role of abdominal adiposity. *Eur Neuropsychopharmacol*, 16 (Suppl 3):142-148.
- Vancampfort D, Firth J, Schuch FB ve ark (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*;16(3):308–315.
- Wardig RE, Bachrach-Lindstrom M, Foldemo A, ve ark (2013). Prerequisites for a healthy lifestyle-experiences of persons with psychosis. *Issues Ment Health Nurs*. 2013;34(8):602–610

- Ward PB, Firth J, Rosenbaum S, et al. (2017). Lifestyle interventions to reduce premature mortality in schizophrenia. *Lancet Psychiatry*. ;4(7):e14.
- Webb TL, Snihotta FF, Michie S (2010) Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction*, 105:1879-1892
- White, J., Gray, R., Jones, M. (2009). The development of the serious mental illness physical Health Improvement Profile. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*
- Zhu, L., Ho, S., Hung Sit, W., He, H. (2014). The effects of a transtheoretical model-based exercise stage-matched intervention on exercise behavior in patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 95; 384–392
- https://www.nhs.uk/Tools/Documents/NHS_ExercisesForOlderPeople.pdf

FORMLAR

EK-1

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Müdahale grubu)

Araştırmacının Açıklaması:

Değerli Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ‘Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı’nda doktora tezi olarak yapılacak bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi”dir. Bu araştırma, psikiyatri hastalarında metabolik sendrom riskini tanılamada ve fiziksel sağlık durumlarının korunması ve geliştirilmesinde psikiyatri hemşiresinin danışmanlık rolünün etkisini Transteoretik Model (TTM) aracılığıyla belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmada sizin öz-yeterliliğinizi arttırarak egzersiz yapmanızı sağlamak ve son hedef olarak düzenli egzersiz yapmanız, kilo vermeniz, metabolik sendrom riskiniz de azalma sağlanmış olacaktır. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre on ay olup, dört aylık süreçte araştırmacı ile birlikte görüşme zamanları ve içeriklerine karar vereceksiniz. Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının önerilerine uyma, planlanan bireysel aktivitelerin zamanlarına uyma, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekilme durumunda araştırmacıya daha önceden haber verme siz sorumluluklarınızdır.

Bu araştırmanın sizin için herhangi bir risk durumu bulunmamaktadır. Çalışmanın sizin için beklenen yararı; düzenli egzersiz yapmanızı sağlayarak şu anki sağlık durumunuzu daha iyi bir düzeye çıkarmak olacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup, katılımınız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yolaçmayacaktır.

Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilemeyecektir.

Katılımınız için teşekkür ederim

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırmacı

Suna UYSAL YALÇIN tarafından, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırma başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma takılan bütün soruları araştırmacıya sordum ve yanıtlarını aldım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağına bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı Suna UYSAL YALÇIN'dan hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli birdüşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer almakararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülükiçerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı :

Adı soyadı :

İmza :

Araştırmacı :

Adı Soyadı : Suna UYSAL YALÇIN

İmza

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Kontrol Grubu)**Araştırmacının Açıklaması:**

Değerli Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ‘Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı’nda doktora tezi olarak yapılacak bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi”dir. Bu araştırma, psikiyatri hastalarında metabolik sendrom riskini tanılamada ve fiziksel sağlık durumlarının korunması ve geliştirilmesinde psikiyatri hemşiresinin danışmanlık rolünün etkisini Transteoretik Model (TTM) aracılığıyla belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Size dört aylık dönemde iki kez egzersiz hakkında görüşülecek. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde, dört ayın sonunda ve 10 sonunda anket, ölçekler ve ölçümleri (bel çevresi, kilo, boy, kan basıncı, kan değerleri) yapılacaktır. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre on aydır.

Bu araştırmanın sizin için herhangi bir risk durumu bulunmamaktadır. Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekilme durumunda araştırmacıya daha önceden haber verme sizin sorumluluklarınızdır.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup, katılımınız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; budurum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yolaçmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilemeyecektir. Bu formun imzalı bir kopyası size verilecektir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırmacı

Suna UYSAL YALÇIN tarafından, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırma başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma takılan bütün soruları araştırmacıya sordum ve yanıtlarını aldım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırması sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimi ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana daayrı bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı Suna Uysal Yalçın'ın hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer almak ararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülüği çerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı :

Adı soyadı :

İmza :

Araştırmacı :

Adı Soyadı : Suna UYSAL YALÇIN

İmza :

Bilgi Formu**Sayın Katılımcı,**

Bu çalışma, psikiyatri hastalarında metabolik sendrom riskini tanılamada ve fiziksel sağlık durumlarının korunması ve geliştirilmesinde psikiyatri hemşiresinin danışmanlık rolünün etkisini Transteoretik Model (TTM) aracılığıyla belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu form, 3 bölümden oluşmaktadır.

