

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HAREKET VE ANTRENMAN ANABİLİM DALI**

**EGZERSİZ YAPAN VE YAPMAYAN ŞİZOFRENİ
HASTALARINDA, YAŞAM KALİTESİ, AŞIRI BESİN
İSTEĞİ VE BİLİŞSEL FONKSİYONLAR ARASINDAKİ
FARKIN İNCELENMESİ**

Kıvılcım KAPLAN

DOKTORA TEZİ

2022-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HAREKET VE ANTRENMAN ANABİLİM DALI

EGZERSİZ YAPAN VE YAPMAYAN ŞİZOFRENİ
HASTALARINDA, YAŞAM KALİTESİ, AŞIRI BESİN
İSTEĞİ VE BİLİŞSEL FONKSİYONLAR ARASINDAKİ
FARKIN İNCELENMESİ

Kıvılcım KAPLAN

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Kemal Alparslan ERMAN

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2022-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hareket ve Antrenman Anabilim Dalı Spor Bilimleri Programında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 25/01/2022

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Kemal Alparslan ERMAN
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Emrah ATAY
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Asuman ŞAHAN
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üy. Neşe TOKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üy. Esin KAPLAN
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

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

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrencinin
Kıvılcım KAPLAN
İmza

Tez Danışmanı
Doç.Dr. Kemal Alparslan ERMAN
İmza

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın toplumsal duyarlılık projesinden öteye geçip hayat bulmasında, her aşamasında benden ilgisini, deneyimini, yardımını esirgemeyen, karşılaştığımız her zorluğa rağmen umudumu kaybetmeyip motivasyonumu yükseltmemi sağlayan, saygı değer danışmanım, Sayın Doç.Dr. Kemal Alparslan ERMAN'a sonsuz teşekkür ederim.

Tez önerimden, izleme komitelerime kadar yanımda yer alan bizden bilgisini ve deneyimlerini esirgemeyen Doç.Dr. Asuman ŞAHAN'a, çalışmanın her aşamasında yanımda olan beslenme ile ilgili katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Neşe TOKTAŞ'a, Psikiyatri alanındaki bilgisi ile çalışmanın seyrinin doğru ilerlemesinde yol gösteren Psikiyatrist Uzm. Dr. Öğr. Üy. Buket CİNEMRE'ye, çok teşekkür ederim.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi çalışanları ile araştırmaya katkı sağlayan gönüllü şizofreni hastalarına sonsuz teşekkür ederim. Çalışmanın diğer uygulama alanı olan Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi çalışanları ve araştırmaya gönüllü katılan tüm hastalara ayrıca teşekkür ederim.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü tüm çalışanlarına katkılarından çok teşekkür ederim. Bilimsel yolda birlikte yürüdüğümüz tüm doktora arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Bu süreçte yanımda olan manevi desteklerini üzerimden ayırmayan canım ailem annem, babam, ablalarım ve yeğenlerime sonsuz teşekkür ederim...

ÖZET

Amaç: Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının; Yaşam Kalitesi (SF-36), Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivite Ölçeği (BDFAÖ), Aşırı Besin İsteği Ölçeği (ABİS) ile Tinetti Denge ve Yürüme Testi, Aynada İz Sürme Testi ve Pul Çevirme Test sonuçları arasındaki farkının incelenmesidir.

Yöntem: Araştırmaya 18-70 yaş arası şizofreni tanısı almış 253 birey ($n_{kadın}=107$, $n_{erkek}=146$) gönüllü olarak katılmıştır. Çalışmada şizofreni hastalarına, Negatif ve Pozitif Duygu Durumu Ölçeği (PANSS), Kişisel Bilgi Formu, BDFAÖ, SF-36 ölçeği ve ABİS ölçekleri uygulanmıştır. Ayrıca Aynada İz Sürme, Pulları Çevirme, Tinetti Yürüme ve Denge Testlerini uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında Beden Kitle İndekslerinin (BMI), BDFA ölçeğinde olan; Sonuç Beklentisi, Öz-Düzenleme ve Kişisel Engeller alt boyutları ile genel toplam BDFAÖ’de, Yaşam Kalitesi; Duygusal Rol Güçlüğü, Canlılık, Ruh Sağlığı ve Genel Sağlık alt boyutlarında, Aşırı Besin İsteği alt boyutu Yeme Kontrolü Olmaması, Tinetti Denge ve Yürüme Testi ile Tinetti toplam puanları anlamı fark olduğu görülmüştür ($p<0.01$). Egzersiz yapan ve yapmayan katılımcılar arasında Yaşam Kalitesi alt boyutları; Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Sosyal İşlevsellik ve Ağrıda, Aşırı Besin İsteği alt boyutlarda ve ABİS toplam puanda, Aynada İz Sürme test süresi ve hata sayısı, Pul Çevirme test puanında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Egzersiz yapan katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Tinetti Denge, Yaşam Kalitesi alt boyutu; Duygusal Rol Güçlüğü, arasında anlamlı bir ilişki vardır. Egzersiz yapmayan katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aşırı Besin İsteği alt boyutları; Besin Tüketme Niyeti Planı, Pozitif Destek Beklentisi, Negatif Duygu Durumu ve Rahatlama, Yeme Kontrolü Olmaması, Yiyecek ile İlgili Düşünce Zihin Meşguliyeti, Beslenme Öncesi ve Sırası Tecrübe Duyguları, Yemek Yeme İsteğine Karşı Koyamama Hali ve toplam ABİS puanında anlamlı bir ilişki vardır.

Sonuç: Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının, BMI, BDFAÖ, SF-36, ABİS, Tinetti Denge ve Yürüme Test sonuçları arasında fark olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: egzersiz, şizofreni, yaşam kalitesi, aşırı besin isteği, bilişsel fonksiyonlar

ABSTRACT

Objective: Patients with schizophrenia who exercise and do not; the aim of this study was to examine the difference between the scores of Quality of Life (SF-36), Cognitive Behavioral Physical Activity Questionnaire (CBPAQ), Excessive Food Cravings Scale (EFCS) scores, and the total score with the result of the Tinetti Balance and Walking, Mirror Tracking and Dexterity Test results.

Method: 253 individuals ($n_{\text{female}}=107$, $n_{\text{male}}=146$) diagnosed with schizophrenia between the ages of 18-70 participated in the study voluntarily. In the study, the positive and negative syndrome scale (PANSS), Personal Information Form, CBPAQ, SF-36 scale and EFC scales were applied to patients with schizophrenia. In addition, Tinetti Balance and Walking Test, Mirror Test Tracking and Dexterity Test.

Results: It was determined that the body mass indexes (BMI), CBPA Questionnaire; sub-dimensions of outcome expectation, self-regulation, and personal barriers and total CBPA score, Quality of Life; sub-dimensions of emotional role difficulty, vitality, mental health and general health, EFC Scale; sub-dimensions of no eating control, Tinetti Balance and walking Test and Tinetti total scores were found to significant differences between those who doing exercise and those who do not exercise ($p<0.01$). There was no statistically difference between those who doing exercise and those who do not exercise in terms of Quality of Life; sub-dimensions of physical function, physical role difficulty, social functionality and pain, EFC Scale sub-dimensions, and also the total score of EFCS, Mirror Tracing test time and the number of errors, Dexterity Test score ($p>0.05$). There was a significant relationship between BMI and Tinetti Balance, Quality of life; sub-dimension of emotional role difficulty of participants exercising. There was a significant relationship between BMI and EFCS; sub-dimensions of food consumption intent plan, positive support expectation, negative mood and relaxation, no eating control, food thinking preoccupation, emotions of experience before and during feeding, inability to resist the desire to eat and the total score of EFCS.

Conclusion: It was determined that there was a difference between the BMI, CBPAQ, SF-36, EFCS, Tinetti Balance, and walking test results of schizophrenia patients who exercise and do not.

Key words: exercise, schizophrenia, life quality, excessive food cravings, cognitive functions

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLOLARDİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
SİMGELER ve KISALTMALAR	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1.Şizofreni Tanımı	3
2.1.2.Şizofreni Tanısı	3
2.2.Egzersiz Tanımı	5
2.2.1.Egzersiz Türleri	6
2.2.2.Fiziksel Aktivitte	8
2.3.Yaşam Kalitesi	8
2.4.Aşrı Besin İsteği	10
2.5.Bilişsel Fonksiyonlar	11
2.6.Amaç	11
2.7.Problemler	12
3. GEREÇ ve YÖNTEM	
3.1. Araştırma Grubu	14
3.2.Uygulama	14
3.3. Veri Toplama Yöntemleri	14
3.3.1. Negatif ve Pozitif Sendrom Ölçeği (PANSS)	14
3.3.2. Kişisel bilgi Formu ve Beslenme Alışkanlıkları Bilgi Formu	15
3.3.3. Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivite Ölçeği	15
	iii

3.3.4. Yaşam Kalitesi Kısa Formu –SF 36	15
3.3.5. Aşırı Besin İsteği Ölçeği	16
3.3.6.Pul Çevirme Testi	16
3.3.7.Aynada İz Sürme Testi	17
3.3.8. Tinetti Denge ve Yürüme Skalası	17
3.4.İstatistiksel Analiz	17

4. BULGULAR

4.1.Demografik Bilgiler	19
4. 1.1.Katılımcıların Pozitif ve Negatif Sendrom Duygu Durumları (PANSS) İlişkin Bilgiler	19
4.1.2. Katılımcıların Yaş, Boy, Ağırlık ve Beden Kitle İndeksine İlişkin Bilgiler	19
4.1.3. Katılımcıların Cinsiyete Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	20
4.1.4.Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	20
4.1.5. Katılımcıların Çalışma Durumuna ilişkin Dağılımları	21
4.1.6. Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımları	21
4.1.7. Katılımcıların Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımları	22
4.1.8. Katılımcıların Kronik Rahatsızlıklarına ilişkin Dağılımları	22
4.1.9. Katılımcıların Beceri Eğitimlerine ilişkin Dağılımları	23
4.1.10. Katılımcıların Tedaviye Geldiğinde Kötü Hissetmelerine Neden Olan Bir Duruma İlişkin Nitel Kategori Kodlaması Sonuçları	24
4.1.11Katılımcıların Yaşam Memnuniyetine Göre Frekans Sıklığı ve Yüzdeleri	24
4.1.12. Katılımcıların Egzersiz Yapan ve Yapmayanlara İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları	25
4.1.13. Katılımcıların Egzersiz Türüne Göre Frekans Sıklığı ve Yüzde Değerleri	26
4.1.14. Katılımcıların Egzersiz Yoğunluğuna Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	26

4.1.15. Katılımcıların Egzersizi Kimlerle Yaptığına İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri	27
4.1.16. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanma Frekans ve Yüzde Dağılımları	27
4.1.17. Katılımcıların İlaçların Yan Etkisi Frekans ve Yüzde Dağılımı	28
4.1.18. Katılımcılara Diyet Önerilmesine İlişkin Yüzde Dağılımları	28
4.19. Katılımcıların Fiziksel Rahatsızlık ve Türüne İlişkin Frekans Sıklığı ve Yüzde Dağılımları	29
4.2.Beslenme Alışkanlıkları Bilgisi	30
4. 2.1.Ana Öğün Beslenme Alışkanlıkları Frekans ve Yüzde Dağılımlarına İlişkin Bilgiler	30
4.2.2. Ana Öğün Atlama Nedenleri Frekans ve Yüzde Dağılımları	31
4.2.3. Katılımcıların Ara Öğün Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Frekans Dağılımları	32
4.2.4. Katılımcıların Hafta İçi Ana Öğün Zamanına Göre Yüzde Dağılımları	33
4.2.5. Katılımcıların Hafta Sonu Ara Öğün Zamanı Frekans Sıklıkları	34
4.3.Ölçeklere İlişkin Bilgiler	35
4.3.1 Katılımcıların Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivitelerine (BDAFÖ) İlişkin Bilgiler	35
4.3.2. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	35
4.3.3. Katılımcıların Aşırı Besin İsteğine İlişkin Alt Faktör Bilgileri	36
4.4. Testlere İlişkin Bilgiler	37
4.4.1. Katılımcıların Tinetti Denge ve Yürüme İstatistik Değerleri	37
4.4.2. Katılımcıların Aynada İz Sürme Değerleri	37
4.4.3. Katılımcıların Pul Çevirme Testine İlişkin Bilgileri	37

4.5.Ölçeklerin Karşılaştırma Fark Sonuçları	38
4.5.1. Egzersiz Yapan ve Yapmayanların Yaş Karşılaştırılması Sonuçları	38
4.5.2. Egzersiz Yapan ve Yapmayanların Beden Kitle İndeksleri	
Karşılaştırma Sonuçları	38
4.5.3. Egzersiz Yapan ve Yapmayan Katılımcıların Bilişsel Davranışçı	
Fiziksel Aktivitelerine İlişkin Sonuçlar	39
4.5.4. Egzersiz Yapan ve Yapmayan Katılımcıların Yaşam Kalitesine	
İlişkin Sonuçları	40
4.5.5. Egzersiz Yapan ve Yapmayan Katılımcıların Aşırı Besin İsteği	
Karşılaştırma Sonuçları	41
4.6. Testlerin Arasındaki Karşılaştırma Fark Değerleri	42
4.6.1. Katılımcıların Tinetti Denge ve Yürüme İle Egzersiz Yapan ve	
Yapmayanlar Arasındaki Sonuçları	42
4.6.2. Katılımcıların Aynada İz sürme Süreleri ile Egzersiz Yapan ve	
Yapmayanlar Arasındaki Sonuçları	42
4.6.3. Katılımcıların Pul Çevirme Testi ile Egzersiz Yapan ve	
Yapmayanlar Arasındaki Sonuçları	42
4.6.4. Katılımcıların Yaşam Memnuniyeti ile Yaşam Kalitesi Karşılaştırma	
Sonuçları	43
4.7. Ölçek ve Ölçümlerin İlişki Sonuçları	44
4.7.1. Katılımcıların Beden Kitle İndeksleri ile Tinetti Denge ve Yürüme	
Testi Arasındaki İlişki Sonuçları	44
4.7.2. Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Bilişsel	
Davranışçı Fiziksel Aktivite (BDFAÖ) Arasındaki İlişki Sonuçları	44

4.7.3. Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivite (BDFAÖ) Arasındaki İlişki Sonuçları	45
4.7.4. Katılımcıların Beden Kitle İndeksleri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Sonuçları	45
4.7.5. Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Sonuçları	46
4.7.6. Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Sonuçları	46
4.7.7. Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aşırı Besin İsteği Arasındaki İlişki Sonuçları	47
4.7.8. Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aşırı Besin İsteği Arasındaki İlişki Sonuçları	48
4.7.9. Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Tinetti Testi Arasındaki İlişki Sonuçları	49
4.7.10. Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Tinetti Testi Arasındaki İlişki Sonuçları	49
4.7.11. Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aynada Testi ve Hata Sayısı Arasındaki İlişki Sonuçları	49
4.7.12. Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aynada İz Sürme Testi ve Hata Sayısı İlişki Sonuçları	50
4.7.13. Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Pul Çevirme Testi Arasındaki İlişki Sonuçları	50
4.7.14. Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Pul Çevirme Testi Arasındaki İlişki Sonuçları	50

5. TARTIŞMA

5.1.Egzersizin Bilişsel Fonksiyonlar Üzerine Etkileri	51
5.2. Şizofreni Hastalarında Egzersizin Yaşam Kalitesine Etkisi	53
5.3. Şizofreni Hastalığının Beslenme Üzerine Etkileri	56

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç	61
6.2.Öneriler	67

KAYNAKLAR	69
------------------	----

EK

1-Kişisel Bilgi Formu	
-----------------------	--

ÖZGEÇMİŞ	83
-----------------	----

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1.	Katılımcıların Pozitif ve Negatif Sendrom Duygu Durumlarına (PANSS) İlişkin Bilgiler	19
Tablo 4.2.	Katılımcıların Yaş, Boy, Ağırlık ve Beden Kitle İndeksine İlişkin Bilgiler	19
Tablo 4.3.	Katılımcıların Cinsiyete Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	20
Tablo 4.4.	Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	20
Tablo 4.5.	Katılımcıların Çalışma Durumuna İlişkin Dağılımları	21
Tablo 4.6.	Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımları	21
Tablo 4.7.	Katılımcıların Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımları	22
Tablo 4.8.	Katılımcıların Kronik Rahatsızlıklarına ilişkin Dağılımları	22
Tablo 4.9	Katılımcıların Beceri Eğitimlerine ilişkin Dağılımları	23
Tablo4.10	Katılımcıların Tedaviye Geldiğinde Kötü Hissetmelerine Neden Olan Bir Duruma İlişkin Nitel Kategori Kodlaması Sonuçları	24
Tablo 4.11	Katılımcıların Yaşam Memnuniyetine Göre Frekans Sıklığı ve Yüzdeleri	24
Tablo 4.12	Katılımcıların Egzersiz Yapan ve Yapmayanlara İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları	25
Tablo 4.13	Katılımcıların Egzersiz Türüne Göre Frekans Sıklığı ve Yüzde Değerleri	26
Tablo 4.14	Katılımcıların Egzersiz Yoğunluğuna Göre Frekans ve Yüzde Değerleri	26
Tablo 4.15	Katılımcıların Egzersizi Kimlerle Yaptığına İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri	27

Tablo 4.16	Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanma Frekans ve Yüzde Dağılımları	27
Tablo 4.17	Katılımcıların İlaçların Yan Etkisi Frekans ve Yüzde Dağılımı	28
Tablo 4.18	Katılımcılara Diyet Önerilmesine İlişkin Yüzde Dağılımları	28
Tablo 4.19	Katılımcıların Fiziksel Rahatsızlık ve Türüne İlişkin Frekans Sıklığı ve Yüzde Dağılımları	29
Tablo 4.20	Ana Öğün Beslenme Alışkanlıkları Frekans ve Yüzde Dağılımlarına İlişkin Bilgiler	30
Tablo 4.21	Ana Öğün Atlama Nedenleri Frekans ve Yüzde Dağılımları	31
Tablo 4.22	Katılımcıların Ara Öğün Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Frekans Dağılımları	32
Tablo 4.23	Katılımcıların Hafta İçi Ana Öğün Zamanına Göre Yüzde Dağılımları	33
Tablo 4.24	Katılımcıların Hafta Sonu Ara Öğün Zamanı Frekans Sıklıkları	34
Tablo 4.25	Katılımcıların Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivitelerine (BDAFÖ) İlişkin Bilgiler	35
Tablo 4.26	Katılımcıların Yaşam Kalitesi Alt Boyutları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	35
Tablo 4.27	Katılımcıların Aşırı Besin İsteğine İlişkin Alt Faktör Bilgileri	36
Tablo 4.28	Katılımcıların Tinetti Denge ve Yürüme İstatistik Değerleri	37
Tablo 4.29	Katılımcıların Aynada İz Sürme Değerleri	37
Tablo 4.30	Katılımcıların Pul Çevirme Testine İlişkin Bilgileri	37
Tablo 4.31	Egzersiz Yapan ve Yapmayanların Yaş Karşılaştırılması Sonuçları	38
Tablo 4.32	Egzersiz Yapan ve Yapmayanların Beden Kitle İndeksleri Karşılaştırma Sonuçları	38

Tablo 4.33	Egzersiz Yapan ve Yapmayan Katılımcıların Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivitelerine İlişkin Sonuçlar	39
Tablo 4.34	Egzersiz Yapan ve Yapmayan Katılımcıların Yaşam Kalitesine İlişkin Sonuçları	40
Tablo 4.35	Egzersiz Yapan ve Yapmayan Katılımcıların Aşırı Besin İsteği Karşılaştırma Sonuçları	41
Tablo 4.36	Katılımcıların Tinetti Denge ve Yürüme İle Egzersiz Yapan ve Yapmayanlar Arasındaki Sonuçları	42
Tablo 4.37	Katılımcıların Aynada İz sürme Süreleri ile Egzersiz Yapan ve Yapmayanlar Arasındaki Sonuçları	42
Tablo 4.38	Katılımcıların Pul Çevirme Testi ile Egzersiz Yapan ve Yapmayanlar Arasındaki Sonuçları	42
Tablo 4.39	Katılımcıların Yaşam Memnuniyeti ile Yaşam Kalitesi Karşılaştırma Sonuçları	43
Tablo 4.40	Katılımcıların Beden Kitle İndeksleri ile Tinetti Denge ve Yürüme Testi Arasındaki İlişki Sonuçları	44
Tablo 4.41	Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivite (BDFAÖ) Arasındaki İlişki Sonuçları	44
Tablo 4.42	Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivite (BDFAÖ) Arasındaki İlişki Sonuçları	45
Tablo 4.43	Katılımcıların Beden Kitle İndeksleri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Sonuçları	45
Tablo 4.44	Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Sonuçları	46

Tablo 4.45	Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Sonuçları	46
Tablo 4.46	Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aşırı Besin İsteği Arasındaki İlişki Sonuçları	47
Tablo 4.47	Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aşırı Besin İsteği Arasındaki İlişki Sonuçları	48
Tablo 4.48	Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Tinetti Testi Arasındaki İlişki Sonuçları	49
Tablo 4.49	Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Tinetti Testi Arasındaki İlişki Sonuçları	49
Tablo 4.50	Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aynada Testi ve Hata Sayısı Arasındaki İlişki Sonuçları	49
Tablo 4.51	Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aynada İz Sürme Testi ve Hata Sayısı İlişki Sonuçları	50
Tablo 4.52	Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Pul Çevirme Testi Arasındaki İlişki Sonuçları	50
Tablo 4.53	Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Pul Çevirme Testi Arasındaki İlişki Sonuçları	50

