

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN
BİREYLERE UYGULANAN FİZİKSEL SAĞLIĞI
KORUMA ve GELİŞTİRME PROGRAMININ
FİZİKSEL SAĞLIĞA ve YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

Sevecen ÇELİK İNCE

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2019

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD- 2016970109

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN
BİREYLERE UYGULANAN FİZİKSEL SAĞLIĞI
KORUMA ve GELİŞTİRME PROGRAMININ
FİZİKSEL SAĞLIĞA ve YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

Sevecen ÇELİK İNCE

Danışman Öğretim Üyesi: Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN

Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından
2018.KB.SAG.043 sayı ile desteklenmiştir.

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD- 2016970109

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Sevecen ÇELİK İNCE, “KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERE UYGULANAN FİZİKSEL SAĞLIĞI KORUMA ve GELİŞTİRME PROGRAMININ FİZİKSEL SAĞLIĞA ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ” konulu doktora tezini 10 Haziran 2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Prof. Dr. Besti ÜSTÜN
BAŞKAN
Üsküdar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi


Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN
DANIŞMAN (Oy kullanmıyor)
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi


Prof. Dr. Berna BİNNUR AKDEDE
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi


Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi


Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK
ÜYE
Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi


Dr. Öğr. Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN
ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Özgül KARAYURT
YEDEK ÜYE
İzmir Ekonomi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN
YEDEK ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLOLAR DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
KISALTMALAR	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ ve AMAÇ	3
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2.Araştırmanın Amacı	8
1.3.Araştırma Soruları ve Hipotezleri	8
2.GENEL BİLGİLER	10
2.1.Kronik Ruhsal Hastalık ve Fiziksel Sağlık	10
2.1.1.Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Fiziksel Aktivite ve Önemi	11
2.1.2.Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Beslenme ve Önemi.....	13
2.1.3. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Hastalık İlişkisi.....	15
2.1.3.1. Aşırı kiloluk ve obezite	15
2.1.3.2. Diyabet	16
2.1.3.3. Kardiyovasküler hastalıklar.....	17
2.1.3.4. Kanser	18
2.1.4.Psikiyatri Hemşirelerinin Fiziksel Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesindeki Roller.....	19
2.2.Kavramsal Çerçeve.....	26
2.2.1.Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı	26
2.2.2.Nola J. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	26
2.2.3.Sağlığı Geliştirme Modelinin Bileşenleri ile Fiziksel Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programının İlişkilendirilmesi.....	28
2.2.4.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	36

ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI

Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Aktivite ve Beslenmeye Yönelik Görüşleri ve Davranışları: Kalitatif Araştırma

3.1. AŞAMA-GEREÇ ve YÖNTEM.....	38
3.1.1.Araştırmanın Tipi	38
3.2.1.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	38
3.3.1.Araştırmanın Örneklemi	39
3.4.1.Çalışma Materyali.....	40
3.5.1.Araştırmanın Değişkenleri	40
3.6.1.Verİ Toplama Araçları	40
3.6.1.1.Kronik ruhsal hastalığı olan bireyin tanıtıcı bilgi formu	40
3.6.1.2.Yarı yapılandırılmış görüşme formu	40
3.6.1.3.Verilerin Toplanması.....	41
3.7.1. Araştırma Birinci Aşamanın Planı.....	43
3.8.1. Verilerin Değerlendirilmesi.....	43
3.8.1.1.Kronik ruhsal hastalığı olan bireyin tanıtıcı bilgi formunun değerlendirilmesi ...	43
3.8.1.2.Yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yapılan görüşmelerin değerlendirilmesi	43
3.9.1. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
4.1.AŞAMA-BULGULAR	45
5.1.AŞAMA-TARTIŞMA	52
6.1.AŞAMA-SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58

ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI

Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Verilen Fiziksel Sağlığı Geliştirme Programının Fiziksel Sağlığa, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Yarı DeneySEL Çalışma

3.2.AŞAMA-GEREÇ VE YÖNTEM.....	59
3.1.2. Araştırmanın Tipi	59
3.2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	59
3.3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	60
3.4.2. Çalışma Materyali.....	63
3.5.2. Araştırmanın Değişkenleri	63
3.6.2. Verİ Toplama Araçları	63
3.6.2.1.Kronik ruhsal hastalığı olan bireyin tanıtıcı bilgi formu	63
3.6.2.2. Pedometre (Adımsayar)	64
3.6.2.3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II	65
3.6.2.4. Kısa Form 36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	66

3.6.2.5.Verilerin toplanması	69
3.7.2.Araştırma Planı	74
3.8.2.Verilerin Değerlendirilmesi.....	74
3.9.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	75
4.2.AŞAMA-BULGULAR	76
5.2.AŞAMA-TARTIŞMA	105
6.2.AŞAMA-SONUÇ VE ÖNERİLER.....	116
7.2.AŞAMA-TEZİN BÜTÇESİ	119
8.2.AŞAMA-ARAŞTIRMA ETİĞİ	119
9.KAYNAKLAR	120
10.EKLER.....	138
EK 1. Birinci Aşama: Bilgilendirilmiş Olur Formu	138
EK 2. Birinci Aşama: Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Tanıtıcı Bilgi Formu	139
EK 3. Birinci Aşama: Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Birey ile Görüşme Formu	140
EK 4. İkinci Aşama: Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	141
EK 5. İkinci Aşama: Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Tanıtıcı Bilgi Formu	142
EK 6. İkinci Aşama: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	144
EK 7. İkinci Aşama: Kısa Form 36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği	146
EK 8. Kurum İzin Onay Yazıları	151
EK 9. Etik Kurul Onayı	154
Ek 10. Araştırmacı Özgeçmiş	156
Ek 11. Tezden Türemiş Yayınlar	159
EK 12. Katılımcı El Kitabı	169
EK 13. Katılımcı Belgesi.....	202

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Örneklem seçme ölçütleri	39
Tablo 2. Araştırma planı ve takvimi.....	43
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	45
Tablo 4. Katılımcıların psikiyatrik hastalık ve fiziksel sağlık ile ilgili özellikleri	46
Tablo 5. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve beslenmeye yönelik görüşlerinden elde edilen ana temalar.....	46
Tablo 6. Girişim ve kontrol grubu örnekleme dâhil edilme ve dışlama kriterleri	60
Tablo 7. DSÖ'ne göre yetişkinlerde BKİ'ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması	64
Tablo 8. Yetişkinlerin cinsiyete göre bel çevresi uzunluğunun sınıflandırılması.....	64
Tablo 9. Yetişkinler için günlük adım sayısı ile ilişkili fiziksel aktivite seviyesi	65
Tablo 10. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ve mental ve fiziksel özet değerler.	68
Tablo 11. Fiziksel sağlığını koruma ve geliştirme eğitim programının konu başlıkları	71
Tablo 12. Araştırmanın ikinci aşamasının planı	74
Tablo 13. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi	77
Tablo 14. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin psikiyatrik hastalık ve fiziksel sağlıkla ilgili özellikleri.....	79
Tablo 15. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin öntest fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili özelliklerinin incelenmesi.....	81
Tablo 16. Girişim ve kontrol grubundaki bireylerin zamana göre fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarındaki değişim.....	83
Tablo 17. Girişim ve kontrol grubuna alınan bireylerin zamana göre (öntest-sontest-3.ay ve 6.ay) ve gruba göre kilo, beden kitle indeksi, bel çevresi ölçümlerinin karşılaştırılması	88
Tablo 18. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) toplam puanlarının öntest, sontest, 3.ay izlem ve 6.ay izlem ölçümlerinin incelenmesi	90
Tablo 19. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) alt boyutlarının zamana ve gruba göre ölçümlerinin incelenmesi	93

Tablo 20. Girişim ve kontrol grubuna alınan hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçek alt boyut puanlarının incelenmesi	98
Tablo 21. Girişim grubuna alınan bireylerin zamana göre adım sayılarının incelenmesi.....	89
Tablo 22. Girişim grubunun fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programına ilişkin program sonrası geri bildirimlerinin özeti.....	101



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığını etkileyen dinamik nedenler	20
Şekil 2. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı	29
Şekil 3. SGM'nin Fiziksel Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programında Kullanılması	30
Şekil 4. Araştırmanın tasarımı.....	62
Şekil 5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Bileşenleri (Ware ve Gandek, 1998).	67
Şekil 6: Girişim Grubuna Uygulanan Fiziksel Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programı	70



KISALTMALAR

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

DSÖ (WHO): Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

SF-36: Short Form (Kısa form)-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SYBD (HLB): Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Healty Lifestyle Behaviour)

SGM: Sağlığı Geliştirme Modeli

SİM: Sağlık İnanç Modeli

NICE: National Institue for Health and Clinical Excellence

DEÜ: Dokuz Eylül Üniversitesi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

NHS: National Health Service

TFAR: Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi

TOBR: Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi

NHMRC: National Health and Medical Research Council

NIH: National Institutes of Health

DGAC: Dietary Guidelines Advisory Committee

ACI: Agency of Clinic Inovation

MetS: Metabolik Sendrom

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca bilgi ve deneyimi ile hem akademik hem de kişisel gelişimime katkı veren, beni her aşamada gönülden destekleyen, beni zenginleştiren ve farklı bakış açıları ile hayata bakmamı sağlayan, her daim öğrencisi olmaktan şükran duyduğum, çok değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN'e

Doktora eğitimim ve tez sürecimde bilimsel katkıları ve desteklerinden dolayı tez izleme komite üyesi Sayın Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'a; verdiği değerli önerileri ve deneyimleri ile tezimi zenginleştirmeye katkı veren tez izleme komitesi üyesi Sayın Prof. Dr. Berna BİNNUR AKDEDE'ye,

Tez veri toplama sürecimde desteklerini esirgemeyen Buca Seyfi Demirsoy Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin tüm ekibine ve Uzman Hemşire Gülçin SÜNGÜ SÜGÜN başta olmak üzere Ege Üniversitesi Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin tüm ekibine,

Tez araştırmama katılan, tüm samimiyetleri ile kendi yaşantılarını içtenlikle paylaşan ve bu süreçte akademik gelişimime önemli katkıları olan tüm hastalarım,

Lisansüstü eğitimim boyunca her türlü desteğini hissettiğim Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'de çalışan başta oda arkadaşım Arş.Gör. Fehmi DİRİK olmak üzere, çalışma arkadaşlarım psikiyatri hemşireliği anabilimdalı Arş.Gör Özgü SERÇE, Arş. Gör Burcu ÖZKUL ve Arş.Gör. Ayşe SARI olmak üzere tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Doktora tez sürecimde kazandığım her türlü desteği ile ailemin bir parçası olan Zeynep-İsmail ÖZCAN'a

Her zaman sabrı, sevgisi, ilgi ve anlayışı ile bana destek olan eşim Ceyhun İNCE'ye ve hayatımın her aşamasında beni destekleyen, varlıklarına her saniye şükran duyduğum canım annem ve babam Zehra-Yakup ÇELİK, ablam ve abim Arzum-Hakan BEKLEVİÇ ve kardeşlerim Yazgı-Onur AKBAŞ, Mehmet Özler Çelik'e, yükümü hafifleten Ümmühan İNCE anneme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sevecen ÇELİK İNCE

KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERE UYGULANAN FİZİKSEL SAĞLIĞI KORUMA ve GELİŞTİRME PROGRAMININ FİZİKSEL SAĞLIĞA ve YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Sevecen ÇELİK İNCE

