



T.C.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA YOGANIN SUBJEKTİF İYİLİK
DÜZEYİNE VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ**

Mina GÜNER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep

2022



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA YOGANIN SUBJEKTİF İYİLİK
DÜZEYİNE VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ**

Mina GÜNER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN
Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep

2022

T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA YOGANIN SUBJEKTİF İYİLİK
DÜZEYİNE VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

Mina GÜNER

Tez Savunma Tarihi: 12.01.2022

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Doç. Dr. Davut Sinan KAPLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmza

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

.....

Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

.....

Doç.Dr. Nurgül ÖZDEMİR

.....

Dr.Öğr.Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

.....

Dr.Öğr.Üyesi Sema İÇEL

.....

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda 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 olmadığını beyan ederim.

12.01.2022

Mina GÜNER



TEŞEKKÜR

Kadınlarını eğitmeyen bir toplumun yükselemeyeceğine inancıyla kız çocuklarının eğitim ve öğretim hakkı konusunda çaba ve gayretinden, kadınların toplumda yer edinmesi ve saygınlık kazanması konusundaki mücadelelerinden ötürü teşekkürü ve minneti her başarımın sonunda borç bildiğim Mustafa Kemal ATATÜRK'e, Lisans eğitimimden sonra yüksek lisans eğitimimde ve tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen, yaşamımın her aşamasında yolumu aydınlatan, mesleğimi severek icra etmeyi öğrendiğim ve bu yolda daha fazla bilgi beceri ve donanıma sahip olmak için her zaman örnek aldığım danışman hocam Sayın Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye, psikiyatri hemşireliğini bana sevdiren ve bilgi, beceri ve donanımlarından her zaman etkilendiğim psikiyatri hemşireliği anabilim dalının kıymetli hocaları; Doç.Dr. Döndü ÇUHADAR, Doç.Dr. Nurgül ÖZDEMİR, Dr.Öğr.Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN, Öğr.Gör. Aynur BAHAR'a, çalışmam süresince her türlü yardım ve desteğini gösteren, engin bilgilerini esirgemeyen değerli hocam Öğr.Gör.Safiye ÖZGÜÇ'e, her konuda fikrine ve desteğine ihtiyaç duyduğum ve yanımda olmalarından güç aldığım annem, kardeşlerim ve teyzelerim Sibel KARAKOYUNLU, Güllü KARAKOYUNLU ATABEY'e, çok kıymetli jüri üyelerime, çalışmam süresinde bana yardım eden TRSM ekibine ve çalışmaya özveriyle katılan hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Mina GÜNER

Gaziantep/2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
TABLOLAR DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ÖZET	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Şizofreni Nedir?.....	7
2.2. Şizofreninin Tarihçesi	7
2.3. Şizofreninin Sıklık ve Yaygınlığı.....	7
2.4. Şizofreni Etiyolojisi.....	8
2.4.1. Genetik Nedenler.....	8
2.4.2. Enfeksiyon ve İnflamatuvar Nedenler.....	9
2.4.3.Nörogelişimsel Nedenler.....	9
2.4.4.Nöroanatomik Nedenler.....	9
2.4.5. Nörotransmitter Sistemler.....	9
2.4.6. Hormonal Faktörler.....	10
2.4.7. Psikotomimetik Maddeler	10
2.4.8. Çevresel Faktörler.....	11
2.4.9. Psikolojik Faktörler.....	11

2.4.10. Diğer Biyokimyasal Maddeler.....	11
2.5. Şizofreninin Klinik Belirti ve Bulguları.....	11
2.6. Şizofrenin Tanılanması	13
2.7. DSM-V'e Göre Şizofreni Tanı Kriterleri	13
2.8. Şizofreni Prognozu.....	14
2.9. Şizofreni Tedavisi.....	14
2.9.1. Farmakolojik Tedavi.....	15
2.9.2. Şizofrenide Diğer Tedavi Modelleri.....	15
2.9.3. Alternatif Tedavi Yöntemleri.....	15
2.10. Şizofreni Hastalarının Subjektif İyilik Düzeyi.....	16
2.11. Şizofreni Hastalarının Uyku Kalitesi.....	16
2.12. Şizofreni Hastalarında Hemşirelik Bakımı.....	17
2.13. Yoga Nedir?	18
2.14. Yoganın Tarihçesi.....	19
2.15. Psikiyatrik Bozukluklarda Yoga ve Meditasyon Uygulamaları.....	19
2.16. Şizofreni Hastalarında Yoga ve Meditasyon Uygulamaları.....	20
2.17. Basit Yoga Duruşları ve Faydaları.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Türü	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4. Verilerin Toplanması.....	28
3.5. Veri Toplama Araçları.....	28
3.6. Araştırma Süreci	31
3.7. Şizofreni Tanılı Hastalarda Yoga Uygulama Adımları.....	32
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	34
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	34
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	35
ARAŞTIRMA PLANI.....	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	44
6. KAYNAKLAR	53
7. EKLER	59
Ek-1. Kişisel Bilgi Formu	59
Ek-2. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği.....	60
Ek-3. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi.....	61
Ek-4. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu (Deney Grubu).....	65
Ek-5. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu (Kontrol Grubu)	69
Ek-6. Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli Kurum İzin Yazıları.....	72
Ek-7. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	73
Ek-8. Yoga Eğitim Belgesi.....	75
Ek-9. Hastaların Yoga Esnasındaki Fotoğrafları.....	76
Ek-10. Hastaların Yoga Uygulaması Öncesi Görüşleri.....	81
Ek-11. Hastaların Yoga Uygulaması Sonrası Görüşleri.....	82
ÖZGEÇMİŞ.....	83

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Tadasana (Dağ Duruşu):	21
Şekil 2.2. Marjaryasana (Kedi Duruşu).....	21
Şekil 2.3. Bitilasana (İnek Duruşu):	21
Şekil 2.4. Vajrasana (Elmas Duruşu):.....	22
Şekil 2.5. Bhujangasana (Kobra Duruşu):	22
Şekil 2.6. Balasana (Çocuk Duruşu):.....	23
Şekil 2.7. Sethu Bandhasana (Köprü Duruşu):.):	23
Şekil 2.8. Urdhva Hastasana (Yukarı Selam Duruşu.....	24
Şekil 2.9. Virabhadrasana (Savaşçı Duruşu):	24
Şekil 2.10. Savasana (Ölü Duruşu):.....	25
Şekil 2.11. Sukhasana (Meditasyon Oturuşu):.....	25
Şekil 3.1. Araştırma Planı.....	36

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1.1. Şizofreninin Negatif ve Pozitif Belirtileri.....	13
Tablo 1.2. DSM-V Şizofreni Tanı Kriterleri.....	13
Tablo 3.1. PUKİ Alt Boyutlarını Hesaplama Tablosu	30
Tablo 3.2. Yoga Eğitimi Akış Şeması.....	33
Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	34
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubunun WEMİÖÖ ve PUKİ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.3. Deney Grubunun Ön Test ve Son Test WEMİÖÖ ve PUKİ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.4. Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Test WEMİÖÖ ve PUKİ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	42

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

- TRSM:** Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
- EKT:** Elektrokonvülsif Terapi
- BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi
- BT:** Bilgisayarlı Tomografi
- PET:** Pozitron Emisyon Tomografisi
- SPECT:** Single-Photon Emission Computed Tomography (Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi)
- GABA:** Gamma-Aminobütirik Asit
- 5-HT:** 5-Hidroksitriptofan
- LSD :** Liserjik asit dietilamit)
- M.Ö.:** Milattan Önce
- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri.
- PUKİ:** Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
- WEMİÖÖ:** Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği
- NHIS:** National Health Interview Survey (Ulusal Sağlık Mülakatı Anketi)
- NCCAM:** National Center for Complementary and Alternative Medicine (Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi)

ÖZET

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA YOGANIN SUBJEKTİF İYİLİK DÜZEYİNE VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

Mina GÜNER

Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Ocak 2022, Sayfa 83

Bu araştırma, şizofreni tanılı hastalara uygulanan yoga uygulamalarının subjektif iyilik düzeyi ve uyku kalitesi düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla, ön test- son test kontrol gruplu yarı deneysel model olarak yürütülmüştür. Gaziantep il merkezinde yer alan üç toplum ruh sağlığı merkezinin psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni tanısı almış hastalar araştırmanın evrenini, araştırma kriterlerine uyan 35 deney ve 39 kontrol grubu olmak üzere toplam 74 hasta ise örneklemini oluşturmuştur. Veriler 'Kişisel Bilgi Formu', 'Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMİÖÖ)' ve 'Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)' ile toplanmıştır. Yoga uygulaması haftada 4 kez, toplam 28 oturum olarak grup eğitimi şeklinde uygulanmıştır. Uygulama öncesi değerlendirmede deney ve kontrol grubundaki hastaların uyku problemleri yaşadığı ve subjektif iyilik düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Yapılan analizler sonucunda; ön testte deney grubundaki ve kontrol grubundaki hastaların WEMİÖÖ ve PUKİ puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Son testte ise deney grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre WEMİÖÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı ve PUKİ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Grup içi karşılaştırmalarda deney grubundaki hastaların ön teste göre son test WEMİÖÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı ve PUKİ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Kontrol grubunun grup içi karşılaştırmalarında ise son testte ön teste oranla WEMİÖÖ ve PUKİ puan ortalamalarında anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p>0,05$). Bu araştırma sonucunda şizofreni tanısı alan bireylerde yoga uygulamalarının subjektif iyilik ve uyku kalite düzeylerini arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle yoganın şizofreni hastalarının tedavi sürecinde, psikiyatri hemşireleri ve diğer ruh sağlığı profesyonelleri tarafından tamamlayıcı bir tedavi olarak uygulanması önerilir.

Anahtar kelimeler: Mental İyi Oluş, Psikiyatri Hemşireliği, Şizofreni, Uyku Kalitesi, Yoga

ABSTRACT

THE EFFECT OF YOGA ON SUBJECTIVE WELL-BEING LEVEL AND SLEEP QUALITY IN PATIENTS DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA

Mina GÜNER

Master's Thesis, Nursing Department
Graduate Program of Psychiatric Nursing
Advisor, Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ
January 2022, Page 83

This study was conducted as a quasi-experimental model with pretest-posttest control group in order to determine the effects of yoga on subjective well-being and sleep quality levels of patients with schizophrenia. The population of the study consist of patients diagnosed with schizophrenia for who are visited to the psychiatry outpatient clinics of three community mental health centers located in Gaziantep. The sample study group consisted of total of 74 patients experimental group with 35 patients and control group with 39 patients. The data is collected via the 'Personal Information Form', the 'Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)' and the 'Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)'. Yoga is applied as 28 group training session four times per week. In the pre-yoga evaluation, it is observed that the patients have sleeping problems and have low subjective well-being levels on both the experimental and the control groups. In the pre-test, wthe results of analysis based on pre-test shows that there is no significant difference in the mean scores of the patients in the experimental group and the control group in terms of WEMWBS and PSQI ($p>0.05$). Based on the post-test result; it is determined that the mean scores of the WEMWBS of the patients on the experimental group significantly increased and the mean scores of the PSQI were significantly decreased compared to the patients in the control group ($p<0.05$). The comparisons within the groups based on pre-test determines that the WEMWBS avarage of the post-test scores of the patients in the experimental group is increased significantly and the PSQI avarage of the scores is significantly decreased ($p<0.05$). The pre and post test results comparison of control group shows that there is no significant change in the mean scores of the WEMWBS and PSQI ($p>0.05$). As a result of this research, it was determined that yoga practices were effective in increasing subjective well-being and sleep quality levels in individuals diagnosed with schizophrenia. For this reason, it is recommended that yoga practice be applied as an complement treatment by psychiatric nurses and other mental health professionals during the treatment process of schizophrenia patients.

Keywords: Mental Well-Being, Psychiatric Nursing, Schizophrenia, Sleep Quality, Yoga

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni, toplum üzerinde oldukça ağır ekonomik ve emosyonel kayıplara yol açan bir sağlık sorunudur (1). Bireylerin gerçeklik algısı, nesnelere algılama ve yorumlama gibi zihinsel işlevlerinde bozulmalar yaşamasına, kişiler arası ilişkilerinde sorunlarla karşılaşmasına ve kendi iç dünyasına çekilmesine sebep olmaktadır. Duygu, düşünce ve davranışlarında önemli bozulmalarla seyreden şizofreni bozukluğu bireylerde yeti yitimine neden olan kronik bir ruhsal bozukluktur (2). Şizofreni, yüksek insidansa sahip olan ve yaşamın erken yıllarında ortaya çıkan önemli bir hastalıktır. Toplumdaki yaygınlık oranı % 1.5'dir. Genellikle devamlılık arz eden bir hastalık olmakla birlikte, hastalığın gidişatı ya da sonlanması vakalarda farklı seyredebilmektedir (3). Şizofreni vakalarının %20-30'unun hayatlarına kaldıkları yerden devam edebildikleri, %20-30'unun hafif belirtilerle hayatlarını devam ettirdikleri ve %40-60'ının ise ağır semptomlarla yaşamlarının süregeldiği bilinmektedir (4). Bu hastalığın birincil semptomları; sanrı/varsanı, kognitif eksiklikler, duygu-durum bozuklukları, iletişim problemleri, dezorganize konuşma, dezorganize davranışlar ve psikososyal sorunlar olsa da (5) uyku sorunları yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir diğer belirtidir. Şizofreni hastalarının psikolojik yakınmalarla psikiyatri kliniklerine başvurmalarının en yaygın nedenlerinin başında uyku sorunları yer almaktadır (6). Uyku bozuklukları, sıklıkla atak dönemlerinde yaşanan bir klinik belirti olsa da remisyona girilen dönemde de uyku saatlerindeki düzensizlik nedeniyle uyku-uyanıklık düzeninde bozulmalar görülmektedir (7). Yapılan bir çalışmada, akut veya sinsi başlangıçlı şizofreni vakalarında (8) ve diğer psikiyatrik bozukluklarda sık yaşanan uyku düzensizliklerine bağlı uyku sorunlarının irritabiliteyi, dürtüsellliği ve saldırganlığı arttırdığı, bireylerde ruhsal dengesizliklere neden olduğu görülmüştür (9). Şizofreni hastalarının birçoğunda sanrılar başlamadan önce uyku problemleri olduğu bildirilmiş (10) hatta psikoz dönemindeki hastaların da %80'inde uyku sorunları olduğu görülmüştür (11). Ruhsal açıdan sağlıklı bireylerde dahi varsanı ve paranoyalara yol açabilen uyku yoksunluğu (12), psikoz için yüksek riskli hasta gruplarında kötü prognoza işaret etmektedir (13). Bu noktada amacı fizyolojik ve mental ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz olan bireylere yardım etmeyi amaçlayan psikiyatri hemşireliği uygulamaları (14); uyku sorunlarının sık yaşandığı psikiyatri kliniklerinde psikiyatri hastalarının (14) uyku ihtiyaçlarının belirlenmesi, uyumayı engelleyen etmenlerin ortadan kaldırılması ve normal uyku

düzeninin oluşturulmasında önemli role sahiptir (15). Psikiyatri hemşireleri uyku sorunu yaşayan kişilere bakım verirken bireylerin var olan sorunlarını erken dönemde tanımlama, tedavi edici ortam sağlama, mevcut stres etkenlerini azaltma, uyku düzeni oluşturma, uyku hijyeni sağlama gibi hemşirelik eylemlerini düzenlemede önemli rol ve sorumluluklara sahiptir (14). Şizofreni tanısı ile birlikte bir çok işlevsel kayıpla karşılaşan şizofreni hastalarında (16) kötü uyku kalitesi, mevcut semptomları daha da kötüleştirerek sınırlı bir baş etme mekanizmasına sahip olan bu bireylerin günlük hayatta yaşadıkları stres ve kaygıyı arttırmaktadır (17). Dolayısıyla hasta bireyin subjektif iyi oluş düzeyini de negatif yönde etkilemektedir (16). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımında, ‘subjektif iyilik düzeyi’ mental sağlığın pozitif yönünü temsil etmektedir. Subjektif iyilik hali; bireylerin var olan yeteneklerinin farkında olarak amaçlı ve anlamlı hayat sürmesi, yaşanan topluma olumlu katkılarda bulunarak diğer insanlarla olumlu ilişkiler geliştirmesi, içsel huzur, memnuniyet ve mutlulukla üretken ve verimli bir şekilde yaşama halidir. Bu tanımdan yola çıkarak, subjektif iyilik düzeyinin düşüklüğünün bireylerin ruh sağlığına zarar vererek, psikotik alevlenmeler yaşanma sıklığını arttırdığını ve bireylerin depresyon, anhedoni gibi negatif duygulanımlar yaşamasından intihar girişimleriyle yaşamını sonlandırmasına kadar uzanan ciddi tehditlere yol açtığını söylemek mümkündür (2, 7, 8). Bu noktada şizofreni sağaltımında temel üç hedef yer almaktadır. Bunlar; hasta bireyin mevcut semptomlarını en aza indirmek, işlevsel faaliyetlerini ve yaşam kalitesini en üst düzeye yükseltmektir. Bu hedefler doğrultusunda hastaların bireysel hedefler kazanması sağlanabilmekte ve iyileşmeleri desteklenebilmektedir (2). Her ne kadar amacı relapsları önlemek, belirtileri azaltmak ve iyileşmeyi sağlamak olan ‘farmakolojik tedavi’ sağaltımının en önemli bölümünü oluştursa da negatif belirtilerin kontrol altına alınmasında yeterli olmamaktadır. Tamamlayıcı psikososyal yaklaşımlarla ilaçlı tedavinin desteklenmesine ihtiyaç duyulmaktadır (2, 8, 18). Bu noktada kliniklerde psikososyal ve alternatif müdahaleleri etkin kullanmak; psikiyatrik hastalıkların zorlu doğası nedeniyle önemli çalışma alanlarına sahip olan (19) psikiyatri hemşirelerinin rollerindedir (14) Psikiyatri hemşireleri ruhsal bozukluğa sahip kişilerin hastanede yattığı süreden taburculuk ve rehabilitasyon aşamalarına kadar her aşamada primer görev almaktadırlar (15). Bu süreçte hemşireler şizofreni hastalarının tedavi uyumunu sağlama, aktivitelerini planlayarak işlevsellik düzeyini geliştirme, mental iyilik algısı, uyku kalitesini ve yaşam doyumu artırma gibi rol ve sorumluluklara sahiptir (20). Bu anlamda psikiyatrik bozukluklarda alternatif bir tedavi yöntemi olarak psikiyatri hemşireleri tarafından

uygulanan yoga, şizofreni hastalarında stres, anksiyete, depresyon, uyku problemleri, öz bakım eksiklikleri, mental iyilik düzeyinde azalma, sosyal işlevsellikte azalma ve sosyal damgalanma gibi bir çok negatif semptomla başa çıkmada yardımcı olmakla beraber benzodiazepinlere olan ihtiyacı azaltmaktadır. Hastayı bütüncül bir yaklaşımla ele almayı felsefe edinen hemşirelik mesleğinde tamamlayıcı ve alternatif bir hemşirelik girişimi olarak uygulanmaya başlanan yoga (21), kökeni Hint felsefesine dayanan dünyadaki en eski bütünsel sağlık sistemidir (22). Yoga uygulamaları ile şizofreni hastalarında psikolojik, fizyolojik ve sosyal açıdan pozitif etkiler görülürken hastalık semptomlarında azalmalar dikkat çekmiştir (21). Bu nedenle yoganın ruhsal sağlık uygulamalarına katkısı tüm dünyada kabul görmüştür ve birçok ülkede psikoterapiye ek olarak kullanılmaya başlanmıştır. Yoga beden, nefes, zihin ve ruhu harmonize ettiği için birlik anlamına gelmektedir. Yoga terapisinin amacı beyne ve vücuda uyum içinde çalışmayı öğretmektir. Spesifik asanalar, vücudun çeşitli sistemleri üzerinde çalışarak akılda uyanıklık sağlarken, sinir sistemi ve endokrin ve ekzokrin bezleri yatıştırmakta, beyni rahatlatmakta ve fiziksel, fizyolojik ve duygusal dengeyi korumaktadır. Beden, zihin ve ruhu kapsayan bütüncül bir yaklaşım olması nedeniyle yoga; fizyoterapi, psikoterapi ve manevi terapinin bir kombinasyonudur (22). Farmakolojik ve psikososyal müdahaleler ve şizofreni hastalarının rehabilitasyonu ile ilgili geniş bir literatür bulunmakla birlikte, şizofreni hastalarının yönetiminde yoga terapisinin etkinliği ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Yoga'nın sosyal ve mesleki işleyiş, günlük yaşam sorunlarına uyum sağlama, yaşama olumlu bakış kazandırma, stresi azaltma ve çalışma performansı üzerinde yararlı etkiler sağlama, ruh hali ve genel yaşam kalitesinde iyileşme sağlama gibi (23, 24, 25) çeşitli özellikleri yoga uygulamalarını şizofreniyi tedavi etmek için çekici bir seçenek haline getirmektedir (26, 27). Ayrıca yoga; kaygı, depresyon ve gerginlik düzeylerinde önemli bir azalma ve refah artışı sağlayabilmektedir (28, 29). Yoga uygulamasının, şizofrenik hastalar arasında geleneksel tıbbi tedaviyle birlikte semptomları, sosyal ve mesleki işlevselliği, yaşam kalitesini, sağlık disiplini ve uyarlanabilir işleyişini geliştirdiği bulunmuştur (30, 31) Yoganın, şizofreni hastalarının yaşadıkları subjektif iyilik düzeyini arttırdığına dair araştırmalara rastlanmıştır (21). Ancak yoganın şizofreni hastalarında uyku kalitesine etkisinin araştırıldığı çalışma bulunmamaktadır. Uluslararası literatürde yapılan bir sistematik inceleme ve metanaliz çalışmasında, yoganın şizofreni hastalarına rutin bir müdahale olarak kullanımı konusunda daha fazla çalışma ve sonuçlara ihtiyaç duyulduğu sonucuna varılmıştır (32). Ülkemizde ise bu yönde benzer bir çalışma

yapılmamıştır. Yapılan araştırmalar uykusuzluk sorunu yaşayan bireylerde yoganın güvenli olduğu, uyku dzenini ve genel yaşam kalitesini iyileştirdiğini gstermektedir (33).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, yoga uygulamasının şizofreni hastalarının súbjektif iyilik dzeyelerine ve uyku kalitesi úzerine etkilerini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Çalışmanın sınavacağı hipotezler řu şekilde belirlenmiştir:

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: şizofreni hastalarında yoga uygulaması, hastaların mental iyi oluş dzeeyini artırır.