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1.	Çalışmanın dizaynı akış diyagramı	18
Şekil 4.2.	Katılımcıların cinsiyete göre frekans ve yüzde dağılımları pay grafiği	20
Şekil 4.3.	Katılımcıların çalışma durumuna ilişkin frekans ve yüzde dağılımları pay grafiği	21
Şekil 4.4.	Katılımcıların beceri eğitimlerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları pay grafiği pay grafiği	23
Şekil 4.5.	Katılımcıların Egzersiz yapıp yapmama durumlarına İlişkin pay grafiği	25

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABİS	: Aşırı Besin İsteği
Ark.	:Arkadaşları
BDFAÖ	: Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivite Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
PANSS	: Pozitif ve Negatif Duygu Durum Ölçeği
SF-36	: Kısa Form-36
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

Şizofreni, nüfusun yaklaşık %1'ini etkileyen önemli sağlık sorunlarından birisidir. Toplumda görülme sıklığı % 2,3 olan bir bozukluktur. Yaklaşık 16,5 milyon hastanın günlük dozlar şeklinde psikiyatrik ilaçlara ihtiyacı vardır. Bu, merkezi olarak önemli bir sağlık maliyeti oluşturur. (Andlin-Sobock ve ark.,2005). Şizofreni, genç yaşlarda kendini gösteren, her birey içinde ve diğerleri hastalar arasında farklılıklar gösteren, kişinin kendini tanıma durumunda yabancılaştığı, sınırlarını kendisinin çizdiği kendi iç dünyasında yaşadığı, duygu, düşünce ve davranışlarda ciddi anlamda bozukluklara neden olan, pozitif ve negatif belirtilerle seyreden psikolojik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Dülgerler, 2014). Şizofrenik bozukluk etiyolojisinde rol oynayan faktörler bilim dünyasında henüz netlik kazanmamıştır. Çağımızda çoğunlukla genetik faktörler, çevresel faktörler ve nörobiyolojik farklı etkenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Şizofrenik bozuklukta tedavi farklı kaynakların etiyolojilerden yola çıkılarak uygulanmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Şizofrenik bozukluğa sahip hastaların tedavisinde hastane bakım hizmetleri çerçevesinde belirtiler üzerinde dikkatler toplanmasına rağmen, çağımızda bu tedavi psikososyal yaklaşımları, bireyin en yakın aile üyelerini ve toplumu da içine alır şekilde daha geniş boyutlu hale gelmiştir. Farmokolojik tedavi ile birlikte iyileştirici rehabilite edici tedaviler, yalnızca ilaç tedavisine göre birçok açıdan daha iyi olduğu gözlenmiştir (Davis ve ark, 1991). Bu tedaviler; bireylerde psikolojik ataklarının önlenmesi, iyileşmede sürdürülebilirliğin sağlanması, hastalığın sebep olduğu yeti kayıplarının en aza indirilmesi, yaşam kalitesinin ve tedaviye uyumunun kazanılmasında önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “yaşam kalitesini” bireylerin kendi hedeflerini, yaşamdan beklentilerini, değerlerini, kültürlerini ve ilgi alanlarını fark etme biçimleri olarak tanımlamaktadır. Yaşam şartlarını bilerek elde ettiğimiz bireysel yaşam tatmininin düzeyini etkileyen ve günlük yaşam aktivitelerine verilen algılarımız ve bireysel tepkilerimiz olarak da ifade edilebilir (Akdeniz ve Aydemir, 1999). Yaşam kalitesi ruhsal hastalığa sahip şizofrenili ve farklı yapıda seyreden psikiyatrik hastalıklarda bireylerin iyileşme süreci ile doğrudan etkilidir (Çam ve Aydoğmuş, 2016). Ruhsal rahatsızlıklarla yaşayan bireyler için iyileşme, hastalık sürecini yönetme ve yaşamını kaliteli olarak devam ettirme başarısı olarak ifade edilebilir.

Farmakolojik tedavisi, bireylerin ve yakınlarının güvenliğini sağlayarak, hastalık semptomlarını kontrol altına alarak, yaşam kalitesini destekleyerek, bireyin iyileşmesinde yol gösterici olmaktadır (Kidd ve ark, 2014). İyileşme, kişinin değerleri, duyguları, hedefleri, yetenekleri ve toplumdaki sosyal rolü, bireysel değişim süreci ve hastalığın ortaya koyduğu yeti kayıplarına rağmen yaşamdan aldığı doyum ve hayatına katkı sağlayarak yaşamına yeni bir anlam vererek devam ettirme yoludur. İyileşme, kendini bulma, parçalardan bütünü tamamlama süreci, bir yaşam şeklidir (Çam ve Yalçiner, 2018). İyileşme bireysel bir süreçtir ve ruhsal bozukluk ile yaşayan bireylerin daha iyi bir yaşam sürmeleri için gösterdiği emeklerin gelişme süreci olarak ifade edilebilir (Güler ve Gürkan, 2017). Egzersiz uygulamaları hastalığın yönetiminde etkilidir. Bir prospektif kohort çalışması, yürümenin haftada en az 2 saat azalma ile egzersiz ilişkilendirilmiştir. Herhangi bir nedenden dolayı erken ölüm insidansı %39-54 olan hastalarda kardiyovasküler hastalıktan %34-53 diyabetten oluşmuştur. Ayrıca, orta derecede artışa neden olan yürüyüş kalp ve solunum hızları, tüm nedenlere bağlı ölümlerde önemli azalmalarla ilişkilendirildi ve kardiyovasküler ilişkili mortalite oranını düşürmüştür. Hem aerobik hem de direnç eğitiminin etkili olduğu gösterilmiştir. Diyabet kontrolü için faydalı direnç antrenmanı glisemik kontrol için aerobikten daha fazla fayda sağlayabilir. (Gregg ve ark. 2003). Randomize, kontrollü bir çalışmanın meta-analizi egzersiz müdahalelerinin bir sonucunu olarak ortaya çıkmıştır. Egzersiz müdahalesi yapılmamasına kıyasla glikozile hemoglobinde küçük ama klinik ve istatistiksel olarak anlamlı azalma (%0.66); araştırmaların çoğunda, hem egzersiz hem de kontrol gruplarındaki katılımcılar aynı anda farmakolojik oral yollu ilaçlarla tedavi edilmektedir. Bu değişiklik düzeyi, yoğun glikoz düşürücü tedaviyi geleneksel tedavilerle karşılaştıran çalışmalarda benzerdir ve diyabetle ilişkili mortalitede %42'lik bir azalma ile ilişkilidir (Dunstan ve ark., 2005). İleriye dönük çalışmalar, egzersiz ile herhangi bir hastalıktan ölüm oranlarının azalması arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Gelecekteki araştırmalar egzersiz yoğunluğu ve sıklığını incelemeyi gerektirecektir (Boule ve ark. 2001).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni, “kişinin tüm bilişsel fonksiyonlarını (algılama, dikkat, bellek gibi), duygularını, hareketlerini ve yargılamasını etkileyen bir hastalıktır. Çalışma hayatı, kişilerarası ilişkiler, öz bakım ve yaşam becerileri gibi birçok alanda yetersizliğe yol açabilir. Sahip oldukları yetileri kaybeden, yaşam kalitesi bozulan, çalışmayan hastalar toplumdan da dışlanarak damgalanmaları” kolaylaşmaktadır (Yanık,2007). İşlevselliğin artırılması ile bazı alanlarda düzelme meydana getirilmesi hedeflenmiştir.Bu alanlar: “hastaların eğitimlerini tamamlayabilmesi, bir işte çalışabilmesi, boş zamanlarında etkinlik yapabilmesi, aile ve toplumla iletişimlerini ve ilişkilerini sürdürebilmesi, ev işlerini yerine getirebilmesi, birey olarak kendine düşen sorumlulukları yapabilmesi, gündelik işlerini yerine” getirebilmesidir.Hafif dereceli hastalar ilaç altında bağımsız yaşayabilirken, ağır hastalar ise kliniklerde semptomları ve kişisel bakımları iyi yönetilerek, topluma yeniden girmek için hazırlanırlar (Chen ve ark.,1998).

Şizofreni, genellikle ergenliğin ve gençliğin ilk yıllarında başlayan ve ruhsal durumun tamamına yakın durumda semptom gösteren, süreci ve bitişi hastadan hastaya değişen, henüz etiyolojisi tam olarak bilinemeyen önemli derecede yeti kayıplarına neden olan toplum sağlığı olarak bilinmektedir (Çetin, 2015; Doğanavşargil, 2009)

2.2. Şizofreni Tanısı

Şizofreni hastaları fiziksel olarak “ kardiyovasküler ve metabolik hastalıklar” ile psikolojik sağlık nedeniyle “depresyon ve intihara” meyilli olarak normal bireylere nispeten daha kısa ömür görülme sıklığına sahiptir (Newcomerand ve Hennekens ,2007) .Bununla birlikte, bu durumu kısmen ilaçların yan etkileri; olumsuz yaşam tarzları ve egzersiz eksikliği etkilemektedir (Brown ve ark. 1999).

Sizofrenik bireyler ile yapılan diğer bir çalışmada 10 hafta boyunca egzersiz programına katılımgösteren kişilerin görsel sanrılarında azalma, benlik saygısında, uyku kalitesinde artış ve genel davranışlarında iyileşmeler olduğu tespit edilmiştir (Challagan ,2004).Chamove (1986), şizofrenik hastaların % 78'inde egzersiz sayesinde görsel

halüsinasyonlar ve ajitasyonda azalma, is yapabilme kapasitesinde, is performansında, bas etme becerilerinde, uyum yeteneğinde ve sosyal etkileşimde artışolduğunu belirtmiştir ve başlangıçta sedanter olan bireylerde bu etkinin daha fazla olduğunu ifade etmiştir.Şizofrenide gerçeği değerlendirme “Halüsinasyon, sanrı ve ego denetiminin” ortadan kalkması şizofreninin daha büyük semptomlarını ortaya çıkarmıştır (Varcarolis, 1998).

Şizofreninin bilindiği üzere bir başlangıç durumu bilinmemektir. Şizofreni gizli ve yavaş başladığı gibi, anlık olarak da ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın belirtilerine bakılınca ilgi azalması, kişinin fizyolojisi, kendi fikirleri ile aşırı derecede uğraşma eylemi , zamanın geçiş sürecine vurdumduymazlık gibi olmaktadır. Bazı hastalık türlerindeki şizofreni bireylerde algı bozuklukları, zihinsel dağınıklık ve belirsizlikle de başlama olabilmektedir .Şizofreni başlangıcının değişik zaman biçimlerinde ortaya çıkmasından dolayı tanı alması için belli bir zamana ihtiyaç duyulmaktadır. Adolesan ve genç yetişkinlerde daha çok, zihinsel , duygusal ve kilişsel davranışlardaki değişmeler şeklinde ortaya çıkmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle paranoid semptomlar öne geçmekte ve davranış bozukluklarında adüşüşler görölmektedir (Öztürk ve ark, 2008).

Hastalık erkek bireylerde daha fazla görölürken,kadınlarda bu örneklem grubunda yerini almıştır ve şizofreni tüm uluslarda görölebilen bir hastalık olmuştur.Hastalığın görölme sıklığı gelir düzeyi düşük olan toplumlarda daha fazla görölmektedir (Işık, 2006).WHOye göre yapılan çalışmalarda dünyada yaklaşık 26 milyondandaha fazla şizofreni tanısı almış birey olduğu bilinmektedir (Binbay, 2011).Şizofreni hastalığının ilk tanı konduğundaki sıkıntıların rehabilitasyonunda farmokolojik tedavi ile vücuda kimyasal takviyeler kullanılmıştır.(Koroğlu ve ark., 2007).

Türkiye’de şizofreni hastalığının yaşam boyu sürekliliği her 1000 kişide 8,9 olarak tespit edilmiştir Yaş parametresine baktığımızda hastalık yetişkinlik veya gençlik döneminde ortaya çıkmasına karşın, semptomları ergenlikte veya erken yetişkinlikte görölmüştür Toplumda hastalığın yaşam boyu dağılımı erkeklerde 1000 de 11,6 iken, kadınlarda 6,5’dir (Binbay ve ark, 2011). Yapılan çalışmalarda erkeklerde hastalık kadınlara göre daha erken yaşlarda kendini gösterirken, görölme sıklığının ise her ikisinde eşit olduğu

ortaya çıkmıştır. Medeni durumlarına bakıldığında bekar olan bireylerde hastalığın görülme durumunun daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Sadock ve Sadock, 2009).

2.2.Egzersizin Tanımı

Egzersiz; bilindiği üzere düzenli olarak aynı zaman diliminde haftalık günlük periyodlar ve belirli plan içerisinde yapılan etkinlikler bütünü olarak tanımlanır. Egzersiz pek çok psikiyatrik hastalığın tedavisinde iyileştirici tedavi edici olarak kullanılmaktadır. Aynı zamanda psikolojik faydası olan egzersizin fizyolojik olarak da egzersiz bu gibi kardiyovasküler hastalıklara karşı da koruyucu etkisi olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir. Egzersizin şizofreni, bipolar, depresyon vb. hastalıklarda olumlu etkiler ortaya koyduğu bilinmektedir. Hangi egzersizlerin, ne sıklıkta ne kadar zamanda yapılacağı konusunda henüz bu gruptaki hastalara özgü bir programda ortak bir düşünce birliğine varılmamıştır. Farklı egzersiz türleri ile ilgili yeni çalışmalara ihtiyaç vardır (Deslandes ve ark. 2009).

Kronik psikiyatrik hastalıklarda egzersizin pozitif yönde etkileri olduğu birçok araştırmada belirtilmiştir. Bu araştırmalar egzersizin ruhsal iyilik durumunu sağladığını, semptomları düşürdüğü ve önleyici etkileri olduğunu göstermektedir. En çok da spesifik olarak manik depresif, ağır depresyon, bipolar bozukluk ve demans tedavisinde egzersizin olması hastalığı olumlu yönde etkilemektedir. Nörolojik faktörlerin belirttiği gibi beyin kan akımı üzerindeki etkileri, egzersizin ruh hastalıklarındaki önemini ortaya çıkarmıştır. Buna rağmen, ruh ve sinir hastalıklarda kullanılabilecek belirli egzersiz programları halen oluşmamıştır yeterli araştırma yoktur (Plotnikoff ve Karunamuni 2011).

Psikiyatrik şizofreni hastalarında ve birçok çoklu hastada motor fonksiyonlarda bozulmaların önemli fonksiyonu olan dopamin sistemi; “şizofreni, parkinson, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve madde kullanımının” dahil olduğu pek çok psikiyatrik ve nörolojik bozukluğun arkasında yatan mekanizma olduğu öne sürülmektedir (Wolff ve ark., 2011).

2.2.1.Egzersiz Türleri

Egzersiz şizofreni hastalarında bilişsel işlevi geliştirdiğini, özellikle de sosyal biliş, çalışma belleği ve hepsi de sosyo-mesleki sonuçların öngörüsü olan ilgi alanları içinde bilişsel işlevi geliştirdiğini göstermektedir. Egzersizin bilişsel faydalarının artırılmasında fiziksel aktivite uzmanlarından süpervizyonun ve daha yüksek haftalık egzersizlerin önemli olduğunu göstermektedir. Gelecekteki araştırmalar, egzersize bağlı bilişsel gelişmelerin mekanizmalarını araştırmayı, bunun kardiyorespiratuar zindeliğin artmasıyla ilişkili olup olmadığını tespit etmeli, gerekli egzersiz dozlarını belirlemeli ve direnç antrenmanının etkinliğini araştırmalıdır. Bu alanlardaki mevcut anlayışın ilerletilmesi, egzersiz eğitiminin CRT ile birleştirilmesini içerebilecek en uygun zuygulanabilir ve erişilebilir yöntemler araştırılmalı ve uygulanmalıdır. Psikolojik rahatsızlıklar tüm ulusları etileyen ciddi sağlık sorunlarıdır. Bu hastalıkları iyileştirirken, birçok yöntem ve ilaç uygulanarak test edilmektedir. Bununla beraber epey zamandır psikiyatri ve egzersiz arasındaki ilişkinin önemi bir kez daha yinelenmiştir.Çalışmalar egzersizin fizyolojik sağlığa pozitif etkileriyle beraber zihinsel işlevleri de rehabilite edip, ruhsal iyileşmelerde sağladığını bildirmektedir (Plotnikoff ve Karunamuni 2011),Ayrıca Carek ve ark. (2011), fiziksel hareketsizliğin psikiyatrik hastalıkların oluşmasındazemin hazırladığını söylemiştir. Egzersizin bir önemli katkısı da fiziksel hastalıkların kalp diyabet şeker gibi görölme oarnalrı azlırken ve psikolojik sağlamlık kazanmaya da katkı sağlamasıdır. Kişilerin sosyal hayatına uyum sağlanarak adaptasyonu sağlanan egzersiz programlarının etkili bir tedavi yöntemi olacağı önerilmektedir (Knöchel 2012).

Artmış depresyon riski, kognitif bozukluk, erken Alzheimer hastalığı, demans ve nörodejeneratif Kronik travmatikensefalopati gibi hastalıkların başlangıcı olarak kabul görmüştür. Ek olarak, tekrarlanan spor-beyin sarsıntısı ilişkilendirilmiştir Ancak, çalışmaların çoğu nörodejeneratif hastalık ve sarsıntı arasındaki bağlantıları ayrıntılı retrospektif olarak ortaya çıkmış, nedensel derneklerin kurulmasını zorlaştırmıştır(Guskiewicz ve diğerleri, 2005).

Daley (2002)' e göre ,ayaktan takip edilen 40 şizofrenik hasta ile yaptıkları çalışmada, hastalara 12 hafta boyunca haftada 4 gün 30 dakika süre ile orta düzeyde aerobik egzersiz

programı uygulanmıştır. Sonuç olarak, egzersiz terapisinin hastalarda sosyal, psikolojik ve fizyolojik olarak olumlu etkilerinin bulunduğu, depresif belirtilerde azalma, genel iyilik halinde ve fiziksel hareket kapasitesinde artış sağladığı belirtilmiştir. Thachuk ve Martin (1999)’ e göre ciddi araştırmaların sonuçları, egzersizin şizofreni ve psikotik semptomların tedavisi için destekleyici bir tedavi olduğunu gösterdiğini ifade etmekle birlikte bu hasta grupları üzerinde yapılan araştırmaların yeterli olmadığı vurgulanmaktadır.

Pelham ve Campagna (1991), ayaktan takip edilen 40 şizofrenik hastaya 12 hafta boyunca haftada 4 gün 30 dakika orta düzeyde aerobik egzersiz programı uygulamışlar ve egzersizin hastalarda sosyal, psikolojik ve fizyolojik olarak olumlu etkiler yarattığını, depresyonda azalma, genel iyilik halinde ve aerobik fitness düzeyinde artış sağladığını belirtmişlerdir.

Faulkner ve Sparkes 1999’da, randomize kontrollü bir çalışma uygulayarak 10 haftalık bir egzersiz programı ile kuvvet egzersizlerinin ,psikolojik sıkıntıların olumlu ve olumsuz belirtileri azaltmak ,genel davranışlar, durumluk kaygıları ve yükseltilmiş özgüven, geliştirilmiş uyku düzenleri ve işitsel halüsinasyonları azaltan yaşam kalitesini artırırken daha güçlü kanıtları ortaya koyduğu araştırılmıştır. Yeni araştırmalarsa, şizofreni hastaları arasında özellikle artan hipokampalde kısa süreli belleği potansiyel olarak iyileştiren ses düzeyi ile aerobik egzersizle ilişkili anatomik değişikliklere dikkat çekti(Pajonk ve ark.2010; Sonuçlar belirtiler dışında, sağlığa bağlı yaşam kalitesi kötü olanların fiziksel aktivite eksikliği ile ilişkilendirildi(Vancampfor ve ark. ,2011,2012) .

Egzersizin bilinen bazı faydaları vardır. Hastaların psikolojik bozukluk semptomları için psiko-sosyal refahlarında iyileşmeyi destekler.Hastanede yatan şizofrenik hastalarda egzersizsiz kontrollere kıyasla hastalık belirtilerinin , aerobik egzersiz yapıldığında depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif etkisini azaltmaktadır. Benzer müdahaleler ruh hali, kaygı ve depresyon, artan benlik saygısı,enerji, konsantrasyon, ve sosyal bütünleşmeler ile gelişmiş bir yaşam kalitesi sağlamaktadır (Levin ve Gimino 1982).

Ruh hastaları için uygulanabilir düzenli fiziksel egzersiz programlarının olması ve psikiyatri kliniklerinde bu programların sürdürülmesi hastalık semptomlarını azaltma ve sosyalleşmelerinin yolunu açmakta önem arz etmektedir (Warburton ve ark.2006).

2.2.1.Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, temel motorik özelliklerle kişinin beden kuvvet ve yeteneğini, farklı nitelikteki motor performans seviyesini belirleyen durumlardır. Temel motor özellikler ; “kuvvet, denge, esneklik , sürat, dayanıklılık, beceri koordinasyon olarak sıralanabilir (Çelik Kayapınar,2012).

Ruh hastalıkları kişiyi ve toplumu etkileyen ciddi sorunlardır. Bu hastalıkların tedavi sürecinde, farklı yöntem ve ilaçlar uygulanarak kullanılmaktadır. Bununla beraber uzun zamandır psikiyatri ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin önemi vurgulanmaktadır. Çalışmalar fiziksel aktivitenin bedensel sağlığa olumlu katkılarıyla beraber, zihinsel işlevleri iyileştirdiğini, psikolojik iyilik hali sağladığını göstermiştir. Şizofreni hastalığının tedavi sürecinde kullanılan ilaç tedavileri hastalarda kilo artışı ve bağışıklıklarında bozulmalar ve düzensizlikler gibi yan etkilere sebep olmaktadır. Bu şekildeki yan etkiler tedaviye uyumu zorlaştırmakla birlikte ilerleyen zamanlarda erken ölümlere neden olmaktadır. Hastalıklarda görülen obezite, hipertansiyon kardiyovasküler rahatsızlıklar beden kaygısı vb diyabet gibi pek çok hastalığın tedavisinde fiziksel aktivite diyet beslenme ile birlikte uygulanabilecek önemli bir tedavi yöntemi olabilmektedir (Fariz, 2015).