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, sevecencelik@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin, fiziksel aktivite ve beslenmeye yönelik görüşlerini ve davranışlarını belirlemek, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne temellendirilmiş sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi içeren eğitim programının hastaların fiziksel sağlığına, fiziksel aktivitelerine, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma niteliksel ve yarı deneysel olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Niteliksel aşamada; veriler, kronik ruhsal hastalığı olan 15 birey ile yarı yapılandırılmış bireysel görüşmeler ile toplanmış ve içerik analizi ile yapılmıştır. Yarı deneysel aşamada; araştırma örneklemini 41 kronik ruhsal hastalığı olan birey (girişim: 21-kontrol:20) oluşturmuştur. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, SYBD ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve adım sayar ile toplanmıştır. Veriler eğitim programı öncesi, sonrası, 3.ay ve 6.ayda toplanmıştır. Verilerin analizinde nonparametrik Friedman testi, man Whitney U testi, kikare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Niteliksel araştırma sonucunda beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarına yönelik olmak üzere dört ana tema ortaya çıkmıştır: *engeller, kolaylaştırıcılar, alışkanlıklar ve gereksinimler*. Yarı deneysel araştırmanın sonucunda girişim grubundaki bireylerin bel çevresinde anlamlı bir azalma, SYBD ölçeği sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt boyut puanlarında ve SF-36 yaşam kalitesi fiziksel işlev ve mental özet değer alt boyut puanlarında anlamlı bir artış olduğu, adım sayısında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunun bel çevresinde ve SF-36 yaşam kalitesinde anlamlı bir fark olmadığı, SYBD ölçeğinde ise yalnızca manevi gelişim alt boyutunda artış olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda yürüyüş odaklı fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmeyi içeren eğitim programının kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sonuçlarını, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebildiği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Kronik ruhsal hastalık, fiziksel sağlık, yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi, psikiyatri hemşireliği

EFFECT of PHYSICAL HEALTH PROTECTION and PROMOTION PROGRAM on the PHYSICAL HEALTH and QUALITY of LIFE of INDIVIDUALS with SEVERE MENTAL ILLNESS

Dokuz Eylul University, Graduate School of Health Sciences, sevecancelik@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the opinions and behaviors of individuals with mental illness on physical activity and nutrition behaviors, and to investigate the effect of the educational program including healthy nutrition and physical activity based on Pender's Health Development Model on the physical health, physical activities, healthy lifestyle behaviors and quality of life of the patients.

Method: This study was conducted in two stages included descriptive qualitative and quasi-experimental method. In qualitative stage; data were collected by semi-structured in-depth individual interviews with 15 individuals with mental illness. Data were analyzed by content analysis. In the quasi-experimental stage; the study sample consisted of 41 patients with mental illness (intervention: 21- control: 20). Data were collected with the Introductory Information Form, HLB scale, SF-36 Quality of Life Scale and pedometer. The data were collected pretest, post test, third months and sixth months. Friedman test, man Whitney U test and chi-square test were used for data analysis.

Results: As a result of qualitative research, four main themes have emerged: *the barriers, facilitators, habits and the needs*. As a result of the quasi-experimental study, it was found that there was a significant decrease in waist circumference, a significant increase in HLB scale health responsibility, physical activity and nutrition subscale scores and SF-36 Quality of Life physical function and mental summary value subscale scores and there was no significant difference in the number of steps of individuals in the intervention group. There was no significant difference in waist circumference and SF-36 quality of life in the control group, but there was a significant increase only in the spiritual development subscale of the HLB scale.

Conclusion: As a result of this study, the education program including walking-focused physical activity and healthy nutrition can positively affect physical health outcomes, healthy lifestyle behaviors and quality of life of individuals with chronic mental illness.

Key words: Severe mental illness, physical health, quality of life, healthy lifestyle behaviors, psychiatric nursing

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Son on yıldır şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoaffektif bozukluk gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarında artış olduğu görülmektedir. Literatürde bu bireylerin fiziksel sağlık sorunları ilgi çeken bir konu haline gelmiş ve bu konuda son yıllarda yapılan çalışmalar artmaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin genel nüfusa göre yaşam beklentisinin daha az olduğu ve fiziksel sağlık durumlarının daha kötü olduğu belirtilmektedir (Blythe & White, 2012; De Hert, ve ark., 2011b; Gray, Hardy, & Anderson, 2009). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam süresini azaltan fiziksel sağlık sorunlarının başında obezite ve buna bağlı metabolik sendrom, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar (KVH) gelmektedir (Chwastiak, 2015; Hardy & Gray, 2010; Ohlsen, Peacock, Smith, Ward, & Jackson, 2005). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarının temel nedenleri olarak; tedavi ile ilişkili nedenler, hastalık sonucu meydana gelen negatif semptom ve ya depresif duygu durum, sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları, olumsuz fiziksel koşullar gösterilmektedir (Weiser ve ark., 2009).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin kullandıkları psikotrop ilaç grupları, bu bireylerin fiziksel sağlık problemlerinin oluşmasında önemli olup özellikle ikinci kuşak (atipik) antipsikotik ilaçların, ekstrapiramidal sistem yan etkileri daha az iken, metabolik sendroma neden olma olasılıkları daha fazladır (Yüksel & Sayın, 2006). Bu grup ilaçlardan özellikle klozapin, insülin seviyesini arttırarak glikoz metabolizmasını bozmakta ve trigliserid düzeyinde artışa sebep olmaktadır (Yüksel & Sayın, 2006). Olanzapin ve klozapin, serum leptin düzeyini arttırırken, leptin direncini de arttırmakta bu durum da bireylerde yeme davranışında artmaya sebep olmaktadır (Allison & Casey, 2001; Hardy & Gray, 2010; Yüksel & Sayın, 2006). İlaçların antikolinergik etkilerinin sonucu olarak susuzluk hissi oluşmakta ve bireylerin iştahında artış meydana gelmekte, ağız kuruluğuna neden olan ilaçlar yüksek kalori içeren sıvı tüketimini arttırmaktadır (Allison & Casey, 2001; Hardy & Gray, 2010; Yüksel & Sayın, 2006).

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin hem tedavilerinin yan etkileri olan sedasyon hem de psikiyatrik semptomların varlığı hastaların (Chen, Chien, Kang, Jeng, & Chang, 2014) egzersiz motivasyonu ve yeteneğini olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda psikiyatri hastaları arasında sağlıksız yaşam tarzının (yetersiz egzersiz, yüksek kalorili beslenme gibi) normal popülasyona oranla daha yaygın olmasının bireylerin fiziksel sağlığını olumsuz etkilediği

belirlenmektedir (Chen ve ark., 2014; Peet, 2004; Scott & Happell, 2011). Kilian ve arkadaşları (2006), Almanya'daki genel popülasyon ile psikiyatri hastalarının (şizofreni, majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk ve somatoform bozukluğu olan) sağlık davranışlarını karşılaştırmıştır. Çalışmanın sonucunda sağlıksız beslenme alışkanlığı, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı gibi sağlıksız yaşam biçimi alışkanlıklarının psikiyatrik hastalığı olan bireylerde daha yaygın olduğu bulunmuştur (Kilian, Becker, Krüger, Schmid, & Frasch, 2006). Psikiyatri hastalarının yaygın yaşam tarzı olan sağlıksız beslenme ve yetersiz egzersiz hastalarda aşırı kilo artışına sebep olmaktadır (Roick ve ark., 2007).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık koşullarının olumsuz olduğu belirtilmektedir. Ancak sağlık bakım sistemi içerisinde bu hastaların fiziksel sağlıkla ilgili ihtiyaçları yeterli boyutta karşılanmamaktadır (Happell, Platania-Phung, & Scott, 2011). Yapılan bir çalışmada, Avusturalya'daki psikiyatrik hastalığı olan bireylerin sağlık bakımı almada yaşadıkları engeller incelenmiştir (Muir-Cochrane, 2006). Psikiyatri birimlerinde çalışan sağlık profesyonelleri tarafından hastaların fiziksel yakınmalarının görmezden gelinmesi ve psikosomatik yakınma olarak değerlendirilmesi, psikiyatrist olmayan diğer alanlardaki hekimlerin psikiyatrik hastalığı olan bireylere bakım vermede isteksizliği, ruh sağlığı hizmetleri içerisinde fiziksel sağlığı da içeren genel sağlık kontrolleri için zaman ve kaynağın yetersiz olması, hastaların bilişsel sorunlar gibi nedenlerden dolayı kendi tıbbi sorunlarını açıklamada yetersiz kalmaları ve yaşam biçimlerinde değişiklik yapmaya ilişkin zorluk yaşamaları, fiziksel sağlık hizmeti almadaki engeller olarak görülmektedir (Muir-Cochrane, 2006). Ewart ve arkadaşları (2015) Avustralya'da ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin fiziksel sağlık ihtiyaçları için sağlık hizmetlerinden yararlanma deneyimlerini keşfetmek amacıyla 31 hasta ile odak grup görüşmesi yapmışlardır. Araştırmanın sonucunda psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık bakımının kötü olduğu, fiziksel sağlık sorunlarının tanınmamasının, fiziksel sağlık problemlerine yönelik tavsiye, güçlendirme ve tedavilerin yetersiz olduğu bulunmuştur (Ewart, Bocking, Happell, Platania-Phung, & Stanton, 2016). Gray ve Brown (2017) 18 psikiyatri hemşiresi ve 15 ruhsal hastalığı olan bireyle fiziksel sağlık bakımına ilişkin tutumları belirlemek amacıyla kalitatif bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda hemşirelerin fiziksel sağlık bakımı sağlamada kendilerini yetersiz hissettikleri, fiziksel sağlığı öncelik olarak görmedikleri, hastalarda başlıca odaklandıkları bakımın ruhsal sağlığı sürdürmeye yönelik olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmaya katılan hastalar ise sağlık davranışlarını (egzersiz yapmama, kilolu olma gibi) yerine getirmede hemşirelerin destekleyici

olmadıklarını ve psikiyatrik ilaçların fiziksel yan etkilerinin hemşireler tarafından ihmal edildiğini belirtmişlerdir (Gray & Brown, 2017). Çelik İnce ve arkadaşlarının (2018) 12 psikiyatri hemşiresi ile yaptığı kalitatif çalışmada hemşireler psikiyatrik hastalığı olan bireylerin sağlık profesyonellerinden hak ettiği fiziksel sağlık bakımını almadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin, hastalarda var olan psikiyatrik problemleri öncelikli olarak gördükleri, hastaların fiziksel yakınmalarını somatik olarak yorumladıkları ve bu durumun hastaların fiziksel sağlık bakımı almalarını engellediği belirlenmiştir (Çelik İnce, Partlak Günüşen, & Serçe, 2018).

Psikiyatri hemşireleri, kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin fiziksel sağlığını ve sağlıklı yaşam biçimini koruma ve geliştirmede anahtar bir role sahiptirler (Happell ve ark., 2011). Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlık durumunu etkileyebilecek yaşam tarzı davranışları üzerinde kontrol sahibi olabilmesi, günlük yaşam aktivitelerinde sağlıklı davranışları seçebilmesidir (Bahar, Beşer, Gördes, Ersin, & Kıssal, 2008). Bu davranışları alışkanlık haline getiren birey, sağlık düzeyini koruyup geliştirebilmektedir. Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları egzersiz, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir (Bahar ve ark., 2008). Psikiyatri hemşireleri, sağlıklı yaşam biçimlerini iyileştirmeye yönelik uygulayacakları stratejiler ile hem fiziksel sağlığın kötüye gitmesini hem de kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşadığı erken ölümlerini önlemede katkı sağlayabilirler (Hardy & Thomas, 2012).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin mortalite ve morbiditeleri büyük ölçüde değiştirilebilir yaşam tarzı risk faktörlerine bağlı olmasına rağmen, gelişmiş ülkelerde bile fiziksel sağlık yönlerinin taranması ve değerlendirilmesi zayıf kalmaktadır (De Hert, ve ark., 2011a). Uluslararası literatürde, kronik ruhsal hastalığı olan bireyler için çeşitli fiziksel sağlık izlem araçları geliştirilmiştir (Gartshore, 2009; Hardy & Gray, 2010; Shuel, White, Jones, & Gray, 2010). Geliştirilen birkaç izlem aracına rağmen bu araçların etkinliğine yönelik kanıtların yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (Tosh, Av, Xia, & Mm, 2014). İngiltere'de yürütülen randomize kontrollü çalışmada, psikiyatri hastalarında fiziksel sağlığı değerlendirme aracı kullanımının, hastaların fiziksel sağlığına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan 12 aylık araştırma sonucunda girişim grubunun sistolik, diyastolik kan basıncında ve beden kitle indeksi değerlerinde anlamlı derecede azalma varken kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir (Gartshore, 2009). İngiltere'de yapılan bir çalışmada psikiyatri hemşireleri, psikiyatri hastalarında fiziksel sağlıkla ilgili tarama yapabilmek ve fiziksel riskleri saptamak

için Sağlığı Geliştirme Profili (HIP) (kardiyovasküler hastalık, beden kitle indeksi, kan glikoz ve kolesterol düzeyleri, beslenme, sigara içme durumu, egzersiz gibi maddeleri içeren) geliştirmişlerdir (Hardy & Gray, 2010). Shuel ve arkadaşları ise (2010) sağlığı geliştirme profili kullanarak 31 psikiyatri hastasının fiziksel sağlık problemlerini tanımlamak amacıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda fiziksel sağlık sorunlarının ve risklerinin psikiyatri hemşireleri tarafından etkin bir taramayla ortaya koyabileceği yönünde görüş ortaya konulmuştur (Shuel ve ark., 2010). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığının izlenmesi ve izlemlerden elde edilen bilgilere yönelik müdahalelerin yapılması bireylerin yaşam kalitesini ve yaşam süresini arttırmasının yanı sıra bu bireylerin tıbbi hizmetlere olan bağımlılığını azaltabilmektedir (Tosh ve ark., 2014).