H₂: şizofreni hastalarında yoga uygulaması, hastaların uyku kalitesini artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Nedir?

Dünya üzerinde görülen en önemli sağlık sorunlarından biri olan şizofreni (34), beyin aktivitesinde önemli farklılıkların olmasının yanı sıra düşünce, davranış ve eylemlerde de dezorganizasyonun görüldüğü bir ruhsal bozukluktur. Yaşamın ilk yıllarında başlayıp ömür boyu süregelen ve kötü şekilde sonlanım göstermektedir (35). Şizofreni gelişimi genellikle dört dönemde sınıflandırılmaktadır; premorbid (hastalık öncesi) dönem, prodromal (ilk belirti) dönem, aktif psikotik dönem (şizofreni) ve rezidüel (kalıntı) dönem. Aktif psikotik dönem, şizofreni belirtilerinin olduğu dönem iken rezidüel dönem genellikle negatif belirtilerle devam eden ve akut dönemdeki belirtilerin olmadığı veya önemli olmadığı dönemdir (36).

2.2. Şizofreninin Tarihçesi

Yüzyıllar boyunca insanlığı etkilemiş bir psikiyatrik bozukluk olan şizofreninin (37) tarihçesinin M.S. I. ve II. yüzyıllara (38) dayandığı bilinmekle beraber, eski çağlarda Sanskrit yazıtlarında ve Yunan yazıtlarında şizofreniye benzer belirtileri olan ruhsal hastalıklar tanımlanırken, orta çağda şizofreni hastaları daha çok şeytana tutulmuş olarak tanımlanmıştır. 'İçe kapanma ve düşünce bozukluğu' belirtilerinin hakim olduğu bu hastalık için ilk olarak 1860 yılında Fransız psikiyatrist Benedict Morel tarafından 'Démence Précoce (Erken Bunama)' tanımı kullanılmıştır (37). Erken bunama, dementia paranoïdes, katatoni ve hebefreni gibi çeşitli tanısal kavramları da barındırmaktadır. Günümüz şizofreni kavramındaki pozitif-negatif belirti ayrımının kavramsal çerçevesini hazırlayan Emil Kraepelin (38), tanıma şizofreninin paranoid ve basit belirtilerini de ekleyerek 'dementia praecox' (37) olarak tek başlık altında toplamıştır. 1908'li yıllara gelindiğinde ise İsviçre'li psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından Yunanca'daki *shizko* (bölünme) ve *phren* (akıl) kelimelerinin birleşiminden elde edilen 'zihin bölünmesi, yarılmaması' anlamına gelen 'şizofreni' kelimesi kullanılmıştır (38).

2.3. Şizofreninin Sıklık ve Yaygınlığı

Toplumda %1 oranında görülen şizofreni, yaygınlık açısından diğer psikozlar ve ruhsal hastalıklarla farklılık göstermese de yeti yitimi ve bireysel ve toplumsal işlevselliğin bozulması açısından en tahripkâr olanıdır ve tüm sosyal sınıflarda görülebilmektedir

(36). Genel popülasyonda rastlanma olasılığı %1 olmakla birlikte (34) şizofreniye özgü semptomlar her hastada farklı seyretse de hemen hemen her toplumda bir yıllık süre içerisinde şizofreni orta çıkma olasılığı 0.16-0.42/1000 kadardır. Bu bir yıllık süre içerisinde dünya üzerinde yaklaşık iki milyon kişi tanı almakta ve ilk tedaviye alınma erkeklerde 15-24 yaş arası gerçekleşirken kadınlarda 25-34 yaş arasında gerçekleşmektedir. 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra görülme olasılığı ise nadiren gerçekleşmektedir (35). Bazı araştırmalarda sosyal ilişkiler konusunda kadınlar erkeklerle kıyasla daha iyi olduğundan erkeklerde negatif belirtilerin kadınlardan daha belirgin olduğu görülmüştür. Tedavi gidişatında kadınlarda daha olumlu olduğu öne sürülmektedir (34). Tüm kültürlerde görülen şizofreni, düşük sosyoekonomik düzeye sahip kültürlerde daha sık rastlanılan bir bozukluk olarak görülmektedir (35).

2.4. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreninin ilk tanımlarında aile ve psikodinamik teorilere odaklanılarak açıklanmaya çalışıldığı fakat psikoanalitik çalışmaların şizofreniyi açıklamada yetersiz kalmasıyla nörobilimdeki yeni gelişmeleri takiben nörokimyasal çalışmalar, görüntüleme teknolojileri, beyin işleyişi ve kimyasal anatomisi ile ilgili konuların üzerinde daha fazla durulmaya başlanmasından sonra yapılan nörobiyolojik çalışmalarda şizofreni semptomları, beyin anormallikleri ile ilişkilendirilerek ortaya konulmuştur. Şizofreni teorileri; nöroanatomik ve nörobiyolojik anormallikler, genetik, enfeksiyon, stres, sosyal sınıf gibi diğer faktörlerle de ilişkili bulunduğu; iş, aile, yoksulluk, fiziksel yetersizlik gibi kronik stres faktörleri de şizofreni ile ilişkilendirilmiştir (38).

Şizofreninin etiyojisinde yer alan faktörlerden bazıları şunlardır:

2.4.1. Genetik Nedenler

Bir hastalık birinci derece akrabalarda, ikinci derece akrabalara ve toplumdakine oranla daha fazla görülüyorsa ailesel bir bozukluk olduğu düşünülür. Bu nedenle, aile araştırmaları, ikiz çalışmaları ve genetik araştırmalar kalıtsal nedenler üzerinde durmaktadır (37). Ebeveynlerden biri şizofreni olduğunda çocuklarda görülme sıklığı %12 iken ebeveynlerden ikisi de şizofreni bozukluğuna sahip olduğunda bu oran % 35-45'e kadar çıkmaktadır. Birinci dereceden kan bağı olan yakınlarında şizofreni görülmeyen bireyde ise risk %1 iken; hastalığa sahip akrabası olanlarda bu oran %25'e kadar çıkmaktadır. İkiz çalışmalarında ise çift yumuruta ikizlerinden biri hasta ise diğer

kardeşinde hasta olma olasılığı %10-14, tek yumurta ikizlerinde ise biri hasta ise diğer kardeşin hasta olma olasılığı %40-50 kadardır (35).

2.4.2. Enfeksiyon ve İnflamatuvar Nedenler

Doğum komplikasyonları ve mevsimsellik şizofreni ile ilişkilendirilmektedir (4). Bahar aylarının başları ve kış aylarının sonlarında meydana gelen doğumlar, zor ve erken doğumlar, gebelik dönemi ve intrauterin enfeksiyonlar, erişkinlik dönemindeki bazı inflamatuvar hastalıklar şizofrenide mevsimsellik ve viral hipotezi destekleyen bulgular olarak görülmektedir (38).

2.4.3. Nörogelişimsel Nedenler

Gebelik inflamatuvar nedenlerin yanında doğumda forseps kullanımı, doğum sırasında hipoksik kalma, doğum sonrası intrauterin beslenme sorunları, bebeklerde dil ve motor gelişim gerilikleri, çocukluk dönemlerinde sosyal iletişim ve beceri eksiklikleri, okul başarısızlıkları ve kognitif işlevlerde bozulma gibi nedenlerin erişkin dönemlerde şizofreni tanısı almayla ilişkili olduğu düşünülmektedir (35).

2.4.4. Nöroanatomik Nedenler

Şizofrenide tedaviye yanıtı zor olan bireyler genellikle hastalığın ilk atak dönemini ağır geçiren bireylerdir. Yineleyen ataklar yaşayan kişilerde remisyon süresi artmakta ve tedaviye direnç gelişmektedir. İlerleyici dejeneratif patofizyolojik süreç sağaltımı zorlaştırmaktadır (35). Şizofreni tanılı bireylerde yapısal beyin anormalliklerinden en sık rastlananlar; ventrikül genişlemesi, yaygın gri madde kaybı, frontal ve temporal kortekste talamusta ve korpus kollosumda küçülmedir (38). Son yıllarda beyin görüntüleme yöntemleri (beyin tomografisi (BT) pozitron emisyon tomografisi (PET), tek foton emisyon tomografisi (SPECT)) ile şizofreni hastalığında beynin yapısal ve işlevsel bozukluklarına dair araştırmalara ağırlık verilmiştir (37).

2.4.5. Nörotransmitter Sistemler

Şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalar nörotransmitterler üzerine odaklanmaktadır (37). Bu nörotransmitterler;

Dopamin

Şizofreni olgularında en dikkat çeken varsayımlardan biri dopamin hipotezidir (38). Hipotalamus kaudat çekirdeği ve frontal lob gibi beynin birçok bölgesinde bulunan ve

beyne gelen bilgilerin sentezlenmesinde görevli olan (37), motivasyon, ödül ve zevk alma davranışlarında rol alan dopamin; genel olarak şizofrenik olgularda subkortikal bir aktivasyon sağlarken, stres ile limbik dopaminerjik nöral iletimde artış olmakta, dopaminerjik ilaçlar şizofreniyi kötüleştirirken antidopaminerjik ilaçlar belirtiler üzerine olumlu etki yapmaktadır. Dopaminerjik sistem kısmen de olsa şizofrenide hostilete ve agresyondan da sorumlu olmaktadır (35).

Serotonin

Şizofreni hastalarında serotonin etkileri LSD (Liserjik asit dietilamit) ile ilişkilidir. Bir serotonin agonisti olarak görev yapan LSD; halusinojen belirtileri oluşturmakta, dorshal raphnede ateşlenmeyi arttırmakta ve 5HT dönüşümünü azaltmaktadır (35).

Norepinefrin

Uyku uyanıklılık ritmi, uyanıklılık, dikkat, yenilik arama davranışı, anksiyete, korku, saldırganlık, stres, bellek konsolidasyonu, öğrenme ve psikomotor gibi işlevleri olduğu bilinen norepinefrinin (35) paronoid belirtilerin baskın olarak gözleendiği şizofreni olgularında beyin-omurilik sıvısı içinde ve plazma norepinefrin seviyelerinde artma gözleendiğini belirten çalışmalar olmakla beraber bu çalışmalar belirsizliğini de korumaya devam etmektedir (37).

Glutamat

Merkezi sinir sisteminin esas uyarıcı nörotransmitteri olan glutamat bilişsel süreçleri düzenlemede etkilidir. Yeni bilgiler öğrenme ve öğrenilen bilgileri depolama gibi işlevleri düzenler. Şizofreni olgularında glutamat hipotezi, son yıllarda ileri sürülmekle beraber beyin omurilik sıvısında glutamat düzeyinin azaldığı bu azalmanın da sinaptik işlevlerde değişiklik yarattığı sonucuna dayanmaktadır (37).

GABAerjik Sistem

Şizofreni olgularında prefrontal kortex de GABA emilim ve salınımı azalmaktadır. GABA aktivasyonunun azalması şizofreni olgularında bellek, seçici dikkat, duyuusal motor perdeleme gibi işlevlerde azalmalara ve spontan diskinezilere, neden olmaktadır (35). Şizofreni hastalarında uyku bozukluklarından sorumlu nörotransmitterin de GABA olduğu düşünülmektedir (37).

2.4.6. Hormonal Faktörler

Birçok beyin alanında uyarıcı etki yapan üreme hormonlarının baskılanma işlevlerinin yetersiz kalması şizofreninin başlamasını sağladığı düşünülmekte, üreme döneminin başında şizofreninin sık izlenmesi de bu hormonal nedenleri akla getirmektedir (35).

2.4.7. Psikotomimetik Maddeler

Halüsinojenlerle yapılan araştırmalarda insanda az da olsa trombositler ve pineal bezdeki bazı enzimlerden sentezlenen güçlü, kısa etkili bir halüsinojen olan 'dimetil triptamin' gibi maddelerin sentezlenebileceğini göstermiştir. Benzer şekilde esrar kullanımının beyinin normal gelişimini bozduğu, kritik zamanda esrar kullanımının da glutamat ve GABA salınımını bozarak psikoza yatkınlığı arttırdığı bilinmektedir (35).

2.4.8. Çevresel Faktörler

1930'lu yıllardan beri olumsuz sosyal koşullar ile şizofreni arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Şizofreni olgularının geçmiş yaşam öykülerinde, prenatal enfeksiyonlar, beslenme bozuklukları, annenin madde kullanım bozukluğunun olması, düşük sosyoekonomik düzey, yaşam stresörleri, obstetrik komplikasyonlar gibi çevresel fonksiyonların daha fazla yer aldığı bilinmektedir (37).

2.4.9. Psikolojik Faktörler

Psikianalizin kurucusu ve nevrotik hastalarda çalışmalar yapan Freud'un klasik psikanalitik teorisinde, şizofreni doğuştan süregelen bir ego yetersizliği zemininde, katlanılamayan psişik çatışmalara yol açan gerçek olaylar sonucunda dış dünyaya yansıtılmış olması beklenen enerjinin benliğe dönmesi ile açıklanır. Yaşın ilerlemesiyle artan stres ve kaygılar benliği ilkel düzeye geriletir ve libidoyu dış dünyadaki nesnelere benliğin özüne çekerek kişinin dış dünya ile ilişkilerinin azalmasına yol açar. Bu gerileme ve çocukluğa dayanan güven ve bağlanma eksikliği, hayal kırıklığı ve sosyal ilişkilerde sürekli bozukluklar yaşama çocuklarda içe kapanmayı ve şizofreni belirtilerini bir tür savunma mekanizması olarak kullanmasına yol açmaktadır (37).

2.4.10. Diğer Biyokimyasal Nedenler

Şizofrenide rol alması düşük bir olasılık olsa da enkefalin ve endorfinlerin de duygudurum regülasyonunda rolü olmaktadır (35).

Şizofreninin Klinik Belirti Ve Bulguları

Şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri Tablo 2.1. de verilmiştir.

Genel Görünüm: Tuhaf davranışlar, vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk, garip yüz hareketleri, stereotipik el kol hareketleri ve çekingenlik görülürken hastanın korku gibi nedenlerle uzun süre banyo yapmamasına bağlı özbakım eksiklikleri ve dağınık dış görünüşleri dikkat çekmektedir (37).

Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler: Eşlik eden farklı bir hastalığı olmadıkça fizyolojik işlevleri normal olmakla beraber kullanılan ilaçların yan etkilerine bağlı cinsel isteksizlik ve güçsüzlük olabilmekte ve bazı olgularda aşırı yemek yeme ve buna bağlı olarak kilo alma dikkat çekerken bazılarında ise tam tersi durum söz konusudur (37).

Kişilerarası İlişkiler ve Konuşma: Birey kısa, somut ve ayrıntısız bilgi vermeye yatkındır. Kalıplaşmış yinelemeler, yeni sözcükler türetme, abuk sabuk anlamsız konuşma, konuşma yankılanması, hiç konuşmama, konuşmada düzensizlik, hızlanma, yavaşlama, dağınıklık, düzensizlik ve yoksullaşmalar olmaktadır (37).

Duygulanım/Duygudurum: Duygu dışavurumunda ve duygusal tepkilerde yetersizlikler olmakla beraber duygulanım, düz, künt, uyumsuz ve uygunsuzdur (37).

Bilişsel Yetiler: Hastalığın akut dönemlerinde ve psikotik atak dönemlerinde bilişsel yetilerde her zaman bir bozukluk olmamaktadır. Olguların hastalığa karşı içgörülerini az veya hiç olmadığına; karar verme, yargılama, dikkat, planlama, problem çözme, yaratıcılık, zihinsel esneklik gibi zihinsel işlevlerde güçlükler daha sık yaşanmaktadır (35).

Düşünce Süreci ve İçeriği: Şizofrenide düşünce bozuklukları içerik, oluşum, çağrışımların hızı ve düşüncenin denetimi ile ilgili bozukluklar olarak dört başlık altında incelenmektedir. Bu olgularda düşünce içeriğinde fakirleşme, çağrışımlarda çözülme, teğetsellik, enkoherans görülmektedir. Sanrılar ve referans fikirleri sık olmakla beraber soyut düşünebilme ve genelleme yapabilme yeteneğinde kayıplar görülmektedir. Fikir uçuşmaları, blok, dikkatte azalma ve düşünce içeriğinin fakirleşerek idiosinkratik çağrışımların varlığı ve belirsizlikler izlenen diğer belirtilerdir (35).

Tablo 2.1. Şizofreninin Pozitif ve Negatif Semptomları

Pozitif Belirtiler	Negatif Belirtiler
Düşünce içeriğindeki bozukluklar (sanrı, yanlış inanışlar, anormal seviyede dindarlık, paranoya..)	Duygulanım (sığ veya künt duygulanım)
Düşünce akışında bozukluklar (çağrışımlarda kopukluk, yeni kelimeler üretme, somut düşünme, klang çağrışım, laf salatası, çevresel konuşma, teğet konuşma, mutizm..)	Apati (amaca yönelik davranmama, duygusal ambivalans yaşama)
Algılamada bozukluklar (varsanı, ilüzyon)	Dış görünümde bozulma (otizm, sosyal izolasyon..)
Kendilik algısındaki bozukluklar (ekolali, ekopraksi, depersonalizasyon)	Psikomotor davranış (anenerji, katatoni, postüral bozukluklar, stereotipik hareketler)
Ortak özellikler: anhedoni, ve regresyon (36).	

2.6. Şizofreninin Tanılanması

Tanı için bireyde **Tablo 2.1.** de verilen pozitif ve negatif belirtilerin bir veya bir kaçının olması ve **Tablo 2.2.** de yer alan DSM-V Şizofreni Tanı Kriterlerini karşılması gerekmektedir. Ayırıcı tanıda esas olan ise biyopsikososyal muayenedir (35).

Tablo 2.2. DSM-V Şizofreni Tanı Kriterleri	
A.	Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2), ya da (3) olması gerekir. 1. Hezeyanlar 2. Halüsinasyonlar 3. Konuşmada dağınıklık 4. Davranışlarda bozulma veya katatonik davranış 5. Negatif semptomlar
B.	Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır.

C.	Bu bozukluğun süregiden bulguları en az 6 ay sürer.
D.	Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiuçlu (bipolar) bozukluk dışlanır.
E.	Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle alakalı etkenlerine bağlanamaz.
F.	Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar da en az bir aylık bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur

(39, 40).

2.8. Şizofreninin Prognozu

DSÖ'ye göre yeti kaybı yaşanan hastalıklar sıralamasında 5. sırada yer alan şizofreni (35) çok çeşitli gidişat ve sonlanım gösteren, genellikle süregelen seyirli olan ve kronik hastalık grupları içinde en sık yinelenen ve hastane yatışları olan bir hastalıktır (37). Bazı olgularda hastalığın başlamasından uzun süre sonra bile düzelme görülürken (35) bazı olgularda, özkıyım (intihar) ve buna bağlı erken ölüm riskiyle hastaların yaşam ortalamasının 10 yıl kadar azalmasına sebep olabilmektedir (37).

İyi Sonlanım Belirtileri

Erken başlangıçlı olmaması, hastalık öncesi uyumlu olma, bireyin evli olması, sosyal destek ağının iyi olması, pozitif belirtilerin olması, ailede şizofreni geçmişinin olmaması, güvenli yapılandırılmış çevre, dengeli yaşam standartları, gerçekçi beklentiler ve geleceğe karşı umutlu olma iyi sonlanım belirtileri olarak görülmektedir (37).

Kötü Sonlanım Belirtileri

Erken dönemde başlaması, hastalık öncesi kötü uyuma sahip olma, sessiz başlangıç, evli olmama ve boşanmış olmak, destek sistemlerinin iyi olmaması, ailede şizofreni öyküsünün olması, negatif belirtiler, nörolojik belirti ve bulgular, 3 yıl içinde düzelmenin olmaması ve madde kötüye kullanımının olması kötü sonlanım belirtileri olarak görülmektedir (37).