2.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramını en erken kaynaklar olarak inceleyen ile Aristo ve Platon’un görüşleri doğrultusunda bakılmıştır. Kelime anlamı ‘iyi bir ruh tarafından kutsanmış olmak’, ‘iyi bir ruh tarafından yönetilmek’ olan eudaimonia Platon ve Aristoteles’in ‘iyi

yaşam', 'mutlu yaşam', yüksek yaşam'olarak ortaya koyduğu bir kavramdır (Edisan ve Kadioğlu, 2013).

Gelişen ve değişen dünyada olduğu gibi teknoloji ve yaşamda da değişim her zaman rolünü oynamış, dolayısıyla bireyler ve toplumlar da bu durumdan etkilenmiştir. Bu gerçek, bireyler için yaşam kalitesi terimini oluşturmuştur. Bugün içinde yaşadığımız dünyanın küreselleşme hızı göz önüne alındığında, farklı bir bakış açısıyla ele alınmalı ve yaşam kalitesi her geçen gün yeniden değerlendirilmelidir.Yaşam kalitesini akademik, sosyal ve bireysel olarak hazırlamak yaşamın her alanında önemlidir. (Alaca, 2011; Alpkaya, 2010; Argon ve Kösterelioğlu, 2009).

Bir insanı, bir özneyi veya bir deneyimi özellikler açısından tanımlayan ve onun özelliklerini ölçen ve değerlendiren diğer şeylerden ayırt edici üstünlüğe değer denir. Başka bir deyişle kalite, bireyin bir özelliğidir.kendi doğasını entelektüel ve ahlaki alanda tanımlar.Yaşam kalitesi kendini geliştirme ile ilişkilidir,kişisel yaşamını zenginleştirme ve hedeflerine ulaşma. Kaliteli yaşam kendini sorgulamak, kendini tanımak ve yaşamını huzurlu, dengeli ve tutarlı kılmak. Bireyin kendi hakkındaki sübjektif duygusu olarak da kabul edilir. hayatını daha iyiye doğru değiştirme, uluslararası olarak da tek bir kavram içine konulamaz (Kalaycı ve Özdemir, 2013).

Yaşam kalitesi, yakın geçmişte öne sürülen ve giderek değer kazanan yeni ve geniş bir durumdur. Bu bağlamda toplumdaki tüm disiplinlerin, her yaşam pratiğinin ilgi alanındadır. Böylece farklı disiplinler ilgi alanlarına göre farklı tanımlar geliştirmiştir.(Tekeli 2010; Optik, 2004).

Yaşam kalitesini bireylerin kültürel yaşam alanı ile ilişkilendirmiştir. Hayatın içindeki algıdır. WHO'nun yaşam kalitesi tanımında, yaşam kalitesinin özelliklerini içeren altı bölüm bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesine ilişkin sınıflaması incelendiğinde: bireyin günlük yaşamını ve fonksiyonlarını etkileyen fizyolojik sıkıntılar grubu ile psikolojik durumlarının , kişinin yaşam kalitesini olumlu veya olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir.Özgürlük seviyesi şu şekilde ele alınır:başka bir yaşam kalitesi kategorisi. Bağımsızlık düzeyinde, bireyin kendi kendine çalışması, hareketliliği, çalışma kapasitesi,ve uyuşturucu veya tedavi bağımlılığı ele alınmaktadır. Toplumsal ilişkiler,

bireysel ilişkiler, toplumsal etkinlik ve ilişkiler dahildir. Çevresel özelliklerde konut ve çevresi, güvenlik, finansal kaynaklar, fiziki çevre kalitesi, yeni belge ve bilgilere erişim, sağlık hizmetlerine erişim değerlendirilmektedir. inançlar ve inanç özgürlüğü, diğerleri gibi yaşam kalitesi algılarını etkileyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır. (Turgut, 2010; Bilgiç, 2009).

2.4. Aşırı Besin İsteği

Aşırı besin isteği yiyecekleri kuvvetli bir şekilde, bilinçli olarak istemek arzulamak olarak tanımlanabilir. Bu tanım bilişsel olarak besin hakkında zihinsel hayal kurma, duygusal olarak yeme arzusu duyguda değişiklikler, davranışsal besin bulma ve tüketme yollarını arayış, fizyolojik olarak tükürük bezlerinin salgılaması gibi bir çok neden ile bağdaştırılabilir (Rodrigues-Martin ve Meule, 2015). Aşırı besin isteği aşırı şekilde yeme, emosyonel olarak yeme, doyarcasına tıkabasa yeme, bozuk düzensiz yeme gibi sorunlu yeme davranışları ile nitelendirilerek ifade edilmiştir (Lafay ve ark., 2011; Benton ve ark., 1998). Sürekli aşırı besin isteği yaşayan bireyler yeme aktivitesi ve vücut ağırlığı kontrolünü yitirerek beden kütle indeksinin artması ve tıkabasa dolu yeme, duygusal yeme sorunları ile karşı karşıya kalır. Bir besine karşı aşırı istek duyan kişilerin arzu edilen besini yememek için direnmesi oldukça güçtür. (Boswell ve Kober, 2016).

Çağımızda yakın zamanda beslenme ile ilgili birçok değişik yeme davranışları çalışmaların en çok incelenen istemsiz yeme, sınırlayıcı yeme, psikolojik yeme davranışlarının vücut ağırlığı, yeme bozukluğu belirtileri negative sağlık gelişmeleriyle ilgili olduğu kanıtlanmıştır. Özellikle aşırı yemenin kontrol altına alınması daha az doyarcasına yeme, daha iyi duygudurum bozukluğu ile ilintili olduğu yapılan güncel bir araştırmalarda belirtilmiştir (Altıntaş ve Özgen, 2017). Hangi besinin yenileceğine dair seçimlerin yapılması ile ilişkin yeme tutumları ve psikolojik boyutları yeme davranışını oluşturur (Kerim ve ark., 2017). Bu betimleme bireyin beslenme ile ilgili tüm bilgileri, düşünceleri ve duygularını kapsar ve fizyolojik, sosyo-demografik, ekonomik, kültürel, psikolojik durumlardan yana bir bütün oluşturur (Macht ve ark. 2016).

Duygusal yeme davranışında bireyin içinde bulunduğu ruhsal durum oldukça etkilidir. Genellikle stresli olduğu sırada, negative duygulardan sonra vücutta oluşan tepkiler tokluk hissi ile benzerdir; mide hareketlerinin yavaşladığı , kanda glukozun yükseldiği, açlık hissinin baskılandığı ve nihai olarak iştah kayıpları ile besin alımının azaldığı bilinmektedir. Lakin bazı bireyler negatif duygularla, stresle başetme yolu olarak yemek yemeye yönelir, söz konusu burda fizyolojik açlık olmamakla birlikte duygulara yanıt vermek olarak besin alımı söz konusudur (Mattes 1997).

2.5. Bilişsel Fonksiyonlar

Bilişsel fonksiyonlar kişinin kendi çevresini yaşamını anlamlandırmasında katkı sağlayan işlemler toplamı olarak tanımlanmıştır “Biliş, bilme, tanıma, anlama, kavrama, düşünme, akıl yürütme” gibi mental uygulamalar kapsayan bir oluşumdur. Bilgi edinmede, bilişsel deneyimler kazanmada geçirilen süreçler ise bilişsel gelişim olarak tanımlanmıştır. (Yöndem 2007).

Biliş detaylı anlamda, bilişsel ve akademik performansın altını çizer ve yüksek bilme kapasitesi sağlık için olumlu belirtilerdendir. Biliş insanların duysal algılarındaki kavramları nasıl uygulandığını gösterir. Böylece “dikkat, hafıza ve akıl yürütme” gibi günlük yaşamda gerekli olan faaliyetleri yerine getirir. Bu farkındalıklar doğumdan itibaren başlar ve ileriki yaşlarda azalma göstererek algımızın ve biliş sürecinde canlı kalmanın önemini vurgular. Bilişsel gelişim yavaş değişim gösteren bir süreç olarak anlaşılrsa da yaşanan bilişsel değişkenlikler bireyin rutin görevlerdeki işlevlerini etkilemektedir (Fitzsimmons ve ark, 2014).

2.6. Amaç

Çalışmanın amacı, egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının; Kişisel Bilgi formu ile egzersiz yapan ve yapmayan hastaların özellikleri belirlenerek, Yaşam Kalitesi alt boyutları (Fiziksel fonksiyon, Fiziksel rol güçlüğü, Duygusal rol güçlüğü, Ağrı, Sosyal işlevsellik, Genel sağlık ,Canlılık ve Ruhsal sağlık) İle Aşırı Besin İsteği alt boyutları (Besin tüketme niyeti planı, Pozitif destek beklentisi ,Negatif duygu durumu ve rahatlama, Yeme kontrolü olmaması , Yiyecek ile ilgili düşünce zihin meşguliyeti, Fizyolojik aşırı yeme isteği, Beslenme öncesi ve sonrası tecrübe duyguları, Aşırı

besin isteğini tetikleyen uyaranlar, Yemek yeme isteğine karşı koyamama hali) ve toplam puanı ile, Tinetti Denge ve Yürüme Testi, Aynada İz Sürme Testi ve Pulları Çevirme testinin bilişsel performansları arasındaki farkının incelenmesidir.

2.7.Problemler

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarında, Yaşam Kalitesi, Aşırı Besin İsteği ve Bilişsel Fonksiyonlar arasında fark var mıdır?

Alt Problemler

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarında, Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktiviteleri arasında fark var mıdır?

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının, Yaşam Kaliteleri arasında fark var mıdır?

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının Aşırı Besin İstekleri arasında fark var mıdır?

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının Denge ve Yürüme, Aynada İz Sürme ve Pul Çevirme test sonuçları arasında fark var mıdır?

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının, Beden Kitle İndeksleri arasında fark var mıdır?

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının, Yaşam Kalitesi, Beden Kitle İndeksleri, Denge ve Yürüme, Aşırı Besin İsteği karşılaştırmaları arasında anlamlı ilişki var mıdır?

Hipotezler

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarında, Yaşam Kalitesi, Aşırı Besin İsteği ve Bilişsel Fonksiyonlar arasında fark vardır.

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarında, Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktiviteleri arasında fark vardır.

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının, Yaşam Kaliteleri arasında fark vardır.

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının Aşırı Besin İstekleri arasında fark vardır.

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının Denge ve Yürüme, Aynada İz Sürme ve Pul Çevirme test sonuçları arasında fark vardır.

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının, Beden Kitle İndeksleri arasında fark vardır.

Egzersiz yapan ve yapmayan şizofreni hastalarının, Yaşam Kalitesi, Beden Kitle İndeksleri, Denge ve Yürüme, Aşırı Besin İsteği karşılaştırmaları arasında anlamlı ilişki vardır.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırma Grubu

Ayakta tedavi gören, şizofreni tanısı almış, gönüllü katılımcılar (n=253) çalışmanın örneklem grubunu oluşturmaktadır.

3.2.Uygulama

Araştırmanın uygulama alanı, Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Psikiyatri Polikliniği ile Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi olarak belirlenmiştir.

3.3.Veri Toplama Yöntemleri

Çalışmada katılımcı olabilmek için diğer psikotik rahatsızlıkları dışlayarak yalnızca şizofreni hastalığı tanısı almak adına, uzman doktor tarafından öncelikle tanı konulması için panss ölçeği uygulanmıştır.

3.3.1. Negatif ve Pozitif Duygu Durumu (Panss) Ölçeği:

Negatif ve pozitif duygu durumu öçeği 30 maddeden ve yedi puanlık derecelendirmeye sahip olan yarı yapılandırılmış, bir uzman tarafından belirlenen psikiyatrik tanı koyma ölçeğidir. Ölçeğin 18 maddesi Kısa Psikiyatri Değerlendirme Ölçeği(Overall ve Gorham,1962),12 maddesi ise Psikopatoloji Değerlendirme Ölçeğinden (Kay ve Singh, 1987) alınarak uyarlanmıştır. Negatif ve pozitif duygu durumu öçeği bütün maddelere ait yedi en üst derece puanının her bir psikiyatrik hasta için kendi içinde hafif çok hafif çok ağır gibi kategorilendirilen oluşan oldukça detaylı, kişiyici tanımada fayda sağlayan tarafsız bir ölçektir. Hasta değerlendirilirken genellikle son bir haftalık süreci göz önüne alınarak gerçekleştirilmektedir. Hastanın durumu ile ilgili bilgi klinik uzman, hasta yakını ve hastadan sorumlu sağlık çalışanından bilgi alınarak yapılır. Panss değerlendirme 30-40 dakikalık yarı yapılandırılmış bir görüşme sonrasında yapılmaktadır (Kostakoğlu ve ark., 1999).

3.3.2.Kişisel Bilgi ve Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Bilgi Formu

Demografik ve beslenme ile ilgili bilgilerden oluşan soruların bulunduğu değerlendirme ölçütlerinden oluşmaktadır.

3.3.3.Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivite Ölçeği

Schembre ve ark. 2015’de geliştirdiği ölçeğin; sonuç beklentisi, öz-düzenleme ve kişisel engeller ile 3 alt boyut ve 15 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan tüm ifadeler “1. Kesinlikle katılmıyorum 5. Kesinlikle katılıyorum” şeklinde 5’li Likert Tipi derecelendirme ile puanlanmaktadır. Ölçek çeviri tekrar çeviri yöntemi ile ölçek maddelerinin Türkçe formunun oluşturmuş ve dil bilgisi iyi olan uzman üç kişi tarafından çevirisi kontrol edilmiş tekrar uzman dört kişi tarafından ölçek maddeleri kontrol edilerek ölçeğin kullanılabilir hale getirerek literatüre katkı sağlamıştır. (Eskiler ve ark., 2016).

3.3.4.Yaşam Kalitesi Ölçeği -Kısa Form 36

Yaşam kalitesi Kısa Form; Rand Corporation tarafından 1992 yılında alan yazına kazandırılmıştır. Ölçeğin madde sayısının az ve uygulamada kolaylık sağlayacağı düşünerek sık kullanılır bir yapıya dönüştürülmüştür. 1990 yılında 149 maddeli olarak çıkılmış örneklem grubu oldukça fazla kişinin oluşturduğu yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikolojik kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur. Kısa zamanda tamamlanması , sağlık durumunun negatif olduğu kadar pozitif yönlerini de sınaması ölçeğin leyhinedir (Bowling A.,1997).Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) (Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. (Keller ve ark. ,1997). Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü- altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır .Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir . Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında

değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Koçyiğit ark. 1999).

3.3.5.Aşırı Besin İsteği Ölçeği

Aşırı besin isteği ölçeğinde davranışsal, bilişsel ve psikolojik durumların yeme biçimi üzerindeki etkilerini ölçmek amacıyla düzenlenmiştir.Örneğin, kendini uzun süre aç bırakma, fazla besin tüketmek aşırı besin isteğine neden olan durumlar da ölçek içinde değerlendirilmiştir. Uzmanlar, aşırı besin isteğini betimlemek ve değerlendirmek için geliştirilen 9 alt boyut ve 39 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 6'lı Likert skalası ile değerlendirilmektedir .6 puan: Her zaman, 5 puan: Çoğunlukla, 4 puan: Sık Sık, 3 puan: Ara Sıra, 2 puan: Nadiren, 1 puan: Hiçbir zaman şeklindedir. Bu bağlamda bireyin ölçekten aldığı puanın yükselmesi, aşırı besin isteğinin de çoğaldığı anlamını taşımaktadır (Müftüoğlu ve ark., 2017).

3.3.6. Pul Çevirme Testi

Bu testin amacı ne kadar hızlı sürde pulları manüpilatüf olarak çevirerek tamamlamaktır. Başlangıçta tahta masaya kişiye en yakın kenardan durularak, hazır başla! komutu ile kronometreyi başlatılır. Pullar her iki elle de tahtadaki deliklere kırmızı veya siyah taraf yukarı bakacak şekilde yerleştirilir. Sol eli en üstteki pulun üzerine koyarak tahta köşesinde, Pulları ele alınır diğer el ile tahtadaki deliklere yerleştirilir..Tahtadaki orijinal delik tarafı yukarı bakacak şekilde sol elle alınarak, sağ üst köşeye pullar çevrilir.Üst sırada boyunca pullar tamamlanana kadar gösterilerek çevirmeye devam edilir.İkinci sırada pulları sağ elle alınıp sol ile çevrilir, üçüncü sırada sol el ile alıp sağ pulu çevrilir, son olarak dördüncü sıra için sağ elle alınarak sol ile çevirme işlemini tamamlanması gerekir.Testin sonunda pullar aynı renkte olmalı,tüm pullar tahta deliklere yerleşmiş olunca süre durdurularak test tamamlanır (Surrey ve ark., 2003) .

3.3.7. Aynada İz Sürme Testi

Aynada iz sürme tetinin amacı mümkün olan en az hata ile yıldız şeklini en kısa sürede tamamlamaktır..Başla komutu ile kronometre başlatılır. Katılımcı testi, ayarlanabilir yükseklikte sandalyede, aynadan yıldızı tam görebileceği seviyede oturarak uygulanmalıdır Test yıldız şeklini takip etmeyi içerir. Hata sayısı cihaz tarafından otomatik olarak kayıt edilir Hata katılımcının yıldız şeklinin dışına çıktığı miktar olarak kayıt edilmektedir. Hata katılımcının yıldız şeklinin dışına çıktığı miktar olarak kayıt edilmektedir. Yıldız çizgilerinin dışına çıkıldığında ya da herhangi bir çizgi üzerinden çıkıldığı zaman hata olur. Yıldız izleme boyunca hataların toplam sayısı ve tek tur çizimde geçen süre katılımcının sayısal skoru olarak kayıt edilir. (Rudsill ve Jackson, 1992).

3.3.8. Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirme Skalası :

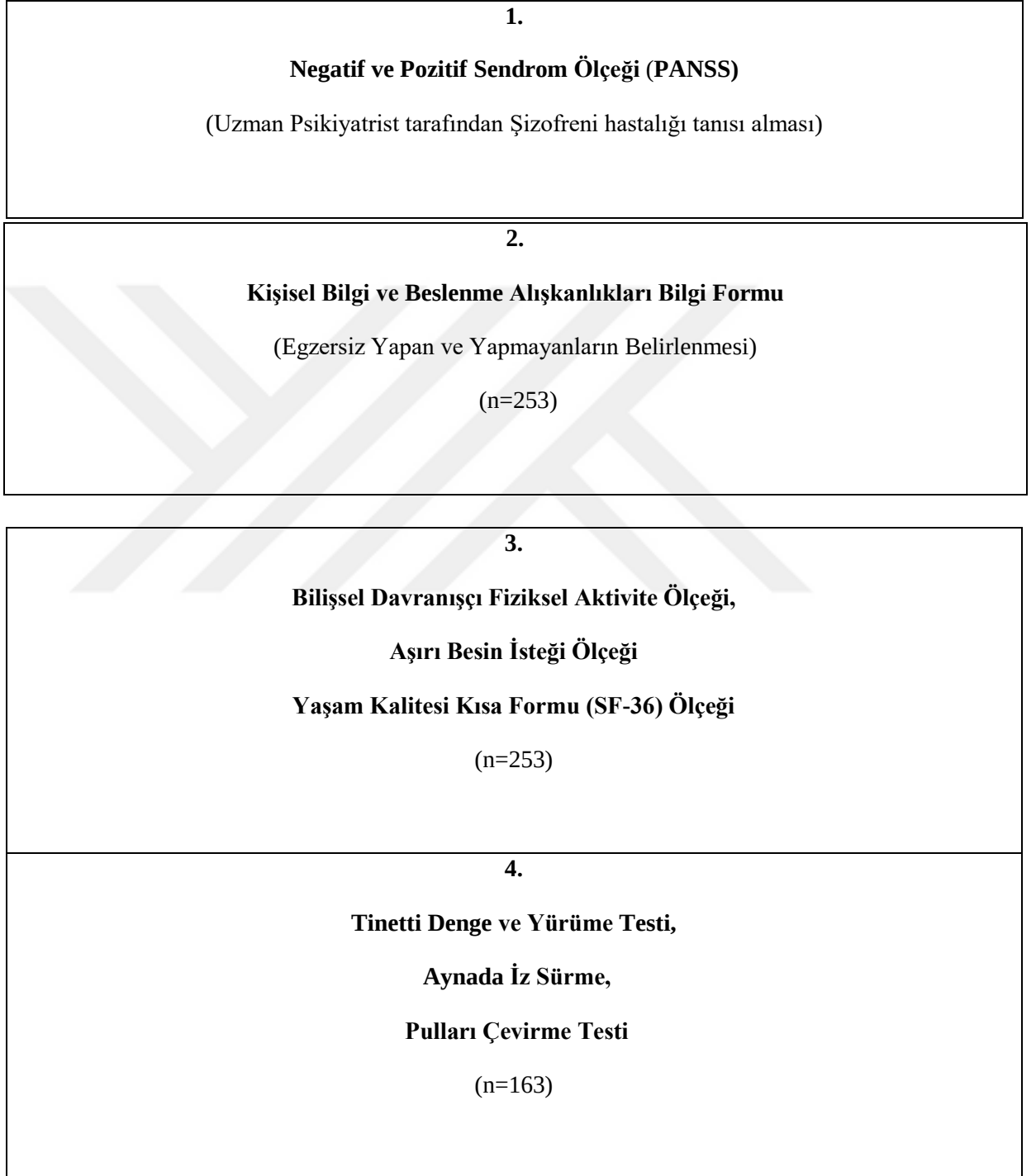
TDYD denge yeteneğini ve yürüyüşü 2 ana başlıkta değerlendirmektedir: ilk 13 soru denge ile, sonraki 9 soru ise yürüyüş ile ilgilidir. Anket puanının hesaplaması; ilk 13 maddenin toplam puanı denge puanını, sonraki 9 maddenin toplam puanı yürüme puanını, denge ve yürüme puanının toplamı ise toplam puanı vermektedir. Gözlem ile yapılan değerlendirme sonucunda puanlama şu şekilde olmaktadır: 2 puan; belirtilen hareketin doğru yapılması, 1 puan; belirtilen hareketin adaptasyonlarla yapılması, 0 puan; hareketin yapılamaması. Testten toplam denge ve yürüme skoru puanı 35 olarak sapatanmıştır, 35-26 arası normal, 26-17 arası orta derece ve 17nin alt. ise ciddi düşme riski olarak kabul edilmektedir. Puanın 17nin altında olması sonucunda düşme oranının 5 kat artarak tehlikeli olabileceği saptanmıştır (Tinetti, 1986).