Yapılan fiziksel sağlığı izlem araştırmaları sonucunda fiziksel sağlığı geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik (egzersiz, beslenme gibi) girişimsel programlar oluşturulmuştur (Park, Usher, & Foster, 2011). Uluslararası literatürde ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi geliştirmelerine yönelik yapılan girişimsel çalışmalarla ilgili sistematik derlemelerde en yaygın hedeflenen fiziksel sağlık davranışının kilo kaybetme olduğu bulunmuştur. Fiziksel sağlığı geliştirmede sağlıklı yaşam biçimi girişimlerinin kilo kaybı ve BKİ’de azalmaya sebep olduğu gibi sonuçlar bulunmuştur (Bradshaw, Lovell, & Harris, 2005; Happell, Davies, & Scott, 2012; Varhaeghe ve ark., 2011). Derlemelerde genel popülasyonda fiziksel hastalık sonuçlarını (BKİ, lipid profilleri, kan glikoz düzeyi gibi) iyileştirmek için kanıta dayalı müdahaleler mevcut olmasına rağmen, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin kronik fiziksel hastalıklarını yönetmelerine yönelik uygulanabilir girişimler olduğuna dair kanıtlar yeterli güçte olmadığı ve çelişkili olduğu görülmektedir (Baxter ve ark., 2016; Hjorth ve ark., 2014).

Türkiye’de psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığına yönelik yapılan çalışmalar sınırlı olup, genelde tanımlayıcı tiptedir. Şizofreni hastaları ile yapılan fiziksel egzersiz girişimlerinin hastaların ruhsal durumuna ve yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel bir yüksek lisans tezi yapılmıştır. On haftalık egzersiz programı sonucunda, şizofreni hastalarının ruhsal belirtilerine (negatif ve pozitif semptomlarda) bir azalma olduğu, hastaların özellikle fiziksel enerji düzeylerinde, öz güvenlerinde ve buna bağlı sosyal etkileşimlerinde artış olduğu bulunmuştur (Acıl, Dogan, & Dogan, 2008). Çalışmada fiziksel sağlık sonuçları bildirilmemiştir (Acıl, Dogan, & Dogan, 2008). Fiziksel aktivite, fiziksel hastalık riskini azaltmada ve fiziksel sağlık sorunlarının yönetilmesinde önemli bir davranışsal araçtır. Buna

rağmen kronik ruhsal hastalığa sahip bireyler, genel popölasyona oranla oldukça düşük fiziksel aktivite yapmaktadır (Gray & Brown, 2017). Psikiyatri hemşireleri, kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin fiziksel aktivite gibi sağlıklı davranış değişikliğine motive edebilir (Gray & Brown, 2017) ve hastaların günlük aktiviteleri içerisinde fiziksel aktivitenin eklenmesini sağlayabilirler (Gray ve ark., 2009; Happell ve ark., 2011).

Psikiyatri hastalarıyla yapılan sağlık eğitimi çalışmalarının fiziksel aktiviteyi artırma, sağlıklı beslenmeyi geliştirme ve sigarayı azaltmada önemli olduğu vurgulanmıştır (Bradshaw ve ark., 2010, 2005; De Hert, ve ark., 2011a). Psikiyatri hemşireleri, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde belirtiler ortaya çıkmadan, gerekli fiziksel sağlık ölçümleri yaparak, oluşan sorunlara uygun şekilde müdahale ederek ve beslenme, egzersiz gibi sağlık eğitim programları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırarak fiziksel sağlık sorunlarını önleyebilirler (Edward, Rasmussen, & Munro, 2010). Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteye teşvik etmek için kullanılan yaşam tarzı değiştirme programları, toplum ruh sağlığı merkezlerinde (TRSM) sağlanan tedavinin ayrılmaz bir bileşenidir ve bu merkezler kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlık sonuçlarını geliştirmek için etkili müdahalelerin yapılmasında kritik öneme sahiptir (Chwastiak, 2015). TRSM'lerde kronik ruhsal hastalığı olan bireylere günlük yaşamları içerisinde verilen programların bu bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını geliştirebileceği belirtilmektedir (Pratt ve ark., 2016).

Sonuç olarak, uluslararası literatürde TRSM'lerde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik yapılan birçok beslenme ve/veya egzersiz müdahalesi çalışması bulunmaktadır; fakat bu çalışmalarda, yapılan girişimlerin fiziksel sağlık parametreleri (BKİ, bel çevresi gibi) üzerindeki etkisine yönelik sonuçlarda farklılıklar bulunmaktadır (Bruins ve ark., 2014; Methapatara & Srisurapanont, 2011) ve bu çalışmaların kanıt düzeyleri düşüktür. Bu farklı sonuçların sebepleri arasında hastaların sağlığı geliştirici uygulamaları günlük yaşamlarına aktarabilmelerinde motivasyon eksikliği olduğu belirtilmektedir (Soundy ve ark., 2014). Psikiyatri hemşireleri hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmada ve motive etmede önemli bir role sahip olmasına rağmen (Gray & Brown, 2017; Gray ve ark., 2009; Happell ve ark., 2011) bu bağlamda hemşire liderliğinde uygulanan girişimler azdır. Psikiyatri hemşireleri adım sayar gibi cihazlarla hastaları fiziksel aktiviteye motive ederek ve bireysel olarak izleyerek kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi uygulamalarını günlük yaşamlarına kazandırabilirler. Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığını koruma ve geliştirmek için kanıt düzeyi yüksek

deneysel araştırmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (Chwastiak, 2015; Firth ve ark., 2016; Hjorth ve ark., 2014; Pratt ve ark., 2016). TRSM’lerde hastaların fiziksel sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik yapılandırılmış, devamlı ve sistemli olarak yapılan kanıta dayalı programlara az rastlanmaktadır (Chwastiak, 2015; Pratt ve ark., 2016). Ülkemizde ise kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik deneysel kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ulaşılamamıştır. Yarı deneysel olarak planlanan bu çalışmanın, literatüre ve uygulamaya önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda bu çalışma ile lkemizdeki TRSM’lerde psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumlarını, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini geliştirmeye yönelik bir programın uygulanmasının önemli bir gereksinimi karşılayacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmada oluşturulan yapılandırılmış kolay uygulanabilir, kanıta dayalı bu program ile TRSM’ler için uygulanabilir bir model oluşturulacaktır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın birinci aşamasının amacı, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarına yönelik görüşlerini ve davranışlarını belirlemektir.

Araştırmanın ikinci aşamasının amacı, Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık durumunu geliştirmeye yönelik sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi içeren fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme eğitim programının hastaların fiziksel sağlığına (BKİ, bel çevresi), fiziksel aktivitelere (adım sayısı), sağlıklı yaşam davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

1.3.Araştırma Soruları ve Hipotezleri

Araştırmanın birinci aşamasının araştırma soruları;

- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve beslenme davranışları nasıldır?
- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve beslenme davranışını neler etkilemektedir?

Araştırmanın ikinci aşamasının hipotezleri;

- Hipotez 1: Programa katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beden kitle indeksi ile kontrol grubundaki bireylerin beden kitle indeksleri arasında eğitim sonrası, 3. ve 6. ayda fark vardır.
- Hipotez 2: Programa katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bel çevresi ile kontrol grubundaki bireylerin bel çevresi arasında eğitim sonrası, 3. ve 6. ayda fark vardır.
- Hipotez 3: Programa katılan ruhsal hastalığı olan bireylerin günlük adım sayısı eğitim öncesi, eğitim sonrası, 3. ve 6. ayda fark vardır.
- Hipotez 4: Programa katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması ile kontrol grubundaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması arasında eğitim sonrası, 3. ve 6. ayda fark vardır.
- Hipotez 5: Programa katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyut puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyut puan ortalamaları arasında eğitim sonrası, 3. ve 6. ayda fark vardır.
- Hipotez 6: Programa katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bireylerin yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasında eğitim sonrası, 3. ve 6. ayda fark vardır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Ruhsal Hastalık ve Fiziksel Sağlık

Ruhsal hastalıkların küresel olarak yükü, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde giderek artmaya devam etmektedir. Kronik ruhsal hastalıklar büyük oranda morbiditeye neden olmakla birlikte, kötü sağlık sonuçları ve artan ölüm oranları ile ilişkilidir (WHO Guidelines, 2018). *Kronik ruhsal hastalık* (severe mental disorders), şiddetli depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları içeren bir hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır (WHO Guidelines, 2018).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler genel popülasyona oranla ortalama iki-üç kat daha fazla ölüm oranına sahiptir ve bu da yaşam beklentisinde 10-20 yıl azalmayı göstermektedir (WHO Guidelines, 2018; Vancampfort, Stubbs, Mitchell, ve ark., 2015). Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler, doğal olmayan nedenlere bağlı ölümlerde (kazalar, cinayet veya intiharlar) genel popülasyona göre daha yüksek ölüm oranlarına sahiptir. Ayrıca bu bireyler arasındaki ölümlerin çoğu bulaşıcı olmayan ve bulaşıcı olan fiziksel sağlık koşullarına bağlanabilmektedir. Ayrıca, bu bireylerde bulaşıcı olmayan hastalıklar için risk faktörü oluşturan sigara tüketimi, fiziksel hareketsizlik ve sağlıksız beslenme gibi sağlıksız yaşam tarzı davranışlarında bulunma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Kilian, Becker, Krüger, Schmid, & Frasch, 2006; Roick ve ark., 2007; Soundy, Stubbs, Probst, Hemmings, & Vancampfort, 2014; WHO Guidelines, 2018) ve yaşam kalitesini azalttığı belirtilmektedir (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014).

National Health Service in England (2016), National Institute for Health and Care Excellence (2014) ve Public Health England (2018) rehberlerinde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, obezite, metabolik sendrom gibi fiziksel sağlık problemlerinin oldukça yüksek olduğuna vurgu yapmaktadır (NHS England, 2016; Public Health England, 2018; NICE, 2014). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin mortalite ve morbiditeleri büyük ölçüde değiştirilebilir yaşam tarzı risk faktörlerine bağlıdır. Bu nedenle bu bireylerde fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ele alınması önemlidir (Happell ve ark., 2011)

2.1.1.Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Fiziksel Aktivite ve Önemi

Fiziksel aktivite, kaslarımızı ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketme ile sonuçlanan herhangi bir fiziksel (bedensel) hareket olarak tanımlanmaktadır (TFAR, 2014, ss.1; Can, Arslan & Ersöz, 2014). *Egzersiz (Düzenli Fiziksel Aktivite)*, fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşeninin korunmasını ya da geliştirilmesini amaçlayan düzenli, planlanmış ve tekrarlı fiziksel aktivitelerdir (TFAR, 2014, ss. 1). *Spor* ise, belirli kurallar çerçevesinde uygulanan, genellikle yarışma amaçlı olan, lisanslı, amatör ya da profesyonel sporcu bireylerin yaptığı aktivite türüdür (TFAR, 2014, ss.1).