2.9. Şizofreninin Tedavisi

Paranoid, dezorganize, katatonik, ayırım göstermeyen ve rezidüel tip olarak 5 alt tipi olan şizofreninin sağaltımında alt tip şeklinin de tedaviye verilen yanıtlarda farklılık göstereceği bilinmekle birlikte (3), tedavide asıl amaç yalnızca hastalıkta görülen esas belirti ve bulguları ortadan kaldırmak olmayıp (37) holistik bakışı içeren 'tedavi edici'

yaklaşımlar ve birçok sağlık disiplininin bakış açısı ve mesleki becerileri ile bireyi güçlendirmede kullandığı müdahaleleri de içermek olmalıdır (36).

2.9.1. Farmakolojik Tedavi

Şizofreni sağaltımında 1950'lerde klorpromazinin geliştirilmesinden sonra (3) şizofreni tedavisinde antipsikotiklerin kullanımı en önemli gelişmelerden biri olup dopamin reseptör antagonistlerinden haloperidol ve klorpromazin ise tedavide kullanılan klasik antipsikotikler olmaktadır. Klasik antipsikotikler şizofreninin pozitif belirtileri üzerine etkili olan ilaçlar (38) ekstrapiramidal sistem yan etkileri ve negatif belirtiler üzerinde daha az etkili oldukları için ikinci kuşak (atipik) antipsikotikler daha çok tercih edilmektedir (37). Şizofreni hastalarının %70-80'i ilaç tedavisi ile yaklaşık 1 yıl içinde psikotik epizod ile karşı karşıya kalmaktadır. Antipsikotik ilaçlar ise şizofreninin akut ve kronik belirtilerinin tedavisinde, semptomların kötüleşmesini önlemekte ve sürdürüm tedavisinde etkili olmaktadır (41).

2.9.2. Şizofrenide Diğer Tedavi Modelleri

Şizofreni hastalarında kullanılan diğer tedavi yöntemleri arasında Elektro-Konvülsif Terapi (EKT) (38), Bireysel Psikoterapi, Grup Terapisi, Davranış Terapisi, Sosyal Beceri Eğitimi, Ortam Terapisi ve Aile Terapisi (41) yer almaktadır.

2.9.3. Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri

Alternatif terapi; bireylerin sağlığına kavuşması için uygulanan modern tıp dışında birden fazla yöntemin tamamına verilen addır . Alternatif terapiler, bireyi holistik olarak ele alarak bireyin bütünlüğü için tehlike yaratmayan ve bireyin kendi başına uygulayabileceği teknikleri içermektedir (42). İnsanoğlunun var oluşundan beri tamamlayıcı terapi yöntemleri kullanılmaktadır (2). 20. Yüzyılın ilk yarısından itibaren hastalıklarda tamamlayıcı terapi yöntemleri kullanımı artmış tanı ve tedavilerdeki gelişmeler hız kazanmıştır (44). Türkiye'de tamamlayıcı terapilere yeterli ilginin olmaması, yeni yöntemlere yeterince güven duyulmaması ve uygulama alanında eğitim alan kişi sayısının az oluşu ülkemizde tamamlayıcı yöntemler kullanımının önündeki en büyük engellerdir (43, 45, 46.). Bu engeli aşmak için Sağlık Bakanlığı 2014 yılında "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" ni yayınlamıştır (47). Yapılan bir çalışma sonucunda bireylerin % 60'ının tamamlayıcı ve alternatif terapi kullandığı; bunlardan akupunktur, masaj, yoga, reiki, fizik tedavi gibi terapi

yöntemlerine başvurulduğu bulunmuştur (48, 46). Amerikan holistik hemşirelik rehberi için son uygulamalar ve standartlarda hemşirelik uygulamaları kapsamına giren alternatif terapiler; refleksoloji, aktif pasif gevşeme, meditasyon, yoga, müzik terapi, aromaterapi, kognitif terapi, beslenme, egzersiz ve hareket, mizah ve yazı yazma sık kullanılmaktadır (42).

2.10. Şizofreni Hastalarının Subjektif İyilik Düzeyi

Dünya sağlık örgütüne göre mental sağlığın pozitif yönünü temsil eden subjektif iyilik düzeyi; yeteneklerinin farkında olarak amaçlı ve anlamlı yaşama, yaşanılan topluma olumlu katkılarda bulunarak diğer insanlarla olumlu ilişkiler geliştirme yoluyla içsel huzur, memnuniyet ve mutlulukla üretken ve verimli bir şekilde yaşama, hayatın iniş çıkışlarıyla ve günlük yaşamın stresleriyle başa çıkarak kendinden emin ve sağlam olma, kendi ve diğer insanlar için uygun sorumluluk alma kapasitesidir (48). Şizofreni hastalarının subjektif iyilik düzeyi açısından dezavantajlı gruplarda ön sıralarda olduğu düşünülmektedir. Çünkü; şizofreni tanılı bireylerin öncelikle fizyolojik semptomlarına odaklanmak ruhsal semptomların ikinci plana atılmasına neden olmaktadır (49). Aslında şizofreni hastalarının; düşünce, duygu ve davranışlarında, kişiler arası ilişkilerinde, iş yaşamı ve topluma uyumda ağır bozukluklarla karşılaşmaları (50), sağlıksız aile iletişimine sahip olmaları, ruhsal ve toplumsal zorlanmaların bulunması (51), ailelerinin daha çatışmacı ve tutarsız olmaları (52), iş ilişkileri, kişilerarası ilişkiler ve öz bakım gibi önemli işlevsellik alanlarındaki belirgin bozulmaları daha sık yaşamaları (53) mental iyilik algısını azaltan majör faktörlerdendir (49). Bu nedenle sağaltımda temel amaç, şizofreninin fiziksel ve psikolojik belirtilerini azaltma, yinelemeleri önleme ve yaşam kalitesini yükseltmek ve subjektif iyilik algılarını arttırmak olmalıdır (54).

2.11. Şizofreni Hastalarının Uyku Kalitesi

Şizofreni tanısı alan hastaların çoğunda kötü uyku kalitesi gözlemlendiğinden; şizofreni hastalarında uyku ve uyku bozukluklarının rolü, klinik uygulamada artan bir öneme sahip olmakta (27) ve uyku sorunları klinik pratikte şizofreni hastalarını klinisyene getiren en önemli nedenlerin de başında yer almaktadır (6). Şizofreni hastalarının birçoğunda sanrılar başlamadan önce uyku problemleri olduğu bilinmekte (10) hatta psikoz dönemindeki hastaların da %80'inde uyku sorunları olduğu görülmektedir (11). Şizofreni hastalarında uyku sorunlarının remisyona girilen dönemde de uyku saatlerindeki düzensizlik nedeniyle uyku-uyanıklık düzeninde bozulma veya insomnia

şeklinde devam etmektedir (57). Şizofreni hastalarında, obstrüktif uyku apnesi, huzursuz bacak sendromu veya periyodik uzuv hareket bozukluğu gibi fizyolojik sorunlar olması ve eşlik eden başka bir bozukluğun varlığı da uyku düzenini negatif yönde etkilemektedir (54). Akut veya sinsi başlangıçlı şizofreni vakalarında (8) diğer psikiyatrik hastalıklara benzer şekilde; sık yaşanan uyku düzensizliklerine bağlı uyku sorunları, ruhsal dengesizlikler, irritabilite, dürtüsellik ve saldırgan davranışlar sık yaşanmaktadır (9). Ruhsal açıdan sağlıklı bireylerde dahi varsanı ve paronaya gibi etkilere yol açan uyku yoksunluğu (12) etkisiz bir baş etme mekanizmasına sahip olan şizofreni hastalarında daha büyük bir sorun halini alarak, bireysel iyilik algısını azaltmakta (16) ve kliniğe sık yatışlara neden olmaktadır (56).

2.12. Şizofreni Tanılı Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik süreci; hasta veya sağlıklı bireyin, ailesinin ve içinde bulunduğu toplumun bakım ihtiyaçlarını belirleyerek gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanıp uygulanması ve sonucunun değerlendirilmesi aşamalarından oluşan sistematik bir yaklaşımdır (57).

Watson'un İnsan Bakım Modeli (İBM)'nden temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamaları ise sadece order edilen ilacı hastaya vermekten oluşmayıp (37) bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel-spiritüel gereksinimlerini karşılayarak holistik iyilik halini sağlar ve multidisipliner bir hemşirelik bakım planı geliştirmesine yardım eder (58). Tanı ile birlikte bir çok alanda işlevsel kayıpla karşılaşan şizofreni hastaları (16), döner kapı sendromunu sık yaşayan bir grup olmakta ve yineleyen hastane yatışlarıyla temel gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalmaktadır. Sağlığını sürdürmek ve sağlık düzeyini yükseltmek için bütüncül bir hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadır. Bu noktada psikiyatri hemşireleri, sadece bireyi değil ona bakım verenleri ve içinde bulunduğu toplumu da ele alarak, hasta bireyin bağımsızlığını sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak için hastanede kaldığı sürede ve taburculuk sürecinde hastanın eylemlerini planlamada önemli bir rol üstlenmektedir. Psikiyatri hemşiresi, hastayla karşılaşma anından itibaren veri toplama süreciyle hemşirelik sürecini başlatır. Nitelikli bakım verebilmek adına hastalığın doğasını etkileyen nedenleri, belirti bulgularını ve tedavi yöntemlerini öğrenir (37). Bireyi dikkatli dinleyerek detaylı bir anemnez alır, iletişimde göz temasına dikkat eder, bireye ismiyle hitap eder, kültürel farklılıklarını dikkate alarak birey merkezli bir bakımı esas alır (58). Klinikte kaldığı süre boyunca banyo, giyinme, yemek yeme, uyuma gibi (59) bireyin evde uyguladığı günlük rutinlerini öğrenir (60, 61). Hastanede de faaliyetlerinin devamlılığını sağlayarak

tedaviye ve hastaneye uyumunu arttırmayı amaçlar (59). Hastaların uyku ve yemek saatleri sırasında gereksiz uygulamaları en aza indirerek hemşirelik uygulamalarını organize eder (61). Temel insan gereksinimlerinin aksamasına bağlı uyku süreçlerinin bozulması şizofreni hastalarının (62) tedaviye uyum sağlama sürecine katılımını direkt olarak etkileyen en önemli fizyolojik sorundur (22, 64). Uyku sorunları, şizofreni hastalarında ruhsal dengesizliklerde, irritabilite, dürtüsellik ve saldırgan davranışlarda artışa neden olmaktadır (9). Uykusuzluk, bireysel iç görüde sorunlar yaşanmasına sebep olmakta (8), mental sağlığı ve yaşam kalitesini azalmaktadır (2). Şizofreni hastalarında yaşanan psikotik alevlenmelerin sıklığını da arttırarak, bireylerde depresyon, anhedoni gibi negatif duygulanımlardan intihar girişimleriyle yaşamını sonlandırmaya kadar uzanan ciddi tehditlere yol açmaktadır (8). Kliniklerde tedavi edici ortam sağlama ve mental sağlığı sürdürmede temel rol alan psikiyatri hemşireleri, kliniklerde uyku siklusunu düzenlemek amacıyla ortam düzenini sağlar, hastaların gündüz şekerleme yapmalarını ve gündüz yataklarında vakit geçirmelerini önler, uyuma ve uyanma saatlerini düzenler ve sürekli hasta takibi yapar (22, 64). Uyku öncesi; diş fırçalanma, çarşafın değiştirme, rahat pozisyon sağlama, masaj ve sıcak uygulama gibi temel uyku hijyeni basamaklarını öğretir ve hastaların uygulamasında rehberlik eder (60). Kliniklerde bu gibi uygulamalarla hastaların hem fiziksel hemde psikolojik uyku düzenini sağlar (22, 64), bireyin hastalığa uyumunu arttırır ve bireylerin bağımsız yaşayabilmesi için toplumsal ve mesleki beceriler kazanmasını ve öznel iyilik hali kazanması ve sürdürmesini sağlar (53). Şizofreni hastalarının hastaneye yatış sıklığını azaltarak toplumsal sağlık maliyetini düşürmeyi hedefler (6). bu hedefler doğrultusunda da psikiyatri hemşireleri, şizofreni hastalarının bakımında farmakolojik tedavi uygulamaları yanında psikososyal ve tamamlayıcı tedavi uygulamalarına da aktif katılım sağlar. Psikiyatri kliniklerinde uygulanan tamamlayıcı yöntemler arasında yeni yer alamaya başlayanlardan biri de yoga uygulamasıdır (21, 67, 68).

2.14. Yoga Nedir?

Sanskritçede birleştirmek, bütün olmak, bir olmak anlamına gelen yoga, 'yuj' teriminden türetilen (65) Hindistan'da doğan ve kullanımına ilişkin kanıtlar sınırlı olsa da oldukça yaygın bilinen mental ve fizyolojik bir egzersizdir (66). Hindistan temelli bu uygulama, fiziksel, zihinsel, emosyonel açılardan sağlıklı olma haline dayanan eski bir yöntemdir (45, 46). Yoga uygulaması; yama, niyama, asana, pranayama, prathayara,

dhrana, dhyana, samadhi olmak üzere sekiz ilkedden oluşmaktadır (70). Yama; ahlaki kuralları gözeterek yaşamak, niyama; saflık, temizlik gibi pozitif davranışları yaşama katmak (71) olup asana; gücü geliştirmeye yönelik olarak spesifik duruşların devamlılığı ile karakterize dengeye yönelik ayakta yapılan duruşlardır. Pranayama; vücut farkındalığına odaklanan nefes uygulamalarını içerirken (69), Dhrana; dikkati tek noktaya odaklamak, Dhyana (meditasyon); aşaması bilinçsel enerjinin çözündüğü sürekli konsantrasyon halinin sağlanmasıdır. Son aşama olan Samadhi ise dhrananın ulaşacağı son hedef olup akli ve ruhu uyanık tutarken beden ve ruhun dinlenmesidir (71). Stres azaltıcı, rahatlatıcı ve zindelik sağlayan etkilerinden dolayı (72) yoganın fizyolojik ve nörofizyolojik etkilerine bakıldığında; β -endorfin salınımı ve beyin nörotransmitter düzeyinde değişiklik yaparak parasempatik aktivasyonu sağladığı, duygusal değişikliklerden sorumlu olan dopamin ve serotonin salınımını başlatarak, gevşeme sağladığı böylece stres üzerinde olumlu etki yarattığı (65, 66, 69, 71,) bilinmektedir. Ayrıca anksiyete, depresyon, yorgunluk, uykusuzluk, ağrı (73, 74), konsantrasyon güçlüğü ve denge kaybı gibi belirtilerin giderilmesinde etkili olmaktadır (66). 21 makalenin analiziyle hazırlanan bir çalışmada yoganın sıkıntı, anksiyete, depresyon, yorgunluk, genel yaşam kalitesi, duygusal ve sosyal fonksiyon, işlevsel refah düzeyini orta derece etkilerken yaşam kalitesini olumlu etkilediği görülmüştür (75). Cramer ve arkadaşlarının çalışmasında yoganın kısa vadede sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini arttırdığı, yorgunluğu ve uyku bozukluklarını azalttığı yönünde kanıtlar bulunmuştur (76).

2.1.5. Yoganın Tarihi?

Spritüel bir uygulama olarak Hisdistanda doğan yoganın (76, 79) bazı kaynaklara göre M.Ö. 3000 yılında başladığı (79, 80) ileri sürülsede yoganın evren kadar eski bir sistem olduğu belirtilmektedir (77, 78,). Yogayı tamamlayıcı ve integratif sağlık yaklaşımı olarak kabul eden batı uygarlığında National Health Interview Survey (NHIS) araştırmasına göre ABD de yetişkinlerin en sık kullandığı sağlık yaklaşımı olduğu 2012-2017 yılları arasında yoga kullanma oranında %9,5'dan %14,3'e yükseldiği bildirilmiştir (81).

2.16. Psikiyatrik Bozukluklarda Yoga ve Meditasyon Uygulamaları

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü Tamamlayıcı ve Alternatif Terapiler Ulusal Merkezi, farkındalık temelli beden-zihin egzersizlerini 'beden, beyin, zihin ve davranışlar

arasındaki etkileşime odaklanan fiziksel fonksiyonları etkilemek ve sağlığı geliştirmek için akli kullanan uygulamalar' olarak tanımlamıştır (82). Mental bozukluklar üzerine etkileri olan yoga uygulaması (83) hipotalamus, hipofiz bezi, sempatik sinir sisteminin strese karşı cevabını azaltarak düzenlemekte, kan şekeri ve epinefrin-norepinefrin seviyelerini düşürüp, stresin immün sistem üzerindeki etkilerini de immunglobülin-A seviyesini arttırarak yenmektedir (69, 84). Yoga uygulamasının fiziksel ve psikolojik sağlık üzerine etkisi olduğuna inanılmakla beraber uyku kalitesi, ruh hali, stres, kansere bağlı semptomlar ve genel yaşam kalitesi gibi bireylerin fonksiyonel durumunu da olumlu etkilediği rapor edilmiştir (66). Dört temel bileşenden oluşan yoga; vücut esnekliğini geliştirmek için fiziksel duruşlar (asana), istemli nefes kontrolüyle solunum fonksiyonlarını arttırmak için (pranayama), endişeyi azaltmaya yönelik derin gevşeme teknikleri ve zihni dinginleştirmeye yönelik meditasyon uygulamaları ve tekrarlanan sözlü ifadelerle (85) beden zihin koordinasyonunu sağlamaktadır (86). Yoga insanı bütüncül yaklaşımla ele almakta, düzgün vücut pozisyonuyla zihni de etkileyen, konsantrasyon, gevşeme, solunum ve fiziksel egzersizlerin bir arada kullanılmasıyla kasları kuvvetlendirirken, postürü de korumakta, esneklik sağlamakta, nefesi düzenlemekte, gevşeme ile vücudun daha enerjik hissetmesini sağlamaktadır (87, 88).

2.17. Şizofreni Hastalarında Yoga ve Meditasyon Uygulamaları

Bir terapi olarak yoganın, depresyon ve endişe gibi psikiyatrik bozukluklara tek veya ek müdahale olarak kullanıldığında oldukça etkili bir yöntem olduğu kanıtlanmakla birlikte son zamanlarda, psikoz ve en ciddi ruhsal bozukluklardan biri olan şizofrenide yoga terapisi kullanımı önemli bir ilgi alanı haline gelmektedir. Araştırma raporları, yoganın fizibilitesinin ve etkinliğinin şizofrenide bir ekleme terapisi olarak, özellikle olumsuz semptomatolojiyi azaltarak sosyal bilişin iyileştirilmesinde katkı sağladığını göstermektedir (89). Sanrılar ve halüsinasyonlar, motivasyon eksikliği, spontan konuşmada azalma ve sosyal çekilme (27, 39, 90), bozulmuş bilişsel fonksiyona bağlı hafıza ve dikkat yürütme işleyişindeki zorluklar gibi semptomlarla tezahür eden şizofreni hastalığının refahı ve iyileştirilmesinde (91) bir içe dönüş uygulaması olan yoga yardımıyla hayale dalmayan bir zihne sahip olarak burada ve şimdide olma, geleceğe yönelme ve gerçeğe olduğu gibi yüzleşme sağlanabilmektedir (92).

2.18. Basit Yoga Duruşları ve Faydaları

Tadasana (Dağ Duruşu):

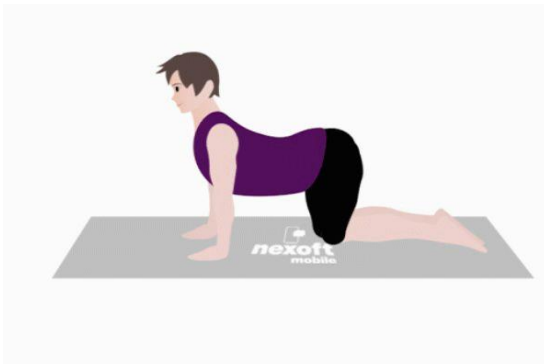
Vücudu dengeleyip diğer pozisyonları yapmaya yardımcı olan tadasana pozisyonu (93) duruş bozukluklarını düzeltir, üst bacak kaslarını güçlendirirken beden ve zihini dengeler (94).



Şekil 2.1

Marjaryasana (Kedi Duruşu) & Bitilasana (İnek Duruşu):

Kedi inek duruşu; fiziksel gerginliği gidererek sırt boyun ve omurgayı esnetirken, zihinsel gerginliği de azaltmaktadır (94).



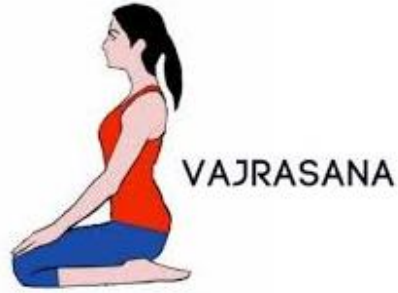
Şekil 2.2



Şekil 2.3

Vajrasana (Elmas Duruşu):

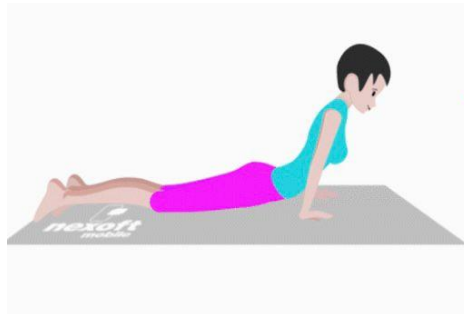
Bacak ve ayak bileklerini esneterek bacak ve sırt kaslarını güçlendirmektedir (94).