3.4.İstatistiksel Analiz

Demografik bilgilerin analizlerinde sürekli sayısal veri bilgilerinde ortalama, standart sapma, kategorik veriler içinse yüzde ve frekans dağılımlarına dikkate alınmıştır. Karşılaştırmalarda, anlamlı fark düzeyi için $\alpha=0.05$ değeri kullanılmıştır.

Verilerin analizinde, parametrik ya da nonparametrik kullanılma kararı, normal dağılım ölçütlerine göre yapılmıştır. İstatistik veri çözümlemeleri için; iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U ve çok gruplu karşılaştırmalarda Kruskal Wallis H, korelasyonlarda ise Spearman analizleri kullanılmıştır.

ÇALIŞMA DİZAYNI AKIŞ DİYAGRAMI



Şekil 4.1.Çalışmanın dizaynı akış diyagramı

4. BULGULAR

4.1. Demografik Bilgiler

Tablo 4. 1.1. Katılımcıların Pozitif ve Negatif Sendrom Duygu Durumlarına (PANSS) İlişkin Bilgiler

	Ortalama	Standart sapma
Pozitif Belirtiler	11.50	4.51
Negatif Belirtiler	9.50	4.42
Genel Psikopatoloji	23.45	4.85
Toplam Panss	44.60	11.24

Tablo 4.1.1’de Katılımcıların pozitif duygu durumlarına (sanrılar, düşünce dağınıklığı, büyüklük duygusu, varsanılar, şüphencilik, düşmanca tutum vb.)bakıldığında hastalığın seyrine ilişkin şizofreni tanısının yaklaşık ortalama değerlerde seyrettiğini görülmektedir. Negatif belirtiler (duygusal iççekilme, ilişki kurmada güçlük, kendini toplumdan çekme, soyut düşünme güçlüğü, duygulanımda küntleşme vb.) genel psikopatoloji belirtileri (bedensel kaygı, anksiyete, suçluluk duyguları, depresyon, motor yavaşlama, dikkat azalması, dürtü kontrolsüzlüğü, zihinsel aşırı uğraş, aktif biçimde sosyal kaçınma, içgörü eksikliği, gerginlik vb.) ve genel toplam PANSS ile şizofreni hastalık tanısı belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2. Katılımcıların Yaş, Boy, Ağırlık ve Beden Kitle İndeksine İlişkin Bilgiler

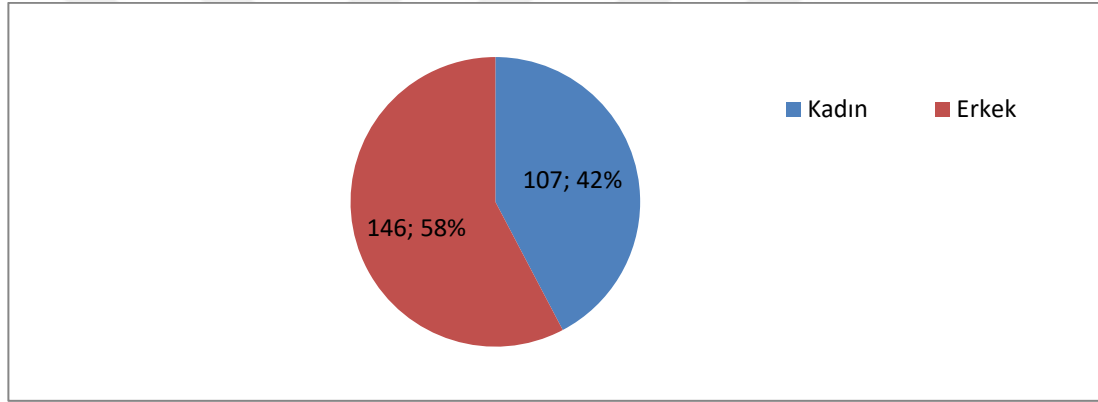
	Ortalama	Standart sapma
Yaş	38.00	10.26
Boy	170.22	9.29
Ağırlık	85.48	14.60
BMI	29.60	5.10

Tablo 4.1.2.’de Katılımcıların yaş ortalamaları (38.00) ,boy (170.22) ve ağırlık (85.48) ortalamaları bu şekilde seyrederken, BMI (29.60) dağılımındaki etkisine bakıldığında normal değerlerin üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.1.3. Katılımcıların Cinsiyete Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

Cinsiyet	frekans	%
Kadın	107	42.3
Erkek	146	57.7
Toplam	253	100.0

Tablo4.3'te katılımcıların cinsiyet yüzdeleri birbirine yakın olup, çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır.



Şekil 4.2. Katılımcıların cinsiyete göre %'lik dağılımları pay grafiği

Tablo4.1.4. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

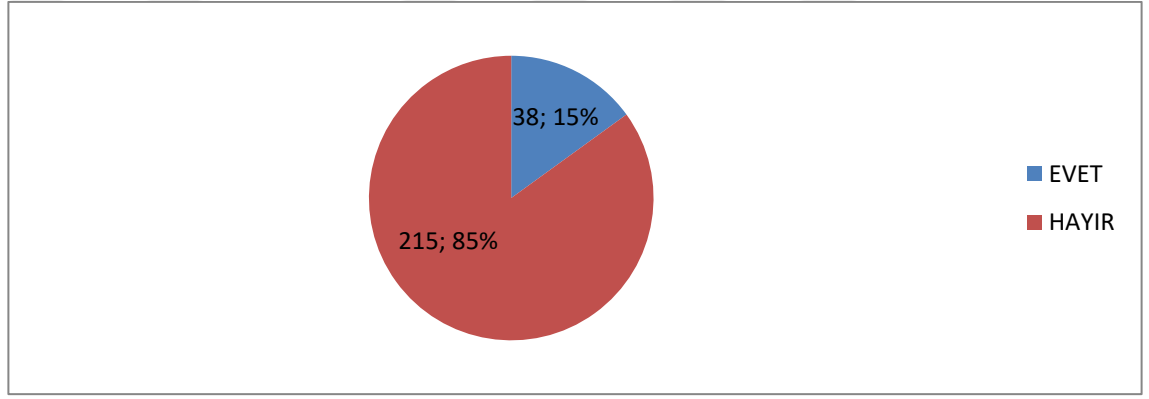
Eğitim Durumu	frekans	%
Okuryazar / İlkokul	39	15.4
Ortaokul / Lise	159	62.8
Yüksekokul / Fakülte	55	21.7
Toplam	253	100.0

Tablo 4.1.4'de katılımcıların çoğunluğu (%62.8) ortaokul/lise mezunu olurken, düşük ve yüksek öğrenim mezuniyetine sahip katılımcılarda eğitim durumlarını belirlemiştir.

Tablo 4.1.5. Katılımcıların Çalışma Durumuna İlişkin Dağılımları

Çalışma Durumu	frekans	%
Evet	38	15.0
Hayır	215	85.0
Toplam	253	100.0

Tablo 4.1.5'te katılımcıların büyük bir bölümünün (%85.0) çalışmadığı belirlenmiştir.



Şekil 4.3. Katılımcıların çalışma durumuna ilişkin pay grafiği.

Tablo 4.16. Katılımcıların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımları

Gelir düzeyi	frekans	%
2000'in altı	100	39.5
2000-5000	125	49.4
5000 ve üzeri	28	11.1
Toplam	253	100.0

Tablo 4.1.6'da katılımcıların gelir düzeyinin çoğunluğunun (%88.9) 5000'in altında olduğu ve çoğunluğunun ekonomik durumun düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.7. Katılımcıların Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımları

Yerleşim Yeri	frekans	%
Köy	9	3.6
İlçe	40	15.8
Şehir	204	80.6
Toplam	253	100.0

Tablo 4.1.7’de katılımcıların yaşamlarını sürdürmekte en çok şehir yerleşimini tercih ettikleri görülmektedir.

Tablo 4.1.8. Katılımcıların Kronik Rahatsızlıklarına İlişkin Dağılımları

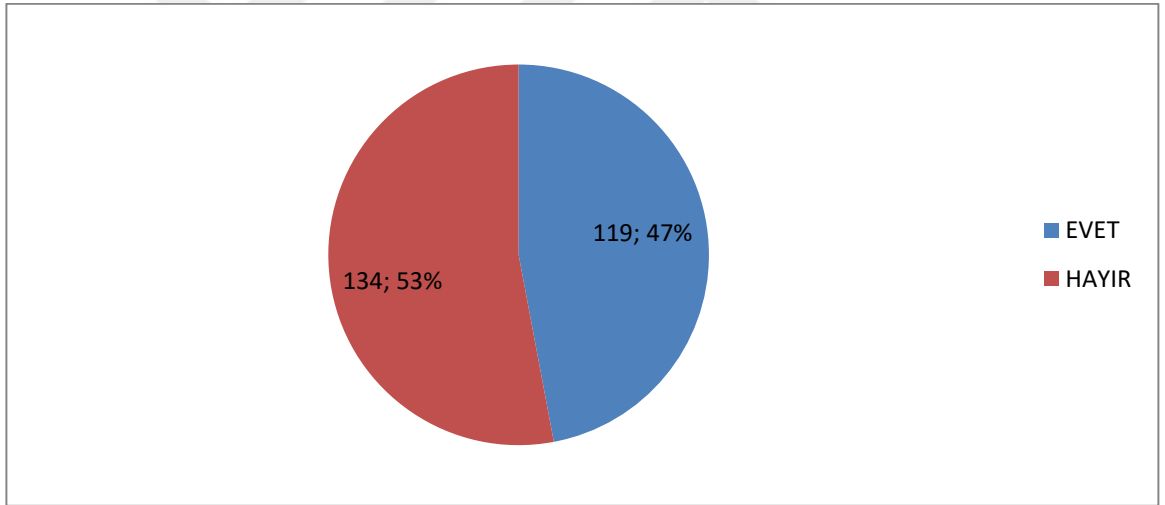
Kronik rahatsızlık	frekans	%
Yok	166	65.6
Dişabet/Şeker	32	12.6
Yüksek Tansiyon	20	7.9
Kolesterol	12	4.7
Diğer Hastalıklar	23	9.1
Toplam	253	100.0

Tablo 4.1.8’de katılımcıların çoğunluğu kronik bir rahatsızlığa sahip değilken bir kısmı ise farklı kronik rahatsızlıkları bulunmaktadır.

Tablo 4.1.9. Katılımcıların Beceri Eğitimlerine İlişkin Dağılımları

Beceri eğitimi	<i>frekans</i>	%
Evet	119	47.0
Hayır	134	53.0
Toplam	253	100.0

Tablo 4.1.9’da katılımcıların %53.0’ı bir beceri içeren etkinliğe katılmazken %47.0 da (resim, müzik, el sanatları, spor vb.) beceri eğitimlerine katılarak bir uğraşı terapisine devam etmektedir.



Şekil 4.4. Katılımcıların beceri eğitimlerine katılmasına ilişkin pay grafiği

Tablo 4.1.10. Katılımcıların Tedaviye Geldiğinde Kötü Hissetmelerine Neden Olan Bir Duruma İlişkin Nitel Kategori Kodlaması Sonuçları

Tedavi Süreci	frekans	%
Hayır olmadı ,yok	168	66.4
Diğer hasta davranışları	45	17.8
Halüsinasyon, stres, panik, şüphe	24	9.5
Tedavinin uzun sürmesi	8	3.2
Boşluk, yalnızlık hissi duyma	8	3.2
Toplam	253	100.0

Tablo 4.1.10’de Tedavi sürecinde her hasta durumunu kendi duygu durumundan ifade ederken, katılımcıların çoğunluğu kötü hissetmesine neden olacak bir durumla karşılaşmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.1.11.Katılımcıların yaşam memnuniyetine göre frekans sıklığı ve yüzde dağılımları

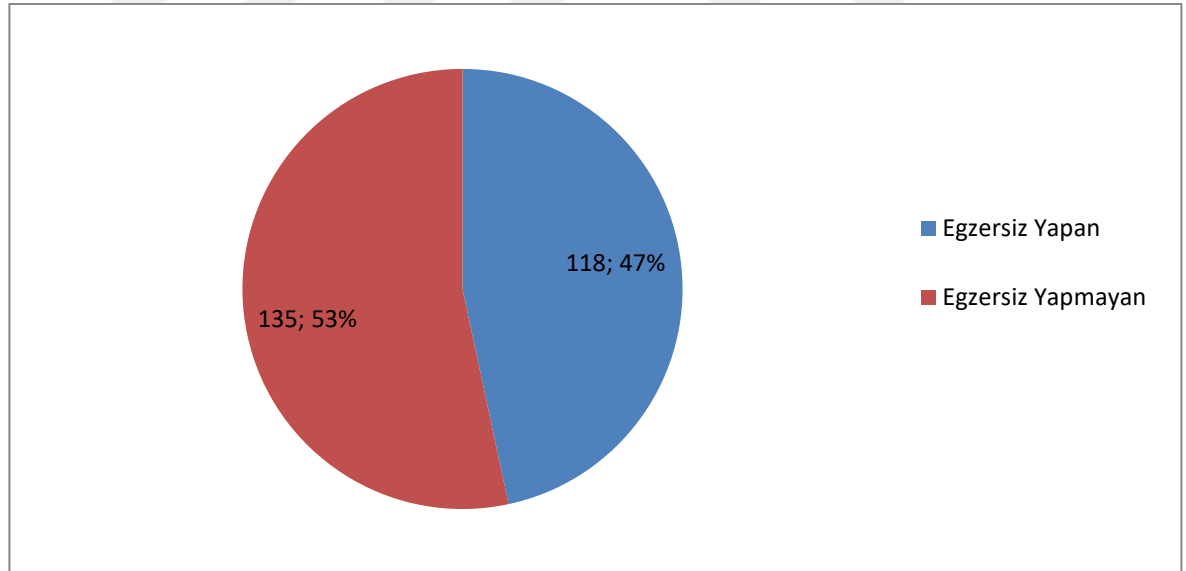
Yaşam Memnuniyeti	frekans	%
Çok Kötü	12	4.7
Kötü	21	8.3
Orta	90	35.6
İyi	42	16.6
Çok iyi	88	34.8
Toplam	253	100.0

Tablo 4.1.11’de Katılımcıların yaşam memnuniyetleri yüksekten düşüğe göre bir eğri çizerken genel olarak yaşamlarından menün oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.1.12. Katılımcıların Egzersiz yapan ve yapmayanlara ilişkin frekans ve yüzde dağılımları

Egzersiz yapma	frekans	%
Evet	118	46.6
Hayır	135	53.4
Toplam	253	100.0

Tablo 4.1.12’de katılımcıların %53,4’le egzersiz yapmayanların %46.6 oranla yapanlara göre yüksek bulunmuştur. Belirlenen yüzdelere göre, egzersiz yapanlar ile yapmayanların oranlarının birbirlerine yakın olmasının yanı sıra, egzersiz yapmayanların yüzdesinin daha fazla olduğu söylenebilir.



Şekil.4.5 Katılımcıların Egzersiz Yapan ve Yapmayanlara İlişkin Pay Grafiği

Tablo 4.1.13. Katılımcıların Egzersiz Türüne Göre Frekans Sıklığı ve Yüzde Değerleri

Egzersizin Türü	<i>frekans</i>	%
Yürüyorum	108	58.7
Koşuyorum	11	6.6
Ağırlık Kaldırıyorum	8	4.3
Bisiklete Biniyorum	13	7.0
Yüzüyorum	14	7.1
Diğer Egzersizler	30	16.3
Toplam	184	100.0

Tablo 4.1.13'te katılımcıların en çok yürüme egzersizini yaptıkları ve farklı türlerde de egzersizlere ilgi duydukları anlaşılmaktadır.

Tablo 4.1.14. Katılımcıların Egzersiz Yoğunluğuna Göre Frekans ve Yüzde Değerleri

Egzersizin Yoğunluğu	<i>frekans</i>	%
Düşük	66	38.0
Orta	79	45.4
Yüksek	29	16.6
Toplam	174	100.0

Tablo 4.1.14'de katılımcıların egzersiz yoğunluğunu sırasıyla orta, düşük ve yüksek yoğunluklarda gerçekleştirdikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.1.15. Katılımcıların Egzersizi Kimlerle Yaptığına İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Egzersizizi Kiminle Yaptığı	<i>frekans</i>	%
Bireysel	151	74.1
Arkadaşımlla	33	16.1
Grupla	20	9.8
Toplam	204	100.0

Tablo 4.1.15’de katılımcıların hastalık durumlarından etkilendikleri yalnızlık duygu durumunun en çok egzersizi bireysel (%74.1) olarak yapmayı tercih ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.1.16. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanma Frekans ve Yüzde Dağılımları

Sigara kullanımı	<i>frekans</i>	%
Evet	115	45.5
Hayır	138	54.5
Alkol kullanımı		
Evet	39	15.4
Hayır	214	84.6
Toplam	253	100.0

Tablo 4.16’de Katılımcıların sigara ve alkol kullanımları düşük seviyededir. Sigara kullanımı alkole göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.1.17.Katılımcıların İlaçların Yan Etkisi Frekans ve Yüzde Dağılımları

İlaçların yan etkisi	<i>frekans</i>	%
Biliyorum	83	32.8
Kısmen Biliyorum	77	30.4
Bilmiyorum	93	36.8
Toplam	253	100.0

Tablo 4.1.17’de katılımcıların kullandıkları ilaçların yan etkilerini çoğunluğu bilirken ,%36.8’i ilaçların yan etkilerini bilmediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.1.18. Katılımcılara Diyet Önerilmesine İlişkin Yüzde Dağılımları

Diyet Önerisi	<i>frekans</i>	%
Evet	120	47.4
Hayır	133	52.6
Toplam	253	100.0

Tablo 4.1.18’de katılımcılara diyet önerisi %52.6 ile yapılmazken kalan %47.4 gibi yarıya yakın bir oranla diyet önerisinde bulunulacak kadar beden kitle indekslerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.1.19. Katılımcıların Fiziksel Rahatsızlık ve Türüne İlişkin Frekans Sıklığı ve Yüzde Dağılımları

Fiziksel rahatsızlık	<i>frekans</i>	%
Evet	37	14.6
Hayır	216	85.4
Rahatsızlık Türü		
Bel Fıtığı	11	33.3
Vertigo	5	15.2
Diz Eklemleri Rahatsızlıkları	12	36.3
Boyun Fıtığı	5	15.2
Toplam	33	100.0

Tablo 4.1.19’da katılımcıların %85.4’ünün egzersiz yapmasından yana fiziksel bir engeli bulunmadığı %14.6’lık bir bölümünde ise fiziksel rahatsızlıklar tespit edilmiştir. Bu fiziksel rahatsızlığın büyük bölümünü diz eklemi ve bel fıtığı tanıları oluşturmaktadır. Bunları baş dönmesi ve boyun fıtığı takip etmektedir.

4.2.Beslenme Alışkanlıkları Bilgisi

Tablo 4. 2.1..Ana Öğün Beslenme Alışkanlıkları Frekans ve Yüzde Dağılımlarına İlişkin Bilgiler

Ana Öğün Atlama	frekans	%
Evet	100	39.5
Hayır	153	60.5
Hangi Ana Öğün		
Sabah	44	44.0
Öğlen	38	38.0
Akşam	18	18.0
Toplam	100	100.0
Ana öğün zamanı		
Öğlen	6	31.6
Akşam	13	68.4
Toplam	19	100.0

Tablo 4.2.1’ de katılımcıların ana öğün %60.5’inin atlamadığı, atlayınca da en çok sabah öğününü atladıkları ve sabah öğününü tercih ettikleri görülmüştür.

Tablo 4.2.2. Ana Öğün Atlama Nedenleri Frekans ve Yüzde Dağılımları

Öğün Atlama Nedeni	frekans	%
Zaman Yetersizliği	23	18.6
Canım İstemiyor, iştahım yok.	49	39.8
Unutuyorum	13	10.5
Diyet yapıyorum	6	4.8
Alışkanlığım yok	21	17.4
Diğer nedenler	11	8.9
Toplam	123	100.0

Tablo4. 2.2'nin ana öğünü atlama nedenlerine bakılınca en çok canının istemeyip, iştahının olmadığını (%39.8) söylemek mümkündür. Bunu zaman yetersizliği ve alışkanlığının olmayışı takip etmektedir.

Tablo 4.2.3. Katılımcıların Ara Öğün Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Frekans Dağılımları

Ara öğün atlama	frekans	%
Evet	106	41.9
Hayır	147	58.1
Ara öğün zamanı		
Sabah	30	19.1
Öğle Arası (Kuşluk)	79	50.3
İkinci	33	21.1
Akşam Yemeğinden Sonra	15	9.5
Toplam	157	100.0
Ara öğün atlama nedeni		
Zaman Yetersizliği	9	8.5
Canım İstemiyor, iştahım yok.	41	38.6
Unutuyorum	14	13.2
Diyet yapıyorum	3	2.8
Alışkanlığım yok	31	29.2
Diğer nedenler	8	7.7
Toplam	106	100.0

Tablo 4.2.3’de Katılımcıların ara öğünleri için ara öğün zamanı olarak öğle arası (kuşluk) vakti (%50.3) olduğu görülmektedir. Katılımcılar ara öğünleri atlamayanlar(% 58.1) ile atlayanlardan daha fazladır. Ara öğün atlama sebebi ise iştahının olmayışı ve alışkanlığım yok şeklinde sıralanmaktadır.