- A. Demografik Özellikler
- B. Fiziksel Sağlık İle İlişkili Özellikler
- C. Psikiyatrik Hastalık İle İlişkili Özellikler

Çalışmanın yararlı olması ve gerçeği yansıtması için lütfen her soruyu içtenlikle yanıtlayınız. Bilgi formunda isim belirtilmeyecek ve tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Yardımlarınız için teşekkürler.

YALÇIN

Suna UYSAL

İ.Ü. Florence
Nightingale Hemşirelik
Fakültesi Ruh Sağlığı ve
Psikiyatri Hemşireliği
Doktora Programı


Araştırmada Kullanılan Kavramlar

- **Metabolik Sendrom Riski:** Metabolik sendrom, bel çevresi kalınlığı, yüksek tansiyon, kan yağlarında bozukluk, kan şekeri yüksekliği ile karakterize bir

BİLGİ FORMU

Bu form 3 bölümden oluşmaktadır. ‘Demografik Özellikler’, ‘Fiziksel Sağlık İle İlişkili Özellikler’ ve ‘Psikiyatrik Hastalık ile ilişkili Özellikler’ in değerlendirildiği 27 soru sorulmuştur.

A. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	
Adınız-Soyadınız (İlk harfleri)	
Adres	
Telefon Numarası	
1.Yaş	
2.Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
3.Medeni Durum	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar (Hiç evlenmemiş/Boşanmış/Dul)
4.Eğitim Durumu	<input type="checkbox"/> Okuma-Yazma yok <input type="checkbox"/> Okuryazar (<input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü
5. Mesleğiniz nedir?	
6. Çalışma Durumu	<input type="checkbox"/> Evet (Tam zamanlı) <input type="checkbox"/> Evet (Yarı zamanlı) <input type="checkbox"/> Hayır
7. Kim/Kimlerle Yaşıyorsunuz	<input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Eşi ve Çocukları ile Birlikte <input type="checkbox"/> Ailesi ile Birlikte <input type="checkbox"/> Arkadaşları ile <input type="checkbox"/> Komşuları ile <input type="checkbox"/> Bakım evinde <input type="checkbox"/> Çocukları ile <input type="checkbox"/> Diğer
8. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Kötü (Gelir giderden az) <input type="checkbox"/> Orta (Gelir gidere eşit) <input type="checkbox"/> İyi (Gelir giderden fazla)
9. Alışkanlıklar:	Sigara sıklık:...../Hafta Kullanım süresi:..... Alkol sıklık:...../hafta/ay Kullanım süresi:..... Madde sıklık:...../hafta/ay Kullanım süresi:..... Cinsi:

B. FİZİKSEL SAĞLIK İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER	
10. Fiziksel bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet (Açıklayınız.....) <input type="checkbox"/> Hayır
11. Cevabınız 'evet' ise tedavi görüyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet (ilaç.....) <input type="checkbox"/> Evet (diğer tedavi uygulamaları.....) <input type="checkbox"/> Hayır
12. Düzenli sağlık kontrolü (Kan tahlilleri, dış kontrolü vb) yaptırıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
13. Düzenli egzersiz (düzenli yürüyüş-koşu, bisiklete binme, yüzme vb) yapıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
14. Evinizin yakınında spor salonu var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
15. Evinizin yakınında spor yapabileceğiniz uygun alanlar (park, bahçe, yürüyüş yolları vb) var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
16. Günde kaç saatinizi fiziksel bir aktiviteye (yürüyüş, bahçe ile uğraşma, spor vb.) ayırıyorsunuz?	
18. Aile üyeleriniz düzenli egzersiz yapıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet (Kimler.....) <input type="checkbox"/> Hayır
17. Yakın arkadaşlarınız düzenli egzersiz yapıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
28. Fiziksel sağlık düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?	0 10  Çok kötü Mükemmel

C. PSİKİYATRİK HASTALIK İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER	
19. Tıbbi Tam	
20. Ne kadar süredir psikiyatrik rahatsızlığınız var?	
21. Hastanede yatış sayınız?	
22. Ruhsal sağlık düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?	<p>0 10</p> <p>←—————→</p> <p>Çok kötü Mükemmel</p>
23. Psikiyatrik rahatsızlığınız fiziksel sağlığınızı olumsuz yönde etkiler mi?	<p>0 10</p> <p>←—————→</p> <p>Hiç etkilemez Çok etkiler</p>

ÖLÇEKLER

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, psikiyatri hastalarında metabolik sendrom riskini tanılamada ve fiziksel sağlık durumlarının korunması ve geliştirilmesinde psikiyatri hemşiresinin danışmanlık rolünün etkisini Transteoretik Model (TTM) aracılığıyla belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu bölümde 4 ölçek kullanılacaktır:

- Egzersiz Değişim Aşaması Kısa Soru Formu
- Egzersiz Değişim Süreçleri Ölçeği
- Egzersiz Öz Etkililik Ölçeği
- Egzersiz Karar Alma Ölçeği

Sizlerin, egzersiz konusu hakkındaki düşünceleriniz, eylemlerinizi bizim için önemlidir. Çalışmanın yararlı olması ve gerçeği yansıtması için lütfen her soruyu içtenlikle yanıtlayınız. Ölçeklerde isim belirtilmeyecek ve tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Yardımlarınız için teşekkürler.