Şekil 2.4

Bhujangasana (Kobra Duruşu):

Omurga, kol ve el bileklerini kuvvetlendirirken; göğüs, karın kasları ve omurgayı esnetir. Duruş bozukluklarını düzeltirken boşaltım sisteminide düzenlemektedir (94).



Şekil 2.5

Balāsana (Çocuk Duruğu):

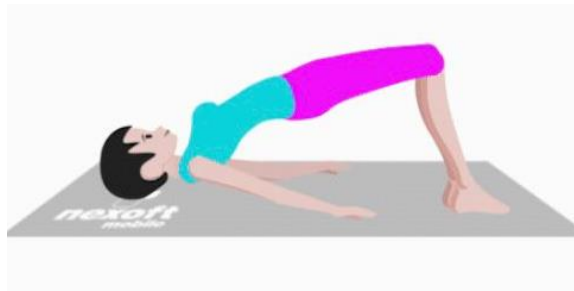
Omuz, sırt, omurga, kalça, üst bacak ve ayak bileklerini esneterek gerginliği gidermektedir (94).



Şekil 2.6

Sethu Bandhasana (Köprü Duruğu):

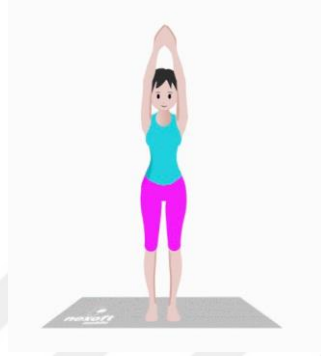
Duruş bozukluklarını gidermenin yanı sıra sırt omurga, kalça ve bacakları güçlendirir; omuz, kol, göğüs ve omurgayı esnetir. Sindirim sistemini düzenler ve tiroid bezini aktive eder (94).



Şekil 2.7

Urdhva Hastasana(Yukarı Selam Duruşu):

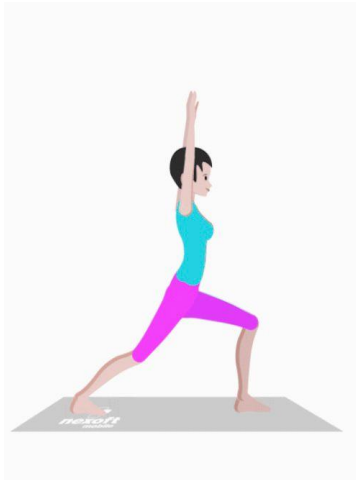
İç organları tetikleyerek sırt ağrılarını hafifleten bu pozisyon karın, bel, omuz ve kanat kaslarını esnetir, omurga üst bacak kasları ve sırt kaslarını güçlendirir (94).



Şekil 2.8

Virabhadrasana (Savaşçı Duruşu):

Dayanıklılığı arttırıp dengeyi sağlayan savaşçı 2 duruşu; kalçayı bükerek, iç bacak ve ayak bileğini, göğsü ve omuzları açarak esnetir. Kol, omuz, diz, üst bacak, ayak bileği, karın kasları, bel kasları ve sırtı güçlendirir (94).



Şekil 2.9

Savasana (Ölü Duruşu):

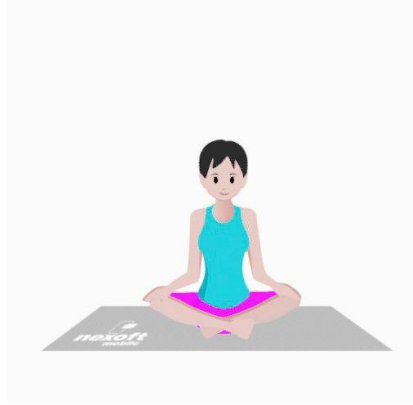
Bedeni rahatlatırken zihni güçlendirerek zihin-beden sakinleşmesini sağlamaktadır (94).



Şekil 2.10

Sukhasana (Meditasyon Oturuşu):

Sırt kaslarını kuvvetlendiren bu oturuş kalça kemikleri ve ayak bileklerini esnetip zihnen ve bedenen dayanıklılığı artırırken cinsel enerjiyi de dengelemektedir (94).



Şekil 2.11

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma kontrol gruplu öntest-sontest yarı deneysel model olarak yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Gaziantep iline bağlı Gaziantep Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi , Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi' ve Şehitkamil Toplum Ruh Sağlığı Merkezi olarak üç Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)'nde ayaktan tedavi gören, DSM-V şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan hastalarla 1 Ekim 2020 de yapıldı.

Deney grubuna fiziksel imkanların uygun olması nedeniyle Gaziantep Üniversitesi TRSM'de tedavi gören hastalar alınırken; kontrol grubuna deney grubu ile etkileşimin en az olabilmesi amacıyla Şahinbey ve Şehitkamil TRSM'de tedavi gören hastalar alındı.

Deney grubunun alındığı; Gaziantep Üniversitesi TRSM 2019 yılından beri hizmet vermekte olup; 1 psikolog, 1 psikiyatrist, 1 hemşire, 1 tıbbi sekreter, 1 sosyal hizmet uzmanı, Halk Eğitim Merkezine bağlı 1 el sanatları, 1 spor ve 1 yemek hocası ile 2 yardımcı personel görev almaktadır. Gaziantep Üniversitesi TRSM'nde bireysel terapi odası, grup terapi odası, kütüphane, el işi sanatları atölyesi, sergi odası, mutfak atölyesi, amfi, mescit, yemekhane, spor odası, eğitim odası, iş uğraşı odası, televizyon salonundan oluşmaktadır.

Kontrol grubunun alındığı; Şahinbey TRSM'nde; 1 psikolog, 1 psikiyatrist, 2 hemşire, 1 tıbbi sekreter, 1 sosyal hizmet uzmanı, 2 ergoterapist, 1 güvenlik görevlisi, 1 temizlik görevlisi, 1 şoför ve Halk Eğitim Merkezine bağlı 1 el sanatları 2 müzik hocası görev almaktadır. 2014 yılından beri hizmet veren Şahinbey TRSM'nde; terapi odası, kütüphane, el işi sanatları atölyesi, toplantı odası, mutfak atölyesi, tedavi odası, dikiş nakış odası, yemekhane ve doktor odasından oluşmaktadır.

2012 yılından beri hizmet veren Şehitkamil TRSM ise terapi odası, kütüphane, el işi sanatları atölyesi, toplantı odası, tedavi odası, spor odası, yemekhane ve doktor odasından oluşmakta ve 1 psikolog, 2 psikiyatrist, 1 hemşire, 1 sosyal hizmet uzmanı, 2 güvenlik görevlisi, 1 temizlik görevlisi, 1 aşçı, 1 şoför ve Halk Eğitim Merkezine bağlı 1 el sanatları 1 müzik hocası 1 spor hocası görev almaktadır

Üç TRSM'ye de hastalar hafta içi her sabah 09:00 da evlerinden servisle alınıp her akşam 16:00 da evlerine yine servisle bırakılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; Gaziantep Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Şehitkamil Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ayaktan tedavi gören, DSM-V şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan hastalardan oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G Power programından yararlanılmıştır. Daha önce yapılan çalışmalar incelenmiş (81, 95) ve “Mental İyi Oluş Ölçeği” beklenen güven aralıkları belirlenerek güven aralığının $\alpha=0.05$ iken, testin gücü $(1-\beta)$ 0.95, effect size $d_z= 0.8759906$ iken toplam 70 kişi (35 deney grubu- 35 kontrol grubu) olarak hesaplanmıştır. Şizofreni hastalarının birbirlerinden etkilenmelerini önlemek amacıyla deney ve kontrol grupları; çalışma şekilleri ve hizmet verdiği hasta popülasyonu aynı olan üç TRSM arasından seçildi. Bu kapsamda kontrol grubu Şahinbey TRSM ve Şehitkamil TRSM'den, deney grubu ise Gaziantep Üniversitesi TRSM'den seçildi. Kontrol ve deney grubu seçiminde herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeden her üç TRSM'de bulunan ve TRSM'ye düzenli devam eden çalışmaya alınma kriterleri ve gönüllülük esasına uyan 80 şizofreni hastası araştırmaya dahil edildi. Araştırmanın deney grubu Gaziantep Üniversitesi TRSM'ne aktif katılım sağlayan 40 şizofreni hastasının uygulamaya alınmasıyla başlanıp uygulamaya düzenli katılmayan 5 kişinin araştırma dışı bırakılmasıyla 35 kişiyle araştırma tamamlanmıştır. Kontrol grubu için Şahinbey TRSM ve Şehitkamil TRSM'den 40 kişiye ön test uygulanırken covid-19 nedeniyle vefat eden 1 kişiye son testi uygulanamadığından 39 kişi araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya dahil olma kriterleri

1. DSM-V ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olmak
2. Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
3. 18 yaşından büyük olmak

Araştırmaya Alınmama Kriterleri

1. Komorbid başka bir ruhsal hastalığı bulunmak
2. Zekâ geriliği ya da demans gibi iş birliğini olanaksız kılan zihinsel durumu bulunmak
3. Akut alevlenme döneminde olmak

3.4. Veri Toplama Araçları

Hasta Tanıtım Formu

Hasta Tanıtım Formu araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup hastaların sosyo-demografik özelliklerini, hastalığın ve tedavinin seyrine ilişkin bilgileri içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMİOÖ):

WEMİOÖ, Tennant ve ark. (2007) tarafından bireylerin mental iyi oluş düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2015 yılında Keldal tarafından yapılan bir ölçektir. WEMİOÖ, 14 maddeden oluşmaktadır ve psikolojik iyi oluş ile öznel iyi oluşu kapsayarak bireylerin pozitif mental sağlıklarıyla ilgilenmektedir. Ölçek 5'li likert tipindedir ve ölçeğin puanlanması (1= hiç katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= biraz katılıyorum, 4=katılıyorum, 5= tamamen katılıyorum) şeklindedir. Ölçekten en az 14, en fazla 70 puan alınmaktadır. Puanın düşük olması, uygulanan bireylerde düşük mental iyi oluşa işaret ederken; puanın yüksek olması, bireylerin mental iyilik düzeylerinde bir artış olduğunun göstergesidir. Ölçeğin bütün maddeleri pozitifdir. Keldal (2015) çalışmasında, ölçeğin Cronbach's Alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayısını 0.92 olarak bulmuştur (96). Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach's Alfa iç tutarlık katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ):

PUKİ, uyku kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilen ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan bir ölçektir. Geçen bir aylık süre içindeki uyku kalitesini değerlendiren PUKİ, 19 maddeden ve 'Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latensi, Uyku Süresi, Alışılmış Uyku Etkinliği, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı ve Gündüz İşlev Bozukluğu' olmak üzere 7 alt boyuttan oluşan bir ölçektir. Toplamda 24 sorunun yer aldığı bu ölçekte, 19'u özbildirim, 5'i eř veya aynı odayı paylaştığı kişiler tarafından cevaplanması istenen sorulardır ve bu sorular uyku kalitesinin değerlendirilmesi aşamasında değerlendirmeye alınmayıp klinik gözlemlerde kullanılmaktadır bu çalışmada değerlendirilmemiştir. Her bir bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilen alt boyutu oluşturan 7 bileşenin toplam puanı, PUKİ toplam puanını vermektedir. Toplam puan 0-21 arasında değer almaktadır. Toplam puanı ≤ 5 ve altında olanların uyku kalitesini "iyi" olarak değerlendirilirken, >5 ise uyku kalitesinin

'kötü' olduğunu ifade etmektedir. Ağargün çalışmasında, ölçeğin Cronbach's Alfa iç tutarlık güvenirlik katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur (97). Bu çalışmada PUKİ Cronbach's Alfa iç tutarlık katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur.

PUKİ alt boyutlarının hesaplanma şekli **Tablo 3.1.** de anlatılmıştır.



Tablo 3.1. PUKİ Alt Boyutlarının Hesaplanma Tablosu

1. Bileşen : Öznel Uyku Kalitesi, soru 6'nın puanıyla oluşturulur.										
2. Bileşen : Uyku Latensi, soru 2 ve 5a'nın toplanmasıyla oluşturulur. 2 ve 5a'nın sorularının toplam puanlama şekli aşağıdaki gibidir. <table border="1"><thead><tr><th>Soru 2 ve 5a toplamı</th><th>Bileşen 2+5a'nın puanı</th></tr></thead><tbody><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>1-2</td><td>1</td></tr><tr><td>3-4</td><td>2</td></tr><tr><td>5-6</td><td>3</td></tr></tbody></table>	Soru 2 ve 5a toplamı	Bileşen 2+5a'nın puanı	0	0	1-2	1	3-4	2	5-6	3
Soru 2 ve 5a toplamı	Bileşen 2+5a'nın puanı									
0	0									
1-2	1									
3-4	2									
5-6	3									
3. Bileşen : Uyku Süresi, soru 4'ün puanıyla oluşturulur..										
4. Bileşen : Alışılmış Uyku Etkinliği, soru 1, 3 ve 4 soruları kullanılarak hesaplanır. Soru 1 olan Yatma saati ile soru 3 te yer alan kalkma saati arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen zaman bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi saptanır ve aşağıda yer alan şekilde gibi alışılmış uyku etkinliği yüzdesi hesaplanır. (Alışılmış uyku etkinliğinin hesaplanması (%) = uyku süresi / yatakta geçen süre * 100) <table border="1"><thead><tr><th>Alışılmış uyku etkinliği hesaplanması (%)</th><th>Bileşen 4 'ün puanı</th></tr></thead><tbody><tr><td>Uyku etkinliği \geq %85</td><td>0</td></tr><tr><td>%75 \leq uyku etkinliği $<$ %84</td><td>1</td></tr><tr><td>%65 \leq uyku etkinliği $<$ %74</td><td>2</td></tr><tr><td>Uyku etkinliği $<$ %65</td><td>3</td></tr></tbody></table>	Alışılmış uyku etkinliği hesaplanması (%)	Bileşen 4 'ün puanı	Uyku etkinliği \geq %85	0	%75 \leq uyku etkinliği $<$ %84	1	%65 \leq uyku etkinliği $<$ %74	2	Uyku etkinliği $<$ %65	3
Alışılmış uyku etkinliği hesaplanması (%)	Bileşen 4 'ün puanı									
Uyku etkinliği \geq %85	0									
%75 \leq uyku etkinliği $<$ %84	1									
%65 \leq uyku etkinliği $<$ %74	2									
Uyku etkinliği $<$ %65	3									
5. Bileşen : Uyku Bozukluğu, soru 5b' den 5j' ye kadar olan soruların puanarını toplanmasıyla elde edilir ve Soru 5 b, c, d, e, f, g, h, i, j sorularının toplam puanlama şekli aşağıdaki gibidir. <table border="1"><thead><tr><th>Soru 5b- 5j toplamı</th><th>Bileşen 5'in puanı</th></tr></thead><tbody><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>1-9</td><td>1</td></tr><tr><td>10-18</td><td>2</td></tr><tr><td>19-21</td><td>3</td></tr></tbody></table>	Soru 5b- 5j toplamı	Bileşen 5'in puanı	0	0	1-9	1	10-18	2	19-21	3
Soru 5b- 5j toplamı	Bileşen 5'in puanı									
0	0									
1-9	1									
10-18	2									
19-21	3									
6. Bileşen : Uyku İlacı Kullanımı, soru 7'nin puanıyla oluşturulur.										
7. Bileşen : Gündüz İşlev Bozukluğu, soru 8 ve 9'un puanları toplamıyla oluşturulur. <table border="1"><thead><tr><th>Soru 8 ve 9 toplamı</th><th>Bileşen 8 ve 9'un puanı</th></tr></thead><tbody><tr><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>1-2</td><td>1</td></tr><tr><td>3-4</td><td>2</td></tr><tr><td>5-6</td><td>3</td></tr></tbody></table>	Soru 8 ve 9 toplamı	Bileşen 8 ve 9'un puanı	0	0	1-2	1	3-4	2	5-6	3
Soru 8 ve 9 toplamı	Bileşen 8 ve 9'un puanı									
0	0									
1-2	1									
3-4	2									
5-6	3									

*Tüm bu bileşen puanları toplanılarak PUKİ toplam puanı elde edilir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından TRSM'lerde özel bir odada bireysel olarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.


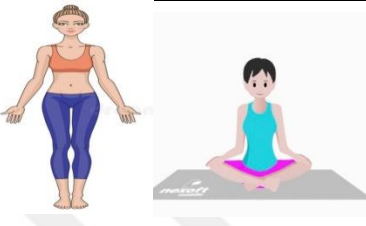

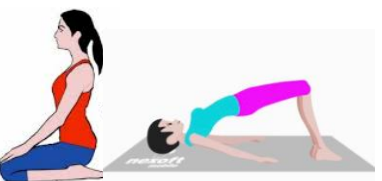
Araştırmada deney ve kontrol gruplarına ön test formları (Hasta Tanıtım Formu ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, Mental İyi Oluş Ölçekleri) uygulanması ve bilgilendirilmiş hasta onam formunun açıklanıp imza alınması ilk görüşmede yapıldı. Deney grubu rutin tedavilerine ek olarak düzenli yoga saenslarına alınırken kontrol grubuna rutin tedavileri dışında hiçbir girişim ve müdahale edilmedi. Her iki gruba da 7. hafta sonunda son test formları (Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi, Mental iyi oluş ölçekleri) uygulandı.

3.6. Araştırma Süreci

Yoga uygulaması yaptıracak olan araştırmacı, uygulamaya başlamadan önce 'yeni başlayan öğrencilere yoga öğretme sanatı ileri eğitimine' katılarak almış olduğu sertifika ile yoga uygulaması yaptırmaya hak kazanmıştır (Ek. 8). Deney grubuna ilk olarak yoga uygulaması hakkında bilgi düzeyini ölçmek amacıyla yapılan ön görüşmede şizofreni tanılı bireylerin yoga hakkında fikirleri öğrenildi. Uygulama süreci anlatıldı ve hastaların yoga uygulamalarından beklentileri soruldu. Daha sonra yoga uygulaması slayt üzerinde ve video gösterisi ile teorik olarak anlatıldı. Sonrasında yoga uygulaması için 40 kişilik deney grubunu uygulamaya devamı kolaylaştırmak ve pandemi önlemleri kapsamında metrekare başına düşen kişi sayısı ile sosyal mesafe korunacak şekilde düzenlenen toplum ruh sağlığı merkezi egzersiz salonunda 4 gruba bölerek her bir grupta 10 ar kişi şeklinde uygulamalara alındı. İlk grup sabah 09:00-09:40 arası, ikinci grup 10:00-10:40, üçüncü grup 11:00-11:40 dördüncü grup 12:00-12: 40 arası uygulamaya alındı, yoga TRSM spor odasını müsaitlik durumu nedeniyle hafta içi dört gün şeklinde ve 7 hafta süresince uygulandı. Yoga uygulamaları 40 dakikalık seanslar olarak yapıldı. Hastaların takibi araştırmacı tarafından yapılarak, gelmeyen hastalar telefonla arandı. Programın aksamaması için gelmeyen hastalar için gerekli durumlarda telafi seansları düzenlendi.

3.7. Şizofreni Tanılı Hastalarda Yoga Uygulama Adımları

Tablo 3.2. Yoga Eğitimi Akış Şeması

Hafta	Yapılan Uygulamalar	Görseller
1. Hafta	<ul style="list-style-type: none">Hastalarla tanışılıp Ön-test ölçükleri uygulandı.Yoga uygulanacak fiziki mekânın düzenlenmesi yapılarak matler belirlenen sosyal mesafe çerçevesinde konumlandırıldı.Yogayla ilgili tanışma toplantısında anlatılan bilgilerin tekrar üzerinden geçerek hastalara yoga pratiği anlatıldı.Yoga CD' si izletildi.İlk olarak doğru nefes tekniklerini uygulamanın önemi anlatıldı ve Yoga Nefes Teknikleri uygulandı.	
2. Hafta	<ul style="list-style-type: none">Müzik eşliğinde 'Yoga Nefes Teknikleri' ni uygulamasına TADASANA (Dağ Duruşu) ve SUKHASANA (Meditasyon Oturuşu) duruşları eklendi.Müzik eşliğinde meditasyon ve derin gevşeme ile uygulama sonlandırıldı.	
3. Hafta	<ul style="list-style-type: none">Müzik eşliğinde 'Yoga Nefes Teknikleri' ni uygulamasına URDHVA HASTASANA (Yukarı Selam Duruşu) ve VİRABHADRASANA II (Savaşçı 2 Duruşu) duruşları eklendi.Müzik eşliğinde meditasyon ve derin gevşeme ile uygulama sonlandırıldı.	
4. Hafta	<ul style="list-style-type: none">Müzik eşliğinde 'Yoga Nefes Teknikleri' ni uygulamasına VAJRASANA (Elmas Duruşu) ve SETHU BANDHASANA (Köprü Duruşu) duruşları eklendi.Müzik eşliğinde meditasyon ve derin gevşeme ile uygulama sonlandırıldı.Hastalara akşam evde 15 dakika sadece yoga nefes tekniklerini yapmaları için ev ödevi verildi.	