Tablo4.2.4. Katılımcıların Hafta İçi Ana Öğün Zamanına Göre Yüzde Dağılımları

	frekans	%
Hafta İçi Sabah		
06:00-08:00	78	34.4
08:00-10:00	105	46.2
10:00-12:00	44	19.4
Toplam	227	100.0
Hafta içi öğlen		
12:00-14:00	145	75.5
14:00-16:30	47	24.5
Toplam	192	100.0
Hafta içi akşam		
17:00-19:00	132	60.3
19:00-21:00	71	32.4
21:00-24:00	16	7.3
Toplam	219	100.0

Tablo 4.2.4’de araştırmaya katılan bireylerin hafta içi sabah 08:00-10:00 aralığı (%46.2), öğlen 12:00-14:00 arası(%75.5),akşam 17:19-19:00 arasında (%60.3) ile en çok ana öğün yapma zamanları olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.2.5. Katılımcıların Hafta Sonu Ara Öğün Zamanı Frekans Sıklıkları

	frekans	%
Hafta Sonu Sabah		
06:00-08:00	83	36.7
08:00-10:00	98	43.3
10:00-12:00	45	20.0
Toplam	226	100.0
Hafta sonu öğlen		
12:00-14:00	148	74.7
14:00-16:30	50	25.3
Toplam	198	100.0
Hafta sonu akşam		
17:00-19:00	126	58.1
19:00-21:00	78	35.9
21:00-24:00	13	6.0
Toplam	217	100.0

Tablo 4.2.5’de araştırmaya katılan bireylerin hafta sonu sabah 08:00-10:00 aralığı (%43.3), öğlen 12:00-14:00 arası(%74.7),akşam 17:19-19:00 arasında (%58.1) ile en çok ara öğün yapma zamanları olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Ölçeklere İlişkin Bilgiler

Tablo 4.3.1 Katılımcıların BDAFÖ İlişkin Bilgiler

	Ortalama	Standart sapma
Sonuç beklentisi	4.14	0.08
Öz-düzenleme	3.25	0.92
Kişisel Engeller	2.93	0.82
BDAFÖ Toplam	4.47	1.57

Tablo 4.3.1’de katılımcıların bilişsel davranışçı fiziksel aktivite ölçeğine verdikleri yanıtların alt boyutlarına bakıldığında sonuç beklentisi ortalaması öz düzenleme ve kişisel engellere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu üç boyutta ise toplam BDAFÖ ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3.2. Katılımcıların Yaşam Kalitesi (SF -36) alt boyutları ortalama ve standart sapma değerleri

	Ortalama	Standart sapma
Fiziksel Fonksiyon	02.39	0.54
Fiziksel Rol Güçlüğü	1.74	0.35
Duygusal (Emosyanel) Rol Güçlüğü	1.55	0.45
Canlılık/Vitalite/Enerji	3.47	0.88
Ruh Sağlığı	3.60	0.86
Sosyal İşlevsellik	3.06	0.84
Ağrı	2.84	1.36
Genel Sağlık	2.99	0.58

Tablo 4.3.2’de katılımcıların yaşam kalitelerine verdikleri yanıtların alt boyutlarına bakıldığında fiziksel fonksiyon ortalaması en yüksek değeri alırken bunu ruh sağlığı, canlılık ve genel sağlık puan ortalamaları takip etmektedir.

Tablo 4.3.3. Katılımcıların Aşırı Besin İsteğine İlişkin Alt Faktör Sonuçları

Aşırı Besin İsteği	Ortalama	Standart sapma
Besin Tüketme Niyeti Planı	3.66	1.40
Pozitif Destek Beklentisi	3.20	1.32
Negatif Duygu Durumu ve Rahatlama	3.37	1.44
Yeme Kontrolü Olmaması	3.94	1.32
Yiyecek ile İlgili Düşünce Zihin Meşguliyeti	4.15	1.35
Fizyolojik Aşırı Yeme İsteği	3.63	1.37
Beslenme Öncesi ve Sırası Tecrübe Duygular	3.58	1.47
Aşırı Besin İsteğini Tetikleyen Uyaranlar	3.69	1.35
Yemek Yeme İsteğine Karşı Koyamama Hali	3.39	1.43
ABİS Toplam	32.62	9.48

Tablo 4.3.3’de katılımcıların aşırı besin isteğine verdikleri yanıtların alt faktörlerine yiyecek ile ilgili düşünce ve zihni meşgul etme boyutu ortalaması yüksek bulunurken, yeme kontrolünün olmaması puan değeri arttıkça besin isteğine olan yönelimin yüksekliğini ifade etmiştir. Toplam aşırı besin isteği puanı bakıldığında en yüksek değeri almıştır. Katılımcıların duygu durumunun yeme isteğini artırdığını belirlenmiştir.

4.4. Testlere İlişkin Bilgiler

Tablo 4.4.1. Katılımcıların Tinetti Denge ve Yürüme istatistik değerleri

Puan (n=253)	Ortalama	Standart sapma
Tinetti Denge	21.42	3.09
Tinetti Yürüme	6.98	1.57
Tinetti Toplam	28.35	4.06

Tablo 4.4.1’de katılımcıların denge ve yürüme skorları ortalamalarına bakıldığında denge durumları yürümelerine göre daha yüksek puan alırken, toplam Tinetti puanı en yüksek ortalama puanını almıştır.

Tablo 4.4.2. Katılımcıların Aynada İz Sürme Değerleri

Puan (n=163)	Ortalama	Standart sapma
Aynada İz Sürme(sn:ms)	126.68	48.21
Aynada iz Sürme Hata(sayı)	46.20	41.77

Tablo 4.4.2’de katılımcıların aynada iz sürme değerlerine bakıldığında puan skorları ortalaması için aynada iz sürmenin ,aynada hata yapma durumuna göre daha yüksek puan ortalaması almıştır.

Tablo 4.4.3. Katılımcıların Pul Çevirme Testine İlişkin Bilgileri

Puan (n=163)	Ortalama	Standart sapma
Pul Çevirme (sn:ms)	91.48	33.33

Tablo 4.4.3’ de katılımcıların pulları çevirme sürelerinin ortalama puanı 91.48 olarak saptanmıştır. Standart sapmasına bakıldığında katılımcıların süreleri etkili kullandıkları el göz koordinasyonuna sahip olduklarını söylemek mümkündür.

4.5.Ölçeklerin Karşılaştırma Fark Sonuçları

Tablo 4.5.1. Egzersiz Yapan ve Yapmayanların Yaş Karşılaştırılması Sonuçları

		n	ort±ss	z	p
Yaş	Egzersiz Yapan	118	38.46±10.95	-0.364	0.716
	Egzersiz Yapmayan	135	37.61±9.64		

*(p< 0.01) **(p<0.05)

Tablo 4.5.1’de katılımcıların yaşları (yıl) ile egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.5.2. Egzersiz Yapan ve Yapmayanların Beden Kitle İndeksleri Karşılaştırma Sonuçları

		n	ort±ss	z	p
BMI	Egzersiz Yapan	118	28.69±4.93	-2.417*	0.016
	Egzersiz Yapmayan	135	30.39±5.13		

*(p<0.05)

Tablo 4.5.2.’de Katılımcıların beden kitle indekslerin (BMI) egzersiz yapan ve yapmayanlarda arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5.3. Egzersiz Yapan ve Yapmayan Katılımcıların Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivitelerine İlişkin Sonuçlar

		n	ort±ss	Z	p
Sonuç Beklentisi	Egzersiz Yapan	118	4.40±.63	-5.569**	0.000
	Egzersiz Yapmayan	135	3.91±.85		
Öz Düzenleme	Egzersiz Yapan	118	3.55±.79	-4.455**	0.000
	Egzersiz Yapmayan	135	3.00±.95		
Kişisel Engeller	Egzersiz Yapan	118	2.77±.77	-2.774**	0.006
	Egzersiz Yapmayan	135	3.06±.85		
BDAFÖ Toplam	Egzersiz Yapan	118	5.18±1.33	-6.831**	0.000
	Egzersiz Yapmayan	135	3.85±1.50		

**($p < 0.01$)

Tablo 4.5.3’de katılımcıların Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivite Alt Boyutları; Sonuç Beklentisi Öz-Düzenleme ve Kişisel Engeller alt boyutları ile egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında anlamlı ve genel toplam BDAFÖ ise egzersiz yapan ve yapmayan arasında anlamlı bir fark göstermiştir.

Tablo 4.5.4 Egzersiz Yapan ve Yapmayan Katılımcıların Yaşam Kalitesine İlişkin Sonuçları

Egzersiz Yapan n:118 Egzersiz Yapmayan n:135		ort±ss	z	p
Fiziksel Fonksiyon	Egzersiz Yapan	70.80±29.34	-1.483	0.138
	Egzersiz Yapmayan	68.04±25.05		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Egzersiz Yapan	74.58±34.59	-0.149	0.881
	Egzersiz Yapmayan	73.33±34.85		
Duygusal Rol Güçlüğü	Egzersiz Yapan	48.35±43.96	-2.430*	0.015
	Egzersiz Yapmayan	61.02±45.46		
Canlılık /Vatalite/Enerji	Egzersiz Yapan	45.34±15.93	-3.059**	0.002
	Egzersiz Yapmayan	52.81±18.39		
Ruh Sağlığı	Egzersiz Yapan	49.42±16.95	-2.283*	0.022
	Egzersiz Yapmayan	54.34±17.29		
Sosyal İşlevsellik	Egzersiz Yapan	49.79±22.59	-1.122	0.262
	Egzersiz Yapmayan	53.15±19.60		
Ağrı	Egzersiz Yapan	35.34±27.57	-1.069	0.285
	Egzersiz Yapmayan	38.00±26.79		
Genel Sağlık	Egzersiz Yapan	45.34±13.05	-4.563**	0.000
	Egzersiz Yapmayan	53.78±14.73		

**($p < 0.01$) *($p < 0.05$)

Tablo 4.5.4’de Katılımcıların çalışmada yaşam kaliteleri ile egzersiz yapan ve yapmayanlar arasındaki karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında, duygusal rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı ve genel sağlık alt boyutlarında anlamlı bir fark varken ($p < 0.01$), fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutlarında ise anlamlı bir istatistiksel fark görülmemiştir. ($p > 0.05$)

Tablo 4.5.5. Egzersiz Yapan ve Yapmayan Katılımcıların Aşırı Besin İsteği Karşılaştırma Sonuçları

Egzersiz Yapan n:118 Egzersiz Yapmayan n:135		ort±ss	z	p
Besin Tüketme Niyeti Planı	Egzersiz Yapan	11.44±4.33	-1.553	0.133
	Egzersiz Yapmayan	10.60±4.05		
Pozitif Destek Beklentisi	Egzersiz Yapan	16.66±6.43	-1.682	0.093
	Egzersiz Yapmayan	15.39±6.76		
Negatif Duygu Durumu ve Rahatlama	Egzersiz Yapan	10.25±4.28	-0.495	0.621
	Egzersiz Yapmayan	10.01±4.36		
Yeme Kontrolü Olmaması	Egzersiz Yapan	24.90±7.42	-2.260*	0.022
	Egzersiz Yapmayan	22.53±8.21		
Yiyecek ile İlgili Düşünce Zihin Meşguliyeti	Egzersiz Yapan	29.53±9.25	-0.864	0.388
	Egzersiz Yapmayan	28.57±9.63		
Fizyolojik Aşırı Yeme İsteği	Egzersiz Yapan	14.77±5.42	-0.611	0.541
	Egzersiz Yapmayan	14.31±5.56		
Beslenme Öncesi ve Sırası Tecrübe Duyguları	Egzersiz Yapan	14.69±5.46	-0.794	0.427
	Egzersiz Yapmayan	14.04±6.21		
Aşırı Besin İsteğini Tetikleyen Uyarılar	Egzersiz Yapan	15.06±5.80	-0.891	0.373
	Egzersiz Yapmayan	14.51±5.03		
Yemek Yeme İsteğine Karşı Koyamama Hali	Egzersiz Yapan	10.26±4.17	-0.467	0.640
	Egzersiz Yapmayan	10.09±4.40		
Aşırı Besin İsteği Toplam	Egzersiz Yapan	147.57±39.30	-0.996	0.319
	Egzersiz Yapmayan	140.04±44.08		

*(p<0.05)

Tablo 4.5.5’de Katılımcıların çalışmada Aşırı Besin İsteği ile egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında yalnızca Yeme kontrolü olmaması alt faktöründe anlamlı bir fark bulunurken, diğer alt boyutlar Besin tüketme niyeti planı ,Pozitif destek beklentisi ,Negatif duygu durumu ve rahatlama, Yiyecek ile ilgili düşünce zihin meşguliyeti, Fizyolojik aşırı yeme isteği,Beslenme öncesi ve sırası tecrübe duyguları,Aşırı Besin İsteğini tetikleyen uyarılar,Yemek yeme isteğine karşı koyamama halinde ve ABİS toplam puanda istatistiksel olarak bir anlamlı fark görülmemiştir.

4.6. Testlerin Arasındaki Karşılaştırma Fark Değerleri

Tablo 4.6.1. Katılımcıların Tinetti Denge ve Yürüme İle Egzersiz Yapan ve Yapmayanlar Arasındaki Sonuçları

		n	ort±ss	z	p
Tinetti Denge	Egzersiz Yapan	69	21.75±3.31	-2.228*	0.026
	Egzersiz Yapmayan	94	21.13±2.86		
Tinetti Yürüme	Egzersiz Yapan	69	7.23±1.40	-2.122*	0.034
	Egzersiz Yapmayan	94	6.76±1.68		
Tinetti Toplam	Egzersiz Yapan	69	28.97±4.29	-2.907**	0.004
	Egzersiz Yapmayan	94	27.81±3.78		

**($p < 0.01$) *($p < 0.05$)

Tablo 4.6.1’de katılımcıların egzersiz yapan ve egzersiz yapmayan ile ölçülen Tinetti Denge ve Yürüme ile Tinetti Toplam puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı farklar olduğu görülmüştür.

Tablo 4.6.2. Katılımcıların Aynada İz sürme Süreleri ile Egzersiz Yapan ve Yapmayanlar Arasındaki Sonuçları

		n	ort±ss	z	p
Aynada İz Sürme	Egzersiz Yapan	69	126.06±38.85	-0.143	0.886
	Egzersiz Yapmayan	94	127.14±54.26		
Aynada iz Sürme Hata	Egzersiz Yapan	69	43.06±28.48	-0.719	0.472
	Egzersiz Yapmayan	94	48.51±49.33		

Tablo 4.6.2’de Katılımcılara uygulanan, Aynada İz Sürme süresi ve Hata yapma sayısı durumunun egzersiz yapan ve yapmayan katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.6.3. Katılımcıların Pul Çevirme Testi ile Egzersiz Yapan ve Yapmayanlar Arasındaki Sonuçları

		n	ort±ss	z	p
Pul çevirme Testi Süre	Egzersiz Yapan	69	94.95±35.28	-1.186	0.236
	Egzersiz Yapmayan	94	88.94±31.77		

Tablo 4.6.3’de Çalışmanın katılımcıları pul çevirme testi sürelerine bakıldığında egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4.6.4. Katılımcıların Yaşam Memnuniyeti ile Yaşam Kalitesi Karşılaştırma Sonuçları

	Yaşam Memnuniyeti	n	ort±ss
Fiziksel Fonksiyon	Çok kötü	12	2.33±0.53
	Kötü	21	2.37±0.59
	Orta	90	2.44±0.54
	İyi	42	2.35±0.51
	Çok iyi	88	2.36±0.56
Fiziksel Rol Güçlüğü	Çok kötü ^{2**}	12	1.50±0.41
	Kötü ^{5*}	21	1.55±0.45
	Orta ^{8*}	90	1.83±2.44
	İyi	42	1.65±0.39
	Çok iyi ^{4*}	88	1.77±0.35
Duyusal Rol Güçlüğü	Çok kötü	12	1.67±0.43
	Kötü	21	1.29±0.40
	Orta	90	1.56±0.48
	İyi	42	1.57±0.41
	Çok iyi	88	1.58±0.44
Canlılık/VataliteEnerji	Çok kötü	12	4.00±1.24
	Kötü ^{6**}	21	3.32±1.08
	Orta ^{9*}	90	3.55±1.06
	İyi ^{10**}	42	3.75±0.52
	Çok iyi ^{4**}	88	3.20±0.60
Ruh Sağlığı	Çok kötü	12	3.25±1.27
	Kötü	21	3.51±0.99
	Orta	90	3.69±0.87
	İyi	42	3.80±0.71
	Çok iyi	88	3.49±0.81
Sosyal İşlevsellik	Çok kötü	12	3.25±0.78
	Kötü ^{6*7*}	21	3.48±0.94
	Orta ^{8*9**}	90	3.22±0.76
	İyi	42	2.89±0.69
	Çok iyi	88	2.86±0.91
Ağrı	Çok kötü	12	2.75±1.08
	Kötü	21	3.00±1.19
	Orta	90	2.97±1.57
	İyi	42	2.50±1.27
	Çok iyi	88	2.84±1.23
Genel Sağlık	Çok kötü ^{1*}	12	2.75±0.60
	Kötü ^{5** 6* 7*}	21	3.31±0.73
	Orta	90	2.99±0.58
	iyi	42	3.05±0.51
	Çok iyi	88	2.92±0.56

Karşılaştırmalar; 1: çok kötü-kötü, 2:çok kötü-orta, 3:çok kötü-iyi, 4:çok kötü-çok iyi, 5:kötü: orta, 6:kötü-iyi, 7:kötü-çok iyi, 8:orta-iyi, 9:orta-çok iyi, 10:iyi-çok iyi

Tablo 4.6.4’de Katılımcıların Yaşam memnuniyeti ile yaşam kalitesi alt boyutları ortalama ve standart sapmalarına bakıldığında,Yaşam memnuniyetleri orta düzey ve çok iyi olarak nitelendirirken hastaların sırayla yaşam memnuniyetlerini iyi, kötü ve çok kötü olarak belirlenmiştir.

4.7.Ölçek ve Ölçümlerin İlişki Sonuçları

Tablo 4.7.1. Katılımcıların Beden Kitle İndeksleri ile Tinetti Denge ve Yürüme Testi Arasındaki İlişki Sonuçları

BMI	n	r	p
Tinetti Denge	69 94	-0.152	0.15
Tinetti Yürüme	69 94	-0.128	0.42
Tinetti Toplam	69 94	-0.167	0.08

Tablo 4.7.2. Katılımcıların Beden kitle indeksleri ile Denge, Yürüme ve Toplam Tinetti test puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Tablo 4.7.2. Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivite (BDFAÖ) Arasındaki İlişki Sonuçları

Egzersiz Yapan n:118 BMI	r	p
Sonuç Beklentisi	-0.081	0.38
Öz-düzenleme	-0.158	0.09
Kişisel Engeller	0.077	0.41
BDFAÖ Toplam	-0.247	0.07

Tablo 4.7.2’de Egzersiz yapan katılımcıların Sonuç Beklentisi, Öz Düzenleme ve Kişisel Engeller alt boyutunda ve BDFAÖ Toplam puanda anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7.3. Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivite (BDFAÖ) Arasındaki İlişki Sonuçları

Egzersiz Yapmayan n:135 BMI	r	p
Sonuç Beklentisi	0.078	0.37
Öz-düzenleme	0.130	0.13
Kişisel Engeller	-0.068	0.43
BDFAÖ Toplam	0.161	0.06

Tablo 4.7.3’de Egzersiz yapmayan katılımcıların Sonuç Beklentisi, Öz Düzenleme ve Kişisel Engeller alt boyutunda ve BDFAÖ Toplam puanda çok zayıf düzeyde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7.4. Katılımcıların Beden Kitle İndeksleri İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Sonuçları

BMI Egzersiz Yapan n:118 Egzersiz Yapmayan n:135	r	p
Fiziksel Fonksiyon	-0.174 *	0.06
Fiziksel Rol Güçlüğü	-0.008	0.90
Duygusal Rol Güçlüğü	0.220**	0.00
Canlılık /Vatalite/Enerji	-0.083	0.19
Ruh Sağlığı	0.014	0.82
Sosyal İşlevsellik	0.016	0.80
Ağrı	-0.036	0.57
Genel Sağlık	0.092	0.15

Tablo 4.7.4’te katılımcıların beden kitle indeki değerleri ile fiziksel fonksiyon arasında çok zayıf düzeyde ve duygusal rol güçlüğü alt boyutları ile beden kitle indeksleri arasında zayıf derecede bir ilişkiye sahipken, diğer altı alt boyutunda anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Tablo 4.7.5. Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Sonuçları

Egzersiz Yapan n:118 BMI	r	p
Fiziksel Fonksiyon	-0.091	0.33
Fiziksel Rol Güçlüğü	0.015	0.87
Duygusal Rol Güçlüğü	0.343**	0.00
Canlılık /Vatalite/Enerji	-0.114	0.22
Ruh Sağlığı	-0.140	0.13
Sosyal İşlevsellik	-0.023	0.80
Ağrı	-0.035	0.71
Genel Sağlık	0.051	0.59

**($p < 0.01$) *($p < 0.05$)

Tablo 4.7.5’de Egzersiz yapan katılımcıların Yaşam Kalitesi alt boyutu Duygusal Rol Güçlüğü ile zayıf düzeyde diğer alt boyutlarda ise anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7.6. Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Yaşam kalitesi ve Aşırı Besin İsteği Arasındaki İlişki Sonuçları