Fiziksel aktivitenin artırılmasının, fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde olumlu etkisi vardır (NHS England, 2016; TFAR, 2014, ss. 2). Fiziksel aktivite yapmak kas kuvveti ve miktarının korunmasını ve artırılmasını, dayanaklılığın artmasını ve dengeyi sağlar. Refleksleri geliştirir. Kalp ritmini ve damar direncini azaltarak kan basıncının düzenler (Can ve ark., 2014; Alpözgen ve Özdiçler, 2016; TFAR, 2014, ss. 2). Kandaki artmış olan trigliserit ve kolesterol miktarını etkileyerek damar hastalıkları riskini azaltır. Akciğerlerin havalanmasını sağlayarak solunum kapasitesini artırır. İnsülin aktivitesini kontrol ederek kan şekerini düzenler (Can ve ark., 2014; Alpözgen ve Özdiçler, 2016; TFAR, 2014, ss. 2). Vücudun su, tuz, mineral kullanımını dengeler. Fiziksel aktivite ile enerji gereksinimi yağları yakarak karşılandığı için metabolizmayı hızlandırır ve kilo alımını önler (Can ve ark., 2014; Alpözgen ve Özdiçler, 2016; TFAR, 2014, ss. 2). Fiziksel aktivite yapma, bireyin kendini iyi hissetmesini sağlar böylelikle depresyon ve anksiyete bozukluğu riskini azaltır (NHS England, 2016; TFAR, 2014, ss. 2). Kas iskelet sistemindeki olumlu etkileri ile düzgün bir vücut sağlar, bireyin benlik saygısını ve özgüvenini artırır (TFAR, 2014, ss. 2-3). Ayrıca topluma katılımı ve sosyal uyumu artırarak iletişimi güçlendirir (Alpözgen ve Özdiçler, 2016). Fiziksel aktivite, psikolojik refahı artırabilir, mortaliteyi azaltabilir ve yaşam süresini uzatabilir. Fiziksel aktivitede düzeyindeki küçük artışların bile faydalı etkileri vardır (NHS England, 2016).

Literatürde yapılan çalışmalar, fiziksel aktivitenin, kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin yaşam kalitesini iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Kanıtlar, fiziksel aktivitenin uykuyu iyileştirebileceğini ve kalp hastalığı, felç, tip 2 diyabet ve kanser gibi ana hastalık riskini % 50'ye kadar azaltabileceğini ve düşme riskini (yaşlı yetişkinler arasında) ve erken ölüm oranını %30'a kadar azaltabileceğini göstermektedir (NHS England, 2016). Fiziksel aktivite bilişsel fonksiyonun bazı yönlerini iyileştirebilmekte ve ayrıca yaşlılıkta bilişsel bozulma problemleri geliştirme riskinin azalması ile de ilişkilidir (NHS England, 2016).

Sağlık üzerine olumlu etkilerinin olabilmesi için fiziksel aktivitenin sıklığı, süresi ve şiddeti önemli olup orta yoğunlukta ve düzenli olarak yapılmalıdır. Fiziksel aktivite haftanın belirli günlerinde yapıldığı zaman en verimli sonuç alınabilir (Alpözgen ve Özdiñler, 2016; WHO, 2011). Fiziksel aktivite sıklığı, zamanla dereceli olarak arttırılmalıdır (Alpözgen ve Özdiñler, 2016; WHO, 2011). Aktivitenin belirli bir dönem değıl sürekli olarak yapılması önemlidir (Alpözgen ve Özdiñler, 2016; WHO, 2011). Sağlığın kazanılması ve sürdürölmesi için yetişkin her birey için haftalık en az 150 dakika orta şiddette veya haftada 75 dakika şiddetli egzersiz önerilmektedir (Vancampfort, Stubbs, Ward, Teasdale, & Rosenbaum, 2015). Bunun için günde 30 dakika, haftanın 5 günü fiziksel aktivite yapmak (en azından tempolu yürüyüş; 4-6 km/saat) yeterlidir (Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi (TOBR), 2015; WHO, 2011). Bu süre 10'ar dakikadan az olmayan bölümlere ayrılabilir (Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi (TOBR), 2015; WHO, 2011). Yürüyüş yapmak ideal bir egzersizdir. Çünkü, yürüyüş, genellikle güvenlidir, yapması kolaydır ve özel bir ekipman (iyi bir ayakkabı hariç) gerektirmez ve herhangi bir yerde yapılabilir. Sağlık Bakanlığı günde 10 bin adımı yetişkinler sağlık için atılması gereken adım sayısı olarak belirtmektedir (Alpözgen & Özdiñer, 2016). Yetişkinlerde haftanın herhangi üç günü adımsayar ile izlenmesinin fiziksel aktivite için yeterli ön görü sağlayabileceğı belirtilmiştir (Tudor-Locke ve ark., 2005).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin birçoğı düzenli ve yeterli fiziksel aktivite yapmamaktadır. Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde, sedanter olma olasılığı genel popölasyona oranla daha yüksektir (Stubbs ve ark., 2016; Vancampfort ve ark., 2017). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin yetersiz olmasını etkileyen birçok durum vardır (Vancampfort, Stubbs, Ward, ve ark., 2015). Hassan ve arkadaşlarının (2018) kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel aktivite ve beslenme ile ilgili sonuçlarla ilişkili faktörleri incelemek amacıyla uzunlamasına çalışmaların sistematik bir incelemesini yapmışlardır (Hassan, Ross, Marston, Osborn, & Walters, 2018). Çalışmanın sonucunda negatif semptomların yüksek olması ile düşük fiziksel aktivite seviyesi arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde sedanter yaşam ve fiziksel aktivite seviyesinin incelendiğı başka bir sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında düşük fiziksel aktivite seviyeleri ve fiziksel aktivite kılavuzlarına uyulmaması ile erkek cinsiyet, bekar, işsizlik, düşük eğitim seviyesi, daha yüksek vücut kitle indeksi, daha uzun hastalık süresi, antidepresan ve antipsikotik ilaç kullanımı, kardiyak fitness

da düşüklük ile ilişkili bulunmuştur (Vancampfort, Firth, Schuch, Rosenbaum, Mugisha, Hallgren, ve ark., 2017).

Motivasyon eksikliğini de içeren psikiyatrik semptomlar, önceki fiziksel aktivite öyküsü, psikotropik ilacın yan etkileri (kilo alımı, motor işlev bozuklukları, yorgunluk vb.) ve hizmetlere erişim de dâhil olmak üzere hastaların fiziksel aktivite biçimi ve yoğunluğunu etkilemektedir. Örneğin, yoğun ve ağır fiziksel aktivite yapma, bu hastaların bu aktiviteleri sürdürmesini engelleyebilmektedir. Yoğun fiziksel aktivite yapma, buna bağlı yorgunluk ve rahatsızlık, fiziksel yaralanma riskinin artması, fiziksel aktivite tesislerinin ve özel ekipmanın sınırlı olması veya tesislere erişim ile ilgili maliyetler bu hastaların aktivite yapmasını engelleyebilmektedir (Vancampfort, Stubbs, Ward, ve ark., 2015). Fiziksel aktivitenin sağladığı sağlık yararları ve kronik ruhsal hastalığı olan kişilerde fiziksel aktivitenin düşük olması göz önüne alındığında, özellikle fiziksel olarak hareketsizlik ve hareketsizliğin önlenmesini hedef alan müdahalelerin yapılmasını önemli kılmaktadır (Vancampfort ve ark., 2017). Bununla birlikte kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde sağlığı geliştirme davranışı olan fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik yapılan müdahale çalışmalarının sayısı da gün geçtikçe artmaktadır (Park, Usher, & Foster, 2011; Brown & Chan, 2006). Ülkemizde yapılan bir literatür incelemesinde, fiziksel aktivite girişimlerine katılan psikiyatrik hastalığı olan bireylerin, kendilerini iyi hissettikleri, benlik algılarının arttığı, kaygılarının azaldığı, tedavilerine daha iyi uyum sağladıkları, sosyal işlevsellik düzeylerinin arttığı, gündüz uykularının azaldığı ve gece uykusunun daha kaliteli yaşandığı gibi olumlu sonuçlara neden olduğu belirlenmiştir (Lök ve Lök, 2016). Psikiyatri hemşireleri kronik ruhsal hastalığı olan sedanter bireyler için daha gerçekçi ve sürdürülebilir, kısa fakat zamanla arttırılan fiziksel aktivite girişimini önermelidir (Vancampfort, Stubbs, Ward, ve ark., 2015). Bunun için yürüyüş yapma, sandalyede oturma zamanı azaltma gibi uygulamalar ile bu bireylerin sedanter yaşamı azaltılabilir (Vancampfort, Stubbs, Ward, ve ark., 2015).

2.1.2.Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Beslenme ve Önemi

Tüketilen besinlerin kalitesi ve miktarı bireylerin ve toplumun sağlığı ve refahı üzerine önemli bir etkiye sahip olduğu için, daha iyi ve sağlıklı beslenme bireysel ve toplumsal sağlığı geliştirmek, sağlık bakım masraflarını azaltmak için büyük öneme sahiptir (National Health and Medical Research Council (NHMRC), 2013). Sağlıklı beslenme; besinleri zevk alarak yeme, çeşitli besinlere ihtiyaç duyulduğu miktarlarda diyetle yer verme ve dengeli beslenerek,

ideal vücut ağırlığının sürdürülmesi olarak tanımlanmaktadır (TOBR, 2015). Vücudun gelişmesi, kendini yenilemesi ve düzenli çalışması için ihtiyaç duyulan enerji ve besin öğelerinin her birinden yeterli ve dengeli miktarlarda alınması ve vücutta uygun olarak kullanılması ise “*yeterli ve dengeli beslenme*” deyimini ile açıklanır (TOBR, 2015). Sağlıklı beslenmede amaç, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasıdır (TOBR, 2015). Sağlıklı bir beslenme planı, kilo kaybı için günlük kalori hedeflenen kalori sürdürülürken aynı zamanda vücudun her gün ihtiyaç duyduğu besin maddelerini almayı içermektedir (National Institutes of Health (NIH, 2017). Sağlıklı bir beslenme planı, kalp rahatsızlığı ve diğer sağlık koşulları riskinizi de azaltmaktadır. Sağlıklı beslenme planı (1) sebze, meyve, kepekli tahıllar ve yağsız veya az yağlı süt ürünlerini tüketmeyi; (2) yağsız et, kümes hayvanları, balık, fasulye, yumurta ve fındık tüketmeyi; (3) doymuş ve trans yağ, sodyum ve eklenen şekerleri sınırlamayı ve (4) porsiyon miktarını kontrol etmeyi içermektedir (NIH, 2017). Sağlıklı beslenme, sağlıklı kilo, yaşam kalitesi ve refahı, enfeksiyonlara karşı direnci artırma, kronik hastalık gelişmesini önleme ve erken ölümlerle mücadeleye önemli katkılar sağlamaktadır (NHMRC, 2013). Sağlıksız beslenme ise hastalıklarla ilişkilidir. Ölüm ya da sakatlıkla sonuçlanabilecek diyabet, kalp hastalıkları, kanserler gibi birçok kronik hastalık beslenme ile ilişkilidir (NHMRC, 2013). 40 yaş ve altındaki yetişkinler ile yapılan araştırmaların sonucunda, fazla fast-food tüketiminin, vücut ağırlığı, vücut kütle indeksi (BKİ) ve obezite riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Dietary Guidelines Advisory Committee (DGAC), 2015).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin özellikle hastaların kullandıkları antipsikotik ilaçların iştah arttırması, konstipasyon, hipersalivasyon, bulantı, sürekli uyku hali yan etkileri sağlıklı beslenmelerini etkileyebilmektedir. Kronik ruhsal rahatsızlığı olan insanlar genellikle genel popülasyona kıyasla sağlıksız beslenme kalıpları gösterirler. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde sağlıksız beslenmeye yönelik tanımlanan bazı davranış kalıpları bulunmaktadır (Agency of Clinic Inovation (ACI), 2013). Bu davranışlar; günde sadece bir öğün yemek, yüksek yağ ve yüksek doymuş yağlı besinlerini tüketmek, yüksek şekerli içecekleri tüketmek, düşük lifli besinleri tüketmek, yemeklerine ekstra tuz ilave etmek, meyve sebzeyi minimum düzeyde tüketmek, her gün fast food, tuzlu atıştırmalıklar ve tatlı yemektir. Ayrıca depresyon semptomları nedeniyle hastalar besinlere sınırlı ilgi gösterebilmekte, dikkatleri kolayca dağılabilmekte, iştahları azalabilmekte ve antidepresanların anoreksik etkilerini deneyimleyebilmektedirler (ACI, 2013).