<p>5. Hafta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ev ödevleri yapma durumu kontrol edildi • Müzik eşliğinde ‘Yoga Nefes Teknikleri’ ni uygulamasına MARJARYASANA (Kedi Duruşu) ve BİTİLASANA (İnek Duruşu) duruşları eklendi. • Müzik eşliğinde meditasyon ve derin gevşeme ile uygulama sonlandırıldı. • Hastalara akşam evde yarım saat yoga nefes teknikleri, yoga duruşları, meditasyon ve derin gevşeme yapmaları için ev ödevi verildi. 	
<p>6. Hafta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ev ödevleri yapma durumu kontrol edildi • Müzik eşliğinde ‘Yoga Nefes Teknikleri’ ni uygulamasına BHUJANGASANA (Kobra Duruşu) Ve BALASANA (Çocuk Duruşu) duruşları eklendi. • Müzik eşliğinde meditasyon ve derin gevşeme ile uygulama sonlandırıldı. • Hastalara akşam evde yarım saat yoga nefes teknikleri, yoga duruşları, meditasyon ve derin gevşeme yapmaları için ev ödevi verildi. 	
<p>7. Hafta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ev ödevleri yapma durumu kontrol edildi • Basit yoga tekniklerini bir bütün olarak uygulayarak hastaların yoga uygulaması ile ilgili görüşleri alındı. • Deney grubuna son-test ölçekleri uygulandı. • Uygulama, hastaların izinleri dahilinde resim çekimi yapıp 7 hafta süren yoga uygulaması konusunda görüşlerini yazmalarını rica ederek ve katılım sonunda teşekkür belgelerini vererek sonlandırıldı. 	

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Araştırmanın bağımlı değişkeni mental iyi oluş ve uyku kalitesidir.

Bağımsız Değişken: Araştırmanın bağımsız değişkeni yoga uygulamasıdır.

Kontrol Değişkeni: Araştırmanın kontrol değişkenleri ise yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, tanı süresi, hastaneye yatış durumu, cinsiyet ve bireylerin sosyo-ekonomik durumudur.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22 istatistik paket programında analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler **Tablo 3.3**'te verilmiştir.

Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

İncelenen Özellik	Kullanılan İstatistiksel Yöntem
• Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin dağılımlarında,	• Yüzdellik dağılım • Aritmetik ortalama • Standart sapma
• Deney ve kontrol grubundaki hastaların kontrol değişkenlerinin karşılaştırılmasında,	• Ki-Kare testi
• Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön-test ve son-testte ölçekler ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında,	• Bağımsız gruplarda t testi
• Deney ve kontrol gruplarının yoga uygulama öncesi ve sonrası WEMİÖÖ ve PUKİ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında	• Eşleştirilmiş t testi uygulanmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için onay 'Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (EK-5). Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı 'Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden' yazılı ve sözel izin alındı (EK-6). Araştırmada kullanılacak ölçekler için ölçek yazarlarından izin alındı. Araştırmaya alınan bireylere çalışmanın amacı açıklanıp bireylere araştırma hakkında "Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu" imzalatıldı. Araştırmaya katılma konusunda gönüllülük esasının olduğu ve araştırmaya katıldıktan sonra istedikleri zaman ayrılmakta özgür oldukları belirtilerek

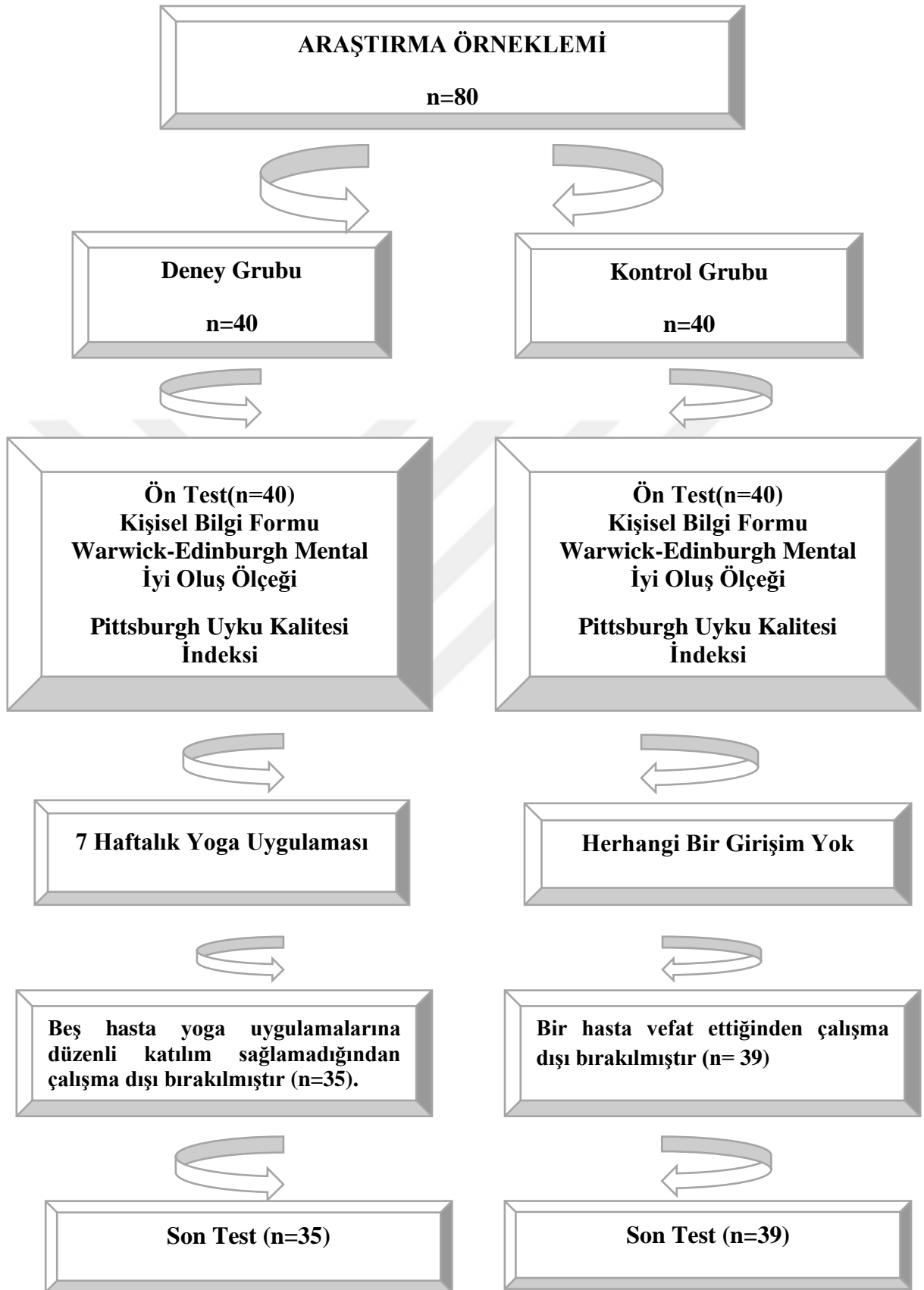
“Özerkliğe Saygı” ilkesi araştırmaya katılan hastalardan toplanan bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi yerine getirildi.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmaya alınan kişilerin evrenden olasılıksız örnekleme seçilmesi ile araştırmanın belirli tarihler arasında yapılmasından dolayı izlem süresinin 7 hafta ile sınırlı olması, örneklemin kısıtlı sayıda olması, araştırma sürecinde yoga eğitimi yapan eğitmen ile anket formlarını uygulayan kişinin aynı kişi olması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Araştırmanın sonuçları araştırmaya alınma kriteri ve araştırma değişkeni açısından benzer olan gruplara genellenebilir.



ARAŞTIRMA PLANI



Şekil 3.1. Araştırma Akış Şeması

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özellikleri açısından gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-Demografik Özellikler Açısından Gruplar Arası Karşılaştırılması

Özellikler	Toplam		Kontrol Grubu (n=39)		Deney Grubu (n=35)		Test Değeri* ve Anlamlılık
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kadın	23	31,8	7	17,9	16	45,7	$\chi^2=6,639$ p=0,010
Erkek	51	68,2	32	82,1	19	54,3	
Yaş							
25 Yaş Altı	7	9,5	3	7,7	4	11,4	$\chi^2=3,260$ p=0,353
25-44 Yaş Arası	37	49,7	22	56,4	15	42,9	
45-65 Yaş Arası	30	40,8	14	35,9	16	45,7	
Medeni Durum							
Evli	23	31,4	10	25,6	13	37,1	$\chi^2=2,658$ p=0,265
Bekar	37	49,5	23	59,0	14	40,0	
Boşanmış	14	19,1	6	15,4	8	22,9	
Eğitim Durumu							
Okur-Yazar Değil	8	11,1	2	5,1	6	17,1	$\chi^2=6,307$ p=0,277
Okur-Yazar	4	5,6	1	2,6	3	8,6	
İlkokul Mezunu	28	37,5	17	43,6	11	31,4	
Ortaokul Mezunu	12	16,4	5	12,8	7	20,0	
Lise Mezunu	15	20,1	9	23,1	6	17,1	
Üniversite Mezunu	7	9,3	5	12,8	2	5,7	
Sosyo-Ekonomik Durumu							
Gelir Giderden Az	52	70,8	32	84,6	20	57,1	$\chi^2=9,263$ p=0,026
Gelir Gidere Eşit	20	26,4	6	12,8	14	40,0	
Gelir Giderden Fazla	2	2,8	1	2,6	1	2,9	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	11	14,9	5	12,8	6	17,1	$\chi^2=1,136$ p=0,567
Çalışmıyor	63	85,1	34	87,2	29	82,9	
Şizofreni Tanısını Ne Kadar Süredir Aldığı							
Bu Yıl İçinde Tanı Alan	2	2,75	1	2,6	1	2,9	$\chi^2=2,139$ p=0,544
1-5 Yıl İçinde Tanı Alan	14	19,25	5	12,8	9	25,7	
6-10 Yıl İçinde Tanı Alan	15	20,25	8	20,5	7	20,0	
10 Yıldan Önce Tanı Alan	43	57,75	25	64,1	18	51,4	
Hastaneye Yatış Durumu							
Evet	70	94,7	36	92,3	34	97,1	$\chi^2=1,846$ p=0,605
Hayır	4	5,3	3	7,7	1	2,9	
Psikiyatri Kliniklerine Yatma Nedeni							
Şizofreni Atakları	25	33,8	1	2,6	24	68,6	$\chi^2=2,596$ p=0,627
	31	41,9	29	74,3	2	5,7	

İntihar Girişimi	2	2,7	1	2,6	1	2,9	
Elektro Konvülsif Tedavi Amaçlı	16	21,6	8	20,5	8	22,9	
Diğer Nedenler (tedaviye uyumsuzluk, ajitasyon, saldırganlık..)							
Daha Önce Uyku Sorunu Varlığı							
Evet	58	78,5	30	76,9	28	80	$\chi^2=1,858$
Hayır	16	21,5	9	23,1	7	20	$p=0,602$
Ruhsal Olarak Kendini Nasıl Tanımladığı							
Mutlu	10	13,6	4	10,2	6	17,1	$\chi^2=4,281$
Sakin	33	44,1	20	51,2	13	37,1	$p=0,369$
Sinirli	8	10,9	4	10,2	4	11,6	
Mutsuz	15	20,3	9	23,3	6	17,1	
Diğer	8	11,1	2	5,1	6	17,1	

Tablo 4.1'e göre deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %54.3'ünün erkek, %45.7'sinin 45-65 yaş aralığında olduğu, %40'ının bekar olduğu, %31,4'ünün ilkokul mezunu olup %82,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı ve %57,1'inin gelir durumunun giderden az olduğu belirlenmiştir. Ayrıca deney grubundaki hastaların %51.4'ünün şizofreni tanısını en az 10 yıl önce aldığı, %97.1'inin daha önce hastaneye yattığı ve %80'inin daha önce uyku sorunu yaşadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %82.1'inin erkek, %56.4'ünün 25-44 yaş aralığında olduğu, %59'unun bekar olduğu, %43.6'sının ilkokul mezunu olup %87.2'sinin herhangi bir işte çalışmadığı ve %84.6'sının gelir durumunun giderden az olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kontrol grubundaki hastaların %64.1'inin şizofreni tanısını en az 10 yıl önce aldığı, %92.3'ünün daha önce hastaneye yattığı ve %76.9'unun daha önce uyku sorunu yaşadığı saptanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının tanıtıcı özelliklerinden yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, tanı süresi, hastaneye yatış durumu açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmayıp ($p>0.05$), her iki grubun da bu özellikler yönüyle homojen olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Gruplar arasında cinsiyet ve sosyo-ekonomik durum açısından ise anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubunun WEMİÖÖ ve PUKİ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

	Ölçekler	Kontrol Grubu (n=39)	Deney Grubu (n=35)	Test Değeri * ve Anlamlılık
		X±SS	X±SS	
ÖN TEST	WEMİÖÖ Toplam	38.89±9.45	38.88±11.33	t=-0.005 p=0,996
	PUKİ Toplam	10.46±2.30	9.80±2.89	t= -1.092 p= 0.278
	Öznel Uyku Kalitesi	1,48±1,04	1,62±1,08	t=0,569 p=0,571
	Öznel Uyku Latensi	2,20±1,08	1,80±1,10	t=-1,592 p=0,116
	Uyku Süresi	1,84±0,53	2,05±0,53	t=1,679 p=0,097
	Alışılmış Uyku Etkinliği	0,58±0,84	0,77±1,00	t=0,84 p=0,402
	Uyku Bozukluğu	1,46±0,55	1,45±0,50	t=-0,03 p=0,972
	Uyku İlacı Kullanımı	0,69±0,86	0,45±0,85	t=-1,177 p=0,243
	Gündüz İşlev Bozukluğu	2,17±0,72	1,62±1,03	t=-2,685 p=0,009
	SON TEST	WEMİÖÖ Toplam	40±11.29	48.27±9.33
PUKİ Toplam		10.79±3.62	6.42±2.14	t=-6.208 p<0.001
Öznel Uyku Kalitesi		1,69± 1,21	0,57±0,73	t=-4,721 p<0,001
Öznel Uyku Latensi		2,43±1,14	1,22±0,68	t=-5,426 p<0,001
Uyku Süresi		1,66±0,47	1,71±0,51	t=0,411 p=0,682
Alışılmış Uyku Etkinliği		0,92±1,17	0,11±0,32	t=-3,928 p<0,001
Uyku Bozukluğu		1,71±0,68	1,08±0,37	t=-4,842 p<0,001
Uyku İlacı Kullanımı		0,74±0,78	0,28±0,51	t=-2,923 p=0,005
Gündüz İşlev Bozukluğu		1,61±0,71	1,42±0,85	t=-1,029 p=0,307

*Independent sample t-test; WEMİÖÖ:Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği, PUKİ:Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Deney ve kontrol grubunun Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ön test ve son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.2.'de verilmiştir. Tablo 4.2.'ye göre: Deney grubunun ön test Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği toplam puanı 38.88 ± 11.33 , kontrol grubunun 38.89 ± 9.45 'dir. Deney grubunun Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanı 9.80 ± 2.89 , kontrol grubunun 10.46 ± 2.30 'dür. Gruplar arasında ön testte hem Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği hem de Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmayıp ($p > 0.05$), her iki grubun mental iyi oluş düzeyi ve uyku kalitesi bakımından benzer olduğu tespit edilmiştir. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi alt boyutlarından sadece 'gündüz işlev bozukluğu' alt boyutunda anlamlı farklılık görülmüş olup ($p < 0.05$) diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık yoktur ($p > 0.05$). Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği son test toplam puan ortalaması; deney grubunun 48.27 ± 9.33 , kontrol grubunun 40 ± 11.29 olarak tespit edilmiştir. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi son test toplam puan ortalaması deney grubunun 6.42 ± 2.14 , kontrol grubunun 10.79 ± 3.62 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında son test Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır ($p = 0.001$). Ayrıca gruplar arasında son testte Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puan ortalamaları arasında da anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0.001$). Son testte PUKİ alt boyutlarından 'uyku süresi' ve 'gündüz işlev bozukluğu' alt boyutlarında anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0.05$). Diğer PUKİ alt boyutlarda fark anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo 4.3. Deney Grubunun Ön Test ve Son Test WEMİÖÖ ve PUKİ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması (n=35)

Ölçekler	Ön test	Son test	Test Değeri ve Anlamlılık	
	X±SS	X±SS	t*	P
WEMİÖÖ Toplam	38.88±11.33	48.25±9.33	t=5.52	p<0.001
PUKİ Toplam	9.80±2.89	6.42±2.14	t=5.94	p<0.001
Öznel Uyku Kalitesi	1.62±1.08	0.57±0.73	t= 5.505	p<0.001
Öznel Uyku Latensi	1.80±1.10	1.22±0.68	t= 2.533	p=0.016
Uyku Süresi	2.05±0.53	1.71±0.51	t= 2.652	p=0.012
Alışılmış Uyku Etkinliği	0.77±1.0	0.11±0.322	t= 3.683	p=0.001
Uyku Bozukluğu	1.45±0.50	1.08±0.37	t= 3.404	p=0.002
Uyku İlacı Kullanımı	0.45±0.85	0.28±0.51	t= 0.973	p=.0338
Gündüz İşlev Bozukluğu	1.62±1.031	1.42±0.85	t= 0.960	p=0.344

* Eşleştirilmiş Gruplarda t-testi

Deney grubunun ön test ve son test WEMİÖÖ ve PUKİ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.3.'de verilmiştir.

Deney grubundaki hastaların ön test ve son test ölçek toplam puan ortalaması grup içi karşılaştırıldığında; Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği ön test toplam puan ortalaması 38.88±11.33 iken son test toplam puan ortalaması 48.25±9.33 bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0.001). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ön test toplam puan ortalaması ise 9.80±2.89 iken son test toplam puan ortalaması 6.42±2.14 bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.001). Deney grubundaki hastaların PUKİ alt boyutlarında ise ön teste göre son testte; öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu alt boyutları toplam puan ortalamalarında anlamlı düzeyde azalma olduğu tespit edilirken (p<0.05), uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu

alt boyutlarında ise ön teste göre son testteki azalmanın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Test WEMİÖÖ ve PUKİ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması (n=39)

PUKİ	Ön test	Son test	Test Değeri ve Anlamlılık	
	X±SS	X±SS	t*	p
WEMİÖÖ	38.89± 9.45	40.00± 11.29	t=- 0.476	p=0.637
PUKİ (Toplam)	10.46±2.30	10.79±3.62	t=- 0.562	p=0.577
Öznel Uyku Kalitesi	1.48± 1.04	1.69±1.21	t=- 0.892	p=0.378
Öznel Uyku Latensi	2.20±1.08	2.43±1.14	t= -0.953	p=0.347
Uyku Süresi	1.84±0.53	1.66±0.47	t= -1.640	p=0.109
Alışılmış Uyku Etkinliği	0.58±0.84	0.92±1.17	t= -2.012	p=0.051
Uyku Bozukluğu	1.46±0.55	1.71±0.68	t= -2.919	p=0.006
Uyku İlacı Kullanımı	0.69±0.8 63	0.74±0.78	t= -0.361	p=0.720
Gündüz İşlev Bozukluğu	2.17±0.72	1.61±0.711	t= 3.542	p=0.001

* Eşleştirilmiş Gruplarda t-testi

Kontrol grubunda bulunan hastaların ön test ve son test WEMİÖÖ ve PUKİ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test ölçek toplam puan ortalaması grup içi karşılaştırılmasında; Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği ön test toplam puan ortalaması 38.89±9.45 iken son test toplam puan ortalaması 40.00±11.29 bulunmuş ve mental iyi oluş düzeylerinde bir artış söz konusu olsa da aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ön test toplam puan ortalaması ise 10.46±2.30 iken son test toplam puan ortalaması

10.79±3.62 bulunmuş ve ön test-son test PUKİ puan toplamları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Kontrol grubu hastalarının PUKİ alt boyutlarından; öznel uyku kalitesi, öznel uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku ilacı kullanımı alt boyutlarında ön teste göre son testte anlamlı bir farklılık görülmemişken ($p>0.05$), uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu alt boyutlarında ön teste göre son testte anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.4.).



5. TARTIŞMA

Şizofreni, işlevselliğin önemli derecede bozulduğu, gidişatı ve sonlanımı hastaya bağlı değişebilen (2), önemli ölçüde yeti yıkımına neden olan, kronik bir toplum ruh sağlığı sorunudur (2, 8). Bu noktada şizofreni hastalığının tedavisinin temel hedefleri; hastalığa ait semptomları en aza indirmek ve bireylerin tatminkar bir yaşam sürebilmesi için kendine özgü hedefler oluşturmasını sağlayarak tedaviye uyumunu arttırmaktır (2). Bu tedavi amaçları doğrultusunda farmakolojik tedavi sağaltımın en önemli bölümünü oluşturuyor olsada psikososyal tedavi yaklaşımlarının da önemsenmesi gerekmektedir (2, 8, 18).

Bu çalışmada da yeni psikososyal tedavi yöntemi olarak literatürde yer almaya başlayan yoga uygulamalarının şizofreni hastalarında subjektif iyilik düzeyi ve uyku kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

5.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen örneklem grubu tanımlayıcı özellikler açısından incelendiğinde, hastaların %68.2'sinin erkek %31.8'inin kadın olduğu görülmüştür. Görüldüğü üzere örneklemin çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktadır. Literatürde şizofreni hastalarının cinsiyet açısından bir farklılık olmadığı bildirilmektedir (38) ancak TRSM'ye gelen hastalar açısından erkeklerin çoğunlukta olduğu dikkati çekmektedir.