EK-3

EGZERSİZ DEĞİŞİM AŞAMASI KISA SORU FORMU

Düzenli egzersiz, fiziksel zindeliği artırmak amacıyla planlanmış herhangi bir fiziksel aktivitedir (örneğin, tempolu yürüyüş, aerobik, koşu, bisiklet sürme, yüzme, kürek çekme vb.). Bu aktivite bir defada 20-60 dakika süre ile olmak üzere haftada 3-5 kez uygulanmalıdır. Egzersizin etkili olabilmesi için yorucu olması şart değildir fakat solunum hızınızı artıracak ve terlemenize neden olacak düzeyde yapılmalıdır. Lütfen beş maddeden **sadece bir tanesini** işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
6 aydan daha fazla süredir yapıyorum.		
6 aydan daha az süredir yapıyorum.		
Önümüzdeki 30 gün içinde başlama niyetindeyim.		
Önümüzdeki 6 ay içinde başlama niyetindeyim.		
Önümüzdeki 6 ay içinde başlama niyetinde değilim		

EK-4**EGZERSİZ DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEĞİ**

Lütfen aşağıdaki maddeleri, geçirdiğiniz son 1 ayı düşünerek okuyunuz. Aşağıdaki her bir maddenin boş zaman aktiviteniz sırasında kaç kez gerçekleştiğine ilişkin ifadeyi daire içine alınız.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Arasına	Sık sık	Çok sık
1. İnsanların fiziksel aktivitenin yararları hakkında bana verdikleri bilgileri hatırlarım					
2. Fiziksel aktiviteyi nasıl yaşamımın düzenli bir parçası haline getireceğim konusunda yazılardan reklamlardan edindiğim bilgileri düşünürüm					
3. Fiziksel aktivite hakkındaki yazıları okuyarak bu konuda daha fazla öğrenmeye çalışırım					
4. Fiziksel aktivite ile ilgili bilgiler bulmaya çalışırım					
5. Hareketsizliğin sağlığa zararları ile ilgili uyarılar, beni duygusal olarak etkiler.					
6. Hareketsizliğin zararları sonucu oluşan üzücü olaylar, beni duygusal olarak etkiler					
7. Hareketsiz yaşam tarzı hakkındaki uyarılara duygusal tepki veririm.					
8. Hareketsizliğin vücuduma verebileceği zarar beni endişelendirir.					
9. Eğer düzenli olarak fiziksel aktivite yaparsam başkalarına daha iyi bir örnek olacağımı hissederim.					
10. Benim hareketsizliğimin yakınlarındaki insanları nasıl etkilediğini merak ederim.					
11. Fiziksel olarak daha fazla aktif olursam başkalarını daha sağlıklı olmaları yönünde etkileyebileceğimin farkındayım					
12. Eğer ben olursam bazı yakın arkadaşlarım da fiziksel olarak daha aktif olabilirler					
13. Düzenli fiziksel aktivite yapmanın beni çevrede daha sağlıklı, daha mutlu bir insan yapacağı düşüncesindeyim					

14. Eğer fiziksel olarak aktif olursam, tipimin/dış görünüşümün nasıl olacağını düşünürüm					
15. Fiziksel aktivite yapmadığım zaman kendimi engellenmiş hissedirim					
16. Eğer düzenli egzersiz yapsaydım aslında kendime daha fazla güven duyardım diye düşünüyorum.					
17. Toplumsal değişimi fiziksel olarak aktif olabilmek için kolaylaştırıcı olarak görüyorum.					
18. Bugünlerde daha fazla insanın beni fiziksel aktivite yapmam konusunda cesaretlendirdiğinin farkındayım.					
19. Pek çok işletmenin çalışanlarını fitness kurslarını ve mesai saatleri dışında antrenman yapmalarını önererek fiziksel olarak aktif olmaları için teşvik ettiğinin arkındayım					
20. Şu anda pek çok sağlık/spor merkezinin kendi üyelerine ücretsiz çocuk bakımı hizmeti sağladığının farkındayım..					
21. .Hareketsiz kalmak yerine bazı fiziksel aktivitelerle meşgul olurum.					
22. Fiziksel aktiviteyi yapılması gereken bir görev olarak görmekten ziyade dinlenmek ve günlük sıkıntılardan kurtulmak için özel bir zamanım gibi kullanmaya çalışıyorum					
23. Kendimi yorgun hissettiğimde, sonrasında kendimi daha iyi hissedeceğimi bildiğim için kendimi bir şekilde fiziksel olarak aktif hale getiriyorum.					
24. Kendimi gergin hissettiğimde, fiziksel aktiviteyi sıkıntılarımı azaltmak için harika bir yol olarak görüyorum.					
25. Fiziksel olarak aktif olma m ile ilgili problem yaşadığımda kendisine güvenebileceğim biri var.					
26. .Fiziksel aktivite yapamayacağımı hissettiğimde beni cesaretlendiren sağlıklı bir arkadaşım var					
27. Fiziksel aktivite yapmamak için bahaneler bulduğumu fark ettiren biri var					
28. Fiziksel aktivitem hakkında bana geri bildirim veren biri var.					
29. Fiziksel aktivite yaptığımda kendimi ödüllendiririm					
30.Kendimden çok şey bekleyerek başarısız olmaktansa kendim için gerçekçi hedefler belirlemeye çalışırım.					
31.Fiziksel olarak aktif olduğumda vücuduma iyi bakarak bu sayede kendime iyilik yaptığımı söylerim					
32.Daha fazla fiziksel aktivite yapmaya çabalarsam kendim için iyi bir şey yapmış olurum.					