2.1.3. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Hastalık İlişkisi

2.1.3.1. Aşırı kiloluk ve obezite: Obezite, sağlığı bozabilecek anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2018a). Dünya çapında obezite 1975'ten bu yana neredeyse üç kat artmakla birlikte, obezite özellikle 21. yüzyılın erken dönemlerinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için önemli ve büyüyen bir sağlık krizi olmaya devam etmektedir (WHO, 2018a; De Hert ve ark., 2011). DSÖ verilerine göre 2016 yılında, Dünya üzerindeki 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin 1.9 milyardan fazlası aşırı kilolu (%39), bunların 650 milyondan fazlasının (%13'ü) obez olduğu belirlenmiştir (WHO, 2018a). Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010” ön çalışma raporu verilerine göre yetişkin bireylerde obezite oranı ise %30.3 olarak belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Obezite oranlarındaki bu artış yaşam süresinde azalmayı, psikolojik sorunları, diyabet, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, dislipidemi, kas iskelet hastalıkları (osteoartrit vb) ve kanser (örn; kolon kanseri) gibi çok sayıda hastalığı beraberinde getirmektedir (WHO, 2018a; De Hert ve ark., 2011). Obezitenin değerlendirilmesinde beden kitle indeksi (BKİ) ve bel çevresi değerlendirmesi kullanılan yöntemlerdendir. BKİ ile karşılaştırıldığında, bel çevresi ölçümünün (abdominal yağlanmanın hesaplanması), KVH, tip 2 diyabet ve diğer metabolik riskler için daha geçerli ve güvenilir bir ölçüm olduğu belirtilmektedir (De Hert ve ark., 2011).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin genel popülasyona oranla aşırı kilolu olma, obezite ve abdominal risklerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Kanada ve ABD’de şizofrenili bireylerde obezite (BKİ 30’un üzerinde olan) oranları %42-60, bipolar bozuklukta % 68’den fazla olarak raporlandırılmıştır (De Hert ve ark., 2011). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde genel nüfusa benzer şekilde obezite ile ilişkili faktörler olarak sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite eksikliği açıklanmaktadır (WHO, 2018a). Genel popülasyondan farklı olarak bu bireylerde psikiyatrik hastalıkla (negatif ve depresif semptomlar) ve psikiyatrik tedaviyle ilişkili faktörlerde obezite ile ilişkilidir (De Hert ve ark., 2011). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde psikotrop ilaçların (klozapin ve olanzapin en yüksek risk, ketiyapin ve risperidone orta derece riskli, aripiprazole, amisulpride ve ziprasidone düşük riskli) iştah açıcı yan etkisinden kaynaklı olarak kilo artışı meydana gelmektedir. İlaçların sedatif etkisi kilo artışına katkı sağlamaktadır. Aynı zamanda antipsikotiklerin yan etkisi olan hiperlipidemi erken metabolik yanıt olarak karşımıza çıkmaktadır ve metabolik bozukluk, kardiyovasküler

bozulmalara neden olabilmektedir. Klozapin gibi ilaçlar hipersalivasyona neden olabilmektedir ve beslenme sorunlarına neden olmaktadır (De Hert ve ark., 2011; ACI, 2013).

2.1.3.2. Diyabet: Diyabet, pankreas tarafından yeterli düzeyde insülin üretilmediği veya üretilen insülin hormonunun vücutta etkili bir şekilde kullanılamadığı durumda meydana gelen kronik bir hastalıktır (WHO, 2018b). Hiperglisemi, kontrolsüz diyabetin yaygın bir etkisidir ve zamanla vücudun birçok sistemine, özellikle sinirlere ve kan damarlarına ciddi zararlar vermekte, yaşam beklentisini yaklaşık 10 yıl azaltmaktadır (WHO, 2018c; De Hert ve ark., 2011). Diyabet, körlük, böbrek yetmezliği, kalp krizi, felç ve alt ekstremitte amputasyonunun ana nedenlerinden biridir (WHO, 2018b). Diabetes, koroner kalp hastalığı için önemli bir risk faktörüdür. Koroner kalp hastalığı, majör inme alt tipleri ve diğer vasküler nedenlere bağlı ölümler için iki kat fazla risk oluşturur (Vancampfort ve ark., 2016). Diyabetli kişilerin sayısı 1980’de 108 milyondan 2014’te 422 milyona yükseldiği belirtilmektedir. DSÖ’ye göre 2016’da, tahmini 1.6 milyon ölümün doğrudan diyabete bağlı olarak gerçekleştiği belirtilmektedir (WHO, 2018b). Sağlıklı beslenmek, düzenli fiziksel aktivite yapmak, normal vücut ağırlığını korumak ve sigara tüketiminden uzak durmak, tip 2 diyabetin oluşmasını önlemenin veya geciktirme yollarıdır (WHO, 2018b). Diyabet tedavi edilebilir ve sonuçları beslenme, fiziksel aktivite, ilaç ve düzenli tarama ve komplikasyonların tedavisi ile önlenabilir veya geciktirilebilir (WHO, 2018b).

Literatürde yapılan çalışma sonuçları, şizofreni, bipolar disorder ve şizoaffektif bozukluğu olan bireylerde diyabet prevalansının genel popülasyona göre 2-3 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir (De Hert ve ark., 2011). Bir meta analiz çalışmasında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabet oranı %11.3 olarak bulunmuştur (Vancampfort ve ark., 2016). Bu hastalarda artmış diyabet riskinin nedeni çok faktörlüdür ve genetik ve yaşam tarzı faktörlerinin yanı sıra hastalığa ve psikiyatrik tedaviye özgü etkileri içermektedir (Vancampfort ve ark., 2016; De Hert ve ark., 2011). Bunun yanı sıra yapılan çalışmalarda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin var olan diyabetlerini yönetmede sorunlar olduğu göze çarpmaktadır (El-Mallakh, 2007; Ince, Günüşen, Özerdem, & Özışık, 2017). Hastalar özellikle yaşadıkları psikiyatrik hastalık semptomlarından, kullanılan psikotrop ilaç yan etkilerinden dolayı diyabet öz bakımlarını yerine getirmekte zorluk yaşamaktadırlar (Ince ve ark., 2017).

2.1.3.3. Kardiyovasküler hastalıklar (KVH): KVH, kalp ve kan damarlarını etkileyen bir grup bozukluktur (De Hert ve ark., 2011) ve koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık, romatizmal kalp hastalığı, kalp kası ve kapakçığı hastalıkları, derin ven trombozu gibi hastalıkları içermektedir (WHO, 2017). KVH'lar, dünya genelinde ölüm sebepleri içerisinde ilk sırada yer almaktadır (WHO, 2017). DSÖ'ye göre 2016'da küresel boyutta yaklaşık 17.9 milyon insanın (tüm ölümlerin %31'i) KVH'lardan öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin% 85'i kalp krizi ve felçten kaynaklanmaktadır. KVH'dan ölümlerinin dörtte üçünden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (WHO, 2017). Bireyin sağlıksız beslenmesi, sigara, alkol kullanması ve fiziksel aktivite yapmaması gibi olumsuz davranışsal faktörler nedeniyle ortaya çıkabilmektedir (De Hert ve ark., 2011; WHO, 2017). Bu nedenle sağlıklı beslenme ile yağ, şeker, tuz içeriği yüksek gıdaların alımı azaltılarak, fiziksel aktivite artırılarak, sigara, alkol kullanımı önlenerek KVH'lar için risklere müdahale edilebilmektedir (WHO, 2017). Beden kitle indeksinde ve bel çevresinde artma olması, dislipidemi, kan basıncında artma ve diyabet KVH için riski artıran en önemli biyolojik faktörler arasındadır (WHO, 2017).

Bipolar bozukluk, şizofren, majör depresif bozukluk gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde KVH oldukça fazla görülmekle birlikte yaygın ölüm nedenlerindendir (De Hert ve ark., 2011; Osborn, Nazareth, & King, 2007). Bu bireylerin kardiyovasküler hastalık (KVH) sıklığını ve mortalitesini incelemek için meta analiz çalışması yapılmıştır (Correll ve ark., 2017). Bu meta analizin sonucunda ortalama yaşı 50 olan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaklaşık % 10'unda en az bir KVH olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin genel popülasyona oranla KVH sahip olma oranı %53, KVH gelişme riski % 78 ve KVH nedeniyle ölme riski %85 daha fazla olduğu saptanmıştır. Genel nüfusa oranla KVH açısından yüksek riskli olmalarının nedeni olarak antipsikotik ilaç kullanma, BKİ'nin yüksek olması ve KVH tarama ve yönetimindeki sorunlar olduğu belirtilmiştir (Correll ve ark., 2017).

Sonuç olarak kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam biçimleri, psikotrop ilaçların yan etkileri ve genetik özellikleri hastalarda mortalitenin temel nedenlerinden olan metabolik sendrom (MetS) gelişme riskini daha fazla arttırmaktadır (Demirel ve ark., 2015; Knight ve ark., 2017). MetS, diğer adıyla sendrom X, diyabet ve KVH'lar için risk faktörleri topluluğu olarak tanımlanmaktadır (Türk Endokrinoloji Derneği, 2009). MetS, insülin hormonundaki direnç ile başlayan abdominal obezite, hipertansiyon, diyabet, dislipidemi ve koroner arter hastalığı gibi metabolik hastalıkların birbirine eklendiği, ölümlle sonuçlanabilen endokrin

bozukluktur (Türk Endokrinoloji Derneği, 2009). Tedavi edilmediğinde mortalite ve morbidite oranını arttırabilmektedir. Ülkemizde genel nüfusta MetS sıklığı yetişkinlerde ortalama % 43.3 olarak belirtilmektedir (Abacı ve ark., 2018). Fakat ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde metabolik sendrom sıklığını belirleyen çalışmalar sınırlı olmakla birlikte Cerit ve arkadaşlarının (2008) Kocaeli’nde yaptığı çalışmada şizofreni hastalarında Uluslararası Diyabet Federasyonu kriterlerine metabolik sendrom görülme sıklığı %41 (Cerit, Özten, & Yıldız, 2008), Songur ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olanlarda %47.1 (Songur ve ark., 2012), Kaya ve arkadaşlarının (2009) Gaziantep’te yaptığı çalışmada şizofreni hastalarında %42.5 olarak saptanmıştır. Uluslararası literatürde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde görülen metabolik sendrom önemle üzerinde durulan bir durum olmakla birlikte bu bireylerde MetS sıklığı farklılık göstermektedir. Brunero ve Lamont’un (2009) Avustralya’da kronik ruhsal hastalığı olan 73 birey MetS tarama aracı ile ile taranmış ve bu bireylerin % 61.6’sında MetS olduğu tanımlanmıştır (Brunero ve Lamont, 2009). Vancampfort ve arkadaşlarının (2015) şizofreni, bipolar bozukluk, psikotik bozukluk ve majör depresyon tanısı olan bireyler ile yapılan çalışmaları inceledikleri sistematik derleme ve meta analiz çalışmasının sonucunda bu bireylerde MetS sıklığı şizofreni tanılı bireylerde %33.4 (n:29.596), bipolar bozukluk tanılı bireylerde % 31.7 (n: 5.827), psikotik bozukluk tanılı bireylerde %34.6 (n: 2.850) ve majör depresyon tanılı bireylerde % 31.3 (n: 5.415) olduğu belirtilmiştir (Vancampfort, ve ark., 2015).