Egzersiz Yapmayan (n=135) BMI	r	p
Fiziksel Fonksiyon	-0.243	0.06
Fiziksel Rol Güçlüğü	-0.004	0.96
Duygusal Rol Güçlüğü	0.108	0.21
Canlılık /Vatalite/Enerji	-0.116	0.18
Ruh Sağlığı	0.070	0.42
Sosyal İşlevsellik	0.014	0.88
Ağrı	-0.063	0.47
Genel Sağlık	0.014	0.88

Tablo 4.7.6’de Egzersiz yapmayan katılımcıların, Beden Kitle İndeksi ile Yaşam Kalitesi alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7.7. Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aşırı Besin İsteği Arasındaki İlişki Sonuçları

Egzersiz Yapan n:118 BMI	r	p
Besin Tüketme Niyeti Planı	-0.108	0.24
Pozitif Destek Beklentisi	-0.144	0.12
Negatif Duygu Durumu ve Rahatlama	-0.115	0.21
Yeme kontrolü olmaması	-0.200	0.30
Yiyecek ile İlgili Düşünce Zihin Meşguliyeti	-0.111	0.23
Fizyolojik Aşırı Yeme İsteği	-0.060	0.52
Beslenme Öncesi ve Sırası Tecrübe Duyguları	0.013	0.89
Aşırı Besin İsteğini Tetikleyen Uyarılar	-0.120	0.20
Yemek Yeme İsteğine Karşı Koyamama Halindeki suçluluk	-0.092	0.32
Aşırı Besin İsteği Toplam	-0.132	0.15

Tablo 4.7.7’de Egzersiz yapan katılımcıların Aşırı Besin İsteği alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7.8. Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aşırı Besin İsteği Arasındaki İlişki Sonuçları

Egzersiz Yapmayan (n=135) BMI	r	p
Besin Tüketme Niyeti Planı	-0.32**	0.00
Pozitif Destek Beklentisi	-0.32**	0.00
Negatif Duygu Durumu ve Rahatlama	-0.28**	0.00
Yeme Kontrolü Olmaması	-0.21*	0.02
Yiyecek İle İlgili Düşünce Zihin Meşguliyeti	-0.18*	0.04
Fizyolojik Aşırı Yeme İsteği	-0.08	0.35
Beslenme Öncesi ve Sırası Tecrübe Duygular	-0.18*	0.04
Aşırı Besin İsteğini Tetikleyen Uyarılar	-0.05	0.53
Yemek Yeme İsteğine Karşı Koyamama Hali	-0.26**	0.00
Aşırı Besin İsteği Toplam	-0.26**	0.00

**($p < 0.01$) *($p < 0.05$)

Tablo 4.7.8’de Egzersiz yapmayan katılımcıların, Beden Kitle İndeksi İle Aşırı Besin İsteği alt boyutları besin tüketme niyeti planı, pozitif destek beklentisi, negatif duygu durumunda rahatlama, yemek yeme isteğine karşı koyamama hali ve ABİS toplam puanda zayıf derecede bir ilişki bulunurken, yeme kontrolü olmaması, yiyecek ile ilgili düşünce zihin meşguliyeti, beslenme öncesi ve sırası tecrübe duygular arasında çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Fizyolojik aşırı yeme isteği ve Aşırı besin isteğini tetikleyen uyarılar da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7.9. Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Tinetti Testi Arasındaki İlişki Sonuçları

Egzersiz Yapan n:118 BMI	r	p
Tinetti Denge	-0.272*	0.03
Tinetti Yürüme	-0.105	0.26
Tinetti Toplam	-0.247	0.07

*(p<0.05)

Tablo 4.7.19’da Egzersiz yapan katılımcıların Beden kitle indeksi ile Tinetti Denge zayıf ama anlamlı düzeyde bir ilişki vardır.

Tablo 4.7.10. Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Tinetti Testi Arasındaki İlişki Sonuçları

Egzersiz Yapmayan n:135 BMI	r	p
Tinetti Denge	0.-037	0.67
Tinetti Yürüme	-0.116	0.18
Tinetti Toplam	-0.043	0.62

Tablo 4.7.10’da Egzersiz yapmayan katılımcıların Beden kitle indeksi ile Tinetti denge ve yürüme testi ile Tinetti toplam test puanı sonucu ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7.11. Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aynada Testi ve Hata Sayısı Arasındaki İlişki Sonuçları

Egzersiz Yapan n=69 BMI	r	p
Aynada İz Sürme Testi	0.147	0.23
Hata Sayısı	0.070	0.57

Tablo 4.7.11’de Egzersiz yapan katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aynada İz Sürme Test Süresi ve Hata Sayısı sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7.12. Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aynada İz Sürme Testi ve Hata Sayısı İlişki Sonuçları

Egzersiz Yapmayan n=94 BMI	r	p
Aynada İz Sürme Testi	0.055	0.60
Hata Sayısı	0.078	0.46

Tablo 4.7.12’de Egzersiz yapmayan katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Aynada İz Sürme Test Süresi ve Hata Sayısı sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır

Tablo 4.7.13. Egzersiz Yapan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Pul Çevirme Testi Arasındaki İlişki Sonuçları

Egzersiz Yapan n=69 BMI	r	p
Pul Çevirme Testi	-0.085	0.49

Tablo 4.7.13’de Egzersiz yapan katılımcıların beden kitle indeksi ile pul çevirme test süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7.14. Egzersiz Yapmayan Katılımcıların Beden Kitle İndeksi ile Pul Çevirme Testi Arasındaki İlişki Sonuçları

Egzersiz Yapmayan n=94 BMI	r	p
Pul Çevirme Testi	0.085	0.41

Tablo 4.7.14’de Egzersiz yapmayan katılımcıların beden kitle indeksi ile pul çevirme test süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

5.1.Egzersiziz Bilişsel fonksiyonlar üzerine etkileri

Araştırmamızda katılımcıların yaş ortalamaları, 38.00 ± 10.26 , boy 170.22 ± 9.29 ve ağırlık 85.48 ± 14.60 ortalamaları bu şekilde seyrederken, BMI 29.60 ± 5.10 dağılımındaki etkisine bakıldığında normal değerlerin üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Dans ve hareket rehabilitasyonu ile şizofreni tanılı bireylerde duygu durum ve işlevsel iyileşme düzeyleri üzerine etkisinin incelendiği araştırmada toplum ruh sağlığı merkezine gelen 32 şizofreni tanılı hastaların katıldığı çalışmada deney ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı çalışmada deney grubu yaş ortalaması $40,25 \pm 10$, olurken kontrol grubu yaş ortalaması $46,87 \pm 10,25$ 'dir Araştırmamızla paralellik gösteren bazı çalışmalarda şizofrenik psikozun başlangıç yaşı, hastalık yılı gibi demografik verilerin yer aldığı görülmüştür (Korkmaz Aslan, 2017).

Hastaların şizofreni tanısı alması için pozitif duygu durumlarına (sanrılar, düşünce dağınıklığı, büyüklük duygusu, varsanılar, şüphencilik, düşmanca tutum vb.) bakıldığında hastalığın seyrine ilişkin şizofreni tanısının yaklaşık ortalama değerlerde seyrettiğini görülmektedir. Negatif belirtiler (duygusal içe çekilme, ilişki kurmada güçlük, kendini toplumdan çekme, soyut düşünme güçlüğü, duygulanımda küntleşme vb.) genel psikopatoloji belirtileri (dürtü kontrolsüzlüğü, zihinsel aşırı uğraş, aktif biçimde sosyal kaçınma, içgörü eksikliği, gerginlik vb.) ve genel toplam negatif ve pozitif duygu durumu Panss ile şizofreni hastalık tanısı belirlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyet yüzdeleri birbirine yakın olup, çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Hastaların yaşam memnuniyetleri yüksekten düşüğe göre bir eğri çizirken genel olarak yaşamlarından memnun oldukları belirlenmiştir. Çalışmamızda katılımcıların (%53,4)'ü egzersiz yapmazken bu oranla (%46.6) ile yapanlara göre fazl olduğu belirlenmiştir. Egzersiz yapmayan hasta yüzdesi daha fazladır. Belirlenen yüzdelere göre, egzersiz yapanlar ile yapmayanların oranlarının birbirlerine yakın olmasının yanı sıra, egzersiz yapmayanların yüzdesinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Psikiyatrik bozukluklar incelendiğinde erkek hastaların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Şizofrenik bozukluğa sahip kişilerde yapılan tai chi ve egzersiz programının hastalık belirtileri üzerine etkisinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada bireylerin çoğunluğunun erkek (%53) olduğu belirlenmiştir Çalışmaya dâhil olan bireylerin büyük bölümünün bekâr (%68,9) olduğu görülmektedir (Ho ve ark, 2016).

Araştırmamızın bir diğer sonucu da şizofreni hastalarının egzersizi düşük, orta ve yüksek yoğunluklarda gerçekleştirdikleri bilinirken, toplamdaki (n:174) katılımcı skoruyla egzersiz yapanların algılarındaki belirsizlikle aslında egzersiz yapan kişi sayısının daha yüksek olduğunu gerçeğini bize göstermiştir.

Çalışmamızın diğer sonuçları ;Katılımcıların sigara ve alkol kullanımları düşük olduğu belirlenmiştir. Sigara kullanımı alkole göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.Şizofrenili hastalar kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilip bilmeme durumları eşit denecek kadar yakinken %36.8'inin ilaçların vücudunda ne gibi değişiklikler meydana getirdiğini bilmediği anlaşılmaktadır.

Katılımcıların %85.4'ünün egzersiz yapmasından yana fiziksel bir engeli bulunmadığı %14.6'lık bir bölümünde ise bazı farklı türde fiziksel rahatsızlıkları olduğu tespit edilmiştir. Bu fiziksel rahatsızlığın büyük bölümünü diz eklemi ve bel fıtığı tanıları oluşturmaktadır. Bunları baş dönmesi ve boyun fıtığı takip etmektedir.Buradan yola çıkarak diğer çalışmalara bakıldığında; şizofrenik bireyler fiziksel anlamda çoğunlukla sedanter bir yaşam sürdürürler, fiziksel çalışma kapasiteleri azalır ve genel popülasyona göre daha az boş zaman aktiviteleri yaparlar. Çoğu zaman kendi yaşamları için gerçekçi amaçlar belirlemekte, gereksinimlerini karşılamakta zorluk çekerler. Böylece yaşam kalitesi ve benlik saygıları da önemli ölçüde azalır. Bassiliosi, Judd ve Pattison (2014) 'nın şizofreni hastalarında yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre kişilerin %71'i yürüyüş,13'ü fitness, %5'i basit ısınma egzersizi yaptığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların BDAFÖ ölçeğine verdikleri yanıtların alt boyutlarına bakıldığında sonuç beklentisi ortalaması öz düzenleme ve kişisel engellere göre daha yüksek bulunmuştur.Toplam BDAFÖ ortalamasının alt boyutlara göre daha anlamlı yüksek oranda bir sonuç bulunmuştur.

Hastalık, bireylerde çeşitli sorunları ortaya çıkarmakta, yaşam kaliteleri düşmekte ve bireyler taburculuk sonrası çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar .Ülkemizde 120 şizofrenik hasta ile yapılan bir çalışma, bireylerin is ve maddi alanlar öncelikli olmak üzere tüm alanlarda yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir.(Daban ve diğ. 2002; Minzenberg ve ark., 2003;Lucas ve ark., 2004;Rund ve ark.,2004).Ayrıca yine bir çalışmada, şizofreni hastalarında semptomlar olan pozitif belirtilerde (sanrılar,anksiyete,dikkat dağınıklığı vb.) iyileşme ile bilişsel işlevlerde iyileşme arasında bir ilişki bulunduğu; fakat negatif belirtilerle(ilişki kurmada güçlük ,içe çekilme,duygularda küntleşme) bilişsel işlevler arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Hoff vd.1999).

5.2.Şizofreni Hastalarında Egzersizin Yaşam Kalitesine Etkisi

Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu (%62.8) ortaokul/lise mezunu olurken ,düşük ve yüksek öğrenim mezuniyetine sahip katılımcılarda eğitim durumlarını belirlemiştir.Büyük bir bölümünün (%85.0) çalışmadığı belirlenmiş ve gelir düzeyinin çoğunluğunun (%88.9) 5000'in altında olduğu ve çoğunluğunun ekonomik durumun düşük olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yaşamlarını sürdürmekte en çok şehir yerleşimini tercih ettikleri görülmüştür. Katılımcıların %53.0'ı bir beceri içeren etkinliğe katılmazken %47.0 da (resim, müzik, el sanatları vb.) beceri eğitimlerine katılarak bir uğraşı terapisine devam etmektedir. Tedavi sürecinde her hasta durumunu kendi duygu durumundan ifade ederken, katılımcıların çoğunluğu kötü hissetmesine neden olacak bir durumla karşılaşmadığını ifade etmişlerdir

Araştırmamızda katılımcıların çoğunluğu kronik bir rahatsızlığa sahip değilken bir kısmı ise farklı kronik rahatsızlıkları olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların egzersiz yapmayanların (%53,4) egzersiz yapanlar (% 46.6) oranla yüksek bulunmuştur belirlenen yüzdelere göre, egzersiz yapanlar ile yapmayanların oranlarının birbirlerine yakın olmasının yanı sıra, egzersiz yapmayanların yüzdesinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların hastalık durumlarından etkilendikleri yalnızlık duygu durumunun en çok egzersizi bireysel (%74.1) olarak yapmayı tercih ettikleri belirlenmiştir.Şizofreni hastalarının en çok yürüme egzersizini yaptıkları ve farklı türlerde de egzersizlere ilgi duydukları anlaşılmaktadır.Bu sonucu destekleyen bir çalışmada ise ; egzersizin uygulamasının yaşam kalitesi üzerinde etkilerini araştırmak için yaptıkları kontrollü

çalışmada, hastalara 3 ay süre ile haftada 2 gün, en az 20 dakikalık aerobik egzersiz uygulanarak fiziksel egzersizinle fiziksel ,genel sağlık ,sosyal ve mental sağlıklarında iyileşmeler olduğu ve stresle baş etme becerisini geliştirdiği belirlenmiştir (Chow ve ark. 2004). Benzer yönde 43 şizofreni hastası üzerinde yapılan araştırmada yoga uygulanan grubun uygulanmayan gruba göre sosyal işlevsellik düzeyinde artma, günlük yaşam becerilerini yerine getirmede iyileşme meydana geldiğini ileri sürmüştür Haftada en az 3 kere 30 dk boyunca aerobik egzersizin depresif belirtileri azalttığı görülmüştür (Perraton, Kumar ve Machotka, 2010) .

Şizofreni tanısı almış hastalarda yapılan yürüyüş programının hastalık semptomları ve yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı çalışmada fiziksel aktivite düzeylerine bakılmış ; deney grubu bireylerinin 38,6'sı yüksek fiziksel aktivite , % 34'ü düşük ve % 26,9'u orta şiddette fiziksel aktivite yapmaktadır. Kontrol grubu hastalarının % 65,4 düşük, %19,2'si orta ve % 15,4'ü yüksek düzeyde fiziksel aktivite gerçekleştirdiği belirlenmiştir (Loh ve ark. 2016).

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

Psikiyatri hastanesinde bakım alan 25 şizofreni bozukluğu tanısı alan bireylerde yapılan 8 hafta süren egzersiz çalışma sonuçlarına göre egzersize katılan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları ile bilgisayar oyunu oynayan ve egzersize katılmayan grubun puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, egzersiz grubunun hastalık belirtilerinde azalmalar gözlemlendiği sonucuna ulaşılmıştır (Heggelund ve ark, 2011).

Stanton ve arkadaşları (2014) tarafından yayınlanan bir derlemelerinde şizofreni, duygudurum bozukluğu ve anksiyeteye sahip bireyler de 9-12 hafta boyunca devam eden , haftada 4 kez 40 dk'lık hafif-orta şiddetli kardiyovasküler egzersiz yapılmasının depresif semptomları azalttığını ve yaşam kalitesini yükselttiğini bildirmiştir.

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

Scheewe ve arkadaşları (2013)'nın yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada düzenli uygulanan fiziksel aktivite programlarının pozitif semptomları önemli derecede azalttığı ve negatif semptomlarda gerileme ile beraber hastaneye yatışlarını azalttığı görülmüştür

Stubbs ve arkadaşları (2014)'nın yapmış olduğu çalışmada egzersiz ile motor fonksiyonların ve yaşam kalitesinin demanslı hastalarda olumlu yönde etkilendiğini öne sürmüşlerdir. Cassilhas ve arkadaşları (2015)'nın yapmış olduğu randomize kontrollü çalışma verilerine göre kontrol grubunun 10. ve 20. haftada yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler, çevre alt boyutu, psikolojik sağlık durumu alt boyutları puan ortalamasının giderek arttığını saptamışlardır.

Direnç egzersizi ve eş zamanlı egzersiz gruplarının başlangıç, 10. ve 20. haftalarda şizofrenide depresyon ölçeği puanlarının azaldığı görülmüştür (Cassilhas ve ark, 2015). Çalışma verileri yaşam kalitesi ölçeğindeki her bir alt boyuttaki puan artışını destekler niteliktedir. Uygulanan girişimin başarılı olduğunu puan artışlarına bakarak söylemek mümkündür. Ho ve arkadaşları (2016)'nın şizofreni tanılı bireylerle gerçekleştirmiş olduğu çalışma verilerine göre haftada 2 kez günde 1 saat yapılan düzenli fiziksel aktivitenin negatif ve pozitif belirtileri azalttığı dolayısı ile yaşam kalitesini artırdığı, bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde daha sık rol aldığı görülmüştür. Çalışmamızda haftada 2 kez günde 30 ve 35 dakikalık egzersiz programının bireylerin yaşam kalitelerini

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

Erdoğan (2018)' ın şizofreni tanılı bireylerle gerçekleştirmiş olduğu (n=30), rekrasyonel aktivitelerin yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik üzerine etkisinin incelendiği çalışmada 12 hafta sonunda bireylerin sosyal işlevsellik puan ortalamalarının ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür.

5.3.Şizofreni Hastalığının Beslenme Üzerine Etkileri

Çalışmamızın beslenme üzerine olan sonuçlarına bakıldığında; katılımcılara diyet önerisi %52.6 ile yapılmazken kalan %47.4 gibi yarıya yakın bir oranla diyet önerisinde bulunulacak kadar beden kitle indekslerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların ana öğün (%60.5) atlamadığı belirlenmiştir. Katılımcıların öğünlerde sabah öğününü atladıkları saptanmıştır. En çok sabah öğününü tercih ettikleri belirlenmiştir. Ana öğünü atlama nedenlerine bakılınca en çok canının istemeyip, iştahının olmadığını (%39.8) söylemek mümkündür. Bunu zaman yetersizliği ve alışkanlığının olmayışı takip etmektedir. Katılımcıların ara öğünleri için ara öğün zamanı olarak öğle arası (kuşluk) vakti (%50.3) olduğu görülmektedir. Katılımcılar ara öğünleri atlamayanlar (% 58.1) ile atlayanlardan daha fazladır. Ara öğün atlama sebebi ise iştahının olmayışı ve alışkanlığım yok şeklinde sıralanmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin hafta içi sabah 08:00-10:00 aralığı (%46.2), öğlen 12:00-14:00 arası(%75.5),akşam 17:19-19:00 arasında (%60.3) ile en çok ana öğün yapma zamanları olarak belirlenmiştir. Bireylerin hafta sonu sabah 08:00-10:00 aralığı (%43.3),öğlen 12:00-14:00 arası(%74.7),akşam 17:19-19:00 arasında (%58.1) ile en çok ara öğün yapma zamanları olarak belirlenmiştir.Elde edilen sonuçlara benzer olarak;Şizofreni hastalarının günlük beslenmelerinde genel nüfusun yaklaşık iki katı şeker tükettiklerini saptamıştır (Stoke ve ark. 2004).Christensen ve Christensen

(1988), şeker tüketimi ve şizofreni belirtileri artışı arasında pozitif ilişki olduğunu belirtmiştir. Caro ve ark. 1996'da obez olan ve olmayan şizofreni hasta grubunu karşılaştırdığı çalışmasında kadın hastaların erkeklere göre değerlerinin yüksek olduğunu bulmuştur.

Çalışmamızda şizofrenlerin aşırı besin isteğine verdikleri yanıtların alt faktörlerine yiyeceklerle ilgili düşünce ve zihni meşgul etme boyutu ortalaması yüksek bulunurken, yeme kontrolünün olmaması puan değeri arttıkça besin isteğine olan yönelimin yüksekliğini ifade etmiştir. Toplam aşırı besin isteği puanı bakıldığında katılımcıların en yüksek değeri aldıkları görülmektedir. Katılımcıların duygu durumunun yeme isteğini artırdığını belirlenmiştir.

Katılımcıların bilişsel davranışçı fiziksel aktivite ölçeğine verdikleri yanıtların alt boyutlarına bakıldığında sonuç beklentisi ortalaması öz düzenleme ve kişisel engellere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu üç boyutta ise toplam BDAFÖ ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların yaşam kalitelerine verdikleri yanıtların alt boyutlarına bakıldığında fiziksel fonksiyon ortalaması en yüksek değeri alırken bunu ruh sağlığı, canlılık ve genel sağlık puan ortalamaları takip etmektedir.

Katılımcıların aşırı besin isteğine verdikleri yanıtların alt faktörlerine yiyeceklerle ilgili düşünce ve zihni meşgul etme boyutu ortalaması yüksek bulunurken, yeme kontrolünün olmaması puan değeri arttıkça besin isteğine olan yönelimin yüksekliğini ifade etmiştir. Toplam aşırı besin isteği puanı bakıldığında en yüksek değeri almıştır. Katılımcıların duygu durumunun yeme isteğini artırdığını belirlenmiştir.