Şizofreni hastalarında ilk tedaviye alınma erkeklerde 15-24 yaş arası gerçekleşirken kadınlarda 25-34 yaş arasında gerçekleşmektedir (35). Zira araştırmamıza katılanların %49.65'ini 25-44 yaş aralığındaki hastalar oluşturmaktadır.

Medeni durum açısından örnekleminizi oluşturan hastalar incelendiğinde, %49.5'i bekar, %31.35 'i evli, %19.15'i ise boşanmış olduğu saptanmıştır. Bekar birey sayısının fazla olması örnekleminizi oluşturan hastaların %49.65' inin evlenme yaş aralığı olan 25-44 yaşları arasında olmasından ve %57.75'inin 10 yıldan önce şizofreni tanısı aldığı ve uzun yıllar ruhsal tedavi gördüğü için sosyal damgalanmadan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tüm kültürlerde eşit oranda görülen şizofreni, düşük sosyoekonomik düzeye sahip kültürlerde daha sık rastlanılan bir bozukluk olarak görülmektedir (35). Araştırmaya alınan bireylerin %85.05'inin herhangi bir işte çalışmadığı buna bağlı olarak da %70.85'inin gelir durumunun giderden az olduğu saptanmıştır.

Hastaların daha önce hastanede yatış durumları incelendiğinde; %94.7'sinin hastane yatışının yapıldığı, en sık yatış nedenlerinden ise %40.55 oranla intihar sebebiyle olduğu görülmüştür. Bu durum şizofreninin öz kıyım riski yüksek ve hastaneye yatışı gerektiren bir hastalık olduğunu göstermektedir. Ruhsal hastalıklar arasında suicid girişimleri yaygınlık sırasına göre; duygulanım bozuklukları, bağımlılıklar, şizofreni, panik bozukluğu ve kişilik bozukluklarında görülmektedir (46). İntihar sebebiyle psikiyatri servislerine yatışı yapılan bireyler arasında sıklık bakımından şizofreni ve duygu durum bozukluğu tanımlı hastalar dikkat çekmektedir (86).

Uyku bozukluklarının psikiyatrik hasta gruplarında sık karşılaşılan bir sorun olduğu, klinik pratikte şizofreni hastalarını hastaneye başvurma nedenlerinin başında yer aldığı bilinmektedir (94). Çalışmaya alınan şizofreni hastalarının %78.45'i uyku sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu hasta grubu için uyku sorunun oldukça yaygın olduğu görülmektedir.

5.2.Şizofreni Hastalarında Yoga Uygulamasının Hastaların Mental İyi Oluş Düzeylerine Etkisi

Bu araştırmada yoga uygulaması öncesinde mental iyi oluş düzeyleri değerlendirildiğinde, deney grubundaki hastaların "Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMİÖÖ)" toplam puan ortalaması 38.88 ± 11.33 , kontrol grubundaki hastaların 38.89 ± 9.45 bulunmuştur. Bu ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek mental iyi oluşa (pozitif ruh sağlığına) sahip olunduğunu ifade etmektedir.

Şizofreni tanısı alan bireylerde dikkat çeken dezorganize davranışlar, düşünce süreçleri ve duygu/durum bozuklukları; bu bireylerin iş yaşamında ve çevresindeki bireylerle ilişkilerinde sorunlar yaşamasına sebep olarak toplumsal uyumunu bozmaktadır (2). Şizofreni hastalarında hastalık semptomuna ek sağlıksız aile iletişimi (51), ilişkilerde çatışmacı ve tutarsız tutumları, entellektüel uğraş ve eğlence azlığı (52) gibi eşlik eden diğer ruhsal ve toplumsal zorlanmalar (51); bu bireylerin önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulmalara yol açarak yaşam kalitesinde de düşmeye neden olmaktadır (36).

Mental iyilik düzeylerinin düşüklüğü şizofreni hastalarında tedaviye uyumu zorlaştırmaktadır. Şizofreni tedavisinin temel amacı, mevcut belirtileri en aza indirerek hastalığa özgü semptomların nüks etmesinin önüne geçmektir. Böylelikle hastaların tedaviye uyumu artırılıp kaliteli bir hayat sürmesi sağlanabilmektedir (54). Bu kapsamda uygulanan ilaç tedavilerinin yanı sıra güncel çalışmalarında alternatif tedavi yöntemlerine daha fazla odaklandığı görülmektedir. Bu tedavi yöntemlerinden biri de yoga uygulamasıdır. Ülkemizde ise tamamlayıcı tedavilerle ilgili literatürde çok fazla çalışma olmadığı dikkat çekmiştir.

Bu araştırmada deney ve kontrol grubundaki hastalara yoga pratiği uygulanmış, uygulama öncesinde hastaların mental iyi oluş puanlarının orta seviyede olduğu deney grubu ile kontrol grubu arasında mental iyi oluş düzeyleri açısından anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Hastaların son teste gruplar arası karşılaştırmalarında ise deney grubunun mental iyi oluş düzeylerinin kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Yoga uygulaması öncesi ve sonrasında uygulanan testlerde deney grubu hastalarının toplam puan ortalamaları arasındaki fark 9,37 puan iken bu fark kontrol grubunda 1.11 puandır. Aradaki farkın yüksek olması yoga uygulamasının şizofreni hastalarının mental iyi oluş düzeyleri üzerindeki etkisini göstermektedir.

Deney grubunun grup içi karşılaştırılmasında mental iyi oluş düzeylerinde anlamlı bir artış görülmüştür. Kontrol grubunun grup içi karşılaştırılmasında ise, son teste ön teste kıyasla mental iyi oluş düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Deney grubunda anlamlı bir fark varken kontrol grubundaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaması şizofreni tedavisinde yoga uygulamasının etkinliğini ve gerekliliğini göstermektedir.

Yaptığımız uygulama sonucunda deney grubunun Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği toplam puanındaki artış, araştırma hipotezlerinden olan '**Şizofreni Hastalarına Uygulanan Yoga Hastaların Mental İyi Oluş Düzeyini Arttırır**' H₁ hipotezini doğrulamaktadır.

Litertür incelendiğinde benzer şekilde yapılan çok araştırma bulunmamakla beraber var olan araştırmalardan elde edilen sonuçlarda; şizofreni hastalarına uygulanan 1 aylık yoga terapisi sonrası hastaların mental iyi oluş düzeylerinde bir artış olduğu görülmüştür (33).

Amerikada bir hastanede yatarak tedavi gören 113 psikiyatri hastasında da yoganın ruh hali üzerindeki etkileri araştırılmış ve çalışma sonuçlarında yoganın gelişmiş ruh hali ile ilişkili olduğu ve psikiyatrik tedavi sırasında stresi azaltmada etkili olduğu ve şizofreni hastalarında yoga uygulamalarının hasta bireylerde subjektif iyilik halinin arttırılmasına katkı sağladığı görülmüştür (25).

Yoganın mesleki ve psikolojik iyi oluş üzerine etkilerinin araştırıldığı 121 kişilik bir çalışmada, deney grubuna 5 hafta yoga uygulaması yapılmış ve programdan hemen sonra ve 2 ay sonra yapılan ölçümlerde mesleki ve psikolojik iyi oluş düzeylerinde bir artış görülmüştür (100).

Halpern ve arkadaşlarının (2014) haftada 2 kez 12 haftalık yoga planı düzenlediği bir grup yetişkin bireylerle yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlarda da deney grubunun genel yaşam kaliteleri ve mental iyi oluş düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla daha iyi derece artış gösterdiği görülmüştür (25).

Vancampfort ve arkadaşlarının (2010) şizofreni hastalarında aerobik egzersizler ve yoga uygulamalarının stres, anksiyete ve mental iyi oluş düzeylerine etkilerini incelemek amacıyla yaptığı bir çalışmadan elde edilen sonuçlarda da aerobik egzersizler ve yoga uygulamalarının şizofreni hastalarında pozitif iyilik halini arttırmada katkı sağladığı sonucuna varılmıştır (17).

Kadın sporcularla yapılan yoga temelli beden-zihin egzersizlerini uygulamalarının bu bireylerde psikolojik sağlığı pozitif yönde etkilediği görülmüştür (6).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, mental iyi oluş seviyesinin birey, çevre ve toplum üzerine etkileri olan önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Bireylerin mental iyi oluş düzeyleri arttıkça, psikolojik ve fiziksel iyi oluş düzeylerinin arttığı ve daha kaliteli bir hayat standartına sahip oldukları (101, 102) saptanmıştır. Ayrıca, mental iyi oluş düzeyi yüksek olan bireylerin yaratıcılık konusunda ve diğer insanlarla ilişkilerde daha iyi olduğu, özverili çalışma düzenine sahip oldukları, bağışıklıklarının daha yüksek ve hayatta kalma süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır (103). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar hasta bireylerde mental iyi oluş düzeylerini arttıran çalışmaların önemine işaret etmektedir.

5.3.Yoga Uygulamasının Şizofreni Tanılı Bireylerin Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi

Ruhsal bozukluğa sahip kişilerin yakınmalarının başında yer alan uyku sorunları bireylerin yaşam kalitelerini düşürerek tedavi yanıtlarını olumsuz etkilemektedir (36). Araştırmaya alınan bireyler 'Kişisel Bilgi Formu'nda yer alan 'Uyku bozukluğu yaşadınız mı?' sorusuna % 78,45'i 'evet' cevabı vererek uyku sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Bu hastalara yoga uygulamalarının uyku kalitesine etkisinin daha detaylı araştırılması amacıyla 0-21 puan arasında puanlandırma yapılan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi uygulanmıştır. PUKİ ön teste deney grubu hastaları toplam puan ortalaması 9.80 ± 2.89 , kontrol grubunun ise 10.46 ± 2.30 bulunmuştur. Bu değerlendirmeler doğrultusunda araştırmamızda yoga uygulaması öncesinde çalışmamıza katılan şizofreni hastalarının uyku kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde, Yetkin ve arkadaşlarının (2010) Gülhane Askeri Tıp Akademisi Psikiyatri Kliniğinde şizofreni hastaları örneklem grubuyla Türkiye'de yapılan ilk polisomnografi araştırmasından elde edilen sonuçlar doğrultusunda da, şizofreni hastalarının uykuya başlama ve uykuyu sürdürmede sorunlar yaşadıkları ve uyku-uyanıklılık siklusunun bozuk olduğu saptanmıştır (7). Özdemir ve arkadaşlarının (2012) yaptığı araştırma bulguları da şizofreni hastalarında uyku sorunlarıyla sık karşılaşmaya bağlı uyku kalite düzeylerinin düşük olduğunu göstermiştir. Örsal ve arkadaşlarının (2018) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'ni kullanarak yaptığı benzer bir çalışmadan elde edilen bulgularla da, uyku saatlerinde dengesizliklere bağlı kötü uyku kalitesi, uyku uyanıklık siklusundaki bozulmalar ve uyku latensi uzamasının, şizofreni tanısına sahip olmakla paralellik gösterdiği görülmüştür (6).

Araştırma sonunda toplanan verilerde PUKİ son test toplam puan ortalamaları; deney grubunda 6.42 ± 2.14 , kontrol grubunda 10.79 ± 3.62 bulunmuştur ve farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Deney grubu hastalarına uygulanan PUKİ ön test ve son test toplam puanları arasındaki fark 3.38 iken bu fark kontrol grubunda 0.33 puandır. Deney grubundaki hastaların PUKİ alt boyutlarında öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu alt boyutlarında anlamlı bir iyileşme mevcutken kontrol grubundaki değişikliğin anlamlı olmadığı görülmüştür." Yoga uygulaması sonrasında, deney grubunun uyku kalitesinde kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde bir artış söz konusudur.

Bu araştırmada şizofreni tanılı bireylerde yoga uygulaması sonrası deney grubunun toplam Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puan ortalamasında düşüş olması araştırmaya katılan bireylerin uyku sorunlarını daha az yaşadığı ve uyku kalitesinin arttığını göstermektedir. Bu sonuçlar araştırma hipotezlerinden olan ‘**şizofreni Hastalarına Uygulanan Yoga Hastaların Uyku Kalitesini Arttırır**’ şeklindeki H₂ hipotezini doğrulamaktadır.

Bangalore ve arkadaşlarının (2012) şizofreni hastalarıyla yaptığı bir araştırma sonucunda yoganın bir terapi olarak psikiyatrik bozukluklarda tek ve ek müdahale olarak etkili olduğunu kanıtlamış ve şizofreni hastalarında yoga uygulanmasının artması için yogaya ulaşmanın önündeki engellerin kaldırılması önerilmiştir (89). Ancak yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında yoganın uyku kalitesine etkisinin değerlendirildiği araştırmalara ulaşılammıştır. Bu çalışmanın sonuçları bu yönde literatüre veri sağlamaktadır. Literatürdeki yapılan çalışmalarda farklı örneklemlerde yoganın uyku düzenine etkinliği araştırılmıştır. Örneğin; Halpern ve arkadaşlarının (2014) yaşlı bireylerde yoga uygulamasının uyku kalitesine etkisinin değerlendirildiği bir araştırmadan elde edilen sonuçlarda, deney grubunda uyku verimliliği; gecikmesi ve süresi; kendi kendine değerlendirilen uyku kalitesi; tükenmişlik gibi bir dizi subjektif faktörde ve genel uyku kalitesinde de önemli gelişmeler görülmüştür. Bu sonuçlardan hareketle uykusuzluk sorunu yaşayan bir grup yaşlı bireyde yoganın güvenli olduğu ve uykuyu ve yaşam kalitesini iyileştirdiği sonucuna varılmıştır.

Ghaffarilaleh ve arkadaşlarının (2019) premenstrual sendrom yaşayan kadınlarda yaptığı bir araştırmadan elde edilen sonuçlarda yoga müdahalesinden sonra kadınların uyku düzeylerinde önemli ölçüde iyileşme olduğu görülmüştür (104). Yoga uygulamalarının uyku verimliliğini arttırdığı ve uyku rahatsızlıklarını azalttığı sonucuna varılmıştır.

Obez bireylerle yapılan bir deneysel çalışmada bir gruba, 14 hafta boyunca haftada 5 gün boyunca günde 1.5 saat entegre yoga terapisi eğitimi verilmiş ve denetimsiz yoga uygulaması şeklinde 3 ay boyunca evlerinde devam etmesi sağlanmıştır ve sonrasında Pittsburgh Uyku Kalitesi Endeksi kullanılarak uyku kalitesi değerlendirilmiştir. Araştırma tamamlandığında uyku kalitesi parametrelerinin iyileşme eğilimi gösterdiği sonucuna varılmıştır (105).

Yoga genel kullanım alanlarından farklı olarak uyku problemlerinde merkezi sinir sistemini etkiler. Burada salgılanan gama-aminobütirik asit seviyesini azaltarak

bağışıklık sistemi yanıtlarını kontrol altına alır, uyku kalitesi ve süresi üzerinde pozitif yönde etkiler yaratır. Bu pozitif etkilerden hareketle (106) yoganın postürü düzeltmek, nefes kontrolünü ve gevşemeyi sağlayarak uyku kalite düzeyini artırmak amacıyla düzenli egzersiz programı olarak kullanılması önerilmiştir (107).

Engelli çocuğa sahip annelerle yapılan bir çalışmada da, yoganın entelektüel engelli çocukların annelerinde uyku kalitesini iyileştirmek için etkili bir müdahale olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır (107).

Cramer ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada, yoganın kısa vadede sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini artırırken, yorgunluk düzeyi ve uyku bozukluklarını azalttığı yönünde kanıtlar bulunmuştur.

Kadınlarda uyku problemlerinin ve uyku kalitesinin değerlendirildiği sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında da kadınlar arasında uyku kalitesinde yoga müdahalesinin olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır. (108).

25-51 yaş arası 120 hemşirenin dahil edildiği bir randomize kontrollü araştırma bulgularında, hemşirelerinin % 50'sinin uyku sorunu olduğu ve yoga müdahalesi sonrası bu oranın anlamlı olarak azaldığı sonucuna varılmıştır (86).

Yoganın, hemşirelik uygulama standartları içinde yer almasının önemini anlatmak ve yoga uygulamalarının hemşireler tarafından kullanımının etkinliğini değerlendirmek amacıyla sistematik derleme yapılmıştır. Bu derlemede hemşireler tarafından deneysel olarak yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalar incelenmiş ve çalışmalarda genellikle hemşirelerin yoga uygulamalarında “hatha yoga, yin-yang yoga, kahkaha yogası ve yüz yogası” uyguladığı görülmüştür. Araştırmadan elde edilen sonuçlarla, son 5 yıldır hemşirelik girişimi olarak yapılan yoga uygulamalarının sıklıkla stres, uyku, öz bakım, anksiyete, depresyon, farkındalık üzerine pozitif etkileri olduğunu kanıtlayan bilimsel veriler elde edilmiştir (21).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma şizofreni hastalarına uygulanan yoga eğitiminin hastaların mental iyi oluşlarına ve uyku kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Ön test-son test, kontrol gruplu yarı deneysel modelde yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

- Yoga uygulaması öncesi deney ve kontrol grubunun mental iyi oluş düzeylerinin orta düzeyde olduğu,
- Yoga uygulaması öncesi deney ve kontrol grubunun uyku kalitelerinin ise kötü düzeyde olduğu,
- Ön testte gruplar arasında deney ve kontrol grubunun mental iyi oluş düzeyi ve uyku kalite düzeyleri açısından benzer olduğu,
- Yoga uygulaması sonrası ise deney grubunun mental iyi oluş toplam puan ortalamasının kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu,
- Yoga uygulaması sonrası deney grubunun uyku kalitesi puan ortalamasının kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük olduğu,
- Deney grubunun grup içi karşılaştırılmasında, son testte ön teste göre bireylerin mental iyi oluşlarının ve uyku kalitelerinin arttığı,
- Kontrol grubunun grup içi karşılaştırılmasında, son testte ön teste göre bireylerin mental iyi oluş ve uyku kalitesi puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı,
- Yoga uygulamasının şizofreni hastalarının mental iyi oluş düzeylerini ve uyku kalitesini arttırmada etkili olduğu,
- Deney grubunun yoga uygulaması sonrasında PUKİ alt boyutlarından, öznel uyku kalitesi, öznel uyku latensi, uyku süresi ve alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu alanlarında iyileşme sağlandığı,
- Deney grubunda yoga uygulaması sonrası uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu alt boyutlarında anlamlı derecede farklılığın olmadığı,
- Kontrol grubundaki hastalarda, gündüz işlev bozukluğu ve uyku bozukluğu dışındaki PUKİ alt boyutlarında ön test-son test karşılaştırmalarında anlamlı bir farklılık görülmediği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda psikiyatri hemşirelerinin;

- şizofreni hastalarının mental iyilik düzeyini artırmada ve uyku kalitelerini iyileştirmede yoga uygulamasını destekleyici bir tedavi bileşeni olarak kullanması,
- şizofreni tanısı alan bireylerde ilaçlı tedaviyi destekleyici olarak psikosozyal yöntemlerden biri olan yoga ve meditasyon uygulamalarının kullanımının yaygınlaştırmaları,
- Sertifika programlarına katılıp yoga eğitimleri alarak bu konuda bilgi, becerileri ve deneyimlerini artırmaları,
- Tamamlayıcı uygulama eğitimlerine ulaşmanın önündeki ekonomik engellerin kaldırılması, eğitim konusunda sağlık bakanlığı ve ęalıřılan kurum tarafından gerekli desteğin sağlanması,
- Yoga uygulamalarının etkinliğinin değerlendirildiği ve yoga uygulamalarının sosyal işlevsellik düzeyi gibi parametrelere etkisine bakıldığı ęalıřmaların yapılarak bu alandaki literatürün zenginleştirilmesine katkı sağlamaları önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Soygür H. Şizofreni ve yaşam niteliği, Klinik Psikiyatri, 2003; Ek 1:9-14.
2. Öztürk MO, Uluşahin A. ruh sağlığı ve bozuklukları. 14. Baskı. Ankara, Miki Matbaacılık, 2016: 189-244.
3. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği, 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, 2014: 411-46.
4. Buchanan RW, Carpenter WT. Sadock BJ, Sadock VA. I. Baskı. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. (Editörler) Aydın H, Bozkurt A. Ankara, Güneş Kitabevi. 2007;1329-1512.
5. Conley RR. Pharmacologic Treatment Of Schizophrenia. 3th Ed, New York, Professional Communications Inc, 2007;13-14.
6. Özdemir G, Selvi Y, Aydın A, Dürtüsellik ve Tedavisi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2012; 4(3):293-314.
7. Yetkin S, Aydın H, Özgen F, Sütçigil L, Bozkurt A. Şizofreni hastalarında uyku yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010. doi : 10.5080/u6229.
8. Kocal Y , Karakuş G , Sert D. Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017;26(2):251-267. Doi:10.17827/aktd.303574.
9. Kamphuis J, Meerlo P, Jaap M, Koolhaas JM, Lancel M. Poor Sleep as a potential causal factor in aggression and violence, Sleep Medicin, 2012; (13) 327–334.
10. Freeman D, Morrison A, Bird JC, Chadwick E, Bold E, Taylor KM, Diamond R, Collett N, Černis E, Isham L, Lister R, Kirkham M, Teale AL, Twivy E, Waite F. The weeks before 100 persecutory delusions: the presence of many potential contributory causal factors. BJ Psych, Open 2019;5:83.
11. Reeve S, Sheaves B, Freeman D. Sleep disorders in early psychosis: incidence, severity and association with clinical symptoms. Schizophr Bull 2019; 45:287– 295.
12. Petrovsky N, Ettinger U, Hill A, Frenzel L, Meyhöfer I, Wagner M, Backhaus J, Kumari V. Sleep deprivation disrupts prepulse inhibition and induces psychosis-like symptoms in healthy humans. J Neurosci, 2014;34:9134–9140.
13. Lunsford-Avery JR, Gonçalves BDSB, Brietzke E, Bressan RA, Gadelha A, Auerbach RP, Mittal VA. Adolescents at clinical-high risk for psychosis: circadian rhythm disturbances predict worsened prognosis at 1-year followup. Schizophr Res, 2017;189:37–42.
14. Erol Ö, Enç N. Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri Türkiye Klinikleri Yayınevi, 2009;1:24–31. 18.