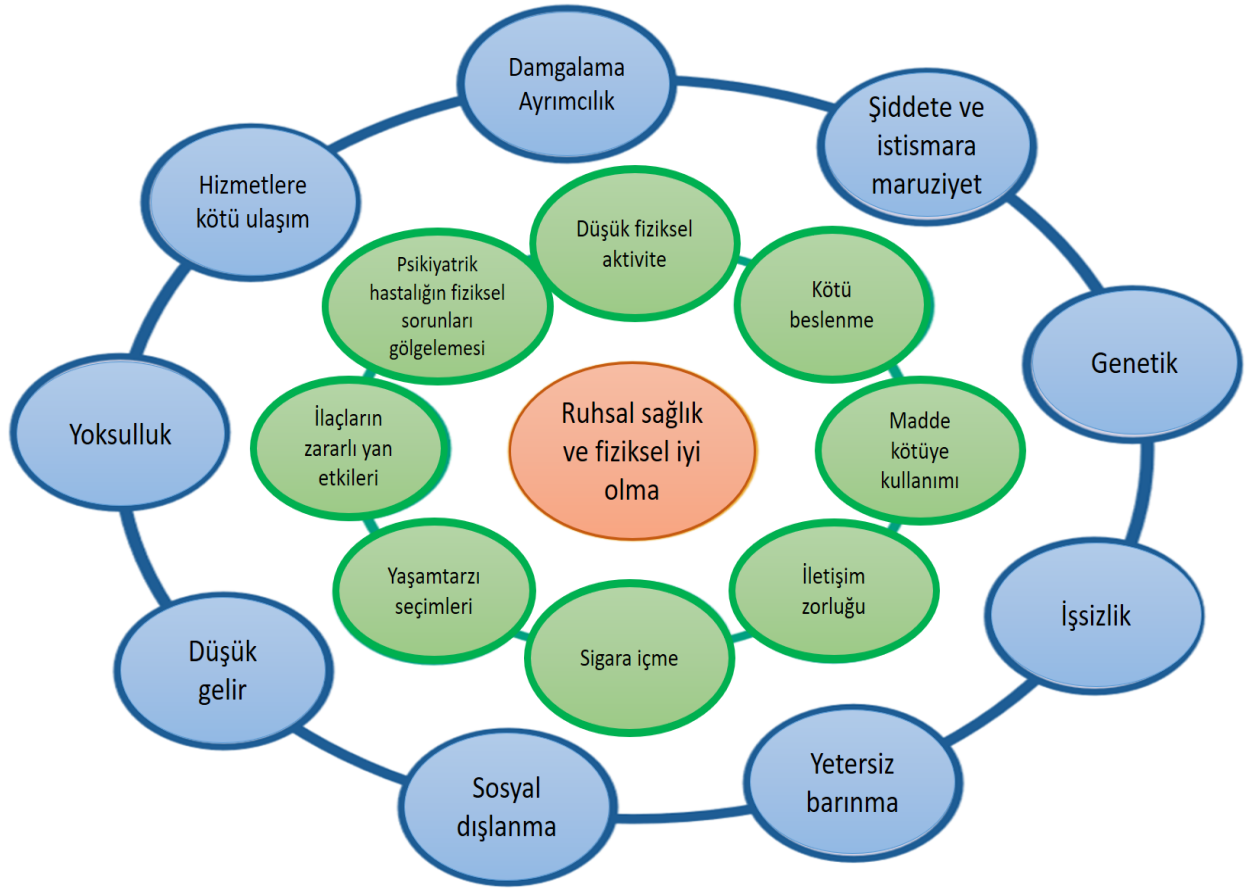
2.1.3.4. Kanser: Kanser, normal sınırlarının ötesinde büyüyen ve daha sonra diğer organlara yayılan, normal olmayan hücrelerin hızlı bir şekilde büyümesi için kullanılan genel bir terimdir (WHO, 2018c). Kanser, dünyadaki ikinci sırada ve önde gelen ölüm nedenidir ve 2018'deki tahmini 9.6 milyon insanın ölümünden sorumludur (WHO, 2018c). Küresel olarak, altı ölümden yaklaşık bir tanesi kanserden nedeniyledir (WHO, 2018c). Kanser ölümlerinin yaklaşık % 70'i ise düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (WHO, 2018c). Kanser ölümlerinin yaklaşık üçte biri, başlıca beş davranışsal ve beslenme riskinden kaynaklanmaktadır: beden kitle indeksindeki yükseklik, düşük meyve ve sebze alımı, fiziksel aktivite eksikliği, alkol ve sigara tüketimi (WHO, 2018c). Sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite ile bazı kanser türlerini (özellikle kolon, akciğer kanseri) önleyebilmektedir (WHO, 2018c).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam tarzı ve çeşitli faktörler nedeniyle meydana gelen kanser oranı genel popülasyon ile benzerdir. Ancak bu hastalarda kanserden kaynaklı ölümlerin yüksek oranda olduğu ve kanser tanısı alma sırasında metastaz yapma olasılığının daha fazla olduğu belirtilmektedir (De Hert, Cohen, ve ark., 2011; Kisely, Crowe, & Lawrence, 2013). Bu hastalarda kullanılan dopamin antagonist ilaçlar olan bazı antipsikotiklerin özellikle prolaktini yükseltmeleri nedeniyle meme kanseri riskinin yüksek olduğu düşünülmektedir (De Hert ve ark., 2011). Yüksek riske rağmen bu hastalarda yapılan bazı çalışmalarda meme, serviks, kolorektal ve prostat gibi kanserler için tarama yapmalarının yetersiz olduğu belirtilmektedir (De Hert, Correll, ve ark., 2011; Xiong, Bermudes, Torres, & Hales, 2008). Bu nedenle kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin kanserden korunmaya, kanser taraması yapmaya ve tanılanmasına yönelik psikiyatri hemşirelerine önemli rol düşmektedir (Kisely ve ark., 2013).

2.1.4. Psikiyatri Hemşirelerinin Fiziksel Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesindeki Roller

Ruhsal ve fiziksel sağlığı yönetmek için bütüncül bir yaklaşım gereklidir. Fiziksel ve ruhsal sağlık ayrılmaz bir şekilde bağlantılıdır ve bunları ayrı görmek bir insanın genel sağlığını olumsuz etkilemektedir. Uzun süreli ruhsal bir sağlık durumuna sahip olmanın, fiziksel hastalık gelişimi için önemli bir risk faktörü olabileceğine dair güçlü kanıtlar vardır. Tersine uzun vadeli olumsuz fiziksel sağlık koşulları kötü ruhsal sağlık sorunları yaşayan insanlara yol açabilir (NHS England, 2016). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde mortalite ve morbidite oranının fazlalığı, sıklıkla teşhis edilemeyen veya etkin biçimde yönetilmeyen fiziksel sağlık sorunları ve fiziksel sağlığı olumsuz yönde etkileyen sağlıklı yaşam tarzı faktörlerinden kaynaklanmaktadır (Weiser ve ark., 2009; NHS England, 2016). Bu durum kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin genel popülasyonla sağlık bakım hizmetlerine aynı ölçüde ulaşamadığını göstermektedir (Robson, Haddad, Gray, & Gournay, 2013). Bu nedenle, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin, ihtiyaç duydukları fiziksel sağlık hizmetini almaları ve daha sağlıklı yaşam tarzları için desteğe erişiminde yardım almaları oldukça gereklidir (NHS England, 2016). Bu gereksinime rağmen literatürde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde hastaların fiziksel sağlıklarının ihmal edildiği belirtilmektedir (Blythe & White, 2012; Howard & Gamble, 2011). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlık bakımı eşitsizliğinin ve fiziksel sağlık ihtiyaçlarının artmasının nedenleri çok boyutlu ve karmaşıktır

(Robson ve ark., 2013). NHS England (2016) rehberinde bu dinamik ve karmaşık nedenler şekil 1’deki gibi tanımlanmıştır.



Şekil 1. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığını etkileyen dinamik nedenler (NHS England, 2016).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel hastalıklarının yönetiminde ve tanınmasında, hasta ve hastalıktan kaynaklı, tedavi ve sağlık çalışanlarından kaynaklı olabilen birçok engeller olduğu bildirilmektedir (De Hert, Cohen, ve ark., 2011). Hastaların psikiyatrik hastalığına ek olarak, psikiyatrik ilaçların yan etkilerini yaşamaları, madde, alkol kullanımlarının yaygın olması, maddi yetersizlikler, şiddete ve istismara açık olma hastaların fiziksel sağlığını olumsuz etkilemektedir (NHS England, 2016). Hastalarda bilişsel bozulma, sosyal izolasyon, iletişim zorluğu ve şüphecilik gibi semptomlarından dolayı yeterli fiziksel bakımı arayamamakta, fiziksel problemlerini fark edememekte ve sağlık bakım önerilerine uymada zorluk yaşamaktadırlar (De Hert, Cohen, ve ark., 2011; Robson & Gray, 2007). Ayrıca sağlık çalışanlarının hastaları fiziksel sağlıkları ile ilgili yeterince bilgilendirmemeleri, hastalara karşı damgalayıcı tutum göstermeleri, hastalarla yetersiz iletişim kurmaları, fiziksel

hastalıktan çok psikiyatrik hastalığa odaklanmaları ve fiziksel yakınmaları psikosomatik yakınma olarak görmeleri hastaların fiziksel sağlık bakımını olumsuz etkilemektedir (De Hert, Cohen, ve ark., 2011; Happell, Scott, Platania-Phung & Nankivell, 2012).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde genel popülasyona oranla yüksek oranda görülen fiziksel sağlık sorunlarının nedenleri olarak hastalarda var olan psikiyatrik hastalığın kendisi, yiyecek seçimi, psikotrop ilaç yan etkileri, sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları, bilişsel işlevlerde sorunlar olması, zayıf sosyal belirleyiciler olarak görülmektedir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler, fiziksel sağlık sorunlarını tanımada, değerlendirmede ve yönetebilmede hemşirelerin desteğine ihtiyaç duymaktadırlar (Howard & Gamble, 2011; Robson ve ark., 2013). Psikiyatri hemşireleri, kronik ruhsal hastalığı olan bireylere sunulan bütüncül bakımda psikososyal, psikolojik ve fiziksel müdahalelerin değerlendirilmesi, yönlendirilmesi, iletilmesi ve kolaylaştırılması yoluyla tüm sağlık belirleyicilerinin ele alınmasında önemli bir role sahiptir (NHS England, 2016; Happell, Platania-Phung, & Scott, 2011; Kayar Erginer & Partlak Günüşen, 2013; Muir-Cochrane, 2006). Psikiyatri hemşireleri, planlı girişimler ile kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığını korumaya yardımcı olabilir, geliştirebilir, hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırabilir ve var olan fiziksel sağlık sorunları ile baş etmelerini destekleyebilirler (Happell ve ark., 2011; Blythe & White, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı Eylem Planı 2013-2020 (WHO (2013-2020) kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin tüm insan haklarını kullanma ve zamanında kaliteli, kültürel açıdan uygun sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine zamanında erişebilecekleri bir vizyonu ortaya koymaktadır. Bu vizyonun hizmetinde ve DSÖ'nün Ruhsal Sağlık Boşluğu Eylem Programının (WHO's Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)) bir parçası olarak, kronik ruhsal hastalığı olan yetişkinlerde fiziksel sağlık koşullarının yönetimi hakkındaki bir rehber yayınlanmıştır. Bu rehber, küresel olarak kronik ruhsal hastalığı olan bireyleri etkileyen risk faktörleri ve fiziksel sağlık koşullarına özen gösterilmesine yönelik güncel, kanıta dayalı öneriler sağlamaktadır (WHO Guidelines, 2018). Dünya Sağlık Örgütü'nün bu rehberinde, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin kilo yönetimi, sigarayı bırakması, alkol, madde kullanımı, kardiyovasküler hastalık (KVH) ve kardiyovasküler riskler, diyabetes mellitus, HIV/AIDS ve diğer enfeksiyon hastalıklarına (tüberküloz, hepatit B/C) yönelik kanıta dayalı önerilerde bulunmuştur (WHO Guidelines, 2018). DSÖ'nün rehberindeki kilo yönetimi, kardiyovasküler hastalık ve riskleri, diyabete yönelik önerilerin özeti şu şekildedir (WHO Guidelines, 2018);