Katılımcıların denge ve yürüme skorları ortalamalarına bakıldığında denge durumları yürümelerine göre daha yüksek puan alırken, toplam Tinetti puanı en yüksek ortalama puanını almıştır.

Katılımcıların aynada iz sürme değerlerine bakıldığında puan skorları ortalaması için aynada iz sürmenin, aynada hata yapma durumuna göre daha yüksek puan ortalaması almıştır.

Katılımcıların pulları çevirme sürelerinin ortalama puanı 91.48 olarak saptanmıştır. Standart sapmasına bakıldığında katılımcıların süreleri etkili kullandıkları el göz koordinasyonuna sahip olduklarını söylemek mümkündür.

Katılımcıların yaşları (yıl) ile egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların beden kitle indekslerin (BMI) egzersiz yapan ve yapmayanlarda arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların bilişsel davranışçı fiziksel aktivite alt boyutları; sonuç beklentisi öz-düzenleme ve kişisel alt boyutları ile genel toplam BDAFÖ ise egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında anlamlı bir fark göstermiştir.

Katılımcıların çalışmada yaşam kaliteleri ile egzersiz yapan ve yapmayanlar arasındaki karşılaştırmaya bakıldığında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güclüğü, duygusal rol güclüğü, canlılık, ruh sağlığı ve genel sağlık alt boyutlarında anlamlı bir fark varken ($p<.01$), sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutlarında ise anlamlı istatistiksel bir fark görülmemiştir. ($p>.05$)

Katılımcıların çalışmada aşırı besin isteği ile egzersiz yapan ve yapmayanlar arasındaki yalnızca yeme kontrolü olmaması alt faktöründe anlamlı bir fark bulunurken ($z=-2.260$, $p=.022$; $p<.01$) diğer alt boyutlar besin tüketme niyeti planı ,pozitif destek beklentisi ,negatif duygu durumu ve rahatlama, yiyecek ile ilgili düşünce zihin meşguliyeti, fizyolojik aşırı yeme isteği,beslenme öncesi ve sırası tecrübe duyguları,aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar,yemek yeme isteğine karşı koyamama halinde ve Abis toplam puanda istatistiksel olarak bir anlamlı fark görülmemiştir.

Katılımcıların egzersiz yapan ve yapmayanlar ile Tinetti Denge ve Yürüme ile Tinetti Toplam puanları arasındaki karşılaştırmaya bakıldığında anlamlı farklar olduğu görülmüştür.

Araştırmamızdaki katılımcılara uygulanan aynada iz sürme test sürelerine bakıldığında, Aynada İz Sürme süresi ve hata yapma durumunun egzersiz yapan ve yapmayan katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Çalışmanın katılımcıları pul çevirme testi sürelerine bakıldığında egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların Yaşam memnuniyeti ile yaşam kalitesi alt boyutları ortalama ve standart sapmalarına bakıldığında yaşam memnuniyetleri orta düzey (%90) ve çok iyi olarak nitelendirirken (%88) hastaların sırayla yaşam memnuniyetlerini iyi, kötü ve çok kötü olarak belirtmişlerdir. Yaşam kalitesi alt boyutu fiziksel fonksiyon, ruh sağlığı, ağrı ve duygusal rol güçlüğü ile yaşam memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fiziksel rol güçlüğü alt boyutu ile yaşam memnuniyeti çok kötü ile orta arasında yüksek bir ilişki, çok kötü ile çok iyi, kötü ile orta, orta ile iyi arasında zayıf bir ilişki vardır. Canlılık boyutunda yaşam memnuniyeti iyi ile çok iyi arasında orta düzeyde bir ilişki bulunurken, çok kötü-çok iyi, kötü-iyi ve iyi-çok iyi boyutunda yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Sosyal işlevsellik boyutu ile yaşam memnuniyeti kötü ile iyi, kötü ile çok iyi ve orta ile iyi arasında orta düzeyde, orta ile iyi arasında yüksek düzeyde bir ilişki görülmüştür. Genel sağlık alt boyutu ile yaşam memnuniyeti çok kötü ile kötü, kötü ile iyi, kötü ile çok iyi arasında düşük düzeyde, kötü ile orta düzeyde ise yüksek derecede bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Beden kitle indeksleri ile denge puanlarında arasında çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunurken, yürüme ve beden kitle indeksleri arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunurken toplam tinetti puanları arasında ise çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların beden kitle indeksi değerleri ile fiziksel fonksiyon ($r=-0.174$) ($p<.006$) arasında yüksek derecede ve duygusal rol güçlüğü ($r=.220$) ($p<.000$) alt boyutları ile beden kitle indeksleri arasında çok yüksek derecede bir ilişkiye sahipken, diğer altı alt boyutunda anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Egzersiz yapan katılımcıların yaşam kalitesi alt boyutu duygusal rol güçlüğü ile yüksek seviyede anlamlı ilişki görülürken, Aşırı besin isteği alt boyutu yeme kontrolünün olmaması faktöründe zayıf düzeyde bir ilişkisi olduğu belirlenirken, tinetti denge ve tinetti toplam test puanındaki karşılaştırmada ise yüksek derecede anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Egzersiz yapmayan katılımcıların, beden kitle indeksi ile yaşam kalitesi alt boyutu fiziksel fonksiyonda yüksek derecede bir anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aşırı besin isteği alt boyutları fizyolojik aşırı yeme isteği ve aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar da anlamlı bir ilişki bulunmazken, besin tüketme niyeti planı, pozitif destek beklentisi, negatif duygu durumunda rahatlama, yemek yeme isteğine karşı koyamama hali ile çok yüksek derecede anlamlı ilişki olduğu belirlenirken, yeme kontrolü olmaması, yiyecek ile ilgili düşünce zihin meşguliyeti ve beslenme öncesi ve sırası tecrübe duygular alt boyutlarında zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

-Araştırmamızda katılımcıların yaş ortalamaları, 38.00 ± 10.26 , boy 170.22 ± 9.29 ve ağırlık 85.48 ± 14.60 ortalamaları bu şekilde seyrederken, BMI 29.60 ± 5.10 dağılımındaki etkisine bakıldığında normal değerlerin üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

-Katılımcıların pozitif duygu durumlarına (sanrılar, düşünce dağınıklığı, büyüklük duygusu, varsanılar, şüphecilik, düşmanca tutum vb.)bakıldığında hastalığın seyrine ilişkin şizofreni tanısının yaklaşık ortalama değerlerde seyrettiğini görülmektedir. Negatif belirtiler (duygusal içeçekilme, ilişki kurmada güçlük, kendini toplumdan çekme, soyut düşünme güçlüğü, duygulanımda küntleşme vb.) genel psikopatoloji belirtileri (dikkat azalması, dürtü kontrolsüzlüğü, zihinsel aşırı uğraş, aktif biçimde sosyal kaçınma, içgörü eksikliği, gerginlik vb.) ve genel toplam Panss ile şizofreni hastalık tanısı belirlenmiştir.

-Katılımcıların cinsiyet yüzdeleri birbirine yakın olup, çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır.

-Katılımcıların çoğunluğu (%62.8) ortaokul/lise mezunu olurken ,düşük ve yüksek öğrenim mezuniyetine sahip katılımcılarda eğitim durumlarını belirlemiştir.

-Katılımcıların büyük bir bölümünün (%85.0) çalışmadığı belirlenmiştir.

-Katılımcıların gelir düzeyinin çoğunluğunun (%88.9) 5000'in altında olduğu ve çoğunluğunun ekonomik durumun düşük olduğu belirlenmiştir.

-Katılımcıların yaşamlarını sürdürmekte en çok şehir yerleşimini tercih ettikleri görülmektedir

-Katılımcıların çoğunluğu kronik bir rahatsızlığa sahip değilken bir kısmı ise farklı kronik rahatsızlıkları bulunmaktadır.

- Katılımcıların %53.0'ı bir beceri içeren etkinliğe katılmazken %47.0 da (resim, müzik, el sanatları vb.) beceri eğitimlerine katılarak bir uğraşı terapisine devam etmektedir.

-Tedavi sürecinde her hasta durumunu kendi duygu durumundan ifade ederken, katılımcıların çoğunluğu kötü hissetmesine neden olacak bir durumla karşılaşmadığını ifade etmiştir.

-Katılımcıların yaşam memnuniyetleri yüksekten düşüğe göre bir eğri çizerken genel olarak yaşamlarından menün oldukları belirlenmiştir ve yaşam memnuniyeti ortalamalarının ise 3.68 ± 1.17 dir.

- Katılımcıların %53,4'le egzersiz yapmayanlar %46.6 oranla yapanlara göre yüksek bulunmuştur. Belirlenen yüzdelere göre, egzersiz yapanlar ile yapmayanların oranlarının birbirlerine yakın olmasının yanı sıra, egzersiz yapmayanların yüzdesinin daha fazla olduğu söylenebilir.

-Katılımcıların en çok yürüme egzersizini yaptıkları ve farklı türlerde de egzersizlere ilgi duydukları anlaşılmaktadır.

-Katılımcıların egzersizi düşük, orta ve yüksek yoğunluklarda gerçekleştirdikleri bilinirken, toplamdaki 174 katılımcı skoruyla egzersiz yapma durumunun algılarındaki belirsizliğe aslında egzersiz yapan kişi sayısının daha yüksek olduğunu gerçeğini bize göstermiştir.

- Katılımcıların hastalık durumlarından etkilendikleri yalnızlık duygu durumunun en çok egzersizi bireysel (%74.1) olarak yapmayı tercih ettikleri belirlenmiştir.

-Katılımcıların sigara ve alkol kullanımları düşük seviyededir. Sigara kullanımı alkole göre daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

-Katılımcıların kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilip bilmeme durumları eşit denecek kadar yakinken %36.8'inin ilaçların vücudunda ne gibi değişiklikler meydana getirdiğini bilmediği anlaşılmaktadır.

- Katılımcılara diyet önerisi %52.6 ile yapılmazken kalan %47.4 gibi yarıya yakın bir oranla diyet önerisinde bulunulacak kadar beden kitle indekslerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

-Katılımcıların %85.4'ünün egzersiz yapmasından yana fiziksel bir engeli bulunmadığı %14.6'lık bir bölümünde ise fiziksel rahatsızlıklar tespit edilmiştir. Bu fiziksel rahatsızlığın büyük bölümünü diz eklemi ve bel fıtığı tanıları oluşturmaktadır. Bunları baş dönmesi ve boyun fıtığı takip etmektedir.

-Katılımcıların ana öğün %60.5'inin atlamadığı, atlayınca da en çok sabah öğününü atladıkları ve sabah öğününü tercih ettikleri görülmüştür.

-Ana öğünü atlama nedenlerine bakılınca en çok canının istemeyip, iştahının olmadığını (%39.8) söylemek mümkündür. Bunu zaman yetersizliği ve alışkanlığının olmayışı takip etmektedir.

-Katılımcıların ara öğünleri için ara öğün zamanı olarak öğle arası (kuşluk) vakti (%50.3) olduğu görülmektedir. Katılımcılar ara öğünleri atlamayanlar(% 58.1) ile atlayanlardan daha fazladır. Ara öğün atlama sebebi ise iştahının olmayışı ve alışkanlığın yok şeklinde sıralanmaktadır.

- Araştırmaya katılan bireylerin hafta içi sabah 08:00-10:00 aralığı (%46.2), öğlen 12:00-14:00 arası(%75.5),akşam 17:19-19:00 arasında (%60.3) ile en çok ana öğün yapma zamanları olarak belirlenmiştir.

-Araştırmaya katılan bireylerin hafta sonu sabah 08:00-10:00 aralığı (%43.3),öğlen 12:00-14:00 arası(%74.7),akşam 17:19-19:00 arasında (%58.1) ile en çok ara öğün yapma zamanları olarak belirlenmiştir.

-Katılımcıların bilişsel davranışçı fiziksel aktivite ölçeğine verdikleri yanıtların alt boyutlarına bakıldığında sonuç beklentisi ortalaması öz düzenleme ve kişisel engellere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu üç boyutta ise toplam BDAFÖ ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir

-Katılımcıların yaşam kalitelerine verdikleri yanıtların alt boyutlarına bakıldığında fiziksel fonksiyon ortalaması en yüksek değeri alırken bunu ruh sağlığı, canlılık ve genel sağlık puan ortalamaları takip etmektedir.

-Katılımcıların aşırı besin isteğine verdikleri yanıtların alt faktörlerine yiyeceklerle ilgili düşünce ve zihni meşgul etme boyutu ortalaması yüksek bulunurken, yeme kontrolünün olmaması puan değeri arttıkça besin isteğine olan yönelimin yüksekliğini ifade etmiştir. Toplam aşırı besin isteği puanı bakıldığında en yüksek değeri almıştır. Katılımcıların duygu durumunun yeme isteğini artırdığını belirlenmiştir.

-Katılımcıların denge ve yürüme skorları ortalamalarına bakıldığında denge durumları yürümelerine göre daha yüksek puan alırken, toplam Tinetti puanı en yüksek ortalama puanını almıştır.

- Katılımcıların aynada iz sürme değerlerine bakıldığında puan skorları ortalaması için aynada iz sürmenin, aynada hata yapma durumuna göre daha yüksek puan ortalaması almıştır.

-Katılımcıların pulları çevirme sürelerinin ortalama puanı 91.48 olarak saptanmıştır. Standart sapmasına bakıldığında katılımcıların süreleri etkili kullandıkları el göz koordinasyonuna sahip olduklarını söylemek mümkündür.

-Katılımcıların yaşları (yıl) ile egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0.05$).

-Katılımcıların beden kitle indekslerin (BMI) egzersiz yapan ve yapmayanlarda arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

-Katılımcıların bilişsel davranışçı fiziksel aktivite alt boyutları; sonuç beklentisi ($z=-5.569$, $p=.000$; $p< .01$) öz-düzenleme ($z=-4.455$, $p=.000$; $p< .01$) ve kişisel engeller ($z=-2.774$, $p=.006$; $p< .01$) alt boyutları ile genel toplam BDAFÖ de egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında anlamlı bir farklar bulunmuştur ($z=6.831$ $p=.000$; $p< .01$).

- Katılımcıların çalışmada yaşam kaliteleri ile egzersiz yapan ve yapmayanlar arasındaki karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, duygusal rol güçlüğü, canlılık, ruh sağlığı ve genel sağlık alt boyutlarında anlamlı bir fark varken ($p< .01$), sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutlarında ise anlamlı bir istatistiksel olarak fark görülmemiştir. ($p>.05$)

-Katılımcıların çalışmada aşırı besin isteği ile egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında yalnızca yeme kontrolü olmaması alt faktöründe anlamlı bir fark bulunurken ($z=-2.260$, $p=.022$; $p<.01$) diğer alt boyutlar besin tüketme niyeti planı, pozitif destek beklentisi, negatif duygu durumu ve rahatlama, yiyecek ile ilgili düşünce zihin meşguliyeti, fizyolojik aşırı yeme isteği, beslenme öncesi ve sırası tecrübe duyguları, aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar, yemek yeme isteğine karşı koyamama halinde ve Abis toplam puanda istatistiksel olarak bir anlamlı fark görülmemiştir.

-Katılımcıların egzersiz yapan ve yapmayanların Tinetti Denge ve Yürüme ile Tinetti Toplam puanları arasındaki karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında anlamlı farklar olduğu görülmüştür.

-Araştırmamızda uygulanan aynada iz sürme test sürelerine bakıldığında, Aynada İz Sürme süresi ve hata yapma durumunun egzersiz yapan ve yapmayan katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

-Çalışmanın katılımcıları pul çevirme testi sürelerine bakıldığında egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

-Katılımcıların Yaşam memnuniyeti ile yaşam kalitesi alt boyutları ortalama ve standart sapmalarına bakıldığında, Yaşam memnuniyetleri orta düzey ve çok iyi olarak nitelendirirken hastaların sırayla yaşam memnuniyetlerini iyi, kötü ve çok kötü olarak belirlenmiştir.

-Katılımcıların Beden kitle indeksleri ile Denge, Yürüme ve Toplam Tinetti test puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

-Katılımcıların Beden Kitle İndeki değerleri duygusal rol güçlüğü alt boyutları arasında zayıf derecede bir ilişkiye sahipken, diğer alt boyutlarda anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

-Egzersiz yapan katılımcıların Sonuç Beklentisi, Öz Düzenleme ve Kişisel Engeller alt boyutunda BDFAÖ Toplam puanda anlamlı ilişki bulunmamıştır.

-Egzersiz yapmayan katılımcıların Sonuç Beklentisi, Öz Düzenleme ve Kişisel Engeller alt boyutunda ve BDFAÖ Toplam puanda çok zayıf düzeyde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmamıştır.

-Egzersiz yapan katılımcıların Yaşam Kalitesi alt boyutu Duygusal Rol Güçlüğü ile zayıf düzeyde diğer alt boyutlarda ise anlamlı ilişki bulunmamıştır.

-Egzersiz yapmayan katılımcıların, Beden Kitle İndeksi ile Yaşam Kalitesi alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

-Egzersiz yapan katılımcıların Aşırı Besin İsteği alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

-Egzersiz yapmayan katılımcıların, Beden Kitle İndeksi İle Aşırı Besin İsteği alt boyutları besin tüketme niyeti planı, pozitif destek beklentisi, negatif duygu durumunda rahatlama, yemek yeme isteğine karşı koyamama hali ve ABİS toplam puanda zayıf derecede bir ilişki bulunurken, yeme kontrolü olmaması, yiyecek ile ilgili düşünce zihin meşguliyeti, beslenme öncesi ve sonrası tecrübe duygular arasında çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Fizyolojik aşırı yeme isteği ve Aşırı besin isteğini tetikleyen uyaranlar da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

-Egzersiz yapan katılımcıların Tinetti Denge ve ile Tinetti toplam test puanında zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Tinetti yürüme testi ilişki sonucu ile çok zayıf düzeyde bir ilişki vardır.

-Egzersiz yapmayan katılımcıların Tinetti denge ve yürüme testi ve ile Tinetti toplam test puanı sonucu ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

-Egzersiz yapan katılımcıların sonucu ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

-Egzersiz yapmayan katılımcıların sonucu ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

-Egzersiz yapan katılımcıların sonucu ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

-Egzersiz yapmayan katılımcıların sonucu ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

6.2. Öneriler

- Hastaların çalışmama oranının büyük olmasından da anlaşıldığı gibi toplumda iş istihdamı için sosyal hizmetler, yerel yönetim ve toplum ruh sağlığı merkezleri iş birliği halinde olunarak, bireylerin topluma kaynaştırılmasına katkı sağlanmalıdır.
- Egzersizin türünü yoğunluğunu ve zamanlarını onların ilaç saat ve terapi programlarına uygun olarak onlara özgü şekilde egzersiz programları düzenlenmelidir.
- Spor bilimleri fakülteleri ve dengi yükseköğretim kurumları mezunlarının tüm toplum ruh sağlığı merkezlerinde istihdamı sağlanarak düzenli egzersiz yapmalarına olanak sağlamada hastane ve üniversite iş birliğine gidilmelidir.
- Bilişsel fonksiyonları geliştirici müzik, resim ,egzersiz vb. beceri programlarının sürdürülebilirliği ile iş uğraşısı ile onların dikkatlerini doğru yöne çekerek hem hastaların kendi hem de toplumun yararına yönelmelerine vesile olunmalıdır.
- Şizofreni hastalarında egzersiz yapmanın beden kitle indeksine etkisi yüksek olduğu için hastaların egzersizleri ile birlikte kişilere özgü beslenme programları yazılmalıdır.
- Farklı psikiyatri hasta gruplarının dahil edildiği örneklem grubunun ve evrenin çoğalıp daha fazla hastaya farklı türde egzersizler yaptırılarak hastalığın yan etkilerini azaltmada bir rehber niteliği taşıyan çalışmalara mümkünse nitel araştırma desenlerinin kullanıldığı karma yöntemlere yer veren daha fazla araştırma yapılmalıdır.
- Yatan hastalarında tedavi ve taburculuk sonrası egzersiz faaliyetlerine gündüz hastaneleri ve TRSM lerde devam etmesi yaşam kalitelerinin artmasında ve fiziksel rahatsızlıkların azltilmasında etkili bir yol olacağı düşünülmektedir.
- Psikiyatri hemşireleri hastaların iyileşme seyrinde iş uğraşı ve faaliyetlerin düzenli olarak yapılmasında yol gösterici ve planlayıcı olmaları bir uzman eşliğinde spor faaliyetlerini yapmaları önem arz etmektedir.
- Türkiyede ilçelerde de Toplum ruh sağlığı merkezlerinin sayısının artırmanın daha fazla psikiyatri hastasına ulaşılması açısından fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

- Şizofreni dernekleri ile sosyal platformlarda hastalığın bilinmesi ve hasta yakınlarının ortak payda da buluşmaları için öncü olmalı ruh sağlığı gününde yalnızca kalmayıp her zaman toplumda var olduğunu hatırlatmaları ve farmakolojik tedavi dışındaki alternatif iyileştirici olarak egzersizi toplum bağışıklığında bir araç olarak kullanmaları önerilebilir



KAYNAKLAR

Akdeniz C., Aydemir Ö, Akdeniz F, Gülseren Ş, Kültür S. Sağlık düzeyi  l eėi'nin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirliği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999; 9(2): 104-108.

Alaca, F. Relation between school life quality perception and school belonging sense in bilingual and non-bilingual students. Unpublished Master's Thesis.  ukurova University, Adana.2011

Alpkaya, G. The effect of feminine-masculine characteristics of the school principals on the school life quality.Unpublished Master's Thesis. U ak University, U ak. The perceptions of the university students concerning university life quality and faculty culture. Journal of Electronic Social Sciences, 2010; 8(30), 43-61.