33.Eğer istersem fiziksel olarak aktif olabileceğimi kendi kendime söylerim.					
34.Eğer yeterince çabalarsam fiziksel olarak aktif olabileceğimi kendi kendime söylerim.					
35.Fiziksel aktivite yapmak için kendime söz veririm					
36.Sağlık ve iyiliğimden sorumlu tek kişinin ben olduğumu ve egzersiz yapıp yapmayacağıma sadece benim karar verebileceğimi kendime hatırlatırım					
37.Evimde etrafa bana fiziksel aktivite yapmayı hatırlatacak şeyler koyarım					
38.İş yerimin etrafında bana fiziksel aktivite yapmayı hatırlatan şeyler bulundururum					
39.Hareketsiz olmama neden olan şeyleri ortadan kaldırıyorum					
40.Hareketsiz olmama neden olan ortamlarda uzun zaman geçirmekten kaçınıyorum.					

EK-5

EGZERSİZ ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

Bu anket başka şeyler engel oluşturduğunda egzersiz yapmak için kendinizden ne kadar emin olduğunuzu gözden geçirmektedir. Lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatle okuyunuz ve her bir maddede boş zaman aktivitenizle ilgili sizi en iyi ifade eden durumu işaretleyiniz.olduğunda düzenli egzersiz yapabileceğimden eminim. için uygun olan bir seçeneği daire içine alarak cevaplayınız için uygun olan bir seçeneği daire içine alarak cevaplayınız.

	Hiç emin değilim	çok az	eminim orta	çok	Aşırı	derecede eminim
Yorgun olduğumda	1	2	3	4	5	
Kötü ruh halinde olduğumda	1	2	3	4	5	
Zamanımın olmadığını hissettiğimde	1	2	3	4	5	
Tatilde olduğumda	1	2	3	4	5	
Yağmur veya kar yağdığında	1	2	3	4	5	

EK-6

EGZERSİZ KARAR ALMA ÖLÇEĞİ

	Önemli değil	Az önemli	Önemli	Çok önemli	Aşırı önemli
1. Eğer düzenli olarak egzersiz yaparsam ailem ve arkadaşlarım için daha fazla enerjim olur					
2. Düzenli egzersiz stresimin/gerginliğimin azalmasına yardımcı olur					
3. Düzenli egzersiz yaparsam kendime daha fazla güven duyarım					
4. Düzenli egzersiz yaparsam daha rahat uyurum.					
5. Düzenli egzersiz yapmak için kendime verdiğim sözü tutarsam kendimi daha iyi hissederiz.					
6. Düzenli egzersiz yaparsam vücudumu daha çok beğenirim					
7. Düzenli egzersiz yaparsam günlük işleri yapmak benim için daha kolay olur					
8. Düzenli egzersiz yaparsam kendimi daha az stresli hissederim					
9. Düzenli egzersiz yaparsam vücudumun daha rahat olduğunu hissederim.					
10. Düzenli egzersiz yaşama daha olumlu bakmama yardımcı olur					
11. Egzersizden sonra günlük işlerimi yapmak için çok yorgun olacağımı düşünürüm					

12. Kötü havalardan etkilenmeyecek, hoşlandığım bir egzersiz aktivitesi bulmanın zor olduğunu					
13. Egzersiz yaptığım zaman kendimi rahatsız hissedirim çünkü soluk soluğa kalırım ve kalbim çok					
14. Düzenli egzersiz çok fazla zamanımı alır					
15. Düzenli egzersiz yaparsam ailem ve arkadaşlarım için daha az zamanım kalır					
16. Günün sonunda egzersiz yapamayacak kadar yorgun olurum					

‘Benim Fiziksel Sağlığım’