- *Kilo yönetimine yönelik:* aşırı kilolu veya obez olan veya obez olma riski taşıyan kronik ruhsal hastalığı olan tüm bireylerde davranışsal yaşam tarzı (sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite) müdahaleleri göz önünde bulundurulmalıdır (*güçlü öneri-çok düşük kanıt*). Bu bireylere dengeli bir beslenme programı uygulanarak, kilo vermeye teşvik edilmelidir. Hastalara beslenmelerinde karbonhidrat kaynağı olarak düşük glisemik indeksli yiyecekleri (fasulye, mercimek, yulaf ve şekerli meyve) tercih etmelerini önerilmelidir. Hastalara hareketsiz davranışı azaltmalarını ve fiziksel yeteneklerine uygun (örneğin yürüme gibi) günlük düzenli fiziksel aktiviteler uygulamaları önerilmelidir (WHO Guidelines, 2018).
- *Kardiyovasküler hastalık ve risklerini azaltmaya yönelik:* Kronik ruhsal hastalığı olan ve önceden var olan KVH'ı veya risk faktörleri (örneğin, yüksek tansiyon veya yüksek kolesterol) olan bireyler için, KVH'ların yönetimi veya kardiyovasküler riskleri azaltmak için birinci basamak sağlık hizmetinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan müdahalelere yer verilmelidir (*güçlü öneri, farklı girişimlere göre orta düzeyden yüksek düzeye kanıt*). Sigarayı bırakma; günde 30 dakika düzenli fiziksel aktivite; günde <5 g tuz alımı; günde en az 400g meyve ve sebze tüketme önerilmelidir. Kronik ruhsal hastalığı ve önceden var olan KVH olan bireyler için davranışsal yaşam tarzı (sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite) müdahaleleri düşünülmelidir. Bu müdahaleler bu popülasyonun ihtiyaçlarına göre uygun ve uyarlanmış olmalıdır (*şartlı öneri, çok düşük kanıt*) (WHO Guidelines, 2018).
- *Diyabetes mellitusaya yönelik:* Kronik ruhsal hastalığı ve diabetes mellituslu tüm bireyler için davranışsal yaşam tarzı müdahaleleri düşünülmelidir. Bu müdahaleler bu popülasyonun ihtiyaçlarına göre uygun ve uyarlanmış olmalıdır (*güçlü öneri, düşük kanıt*). Eğer beslenme düzenlenmesi, sağlıklı bir vücut ağırlığı ve düzenli fiziksel aktivite ile glisemik hedeflere ulaşamıyorsa anti-diyabetik ajanlar kullanılmalıdır (WHO Guidelines, 2018).

DSÖ'nün rehberine ek olarak NHS England (2016) rehberinde de kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığını geliştirmek için ruh sağlığı hemşireleri için eylem planı yayınlamıştır. Bu rehberde de ruhsal hastalığı olan bireylerin sekiz kilit alanda (fiziksel aktiviteyi artırma, obeziteyi önleme, sigarayı bırakma, alkol-madde kullanımını azaltma, ağız ve diş sağlığı, düşmeleri azaltma ve cinsel-üreme sağlığını geliştirme) fiziksel sağlığının geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (NHS England, 2016). Bu alanların her biri, fiziksel

sağlık üzerinde zararlı etkileri olan ve yaşam beklentisini azaltabilen özel risk faktörleriyle ilişkilidir (NHS England, 2016).

Literatürde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarını tanımlamak için psikiyatri hemşireleri tarafından fiziksel sağlık izlem araçları oluşturulmuş ve bu izlem araçları kullanılarak bu bireylerde obeziteyi önleme, fiziksel aktiviteyi arttırmak gibi amaçlarla fiziksel sağlığını geliştirmek için girişimler yapılmıştır (Park, Usher, & Foster, 2011). Avusturalya’da ikinci kuşak antipsikotik ilaç kullanan psikiyatrik hastalığı olan bireylere yönelik hemşire liderliğinde sağlıklı beslenme ve egzersiz eğitimi içeren kilo önlemeye yönelik “Pasaport 4 Life” isimli sağlıklı yaşam biçimi müdahale programı uygulanmıştır (Park, Usher ve Foster, 2011). Bu programla psikiyatri hemşirelerinin psikiyatri hastalığı olan bireyler fiziksel sağlığını koruma ve geliştirmek için bakımları içerisinde sağlıklı yaşam biçimi girişimlerini uygulayabileceği ve hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hayatlarına geçirmede destekleyebilecekleri vurgulanmaktadır (Park, Usher ve Foster, 2011). Brown ve Chan (2006) “Meaningful Day” isimli paketi kullanarak 6 haftalık ve 28 katılımcıdan oluşan randomize kontrollü çalışma yapmışlardır. Girişim grubundaki psikiyatri hastalarına sağlıklı yaşam programı uygulamışlardır. Bu programda sağlık eğitimi, motivasyonel görüşme, yiyecek ve aktivite günlüğünün kullanımı gibi tekniklerle hastalarda kilo azaltmaya ve sağlıklı yaşam biçimine odaklanılmıştır. Bu programın sonunda girişim grubundaki hastaların egzersiz ve kilo değişiminde küçük ama anlamlı fark bulunmuştur (Brown & Chan, 2006). Aynı program kullanılarak aynı yöntemle benzer bir çalışma yapılmış ve bu çalışmanın sonucunda da girişim grubunda (0.8 kg) ağırlık kaybı olmuştur. Girişim grubunun meyve ve sebze alımını ve egzersizi önemli ölçüde geliştirdiği bulunmuştur (Brown & Smith, 2009). Psikiyatri hastalarının kilo kazanımını önlemek ve sağlıklı yaşam biçimlerini geliştirmek amacıyla girişimsel 6 hafta ile 24 haftalık arasında değişen oturumları içeren farklı çalışmalar yapılmış ve girişimlerin hastaların BKİ ve kilo kaybetmelerinde önemli olduğu vurgulanmıştır (Bradshaw, Lovell, Bee, & Campbell, 2010; Ball, Coons, & Buchanan, 2001; Methapata & Srisurapanont, 2011).

Uluslararası literatürde ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi geliştirmelerine yönelik yapılan girişimsel çalışmalarla ilgili sistematik derlemeler yapılmıştır (Bradshaw, Lovell, & Harris, 2005; Happell, Davies, & Scott, 2012). Happell ve arkadaşları (2012) ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığını geliştirmek için yapılan girişimsel 42 çalışmayı incelemiştir. Derlemenin sonucunda en yaygın hedeflenen fiziksel sağlık davranışının kilo kaybetme olduğu, fiziksel sağlığı geliştirmede sağlıklı davranışları geliştirme

girişimlerinin olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur. Psikiyatri hemşirelerinin uygulamaları içerisinde sağlık davranışlarına odaklanmalarının önemi vurgulanmıştır (Happell ve ark., 2012). Kwon ve arkadaşları (2006) şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan bireylerle 12 haftalık randomize kontrollü kilo yönetim programı uygulamışlardır. Çalışmalarının sonucunda bu programın kiloyu azaltmada etkili olduğu, bireylerin yaşam kalitesini geliştirdiği bulunmuştur (Kwon ve ark., 2006). Verhaeghe ve arkadaşları (2011), yaşam biçimi girişimlerinin kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel aktivite ve yeme alışkanlıklarına etkisini incelemek amacıyla sistematik derleme yapmışlardır. Bu derlemenin sonucunda yaşam biçimi girişimlerinin kilo kaybı ve BKİ'de azalmaya sebep olduğu belirlenmiştir (Verhaeghe, De Maeseneer, Maes, Van Heeringen, & Annemans, 2011). Rosenbaum ve arkadaşları (2014) ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel aktivite girişimlerini değerlendiren bir sistematik derleme ve metaanaliz çalışması yapmışlardır. Araştırmanın sonucunda, fiziksel aktivitenin yaşam kalitesinde geliştirmede etkili olduğu, antropometrik ölçümlerde (bel çevresi, BKİ, kilo, vücut yağ oranı gibi) küçük etkisi olduğunu fakat antropometrik ölçümleri geliştirdiği bulmuşlardır (Rosenbaum, Tiedemann, Sherrington, Curtis, & Ward, 2014). Firth ve arkadaşlarının (2015) şizofreni hastalarında egzersiz girişimlerinin etkisini inceledikleri sistematik derlemede ise egzersiz girişimlerinin BKİ değişiminde önemli bir etkisi olmazken, kardiyometabolik risk faktörlerinde ve fiziksel fitnessa gelişmeye sebep olduğu bulunmuştur (Firth, Cotter, Elliott, French, & Yung, 2015). Genel popülasyonda fiziksel hastalık sonuçlarını (BKİ, lipid profilleri, kan glikoz düzeyi gibi) iyileştirmek için kanıta dayalı müdahaleler mevcut olmasına rağmen, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin kronik fiziksel hastalıklarını yönetmelerine yönelik uygulanabilir girişimler olduğuna dair kanıtlar yetersiz ve çelişkilidir (Baxter ve ark., 2016).

Psikotik bireylerde sağlıklı yaşam tarzı girişimlerinin ağırlık yönetimine (kilo kaybetmeye yönelik girişimler ve kilo kazanmayı önlemeye yönelik girişimler), kardiyometabolik risk faktörlerine (bel çevresi, kan basıncı, kolesterol, HDL, LDL ve trigliserid) ve depresif semptomlara etkisini belirlemek amacıyla yapılan meta analiz sonucunda, yaşam tarzı girişimlerinin kilo azaltmada ve kilo almayı önlemede, kardiyometabolik risk faktörlerini azaltmada etkili olduğu bulunmasına rağmen incelenen araştırmaların arzulanan kalitede olmadığı belirtilmiştir (Bruins ve ark., 2014). Baxter ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları meta derlemenin sonucunda riskli yaşam biçimi davranışlarını

önlemek için yapılan girişimlerin risk faktörlerini azaltabileceğini fakat uzun dönemli sonuçları ölçen çalışmaların yetersiz olduğunu bildirmektedirler (Baxter ve ark., 2016).