Altınta  M,  zgen U. Ki ilik yapısının yeme bi imleri üzerindeki etkisi, Intl J Soc Sciences Ed Res 2017; 3(5),1797-1810.

Andlin-Sobocki, P., J nsson, B. Wittchen, H.-U., Olesen, J. Cost of disorders of the brain in Europe. Eur. J. Neurol. 2005, 12 (1), 1–27

Argon, T., & K sterelioėlu, M. A.. The perceptions of the university students concerning university life quality and faculty culture. Journal of Electronic Social Sciences,2009;8(30), 43-61.

Aslan S, T rk apar H, G ney E, Eren N, Akkoca Y, Uėurlu M, Karakalp G. Beck Bili sel İ ğ r   l eėi Türkçe Formunun  izofrenik Hastalar İçin G venilirlik ve Ge erlik  alı ması, Klinik Psikiyatri Dergisi, 2006; 186-196.

Bassilios, B., Judd, F. ve Pattison, P.Why don't people diagnosed with schizophrenia spectrum disorders get enough exercise? Australasian Psychiatry, 2014; 22(1):71-77.

Bilgiç, S. Examining the relation between the school quality perceptions of the primary school students and the variables of empathetic class atmosphere and loyalty to friends. Unpublished Master's Thesis. Çukurova University. Adana .2009

Binbay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de Psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi, 2011; 22:40-52.

Beebe LH, Smith K. Feasibility of the walk, address, learn and cue (WALC) intervention for schizophrenia spectrum disorders. Archives of Psychiatric Nursing 2009; 24(1): 54-62.

Benton D, Greenfield K, Morgan M. The development of the attitudes to chocolate questionnaire. Pers Individ Dif. 1998;24:513–20.

Boule NG, Haddad E, Kenny GP, et al. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. JAMA, 2001; (286),1218-27.

Boswell RG, Kober H. Food cue reactivity and craving predict eating and weight gain: a meta-analytic review, Obes Rev 2016; 17(2):159-177.

Brown, A. G. A., Walter, F. M., & Blaauw, A. People with schizophrenia and their families. Fifteen-year outcome. Br J Psychiatry, 1999, 173; 139-144.

Bowling A. “Measuring health: A review of quality of life measurement scales”, II.En. Open Univesity Press, Philadelphia, 1997.

Challagan P.Exercise:a neglected intervetanional in menthal health care?J.Psychiat. Mental Health Nurse.2004;(4):476-483

Chamove, AS.Kronik şizofreni hastalarında aktivitenin davranış üzerindeki olumlu kısa vadeli etkileri British Journal of Clinical Psychology, 1986;25, 125-133.

Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the treatment of depression and anxiety. *Int J Psychiatry Med.* 2011;(41),15-28.

Caro JF, Kolaczynski JW, Nyce MR, Ohannesian JP, Opentanova I, Goldman WH, Lynn RB, Zhang PL, Sinha MK, Considine RV. Decreased cerebrospinal-fluid/serum leptin ratio in obesity: a possible mechanism for leptin resistance. *Lancet* 1996; (348): 159-161.

Cassilhas, R.C., Attux, C., Cordeiro, Q., Gadelha, A. L., Telles, B.A., Bressan, R.A. et al. A 20-week program of resistance or concurrent exercise improves symptoms of schizophrenia: results of a blind, randomized controlled trial. *Rev Bras Psiquiatr*, 2015; (37): 271-279.

Christensen,O. ve Christensen, E. Fat consumption and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988;(78), 587-591.

Chen, C. Y. Shen, W. Zhang, S. Li, Y. Huang Y, and J. Wang, “Epidemiological survey on schizophrenia in 7 areas of China,” *Chinese Journal of Psychiatry*, 1998; 31 (2): 72–74.

Chow C.M., Kirby A., Singh M.F. An Effective exercise-based intervention for Improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *preventive medicine*, 2000; 39(2), 424-434.

Çam, O. ve Aydoğdu D. Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2016 ;32 (2), 97-106.

Çam, O. ve Yalçın, N. (2018). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2018; 9(1),55-60.

Çetin M. Şizofreni tedavisi: geçmişi, bugünü ve geleceği. *Klinik Psikofarmakol Bülteni*. 2015;25:95-9.

Daban C., Amado I., Bayle F., Gut A., Willard D., Bourdel M.C., Loo H., Olie, J.P., Millet B., Krebs M.O., Poirier M.F. correlation between clinical syndromes and

neuropsychological tasks in unmedicated patients with recent onset schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2002; (113), 83–92.

Daley A. J. Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention? *Advances in Psychiatric Treatment*,2002; (8): 262–270.

Davis, K. L., Kahn, R.S., Ko, G., Davidson, M. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *Am J Psychiatry*, 1991,(148), s:1474-1486.

Deslandes A, Moraes H, Ferreira C, Veiga H, Silveira H, Mouta R, et al. Exercise and mental health: many reasons to move. *Neuropsychobiology*. 2009; (59),191-8.

Doğavşargil Ö. Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2009.

Dunstan DW, Daly RM, Owen N, et al. Home-based resistance training is not sufficient to maintain improved glycemic control following supervised training in older individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 2005;(28),3-9.

Dülgerler, Ş. Şizofrenik Bozukluklar Çam, O. ve Engin, E. (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* içinde. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014,s:413-460.

Edisan, Z. & Kadioğlu, F. Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri .Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi ,2013;3(3):1-4.

Eskiler, E., Küçükbiş, F., Gülle, M., & Soyer, F. Bilişsel Davranışçı Fiziksel Aktivite Ölçeği: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Journal of Human Sciences*, 2016;13(2), 2577-2587.

Erdoğan, Y. Rekreatyonel aktivitelerin şizofreni hastaları üzerine etkisinin araştırılması. Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Çorum.2018

Fariz, B. Psikiyatrik hastalıklar ve Egzersiz. Spor Hekimliği Dergisi.2015; 50(4) ,131-138.

Faulkner, G., & Sparkes, A. Exercise as therapy for schizophrenia: An ethnographic study. Journal of Sport and Exercise Psychology, 1999;21, 52–69.

Fitzsimmons, J.N., Boyle, E.A. Assessment and comparison of Anopore and cross flow filtration methods for the determination of dissolved iron size fractionation into soluble and colloidal phases in seawater. Limnol. Oceanogr. Methods 2014;12: 244–261.

Gregg EW, Gerzoff RB, Caspersen CJ, et al. Relationship of walking to mortality among US adults with diabetes. Arch Intern Med 2003;(163):1440-7.

Guskiewicz KM, Marshall GB, BailesJ, et al.Emekli profesyonel futbolcularda tekrarlayan sarsıntı ile ileri yaş bilişsel bozulma arasındaki ilişki. Beyin cerrahisi. 2005;57(4):719-726.

Güler, C., Gürkan, A. İyileşme değerlendirme ölçeğinin türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği.Yüksek Lisans tezi. İzmir, Ege Üniversitesi.2017

Happell B, Scott D, Platania-Phung C, Nankivell J. Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness. Mental Health and Physical Activity, 2012; 5(1): 4-12.

Heggelund J, Nilsberg GE, Hoff J, Morken G, Helgerud J.Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia: a controlled trial. Nordic Journal of Psychiatry, 2011; 65: 269–275.

Ho RT, Fong TC, Wan AH, Au-Yeung FS, Wong CP, Ng WY et al. A randomized controlled trial on the psychophysiological effects of physical exercise and Tai-chi in patients with chronic schizophrenia. Schizophr Res, 2016; 171:42-49.

Hoff A.L., Sakuma M., Wieneke M., Horon R., Kushner M., DeLisi L.E. Longitudinal neuropsychological follow-up study of patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 1999; 156 (9) :1336-41.

Işık E.; Güncel Şizofreni, Format Matbaacılık, Ankara. 2006 s:450-487.

Kalaycı, H., & Özdemir, M. The effect of the high school students' perceptions about the quality of the school life on the loyalty to school. *Gazi University Journal of Gazi Education Faculty*, 2013;33(2), 293-315.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261-76.

Kayapinar Çelik, F. "Physical activity levels of adolescents." *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012 ;(47): 2107-2113.

Kerin JL, Webb HJ, Zimmer-Gembeck MJ. Resisting the temptation of food: Regulating overeating and associations with emotion regulation, mindfulness and eating pathology, *Austr J Psych*, 2017; 1–12.

Keller SD, Bayliss MS, Ware JE, Hsu MA, Damiano AM, Goss TF. “Comparison of Responses to SF-36 Health Serv Res 1997; 32.

Kidd, S. , Kenny, A. , McKinstry, C. The meaning of recovery in a regional mental health service; an action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 2014, 71(1); 181-192.

Koçyigit H, Aydemir Ö, Fisek G ve ark. “Kısa Form-36’nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği”, *ilaç ve Tedavi Dergisi*, 1999.

Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *TPD*, 1999; (14), 23–32.

Korkmaz Aslan, Gülbahar, et al. "The relationship between attitudes toward aging and health-promoting behaviours in older adults." *International journal of nursing practice* 2017; 26(6) :12594.

Köroğlu E., Sargın E. ve ark.; Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007; (4): 419-487.

Knöchel C, Oertel-Knöchel V, O'Dwyer L, Prvulovic D, Alves G, Kollmann B, et al. Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. *Prog Neurobiol.* 2012;(96),46-68.

Lafay L, Thomas F, Mennen L, et al. Gender Differences in the Relation Between Food Cravings and Mood in an Adult Community: Results from the Fleurbaix Laventie Ville Sante Study. *Int. J. Eat. Disord.* 2001; 29, 195–204.

Levin SJ, Gimino FA: Psychological effects of aerobic exercise on schizophrenic-patients. *Med Sci Sports Exerc* 1982, 14(2):116–116.

Lucas S., Fitzgerald D., Redoblado Hodge M.A., Anderson J., Sanbrook M., Harris A., Brennan J. Neuropsychological correlates of symptom profiles in first episode schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2004; (71), 323–330.

Macht M, Simons, G. Emotional eating. In Nyklicek I, Vingerhoets A, Zeelenberg M. (Ed.), *Emotion regulation and well-being*, New York: Springer, 2016; 59.

Mattes RD. Physiologic responses to sensory stimulation by food: nutritional implications. *J Am Diet Assoc* 1997; 97: 406– 413.

Mez, J., Stern, RA & McKee, AC Kronik Travmatik Ensefalopati; Neredeyiz ve Nereye Gidiyoruz? *Curr Neurol Neurosci Temsilcisi*, 2013; (13):407

Minzenberg M.J., Poole J.H., Vinogradov S., Shenaut G.K., Ober B.A. Slowed lexical Access is uniquely associated with positive and disorganised symptoms in schizophrenia. *Cogn. Neuropsychiatry* 2003; (8), 107–127.

Müftüoğlu S., Kızıltan G., Akçıl Ok M. Majör depresyon hastaları için aşırı besin isteği ölçeğinin türk kültürüne uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2017: (1) 13-22.

Newcomer J. W. and C. H. Hennekens, “Severe mental illness and risk of cardiovascular disease,” *Journal of the American Medical Association*, 2007; 298 (15): 1794–1796.

Optik, N. Life and life quality in the nursing home, Muğla example. *Muğla University Publications*. Muğla, 2004,21 .

Overall, J. E., Hollister, L. E., Pokorny, A. D., Casey, J. F., & Katz, G. Chemotherapy of depression: a controlled comparison of imipramine, isocarboxazid, dextroamphetamine and placebo. *Clin. Pharmacol. Therapeutics*, 1962:28

Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı. Tuna Matbaacılık, Ankara, 2008; 242-320.

Pajonk F, Vlashi E, McBride WH. Kanser kök hücrelerinin radyasyon direnci: radyobiyojinin 4 R'si yeniden gözden geçirme. *Kök Hücreler* .Dayton, Ohio, Nisan, 2010; 28(4):639-648.

Pelham, T. W., & Campagna, P. D. Benefits of exercise in psychiatric rehabilitation of persons with schizophrenia. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 1991; 4(3), 159–168.

Perraton, L.G., Kumar, S., Machotka, Z. Exercise parameters in the treatment of clinical depression: a systematic review of randomized controlled trials. *J Eval Clin Pract.* 2010;(16),597-604.

Plotnikoff RC, Karunamuni N. Stepstoward sperman entlyin creasing physical activity in the population. *Curr Opin Psychiatry*. 2011; (24),162-7.

Rodrigues-Martin BC, Meule A. Food craving: new contributions on its assessment, moderators and consequences, *Frontiers in Psychology* 2015; 6(21):1-3.

Rudisill, E. M., Jackson, S., A., *Theory and Application of Motor Learning*, USA, 1992 : (47),48-74.

Rund B.R., Melle I., Friis S., Larsen T.K., Midboe L.J., Opjordsmoen S., Simonsen E., Vaglum P., McGlashan T. Neurocognitive dysfunction in first episode psychosis: correlates with symptoms, premorbid adjustment, and duration of untreated psychosis. *Am. J. Psychiatry* 2004; (161),466–472.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri (Çev. Ed. A Bozkurt). İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri,2009.

Schembre, S. M., Durand, C. P., Blissmer, B. J., & Greene, G. W. Development and validation of the cognitive behavioral physical activity questionnaire. *American Journal of Health Promotion*, 2015;30(1):58-65.

Scheewe TW, Backx FJG, Takken T, Jörg F, Strater AV, Kroes AG, Cahn W. Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2013; 127(6): 464-473.

Stanton R, Happell B, Hayman M, Reaburn P. Exercise interventions for the treatment of affective disorders-research to practice. *Front Psychiatry*. 2014;(5),46.

Stokes, C. ve Peet, M. Dietary Sugar and Polyunsaturated Fatty Acid Consumption As Predictors Of Severity Of Schizophrenia Symptoms. *Nutritional Neuroscience*, 2004; 7(4), 247-249.

Stubbs, B., Eggermont, L., Soundy, A., Probst, M., Vanderbulcke, M., Vancampfort, D. What are the factors associated with physical activity (PA) participation in community dwelling adults with dementia? A systematic review of PA correlates. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014; (59),195-203.

Summakoglu ve Ertugrul, Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences Temmuz 2018; C. 2, S. 1:43- 61.

Surrey LR, Nelson K, Delelio C, Mathie-Majors D, et al. A comparison of performance outcomes between the Minnesota Rate of Manipulation Test and the Minnesota Manual Dexterity Test Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation, 2003;20: 97- 102.

Tekeli, İ. Writing on daily life, life quality, and localization, Tarih Vakfı Yurt Yayınları (History Association Yurt Publications), İstanbul, 2010:84.

Tinetti M.E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986; (34),119-126.

Tkachuk , Gregg A., Martin, Garry L.Psikiyatrik bozukluğu olan hastalar için egzersiz tedavisi:Araştırma ve klinik çıkarımlar.Profesyonel Psikoloji: Araştırma ve Uygulama, Haziran 1999; 30 (3): 275-282.

Turgut, M. E. Job satisfaction and life satisfaction relation and a research on the surgical nurses working in the state hospitals in Istanbul, İÜ (Istanbul University), SBE (Institute of Social Sciences), YYLT (Unpublished Master's Thesis), İstanbul,.2010

Vancampfort D, Sweers K, Probst M, Maurissen K, Knapen J, Minguet P, De Hert M. Association of the metabolic syndrome with physical activity performance in patients with schizophrenia. Diabetes & Metabolism, 2011; 37(4): 318-323.

Vancampfort D, Probs M, Scheewe T, Knapen J, De Herdt A, De Hert M. The functional exercise capacity is correlated with global functioning in patients with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2012; 125(5): 382-387.

Varcarolis, E. M. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd ed., W.B. Saunders, USA, 1998;10-25.

Yanık M. Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler, ruh sağlığı eylem planı önerisi. Psikiyatriye Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar,2007;16-20

Yöndem ZD. Performance anxiety, dysfunctional attitudes and gender in university music students. J Soc Behav Pers. 2007;35(10):1415-26.

Warburton, DE., Nicol, CW., Bredin, SS. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ,2006; (174), 801-9.

Wolff E, Gaudlitz K, von Lindenberger BL, Plag J, Heinz A, Ströhle A. Exercise and physical activity in mental disorders. Eu Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2011; 261 (12),186-91.

EKLER

Ek 1 : Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli katılımcılar, aşağıda bilimsel bir çalışma için bazı sorular yöneltilmiştir. Lütfen size en uygun olanı (X) işaretleyiniz. Teşekkürler.

1-Adınız Soyadınız :.....

2- Yaşınız:

3-Boyunuz (cm):

4-Ağırlığınız(kg):

5-Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

6-Medeni durumunuz: Evli () Bekâr () Boşanmış()

7- Kaç çocuğunuz var?

8- Şu anda evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

Tek başına ()

Ailemle ()

Arkadaşım ()

Diğer()

9-Eğitim düzeyiniz nedir?

Okuryazar / İlkokul () Ortaokul / Lise () Yüksekokul / Fakülte () Yüksek/Doktora ()

10-Çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()

Mesleğiniz: özel sektör () kamu ()

11-Gelir Düzeyiniz:

2000'in altı ()

2000 -5000 ()

5000 ve üzeri ()

12- Sosyal güvence durumunuz nedir? Yok () Emekli Sandığı () Bağ-Kur () SSK()

13- En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi neresidir? Köy () İlçe () Şehir ()

14- Ne kadar süredir şizofreni tedavisi görüyorsunuz?

15-Şizofreni tedaviniz için hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

.....

16- Başka bir kronik hastalığınız var mı? (Diyabet, yüksek tansiyon vb.) Yok () Var ():

.....

17- Hastalığınız nedeniyle tedavi olmak için hastaneye yattınız mı? Evet () Hayır ()

18- Evet ise kaç kez yattınız?

19- Hastalığınızın tedavisi için psikiyatrist veya hastanelere gidiyor musunuz?

Evet () Hayır ()

20- Şizofreni ile ilgili bir dernek ya da gruba üyeliğiniz var mı?

Evet () : Hayır ()

21- Doktorunuz ile olan tedaviniz dışında şizofreniyle ilgili bir eğitim programına katıldınız mı?

Evet () : Hayır ()

22- Doktorunuzla olan ilaç tedaviniz dışında şizofreniyle ilgili bir psiko-sosyal beceri eğitimi programına (grubuna) katıldınız mı?

Evet () Hayır ()

23- Tedaviye geldiğinizde kendinizi kötü hissetmenize neden olan durumlar nelerdir?

.....

24- Genel olarak yaşamınızdan memnuniyetinizi 1-5 arasında kaç puan olarak tanımlarsınız?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

25-Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? Evet () Hayır ()

26-Haftada kaç gün: Günde kaç dakika:

27-Egzersizinizin yoğunluğu nedir? Düşük () Orta () Yüksek ()

28-Ne tür egzersiz yapıyorsunuz? Yürüyorum () Koşuyorum () Ağırlık kaldırıyorum ()

Bisiklete biniyorum () Yüzüyorum () Diğer.....

29-Yapılan egzersizi kimlerle birlikte yapıyorsunuz? Bireysel () Arkadaşım () Grupla ()

30-Sigara kullanıyor musunuz? Hayır () Evet () günde yaklaşık kaç adet:

.....

31-Alkol kullanıyor musunuz? Hayır () Evet () ne sıklıkla :

32-Kullandığınız başka türde ilaçlar var mı? (Diyabet, yüksek tansiyon,alerji vb.)

.....

33-Günde kaç doz kullanıyorsunuz?

34-İlaçlarınızın yan etkilerini biliyor musunuz?

Biliyorum () Kısmen () Bilmiyorum ()

35-Size diyet ve egzersiz programı önerildi mi?

Evet () Hayır ()

36-Egzersiz yapmanıza sakıncası olan bir fiziksel rahatsızlığınız var mı? Evet () Hayır ()

Beslenme Alışkanlıkları

1.Genellikle günde kaç öğün yemek yersiniz?

..... Ana öğün (sabah, öğle, akşam)Ara öğün (sabah-öğle arası, ikindi, akşam yemek sonrası)

2. Genellikle ana öğün atlar mısınız? Evet () Hayır ()

3 .Cevabınız evet ise genellikle hangi öğünü atlarsınız? Sabah () Öğle () Akşam ()

4. Ana öğün atlama nedeniniz? (En fazla 3 seçenek işaretleyiniz) Zaman yetersizliği ()

Canım istemiyor, iştahım yok () Unutuyorum ()

Diyet yapıyorum()

Alışkanlığım yok ()

Diğer (belirtiniz)

.....

5. Genellikle ara öğün atlar mısınız? Evet () Hayır ()

6. Cevabınız evet ise genellikle hangi ara öğünü atlarsınız?

Sabah ()

öğle arası (kuşluk) ()

İkindi ()

Akşam yemeğinden sonra

()

7. Ara öğün atlama nedeniniz? (En fazla 3 seçenek işaretleyiniz)

Zaman yetersizliği ()

Canım istemiyor, iştahım yok ()

Unutuyorum ()

Diyet yapıyorum ()

Alışkanlığım yok ()

Diğer (belirtiniz)

.....

8. Hafta içi ana öğünlerinizi genellikle hangi saatlerde yaparsınız?

Sabah.....

Öğle.....

Akşam

9. Hafta sonu ana öğünlerinizi genellikle hangi saatlerde yaparsınız?

Sabah.....

Öğle.....

Akşam

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kıvılcım
Soyadı	KAPLAN

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lisans	Akdeniz Üniversitesi/Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	2014
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü	2016
Doktora	Akdeniz Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü	

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Öğretmen	Murat Paşa Milli Eğitim Müdürlüğü-Ahmet Ferda Kahraman İlköğretim Okulu	2014/2015
Öğretmen	Konyaaltı Halk Eğitim Merkezi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi	2016/2018
Öğretim Görevlisi	İstanbul Gelişim Üniversitesi-Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu-Rekreasyon Bölümü	2019/2021