BENİM FİZİKSEL SAĞLIĞIM

Ad Soyad			Cinsiyet			Telefon Numarası			Adres		
Gün	Kilo	Boy	BMI	Bel Çevresi	Tansiyon	Trigliserit	HDL				

TRANSTEORETİK MODELE GÖRE KAYIPLAR VE KAZANÇLAR LİSTESİ

Görüşme Tarihi	Değişim Aşaması	Egzersiz	
		Kayıplar	Kazançlar
	PCRQS		
	PCRQS		
	PCRQS		

EK-9**KATILIMCI DENEYİM FORMU**

Sayın Katılımcı;

Bu formda yer alan sorular ile sekiz haftalık danışmanlık programının sonunda, programla ilgili deneyimlerinizi öğrenmek istiyoruz. İçten paylaşımlarınız için teşekkür ederiz.

1. Kendiniz açısından katıldığınız bu danışmanlık programını nasıl tanımlarsınız? (olumlu-olumsuz)
2. Danışmanlık programına devam ederken bir zorlukla karşılaştınız mı? (Ulaşım güçlüğü, yazılı görsel materyalleri anlayamama)
3. Danışmanlık programı boyunca duygusal açıdan neler hissettiniz? (olumlu-olumsuz)
4. Danışmanlık programı boyunca ne gibi düşünceleriniz oldu? (olumlu-olumsuz)
5. Şimdi ne hissediyorsunuz?
6. Bu danışmanlık programının yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?
Evet ise neden
Hayır ise neden?
7. Sizinle yapılan görüşmeleri düşündüğünüzde, bu görüşmeleri geliştirmek için öneriniz var mı? 'Var' ise neler?

ETİK KURUL



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Psikiyatri hastalarında fiziksel sağlığın geliştirilmesinde hemşirenin danışmanlık rolünün etkisi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2018/267			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Hülya BİLGİN			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği			
	Araştırma Merkezi	SBÜ Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi			
	Destekleyici				
	Araştırmacının Türü	Doktora Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input checked="" type="checkbox"/>	Uluslararası <input type="checkbox"/>

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
		Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan, İdrar, doku, radyolojik görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ev radyoloji koleksiyon materyalleriyle yapılacak araştırma-Antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışma
	Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Onay formu	18.10.2017/KOGÖEK01.2	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2018/1517 Proje No: 2018/267 Tarih: 3/10/ 2018
	Doç. Dr. Hülya BİLGİN sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input checked="" type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*
Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi

EK-11

KURUM İZİNİ



T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 34059705-799
Konu : Doktora Tezi (Suna UYSAL
YALÇIN)

S.B.Ü.KOCAELİ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DERİNCE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Doktora Öğrencisi olan Suna UYSAL YALÇIN 01.08.2018 tarih ve 6130 sayılı başvurusuna istinaden "Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi" konulu Doktora Tez başvurusunda sehven Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında okuduğumu belirtmiş olup, ekte sunulan dilekçesine istinaden İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında öğrenim gördüğü belirlenmiştir.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Omursal VARLIKLI
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hiz. / İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanı



T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



9975731173

Sayı : 34059705-799
Konu : Doktora Tezi (Suna UYSAL
YALÇIN)

S.B.Ü.KOCAELİ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DERİNCE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında Doktora Öğrencisi olan Suna UYSAL YALÇIN'ın 01.08.2018 tarih ve 6130 sayılı başvurusuna istinaden "Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Danışmanlık Rolünün Etkisi" konulu Doktora Tez çalışmasını Müdürlüğümüz komisyonu tarafından değerlendirilerek hastanenizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Omursal VARLIKLI
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hiz./İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanı

EK-12

ÖLÇEK KULLANIM İZNI

Re: Transteoretik Model Geçerlik Güvenirliği

2.01.2018 Sal 22:27 tarihinde yanıtladınız



Yasemin Gümüş [REDACTED]@hotmail.com

>

2.01.2018 Sal 17:05

Siz ∨

Merhabalar Suna Hanım, çalışmanızda ölçekleri kullanabilmeniz için gerekli izni veriyorum. Başarılar dilerim.

Samsung Galaxy akıllı telefonumdan gönderildi.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

PSİKİYATRİ HASTALARINDA FİZİKSEL SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN DANIŞMANLIK ROLÜNÜN ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 18 BENZERLİK ENDEKSİ	% 16 İNTERNET KAYNAKLARI	% 6 YAYINLAR	% 9 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	---------------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	katalog.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 3
2	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	% 1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
6	Submitted to Inonu University Öğrenci Ödevi	% 1
7	Submitted to TechKnowledge Öğrenci Ödevi	<% 1
8	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Suna UYSAL YALÇIN
Doğum yeri/Tarihi	
Telefon numarası	
E-posta adresi	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum Adı	Mezuniyet Yılı
Doktoa	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	2015-2021
Yüksek Lisans	İstanbul Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü	2010-2014
Lisans	Trakya Üniversitesi, Tekirdağ Sağlık Yüksekokulu	2004-2009
Lise	Çankırı Anadolu Lisesi	