15. Edwards GB, Schuring LM. Pilot study: validating staff nurses' observations of sleep and wake states among critically ill patients, using polysomnography. *Am J Crit Care* 1993;2:125–31.
16. Norman RM, Malla AK, McLean T, Voruganti LPN, Cortese L, McIntosh E, Rickwood A. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 2000; 102(4): 303-09
17. Vancampfort D, Hent M, Knapen J. State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: A pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 2011, 33:684-689
18. Çetin M. Şizofreni özel sayısı, Türkiye Klinikleri Yayınevi, Şizofreni: Tanısı, Klinik Belirtileri ve Ayırıcı Tanısı. *Ebrinç S.* 2010; 3:38-80.
19. Ceylan B, Uyaroğlu A. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin şizofreni hastalarına yönelik damgalamaya ilişkin görüşleri ve önerileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018;21(2):97-103.
20. Özbaş D, Buzlu S. Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2011;19(3), 187-193.
21. Maşa DC, Ceylan B. Destekleyici ve tamamlayıcı bir bakım türü olan yoganın hemşirelik araştırmalarındaki yeri: Bir sistematik derleme. *J Tradit Complem Med*. 2020;3(3):331-44. DOI: 10.5336/jtracom.2020-74734
22. Paikkatt B, Singh AR, Singh PK, Jahan M. Efficacy of yoga therapy on subjective well-being and basic living skills of patients having chronic schizophrenia. *Ind Psychiatry J*. 2012 Jul-Dec; 21(2):109–114. Doi: 10.4103/0972-6748.119598.
23. Danhauer SC, Tooze JA, Farmer DF, Campbell CR, Mcquellon RP, Barrett R, Et Al. Restorative yoga for women with ovarian or breast cancer: Findings from a pilot study, *J Soc Integr Oncol*, 2008; 6:47–58.
24. Längle G, Siemssen G, Hornberger S. Role of sports in treatment and rehabilitation of schizophrenic patients. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2000; 39:276–82.
25. Lavey R, Sherman, T, Mueser KT, Osborne DD, Currier M, Wolfe, R. the effects of yoga on mood in psychiatric inpatients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2005; 28(4),399–402. <https://doi.org/10.2975/28.2005.399.402>
26. Manjunath NK, Telles S. Spatial and verbal memory test scores following yoga and fine arts camps for school children. *Indian J Physiol Pharmacol*. 2004; 48:353–6.
27. Sharma VK, Das S, Mondal S, Goswami U, Gandhi A. Effect Of Sahaj Yoga on neuro-cognitive functions in patients suffering from major depression. *Indian J Physiol Pharmacol*. 2006; 50:375–83.

28. Kozasa EH, Santos RF, Rueda AD, Benedito-Silva AA, De Ornellas FL, Leite JR. Evaluation of siddha samadhi yoga for anxiety and depression symptoms: A Preliminary Study. *Psychol Rep.* 2008;103:271–4.
29. Shapiro D, Cook IA, Davydov DM, Ottaviani C, Leuchter AF, Abrams M. Yoga as a complementary treatment of depression: Effects of traits and moods on treatment outcome. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2007;4:493–502.
30. Duraiswamy G, Thirthalli J, Nagendra HR, Gangadhar BN. Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116:226–32.
31. Mukherjee P, Kumar D, Singh PK, Singh AR. Effect of yoga on social-adaptive functioning of psychiatric patients. *Indian J Clin Psychol.* 2008; 35:74–81.
32. Cramer H, Lauche R, Klose P, Langhorst J, Dobos G. Yoga for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Cramer et al. *BMC Psychiatry* 2013, 13:32 <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/32>
33. Halpern J, Cohen M, Kennedy G, Reece J, Cahan C, Baharav A. Yoga for improving sleep quality and quality of life for older adults. *Sağlık Ve Tıpta Alternatif Tedaviler.* 2014;20(3):37-46. PMID: 24755569
34. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği*, 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, 2020: 411-46.
35. Yüksel N. *Ruhsal hastalıklar. Şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar.* Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014: 325-371.
36. Oflaz F, Yıldırım N. *Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları.* Ankara Nobel Tıp Kitap Evi, 2020: 445-457
37. Arabacı L. *Ruh Sağlığı Ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı. Bakım Planı Örnekleriyle. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar ve hemşirelik bakımı.* Yazar: Arabacı L, Taş G. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2020:263-282.
38. Gürhan N. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar.* Turan N. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri. 2016: 540-561.
39. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR.* 4th Edition. Washington, 2000.
40. Koroğlu E. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı.* Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, 2013.

41. Townsend M. Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. Kanıta dayalı uygulama bakım kavramları. Çeviri: Özcan C. ve Gürhan N. Şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluklar. Özcan CT, Duman Z. Akademisyen Tıp Kitabevi. 2016: 336-374.
42. Gürkan A. Bilge A. Alternatif terapiler ve psikiyatri hemşireliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006; 22 (1):225-232
43. Turan N, Öztürk A. Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 2010; 3(1):93-98.
44. Muslu KG, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi, 2008; 51:62-67.
45. Kutlu Y. Psikiyatrik hastalıklarda tamamlayıcı ve alternatif yaklaşımlarda kanıta dayalı uygulamalar. III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Günümüzde psikiyatri hemşireliği: Yapı taşları ve yeni ufuklar. Ankara, Hacettepe Kültür Merkezi, 2014.
46. Kutlu S, Ekmekçi T U, Koslu A, Purisa S. Dermatoloji polikliniğine başvuran olgularda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. Türkiye Klinikleri Yayınevi. 2009; 9 (6):1496-502.
47. Ünal M, Dağdeviren HM. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. Euras J Fam Med, 2019; (1),1-9. Doi:10.33880.
48. Çetin OB. Eskişehir’de tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. Sosyo Ekonomi, Temmuz-Aralık, 2007;(2) 89-106.
49. Galuppi A, Turola MC , Nanni MG, Mazzoni P, Grassi L. Şizofreni ve yaşam kalitesi: Belirtiler ve işlevsellik ne kadar önemlidir? Uluslararası Ruh Sağlığı Sistemleri Dergisi, 2010;(3).
50. Öztürk MO, Uluşahin A Ruh sağlığı ve bozuklukları 1. Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara, Tuna Matbaacılık, Nobel Tıp Kitabevleri, 2011.
51. Tsuang M. Schizophrenia: genes and environment. Biol Psychiatry, 2000; 47:210–20.
52. Phillips MR, West CI, Shen Q, Zheng Y. Comparison of schizophrenic patients' families and normal families in China, using Chinese versions of faces-Iı and the family environment scales. Fam Process, 1998; 37:95–106.
53. Yıldız M. Şizofreni: Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek. İstanbul, Okuyan Us, 2005.
54. Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatr Scand Suppl, 2000: 33–7.
55. Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S, Karaoğlan Kahiloğulları A, Karadağ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2017; 18:419-427.
56. Kum N. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları. 2000.

57. Birol L. Hemşirelik Süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 10. Baskı. İzmir, Berke Ofset Matbaacılık, 2013.
58. Watson J. Holistic nursing and caring: A valuebased approach. Journal of Japan Academy of Nursing Science, 2002;22 (1), 69-74.
59. Hardin K. Sleep in the ICU: Potential mechanisms and clinical implications. Chest 2009; 136(1):284-94. <http://dx.doi.org/10.1378/>
60. Honkus V. Sleep deprivation in critical care units. Crit Care Nurs Q. 2003;26(3):179-89.
61. Tembo A, Parker V. Factors that impact on sleep in intensive care patients. Intensive Crit Care Nurs. 2009;25(6):314-22.
62. Taş C. Şizofreni hastalarında dürtüsellik ve uyku bozukluğu arasındaki ilişki. Diyarbakır, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2015.
63. Taş S, Buldukoğlu K. Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2018;9(1):11-22. DOI: 10.14744
64. Oflaz F. Therapeutic milieu in a psychiatric ward and the responsibilities of nurses. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006;7:55-6
65. Köksoy S, Eti MC, Karataş M, Vayisoğlu Y. Subjektif tinnituslu hastalarda yoganın etkileri. DOI: 10.1055/S-0037-1601415.
66. Ovayolu Ö, Ovayolu N. Yoga uygulamalarında kanıtlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2019; 6(1), 44-49.
67. Tanrıverdi D. Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ruh sağlığı alanında tamamlayıcı ve somatik tedaviler. Bahar A. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi 2021.
68. Corey G. Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram Ve Uygulamaları. 8. Baskı, Regene T, Mentis Yayıncılık, 2015.
69. Atılgan E, Tarakçı D, Polat B, Algun C. Sağlıklı kadınlarda yoga temelli egzersizlerin esneklik, yaşam kalitesi, fiziksel aktivite ve depresyon üzerine etkilerinin araştırılması. J Exerc Ther Rehabil, 2015;2:41-6.
70. Körükçü Ö, Kukulu K. Beden-zihin-ruh bütünlüğünü korumaya yönelik bir program: farkındalık temelli stres azaltma programı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015;7(1):68-80. Doi: 10.5455/Çap.20140504031811
71. Alkan E, Özçoban FA. Yoganın gebelik, doğum ve doğum sonuçları üzerine etkisi. Smyrna Tıp Dergisi, 2017;64-71.
72. Yağlı NV, Ülger Ö. Klinik uygulamalarda yoga. fizyoterapi seminerleri Editörler: Karaduman AA, Ülger Ö, Kılınç M, Yağlı NV, Serel S. Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Yayını 2013; 199-204.

73. Distasio SA. Integrating yoga into cancer care. *Clin J Oncol Nurs*, 2008; 12(1):125-30.
74. Hamilton JB, Worthy VC, Kurtz MJ, Cudjoe J, Johnstone PA. Using religious songs as an integrative and complementary therapy for the management of psychological symptoms among african american cancer survivors. *Cancer Nurs*, 2016;39(6):488-494.
75. Duncan M. Moschopoulou E. Herrington E. Deane J. Roylance R. Jones L. Et All. Surecan Investigators. Review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to improve quality of life in cancer survivors, *Bmj Open*, 2017; 28;7(11): E015860. Doi:10.1136/Bmjopen-2017-015860.
76. Cramer H, Lauche R, Klose P, Lange S, Langhorst J, Dobos G J. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2017;(1). Doi: 10.1002/14651858.Cd010802.
77. Sitharamiah A. Outline of history of yoga. *Bulletin Of The Indian Institute Of History Of Medicine hyderabad*, 1980; (10) 15-22.
78. Manaf A. What is yoga? What is not?, Yoga nedir? ne değildir?. Genişletilmiş 6. Baskı. İstanbul, Gala Film Sanat Ürünleri, 2013; 32-40.
79. Taneja D. Yoga and health. *Indian Journal of Community Medicine*, 2014; 39(2),68-74. Doi:10.4103/0970-0218.132716.
80. Jayasinghe SR. Yoga in cardiac. *European Journal Of Cardiovascular Prevebtion & Rehabilitation*. 2004; 11(5),369-375.Doi:10.1097/01.
81. Clarke TC, Barnes PM, Black LI, Stussman BJ, Nahin RI. Use of yoga, meditation, and chiropractors among U.S. adults aged 18 and older. *Nchs Data Brief*, 2018;(325) 1-8.
82. National Center For Complementary And Alternative Medicine (NCCAM). [Http://Nccam.Nih.Gov/](http://Nccam.Nih.Gov/) (16 Mart 2021'de Ulaşıldı).
83. Isherwood C. Konsantrasyonun Gücü, Patanjali'nin yoga sutraları. İstanbul, Okyanus Yayınları, 2006.
84. Nagendra H, Nagarathna R, Gürelman A. Hamilelik ve yoga. İstanbul: Purnam Yayınları, 2014.
85. Rathfish G. Gebelikten Anneliğe Yoga. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015.
86. Li C, Liu Y, Ji Y, Xie L, Hou Z. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda yoga eğitiminin etkinliği: Sistematik bir derleme ve meta-analiz. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2018; 33-37. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.11.006>
87. Güven Ülger Ö, Atay S, Arslan E. Sağlıklı kadınlarda hatha yoganın esneklik ve denge üzerine etkileri. *Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi*, 2007; 18:72- 78.
88. Tran MD, Holly RG, Lashbrook J, et al. Effects of hatha yoga practice on the health-related aspects of physical fitness. *Prev Cardiol*, 2001;4:165-170.

89. Bangalore NG, Varambally S. Yoga therapy for schizophrenia. *Int J Yoga*. 2012; 5(2):85–91. Doi: 10.4103/0973-6131.98212.
90. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009; 374:635–645.
91. Cramer H, Lauche R, Klose P, Langhorst J, Dobos G. Yoga for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2013. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/32>
92. Osho. *Yoga- Bireyin doğuşu*. 1. Baskı. Omega Yayınları, 2005.
93. Suryano S. *Yaşam Boyu Yoga*. Alfa Yayınları, 2005; 1559.
94. Çetintaş Ç. *280-Saat Temel Yoga Eğitimlik Kitabı*. Sokak Yayın Grubu. Ocak, 2021.
95. Kurultay C. *Kişilerarası ilişkiler psikoterapisi eğitimi almanın mental iyi oluş, sosyal zeka ve duygusal zeka üzerine etkileri*. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Oğuz H. Omay. 103 Sayfa. İstanbul. 2018.
96. Keldal G. Warwick-Edinburgh mental iyi oluş ölçeği'nin türkçe formu: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 2015;3(1), 103-115 103.
97. Hale M, Jacobson J, Carson R. A Database Review in Psychiatry: Characteristics of Hospitalized Suicide Attempters. *Psychosomatics*, 1990;31(3): 282-286
98. Odağ C. *İntihar*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi. 1995.
99. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996;7:107-11.
100. Trent NL, Borden S, Miraglia M, Pasalis E, Dusek JA, Khalsa SS. Improvements in psychological and occupational well-being in a pragmatic controlled trial of a yoga-based program for professionals. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2019; 25.6.
101. Keyes CL, Dhingra SS, Simoes EJ. Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 2010;100, 2366– 2371.
102. Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002;43, 207–222.
103. Lyubomirsky S, King L, Diener E. Sık olumlu etkilerin yararları: Mutluluk başarıya yol açar mı? *Psikolojik Bülten*. 2005;(6),803-855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.8032005>

104. Ghaffarilaleh G, Ghaffarilaleh V, Sanamno Z, Kamalifard M, Alibaf L. Effects of yoga on quality of sleep of women with premenstrual syndrome. *Sağlık Ve Tıpta Alternatif Tedaviler*. 2019. Sep;25(5):40-47.PMID: 31221931
105. Rshikesan PB, Subramanya P, Nidhi R. Yoga practice to improve sleep quality and body composition parameters of obese male - A randomized controlled trial. *J Tamamlayıcı Integr Med*. 2018;20;15(4). PMID: 30352035.
106. Streeter CC, Whitfield TH, Owen L, Rein T, Karri SK, et al. Effects of yoga versus walking on mood, anxiety, and brain GABA levels: a randomized controlled MRS study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2010; 16(11):1145–1152.
107. Tuncer A, Enzin F, İri SG, Dinler E, Pelin Z, Bayramlar K. Uyku bozukluklarında egzersiz tedavisinin önemi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*. 2020;2(2):89-97.
108. Chen KH, Pan YC , Yang SN, Chan YY. The effect of yoga on sleep quality and insomnia in women with sleep problems: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 2020;20:195

EKLER

EK-1. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet:
 - a) Kadın
 - b)Erkek
3. Medeni Durum:
 - a)Evli
 - b)Bekar
 - c)Boşanmış
4. Eğitim Durumu:
 - a)Okur-Yazar Değil
 - b)Okur-Yazar
 - c)İlkokul Mezunu
 - d)Ortaokul Mezunu
 - e)Lise Mezunu
 - f) Üniversite Mezunu
5. Sosyo-Ekonomik Durum:
 - a)Gelir Giderden Az
 - b)Gelir Gidere Eşit
 - c)Gelir Giderden Fazla
6. Çalışıyormusunuz?
 - a) Çalışıyor
 - b) Çalışmıyor
7. Şizofreni Tanısını Ne Zaman Aldınız?.....
8. Daha Önce Hastaneye Yattınız Mı?
 - a)Evet ise hangi sebeple yattınız?.....
 - b)Hayır
9. Daha Önce Uyku Sorunu Yaşadınız Mı?.....
10. Ruhsal Olarak Kendinizi Nasıl Tanımlarsınız?
 - a)Mutlu
 - b)Sakin
 - c)Sinirli
 - d)Mutsuz
 - e)Diğer.....

EK-2. WARWICK-EDİNBURGH MENTAL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Gelecekle ilgili iyimserim.	1	2	3	4	5
2. Kendimi işe yarar (faydalı) hissediyorum.	1	2	3	4	5
3. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. Diğer insanlara karşı ilgiliyim.	1	2	3	4	5
5. Farklı işlere zaman ayırabilecek enerjim var.	1	2	3	4	5
6. Sorunlarla iyi bir şekilde başa çıkabilirim.	1	2	3	4	5
7. Açık ve net bir biçimde düşünebiliyorum.	1	2	3	4	5
8. Kendimden memnunum.	1	2	3	4	5
9. Kendimi diğer insanlara yakın hissediyorum.	1	2	3	4	5
10. Kendime güveniyorum.	1	2	3	4	5
11. Kendi kararlarımı kendim verebiliyorum.	1	2	3	4	5
12. Sevdiğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
13. Yeni şeylere karşı ilgiliyim.	1	2	3	4	5
14. Neşeli hissediyorum.	1	2	3	4	5

EK-3. PITTSBURGH UYKU KALITE İNDEKSİ

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....genel yatış saati

2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman aldı?.....dakika

3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?.....genel kalkış saati

4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)saat (bir gecedeki uyku süresi)

Aşağıdaki Soruların Her Biri İçin Uygun Cevabı Seçiniz.

5. Geçen hafta aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(f) Aşırı derecede üşüdünüz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(h) Kötü rüyalar gördünüz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(i) Ağrı duydunuz

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz

Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?

a) Çok iyi b) Oldukça iyi c) Oldukça kötü d) Çok kötü

7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

9. Geçen hafta bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

a)Hiç problem oluşturmadı b)Yalnızca çok az bir problem oluşturdu

c)Bir dereceye kadar problem oluşturdu d)Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz var mı?

a)Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok b)Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var

c)Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil d)Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun

(a) Gürültülü horlama

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya↑

(b)Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(c)Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(d)Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3veya↑

(e)Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....

a)Geçen hafta boyunca hiç b)Haftada 1'den ↓ c)Haftada 1 veya 2 kez d)Haftada 3 veya

Ek 4: Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu (Deney Grubu)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Çalışmamız Gaziantep Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Şehitkamil Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde ayaktan tedavi gören, DSM-V şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan hastalara, araştırmacı tarafından yoga uygulaması ve anket uygulatılarak yapılacaktır. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmada ‘Şizofreni Tanılı Hastalarda Yoganın Subjektif İyilik Düzeyine Ve Uyku Kalitesine Etkisi’ belirlenmesi amaçlanmaktadır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

1. Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
2. DSM-V ölçütlerine göre şizofreni tanısıyla izlenmek
3. 18 yaşından büyük olmak
4. Okur- yazar olmak

NEREDE-NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

(Araştırmada gönüllüye uygulanacak tedaviler/(varsa invaziv girişimler belirtilerek) yöntemler hastanın anlayabileceği şekilde anlatılmalıdır.)

Gaziantep ilinde bulunan Gaziantep Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Şehitkamil Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde bu çalışma yürütülecektir. Yoga uygulayacak olan araştırmacı (MG) uygulamaya başlamadan önce yoga eğitici eğitimi programına katılmış ve yoga uygulaması yaptırmaya hak kazanmıştır.

Deney grubuna ilk olarak yoga uygulaması, video izlettirilerek anlatılacaktır. Daha sonra yoga uygulaması için 35 kişilik deney grubu, uygulamaya devamı kolaylaştırmak amacı ile üçe bölünecektir. Uygulama, TRSM' de bulunan egzersiz salonunda, araştırmacı tarafından yürütülecektir. İlk grup sabah 09:00-09:40 arası, ikinci grup 10:00-10:40, üçüncü grup 11:00-11:40 arası uygulamaya alınacaktır. Uygulamanın daha etkili olabilmesi için 7 hafta boyunca hafta içi dört gün 40 dakikalık tek seans olarak yapılacaktır. Hastaların takibi araştırmacı tarafından yapılacaktır.