İş Deneyimi (sondan geçmişre doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (yıl-Yıl)
Araştırma Görevlisi	Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	2017-2021
Hemşire-Sorumlu Hemşire	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Akut Psikiyatri Kadın Kliniği	2010-2017
Hemşire	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi-Beyin Cerrahi Kliniği	2009-2010

Yayınlari/Tebligleri Sertifikalari/Ödülleri

SCI, SCI-Expanded Kapsamındaki Yayınlar

1. Özaslan, Z., Bilgin, H., **Uysal Yalçın, S.**, Haddad, M. (2020). Initial psychometric evaluation of the physical health attitude scale and a survey of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 27:62–76. DOI: 10.1111/jpm.12553
2. Özcan E., Aydın N., **Uysal Yalçın S.**, Kaşali K. (2020). Unintended and Unwanted Pregnancies in Women with Major Psychiatric Disorders: A Cross-Sectional Comparative Study. *Psychiatry And Clinical Psychopharmacology*, cilt.30, ss.230-240 DOI:10.5455/PCP.20200517084650
3. **Yalçın, S.**, Bilgin, H. (2019). Risk predictions of physical aggression in acute psychiatric wards: Findings of a prospective study. *Nursing and Health Science*. 21:316–322. DOI: 10.1111/nhs.12599
4. **Uysal Yalçın, S.**, Bilgin,H., Özaslan, Z. (2019). Physical Healthcare of People with Serious Mental Illness: A Cross-Sectional Study of Nurses' Involvement, Views, and Current Practices. *Issues In Mental Health Nursing*. VOL. 40, NO. 10, 908–916 <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1619201>
5. Pehlivan S., Aydın N., Nursal A. F. , Uysal M. A. , Pehlivan M., Tekcan A., Yavuz F. K. , Sever U., Yavuzlar H., Kurnaz S., **Uysal, S.**, Aydın, P.C.(2019). Association of XRCC1 and XPD functional gene variants with nicotine dependence and/or schizophrenia: a case-control study and in silico analysis *Psychiatry And Clinical Psychopharmacology*, cilt.29, ss.21-27 DOI:10.1080/24750573.2018.1468614

Ulusal Kitap Bölümü

1. **Uysal Yalçın S**, Bilgin H.(2019). Psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını geliştirmede kanıt temelli bütüncül bakım girişimleri. Bilgin H, editör. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Fiziksel Sağlık*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.49-53.

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Yayınlar

1. **UYSAL YALÇIN, S.**, Özaslan, Z., Şahin, E. Ş., Erdoğan, B., Alptekin, H. M., & Aydın Er, R. (2019) Hemşire Adaylarının Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri: Nitel Bir Çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 55-63.
2. Özaslan,Z., **Uysal Yalçın,S.**, Alptekin, H.M., Şimşek Şahin, E., Erdoğan, B., Aydın Er, R. (2019). Hemşirelik Bölümü Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Öğrenim Süreci Deneyimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(3): 170-178

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan tam metin sözel bildiriler

1. Özaslan Zeynep,**Uysal Yalçın Suna**,Bilgin Hülya (2018). Evaluation of Zero Tolerance Policy Effectiveness in Healthcare: A Systematic Review. *Sixth International Conference on Violence in the Health Sector*, 374-380. (**Tam Metin Bildiri**/Sözlü Sunum)

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan özet sözel bildiriler

1. **Uysal Yalçın Suna**,Özaslan Zeynep,Dinc Sermin,Bilgin Hülya (2018). Intimate partner violence and child development: The evaluation of applications to the pediatric emergency units. 6th International Conference on Violence in the Health Sector, 125-126. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)
2. Erdoğan Birgül,**Uysal Yalçın Suna**,Şimşek Şahin Eda (2018). Sosyal Ağlar Ve Göç. GAP Zirvesi.Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Bilimleri Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)
3. Özaslan Zeynep,**Uysal Yalçın Suna**,Alptekin Hatice Merve,Erdoğan Birgül,Şimşek Şahin Eda,Aydın Er Rahime (2018). Hemşirelik Bölümü Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Öğrenim Süreci Deneyimleri. I. Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmeti Kongresi, 72 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)
4. **Uysal Yalçın Suna**,Alptekin Hatice Merve,Özaslan Zeynep (2018). Gebelik İnkarı. 1. Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmetleri Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)
5. Alptekin Hatice Merve,Özaslan Zeynep,**Uysal Yalçın Suna** (2018). Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Sosyal Uyumu. 1. Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmetleri Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).
6. **Uysal Yalçın Suna**,Özaslan Zeynep,Şimşek Şahin Eda,Erdoğan Birgül,Alptekin Hatice Merve,Aydın Er Rahime (2018). Hemşire Adaylarının Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri. I. Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmetleri Kongresi, 68 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)
7. Bilgin Hülya,**Uysal Yalçın Suna**,Özaslan Zeynep (2017). People with mental illness and physical health: Their views. 6th European Conference on Mental Health (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3879160)
8. Özaslan Z., **Uysal Yalçın S.**, Bilgin H., Mark H. (2016). Validation of Turkish Version of the Physical Health Attitude Scale PHASe. 5th european conference on mental health, PRAG, Çek Cumhuriyeti,
9. Başar Hatice Melek,**Uysal Yalçın Suna**,Aydın Nazan (2016). Is it possible both medical treatment and breastfeeding for acute psychiatric inpatients. 8th International Congress on Psychopharmacology and 4th International Symposium on Child and Adolescent Psychiatry (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)
10. Pinar Cetinay Aydin, Semiha Seluk, Goksen Yuksel, Ayca Ongel, **Suna Uysal**, Nazan Aydin. Lorazepam-induced delirium. 7th International Congress on Psychopharmacology and 3th International Symposium on Child and Adolescent Psychiatry (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan poster bildiriler

1. Şahin Gizem, **Uysal Yalçın Suna**, Çömez Tuba,,Gölge Zeynep Belma (2017). The Relationship of Childhood Trauma and Social Support with Functioning in Women Diagnosed with Bipolar Disorder. 6th European Conference on Mental Health (Özet Bildiri/Poster)
2. **Uysal Yalçın Suna**, Bilgin Hülya (2015). Patient physical aggression in acute psychiatric wards: profile and management. 9th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, (Özet Bildiri/Poster)

3. **Uysal Yalçın Suna**, Bilgin Hülya (2015). Risk predictions of physical aggression in acute psychiatric wards: accuracy, determination and suggested control interventions. 9th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry (Özet Bildiri/Poster)

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan poster bildiriler

1. Nalan Öztürk, **Suna Uysal Yalçın**, Nazan Aydın (2016). Use of Whatsapp in the control of excitation in the psychiatric ward. 52. Ulusal psikiyatri kongresi

Sertifika-Kurs

Kisilerarası İlişkiler Psikoterapisi-A Düzeyi, Kisilerarası ilişkilerde psikoterapi, istanbul, Sertifika, 24.10.2015 -25.10.2015 (Kurs veren eğitmenler: Prof Dr Nazan Aydın, Uzm Dr Oğuz Omay)
Motivasyonel Görüşme Kursu 01-02-03.06.2022 (Kurs veren: Prof Dr Kültegin Ögel)



Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

SCI-Expanded, SSCI Kapsamındaki Yayınlar:

- Tozoglu Ozcan E, Aydin N, **Yalcin Uysal S**, Kasali K.(2020). Unintended and Unwanted Pregnancies in Women with Major Psychiatric Disorders: A Cross-Sectional Comparative Study. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology;30(3):205-213, DOI: 10.5455/PCP:20200517084650
- Özaslan, Z., Bilgin, H., **Uysal Yalçın, S.**, Haddad, M. (2020). Initial psychometric evaluation of the physical health attitude scale and a survey of mental health nurses. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 27:62–76 DOI: 10.1111/jpm.12553
- Pehlivan, S., Aydın, N., Nursal, A.F., Uysal, M.A., Pehlivan, M., Tekcan, A., Yavuz, F.K., Sever, U., Yavuzlar, H., Kurnaz, S., **Uysal, S.**, Çetinay Aydın, P. (2019) Association of XRCC1 and XPD functional gene variants with nicotine dependence and/or schizophrenia: A case-control study and in silico analysis. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology 29:1, 21-27. DOI:10.1080/24750573.2018.1468614
- **Yalçın, S.**, Bilgin, H. (2019). Risk predictions of physical aggression in acute psychiatric wards: Findings of a prospective study. Nursing and Health Science. 21:316–322. DOI: 10.1111/nhs.12599
- **Uysal Yalçın, S.**, Bilgin,H., Özaslan, Z. (2019). Physical Healthcare of People with Serious Mental Illness: A Cross-Sectional Study of Nurses' Involvement, Views, and Current Practices. Issues In Mental Health Nursing. VOL. 40, NO. 10, 908–916 <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1619201>

Kitap Bölümü:

- **Uysal Yalçın S**, Bilgin H. (2019). Psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını geliştirmede kanıt temelli bütüncül bakım girişimleri. Bilgin H, editör. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Fiziksel Sağlık. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.49-53.