Yoga uygulaması 7 haftadan oluşmaktadır. Yoga uygulaması 3 dk ayakta nefes egzersizi, toplamda yaklaşık 10 dakika sürecek 10 temel yoga duruşu, 3 dk oturarak nefes egzersizi, 10 dk oturarak gevşeme (meditasyon), 15 dk uzanarak derin gevşeme aşamalarından oluşmaktadır. Yoga uygulama planı aşağıda verilmiştir.

1. Hafta

- Hastalarla tanışma Yoga uygulanacak fiziki mekânın hazır hale getirilmesi
- Yogayla ilgili bilgi verme ve yoga CD' si izletme
- Yoga nefes tekniklerini uygulama

2. Hafta

- Müzik eşliğinde Yoga Nefes Teknikleri' ni uygulama
- Nefes teknikleriyle beraber duruşlardan 2 tanesini ekleme
- Müzik eşliğinde meditasyon ve derin gevşeme

3. Hafta

- Yoga nefes teknikleri ve duruşlara ek olarak 2 duruş uygulama
- Müzik eşliğinde meditasyon ve derin gevşeme

4. Hafta

- Yoga nefes teknikleri ve önceki haftaya ek olarak 2 duruş uygulama
- Müzik eşliğinde meditasyon ve derin gevşeme
- Hastalara akşam evde yarım saat sadece yoga nefes tekniklerini yapmaları için ev ödevi verme

5. Hafta

- Yoga nefes teknikleri ve önceki haftaya ek olarak 2 duruş uygulama
- Müzik eşliğinde meditasyon ve derin gevşeme
- Hastalara akşam evde yarım saat yoga nefes teknikleri, meditasyon ve derin gevşeme yapmaları için ev ödevi verme

6. Hafta

- Yoga nefes teknikleri ve önceki haftaya ek olarak 2 duruş uygulama
- Müzik eşliğinde meditasyon ve derin gevşeme
- Hastalara akşam evde yarım saat yoga nefes teknikleri, meditasyon ve derin gevşeme yapmaları için ev ödevi verme

7. Hafta

- Basit yoga tekniklerini bir bütün olarak uygulama
- Hastaların yoga uygulaması ile ilgili görüşlerini alma

Yoga eğitimi öncesi ve sonrası **Kişisel Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi ve Mental İyi Oluş Ölçeği** uygulanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Bu araştırmaya katılabilmemiz için onay ve rıza vermeniz. 7 hafta boyunca hafta içi dört gün ortalama 40 dakika sürecek yoga uygulamasına ve 1. Hafta başı ve 7. Hafta sonunda yapılacak 10-15 dakika sürecek anket çalışmasına katılmanız.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 70 'dir (35 deney-35 kontrol grubu).

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer alan hastalar için öngörülen süre 6 hafta boyunca hafta içi her gün ortalama 40 dakika sürecek uygulamalardan oluşup 1. Hafta başında ve 7. Hafta sonunda uygulanacak anketler ise 10-15 dakika sürecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar şizofreni tanılı hastalarda yoga uygulamaları ile uyku kalitesinde ve mental iyi oluş düzeyinde artışın sağlanmasıdır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu çalışma herhangi bir risk taşımamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

İLACIN SAKLAMA KOŞULLARI: Herhangi bir ilaç kullanılmayacaktır

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırmaya gönüllü olmadığınızda araştırma dışı bırakılabileceksiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin/vasinizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dâhilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Hastalara ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 5: Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu (Kontrol Grubu)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!!!

Çalışmamız Gaziantep Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Şehitkamil Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde ayaktan tedavi gören, DSM-V şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan hastalara, araştırmacı tarafından anket uygulatılarak yapılacaktır. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmada ‘Şizofreni Tanılı Hastalarda Yoganın Subjektif İyi Hissiz Düzeyine Ve Uyku Kalitesine Etkisi’ belirlenmesi amaçlanmaktadır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

1. Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
2. DSM-V ölçütlerine göre şizofreni tanısıyla izlenmek
3. 18 yaşından büyük olmak
4. Okur- yazar olmak

NEREDE-NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

(Araştırmada gönüllüye uygulanacak tedaviler/(varsa invaziv girişimler belirtilerek) yöntemler hastanın anlayabileceği şekilde anlatılmalıdır.)

Gaziantep ilinde bulunan Gaziantep Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Şehitkamil Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde bu çalışma yürütülecektir.

Kontrol grubuna; 1. Hafta ve 7. Haftadan sonra **Kişisel Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi ve Mental İyi Oluş Ölçeği** uygulanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Bu araştırmaya katılabilmeniz için onay ve rıza vermeniz ve **1. Hafta başı ve 7. Hafta sonunda yapılacak 10-15 dakika sürecek anket çalışmasına katılmanız.**

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 70 ‘dir (35 deney-35 kontrol grubu).

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer alan hastalar için öngörülen süre anketleri doldurma süresince (15-30 dakika) bulunmaları yeterli olacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar şizofreni tanılı hastaların yoga uygulamaları ile uyku kalitesine ve mental iyi oluş düzeyine etkisinin belirlenmesidir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu çalışma herhangi bir risk taşımamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler yoktur.

İLACIN SAKLAMA KOŞULLARI: Herhangi bir ilaç kullanılmayacaktır

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırmaya gönüllü olmadığınızda araştırma dışı bırakılabileceksiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin/vasinizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dâhilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Hastalara ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne

yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek-6. Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli Kurum İzin Yazıları

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Tarih ve Sayı : 24.12.2020 / 64

Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi :



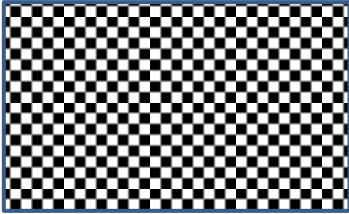
Çalışma Adları :

"Şizofreni Tanılı Hastalarda Yoganın Subjektif İyilik Düzeyine ve Uyku Kalitesine Etkisi"



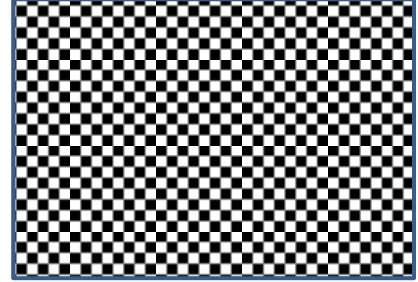
Komisyon Kararı :

Gerçekleşecek olan araştırmalarda çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, araştırmaya dahil olan kişilerin verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaması, yapılacak çalışmalarda tesislerin işleyişi ve güvenliğe zarar verilmemesi ve çalışan personellerin onayı çerçevesinde, çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi kaydı ile veri toplamaya yönelik çalışmasını belirtilen sağlık tesislerinde yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.




İl Sağlık Müdürü

ÜYE

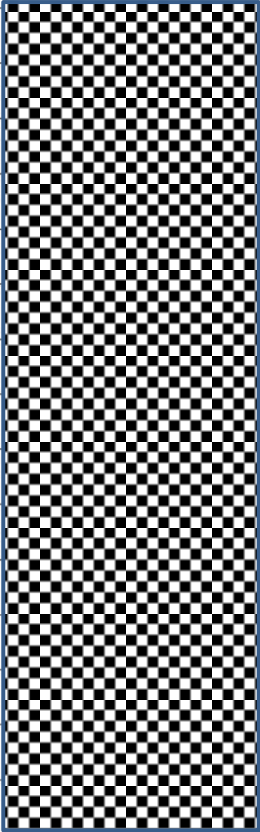

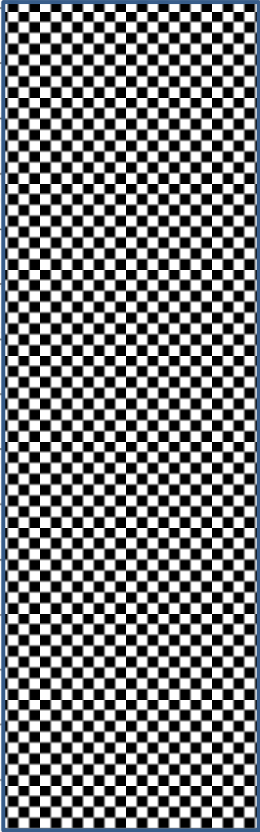

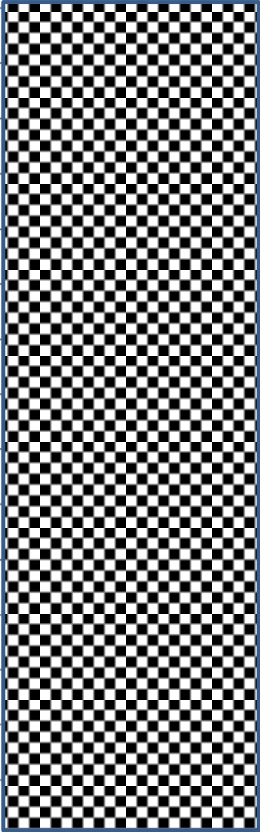

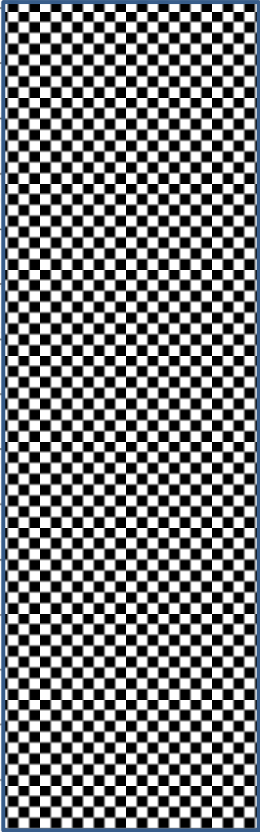

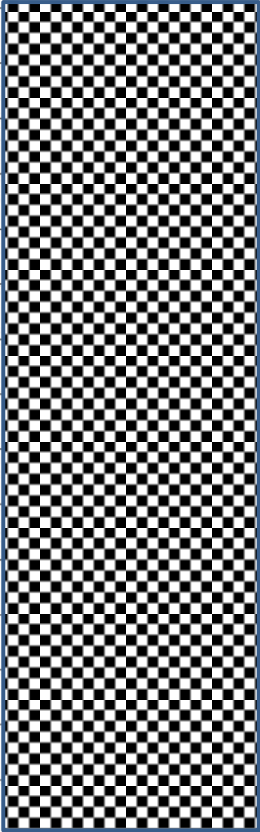

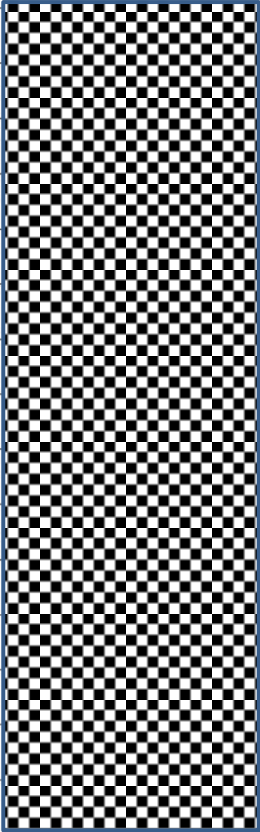

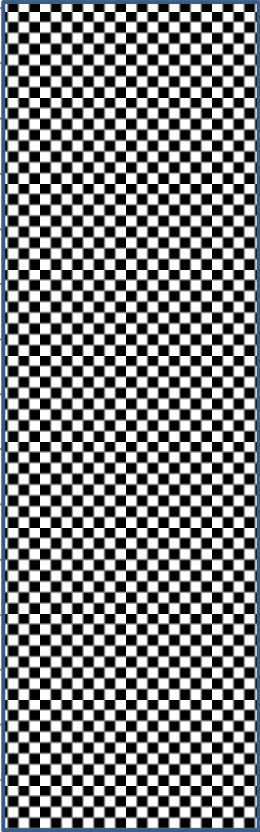

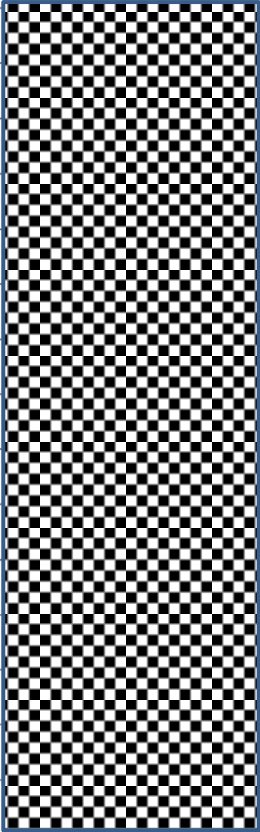

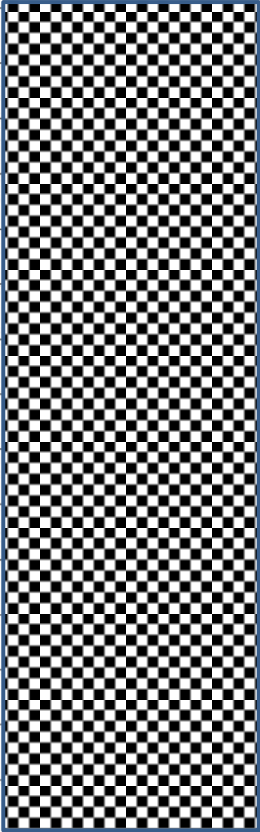

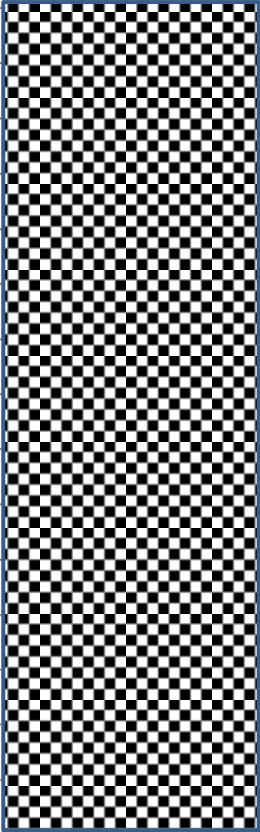

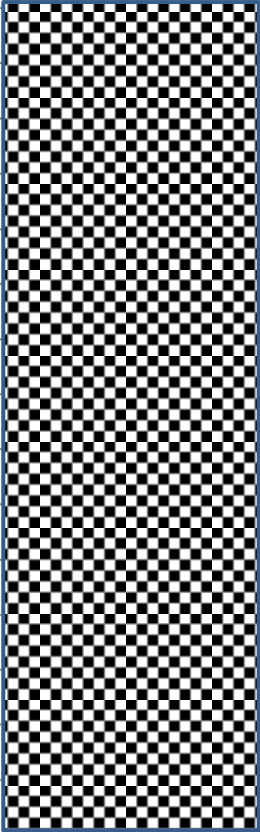

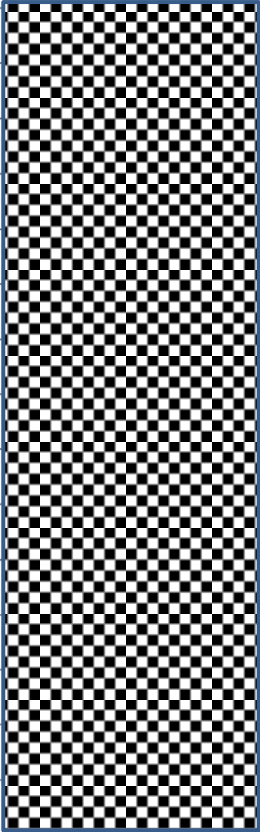

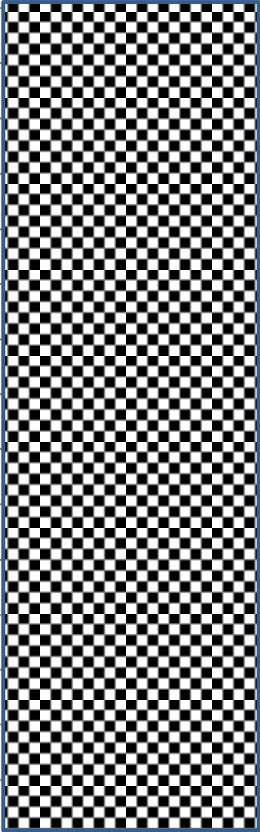

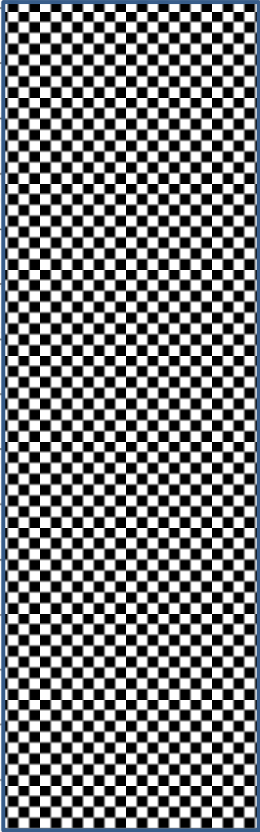

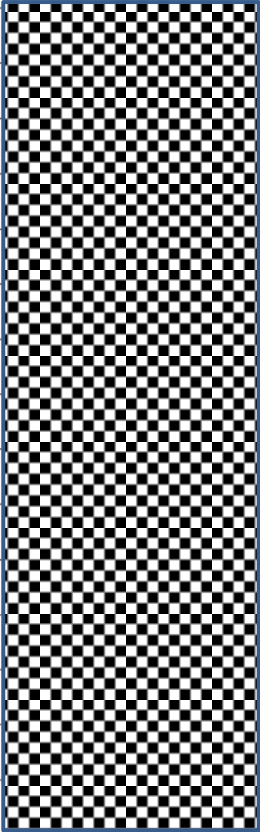



Ek-7. Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Tanılı Hastalarda Yoganın Sübjektif İyilik Düzeyine ve Uyku Kalitesine Etkisi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	179	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/179	Tarih: 02.07.2020
	Sorumlu Araştırmacı  olan “Şizofreni Tanılı Hastalarda Yoganın Sübjektif İyilik Düzeyine ve Uyku Kalitesine Etkisi” başlıklı proje öneri dosyası ile ilgili belgeler incelenmiş olup, etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına etik kurul üye çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’ndan etik kurul onayı alındıktan sonra şahsen başvuru yoluyla izin alınması gerekmektedir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
	ADLI TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	TIBBİ FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	FİZİKSEL TIP ve REHABİLİTASYON	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	HALK SAĞLIĞI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	ÇOCUK HEMOTOLOJİ ve ONKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	NÜKLEER TIP	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	PROTETİK DIŞ TEDAVİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	BİYOFİZİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	GÖZ HASTALIKLARI	Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğ. Arş. Hast.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	AVUKAT (Hukukçu)	Gaziantep Barosu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENİ	Gaziantep Anaokulu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma




Not: Etik kurul/başkanı, imzasının vermediği her sayfaya imza atmalıdır.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Tanılı Hastalarda Yoganın Sübjektif İyilik Düzeyine ve Uyku Kalitesine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	179

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	
	AÇIK ADRESİ:	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ					
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI					
	DESTEKLEYİCİ					
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>				
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>				
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>				
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz :						
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	01.07.2020	2	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	01.07.2020	2	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					



Ek-8. Yoga Eğitim Belgesi



Ek-9. Hastaların Yoga Esnasındaki Fotoğrafları











Ek-10. Hastaların Yoga Uygulaması Öncesi Görüşleri

Yoganın bizi zayıflatacağını düşünüyorum ve kilo vermek için yoga uygulamalarına katılmak istiyorum.

Çok sinirli olduğumda sevdiğime istemeden zarar veriyorum ve sakinleşmek için yoga derslerine katılmak istiyorum.

Yoganın ne olduğunu bilmiyorum merak ettiğim için katılmak istiyorum.

Yoganın bana iyi geleceğini düşünmüyorum.

Yogayı sadece televizyonda gördüm nasıl yapılır bilmiyorum.

Kendimi mutsuz hissettiğim için yoga derslerinin bana iyi gelir diye katılmak istiyorum.

Ek-11. Hastaların Yoga Uygulaması Sonrası Görüşleri

Yoga dersleri çok eğlenceli geçti.

Yoga dersleri sonrasında hergün düzenli egzersiz yapmaya başladım ve ağrılarım azaldı.

Yoga dersleri sonrasında doğru nefes almayı ve rahatlamayı öğrendim.

Sinirli hissettiğim zamanlarda kendimi uzaklaştırıp nefes alıp vererek sakinleştirmeyi öğrendim.

Sabah uyandığımda ve uyurken yoga yapmaya başlayınca bel ağrılarım azaldı ve daha rahat uyumaya başladım.

Yoga müzikleriyle kendimi huzurlu ve sakinleşmiş hissetmeye başladım.

ÖZGEÇMİŞ

2015 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'ni kazandı ve 2019 yılında lisans eğitimini tamamladı. 2019 yılında katıldığı yoga eğitmenliği sertifika programını tamamlayarak yoga eğitmeni ünvanını aldı. 2019 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisansa başladı. 2019 yılından beri bir devlet hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktadır.



Mina GÜNER