Ulusal Yayınlar:

- Özaslan,Z., **Uysal Yalçın,S.**, Alptekin, H.M., Şimşek Şahin, E., Erdoğan, B., Aydın Er, R. (2019). Hemşirelik Bölümü Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Öğrenim Süreci Deneyimleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 22(3): 170-178
- **Uysal Yalçın,S.**, Özaslan,Z., Şimşek Şahin, E., Alptekin, H.M., Aydın Er, R. (2019). Hemşire Adaylarının Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri: Nitel Bir Çalışma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 8 (1): 55-63

Sözel Bildiri:

Özaslan Zeynep, **Uysal Yalçın Suna**, Bılgın Hülya (2018). Evaluation of Zero Tolerance Policy Effectiveness in Healthcare: A Systematic Review. Sixth International Conference on Violence in the Health Sector, 374-380.(Toronto/Kanada)

Uysal Yalçın Suna, Sermin Dinç, Özaslan Zeynep, Bılgın Hülya (2018). Intimate partner violence and child development: the evaluation of applications to the pediatric emergency units. Sixth International Conference on Violence in the Health Sector (Toronto/Kanada)

Uysal Yalçın, S., Alptekin, H.M., Özaslan, Z. (2018). Gebelik İnkarı. (1. Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmetleri Kongresi, Şanlıurfa)

Alptekin, H.M., Özaslan, Z., **Uysal Yalçın, S.** (2018). Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Sosyal Uyumu. (1. Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmetleri Kongresi, Şanlıurfa)

Özaslan, Z., **Uysal Yalçın, S.**, Alptekin, H.M., Erdoğan, B., Şimşek Şahin, E., Aydın Er, R. (2018). Hemşirelik Bölümü Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Öğrenim Süreci Deneyimleri (1. Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmetleri Kongresi, Şanlıurfa)

Erdoğan, B., **Uysal Yalçın, S.**, Şimşek Şahin, E. (2018). Sosyal Ağlar ve Göç (1. Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmetleri Kongresi, Şanlıurfa)

Uysal Yalçın, S., Özaslan, Z., Şimşek Şahin, E., Erdoğan, B., Alptekin, H., Aydın Er, R. (2018). Hemşire Adaylarının Yaşam Boyu Öğrenme Eğilimleri (1. Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Hizmetleri Kongresi, Şanlıurfa)

Bilgin, H., Uysal Yalçın, S., Özaslan, Z. (2017). People With Mental Illness and Physical Health: Their Views. (6th European Conference On Mental Health, Berlin/Almanya)

Özaslan Z, Uysal Yalçın S., Bilgin, H., Haddad M. (2016). Validation of Turkish Version of the Physical Health Attitude Scale (PHASe). (5th European Conference On Mental Health, Prag/Çek Cumhuriyeti)

Başar H.M, Uysal Yalçın S, Aydın N. (2016) Is it possible both medical treatment and breastfeeding for acute psychiatric inpatients (8th International Congress on Psychopharmacology and 4th International Symposium on Child and Adolescent Psychiatry, Antalya)

POSTER:

Uysal Yalçın S, Bilgin H. (2015). Patient physical aggression in acute psychiatric wards: profile and management (9th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, Kopenhag/Danimarka)

Uysal Yalçın S, Bilgin H. (2015) Risk predictions of physical aggression in acute psychiatric wards: accuracy, determination and suggested control interventions (9th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, Kopenhag/Danimarka)

Şahin, G., Uysal Yalçın, S. Çömez, T., Gölge, Z.B. (2017). The Relationship of Childhood Trauma and Social Support with Functioning in Women Diagnosed with Bipolar Disorder (6th European Conference On Mental Health,, Berlin/Almanya)

Öztürk, N., Uysal Yalçın,S., Aydın, N. (2016). Use Of Whatsapp In The Control Of Excitation In The Psychiatry Ward. (52.Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya). İstanbul Turkish Journal of Psychiatry, Volume 27, Autumn 2016, Supplement 1.

Uysal, M.A., Çetinay Aydın, P., Pehlivan, M., Kurnaz,S., Yavuzlar, H., Sever, Ü., **Uysal Yalçın,S.**, Aydın, N., Pehlivan, S. (2017). Association between Thr241Met variant of XRCC3 homologous recombination repair gene and healthy smokers or heavy smoker schizophrenia patients in Turkish population. American Thoracic Society (Washington, ABD)

Katıldığı Eğitimler:

Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi-A Düzeyi

Katıldığı Kongreler:

2011: 1. Uluslararası 5. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi,İstanbul/Türkiye

2012: 5.Nöropsikiyatri Günleri, İstanbul/Türkiye

2015: 9th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry, Kopenhag/Danimarka

2016: 8th International Congress on Psychopharmacology and 4th International Symposium on Child and Adolescent Psychiatry, Antalya/Türkiye

2017: 23. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi ve 1. Ruhsal İyileştirim Kongresi, Kocaeli/Türkiye

Katıldığı Sempozyumlar:

2013: Acıbadem Üniversitesi, ‘İnsan Hakları ve Şiddet’ Sempozyumu

2016: Sağlık Hukuku Kapsamında Psikiyatri Hemşireliğinde Yasal Sorumluluklar Semineri

2019: Bakırköy Psikiyatri Hemşireliği Sempozyumu

Çalışma Grupları:

2011: Agresyon ve Şiddet Yönetimi

2016: Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi Eğitimi-A düzeyi