Hjorth ve arkadaşlarının (2014) şizofreni hastalarında kilo kaybetme ve obeziteyi azalmaya yönelik yapılan girişimsel çalışmaları inceledikleri sistematik derlemede önemli sonuçları ortaya koyabilecek çalışmaların yeterli güçte olmadığını belirtmişlerdir. Bu derlemede hastalara özel girişimlerin sağlık parametrelerini geliştirebileceğini ve kilo azaltmaya teşvik edebileceğini belirtmişlerdir (Hjorth, Davidsen, Kilian, & Skrubbeltrang, 2014). Literatürde egzersiz girişimlerinin kilo yönetim programlarında önemli bir rol oynadığı belirtilmesine rağmen, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde bu girişimlerin BKİ üzerine etkinliğine yönelik farklı sonuçlar olduğu görülmektedir (Bruins ve ark., 2014; Methapatara & Srisurapanont, 2011). Şizofreni hastalarında egzersiz girişimlerinin sistematik derlemesi ve meta analizinin yapıldığı bir çalışmanın sonuçlarında yalnızca beslenme ya da yalnızca egzersiz girişimlerinin olmasının kilo azaltmada yeteri kadar başarılı olmadığı bu girişimlerin birlikte verilmesi gerektiği ve bel çevresi ölçümünün kardiyometabolik değerlendirmede BKİ ölçümünden daha yararlı ve daha gerçekçi bir hedef olduğu vurgulanmıştır (Firth ve ark., 2015). Ayrıca hastanın tercihlerine özgü girişimlerin önemli olduğuna ve egzersiz girişimlerinin etkisinin randomize kontrollü çalışmalarla gösterilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Firth ve ark., 2015; Hjorth ve ark., 2014). Bartels ve arkadaşları (2013), kronik ruhsal hastalığı olan bireylere verilen yaşam biçimi değiştirme girişimlerinin etkili olabilmesi için, en az iki girişimi içermesi gerektiği (beslenme ve fiziksel aktivitenin bir arada verilmesi gibi), girişimlerin uzun süreli (en az 4 ay) ve hasta ile sık iletişime geçerek uygulanması gerektiğini vurgulamışlardır (Bartels ve ark., 2013).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalarda aerobik, koşu bandında yürüme, bisiklete binme gibi çeşitli fiziksel aktivite programları uygulandığı görülmekle birlikte (Lök & Lök, 2016) yürüyüşün, bu hasta grubu için en uygulanabilir fiziksel aktivite olduğu belirtilmektedir (Methapatara & Srisurapanont, 2011; Richardson ve ark., 2005). Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite için motivasyonlarının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Methapatara & Srisurapanont, 2011). Soundy ve arkadaşları (2014) şizofreni tanıları olan bireylerin fiziksel aktivite engellerini ve kolaylaştırıcılarını incelemek amacıyla çalışma yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda en sık ifade edilen engelleyicinin motivasyon eksikliği olduğu, en sık ifade edilen kolaylaştırıcı etkenin ise sağlık personelinin desteği olduğu bulunmuştur (Soundy, Stubbs, Probst, Hemmings, & Vancampfort, 2014). Adımsayar gibi

kolaylıkla kullanılabilen cihazlar ile fiziksel aktivite yapma yürüme yoluyla teşvik edilebilmektedir (Alpözgen & Özdiğer, 2016).

Sağlıklı yaşam biçimi geliştirilmesi ile hastalar hem daha iyi bir fiziksel sağlığa sahip olmakla birlikte hem de bu hastaların yaşadığı erken ölümlerin önlenmesine katkı sağlanabilir (Hardy & Thomas, 2012). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlığının fiziksel, ruhsal ve sosyal unsurlarını en iyi üst seviyeye getirmek için yapılacak girişimler, hastalıkları önlemeyi, hastalıkla ilişkili riskleri azaltmayı içermelidir, böylelikle bu bireylerde özellikle fiziksel hastalıklardan kaynaklı erken ölümlerde bir azalma sağlanabilir (NHS England, 2016).

2.2.Kavramsal Çerçeve

2.2.1.Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı

Sağlığın geliştirilmesi (health promotion), kişinin kendi sağlığını geliştirmesi ve sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır (Pender, 2011). Sağlığın korunması ise hastalık ortaya çıkmasının engellenmesidir (Pender, 2011). Hastalıklardan korunmada, erken tanılamada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (Pender, 2011). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), kişinin sağlık durumunu sürdürmesi, daha sağlıklı olabilmesi ve hastalık gelişmesini önlemek için yaşamında gerçekleştirdiği tüm davranışları olarak tanımlanmaktadır (Pender, 2011). SYBD ile kişi, kendi sağlığını korumak ve daha sağlıklı olmak için sorumluluk alıp, sağlığını olumsuz etkileyebilecek davranışlarını kontrol altında tutup, günlük aktivitelerini düzenlemeye sağlık durumuna uygun davranışları seçmektedir (Başgöl, 2016). Pender'e göre SYBD, egzersiz, sağlık sorumluluğu, beslenme, öz-etkililik, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir (Pender, 2011).

2.2.2.Nola J. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), Beklenti Değer Teorisi ve Sosyal Bilişsel Teori'den köken alınarak Pender tarafından 1982 yılında geliştirilmiş bir modeldir (Pender, 2011). Feather tarafından tanımlanan (1982) insan motivasyonunun Beklenti Değer Teorisi'ne göre, bireyler sonuçlarına değer verdikleri ve olası olarak algıladıkları amaçları gerçekleştirmek için eylemler gerçekleştirirler. Beklenti Değeri Modeli, davranışın rasyonel ve ekonomik olduğunu ve modelin gelişimi için önem taşıdığını önermektedir (Pender, 2011). Sosyal bilişsel teori, davranış değişikliğinde bilişsel süreçlerin önemini ortaya koyan Albert Bandura'nın (1977) sosyal öğrenme teorisidir. Bu teori, kendine yüklemeyi, kendini değerlendirmeyi ve öz-etkililiği

içermektedir. Öz-etkililik, sağlığı geliştirme modelinin merkezi yapısıdır (Alligood, 2014). Sosyal-Bilişsel Teori'ye göre (Bandura, 1977), düşünceler, davranışlar ve çevre etkileşim içerisinde. İnsanlar nasıl davrandıklarını değiştirmek için, nasıl düşündüklerini değiştirmelidirler (Pender, 2011). SGM'de bireyin sağlık davranışında dolaylı veya doğrudan etkisi olan faktörler bu teorilere dayandırılarak açıklanmaktadır (Bahar & Açıl, 2014; Pender, 2011). 1982 yılında geliştirilen model, 1987 ve 1996 yıllarında revize edilmiş ve modelin son hali verilmiştir (Pender, 2011).

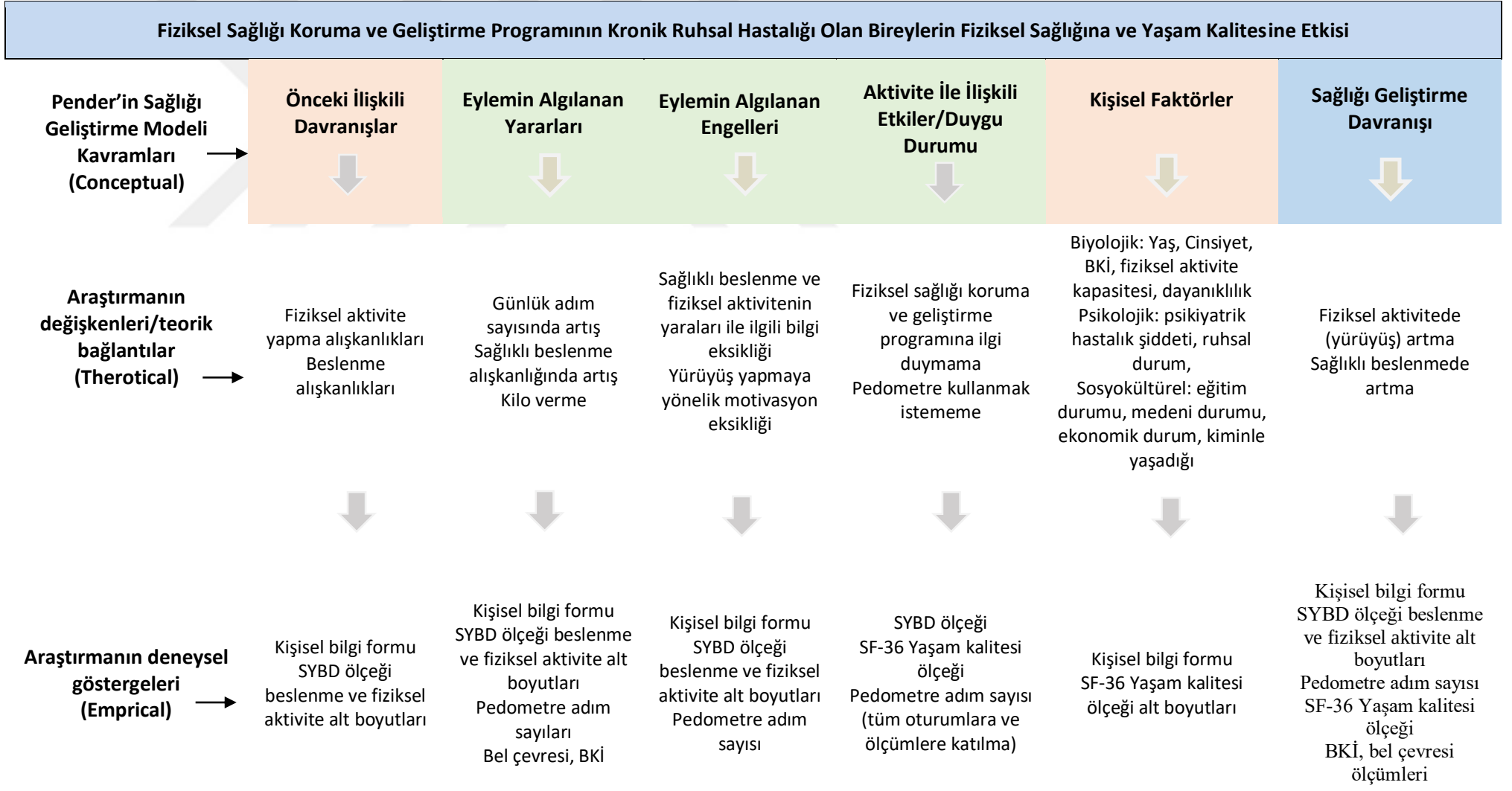
Modelin amacı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek için, davranışsal danışmanlığın temellerini oluşturan sağlık davranışının majör belirleyicilerini anlamaları için hemşirelere yardımcı olmaktır (Pender, 2011; Bahar & Açıl, 2014). SGM oluşmadan sağlık davranışına ilişkin benzer başka bir model geliştirilmiştir (Bahar & Açıl, 2014). SGM, yapısal olarak hastalık önleme davranışını açıklayan Sağlık İnanç Modeli (SİM) ile oldukça benzerdir; ancak SGM, sağlık davranışı için motivasyon kaynağı olarak korku veya tehdit içermediğinden sağlık inanç modelinden farklıdır. SGM, olumlu sağlık davranışının belirleyicisi olarak hastalık korkusu ya da tehdidi fikrine odaklanmamıştır (Pender, 2011). Yapılan çalışmalar, SİM'in bir hastalıktan kaçınma modeli olduğunu desteklemektedir. SGM, hastalığı önleme davranışıyla sınırlandırılmaz ve sağlığı geliştirme davranışlarını kapsayacak şekilde genişler ve ömür boyunca geçerlidir (Alligood, 2014). Pender'in sağlık tanımı, sağlığı daha iyi düzeye çıkartmak için alınan önlemleri ve bireyin kendi yaşam biçimi davranışları hakkındaki görüşlerini içermektedir (Bahar & Açıl, 2014). İki model arasındaki temel fark, SGM'de hastalık tehdidin olmaması, SİM'in, hastalığı önleme; SGM'nin ise sağlığı geliştirmeye odaklanmasıdır (Pender, 2011; Bahar & Açıl, 2014).

SGM, sağlık davranışını etkileyen arka plandaki faktörleri tanımlamaktadır. Bununla birlikte, modelin odak noktası, hemşire tarafından değerlendirilebilen sekiz inanca dayanmaktadır. Bu sekiz inanç, hemşirelik girişimlerinin kritik noktalarıdır. Hemşire, modeli kullanarak ve hasta ile işbirliği içinde çalışarak, hastaya sağlıklı bir yaşam tarzı kazandırmak için davranışlarını değiştirmesine yardımcı olabilir (Pender, 2011).

2.2.3.Sağlığı Geliştirme Modelinin Bileşenleri ile Fiziksel Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programının İlişkilendirilmesi

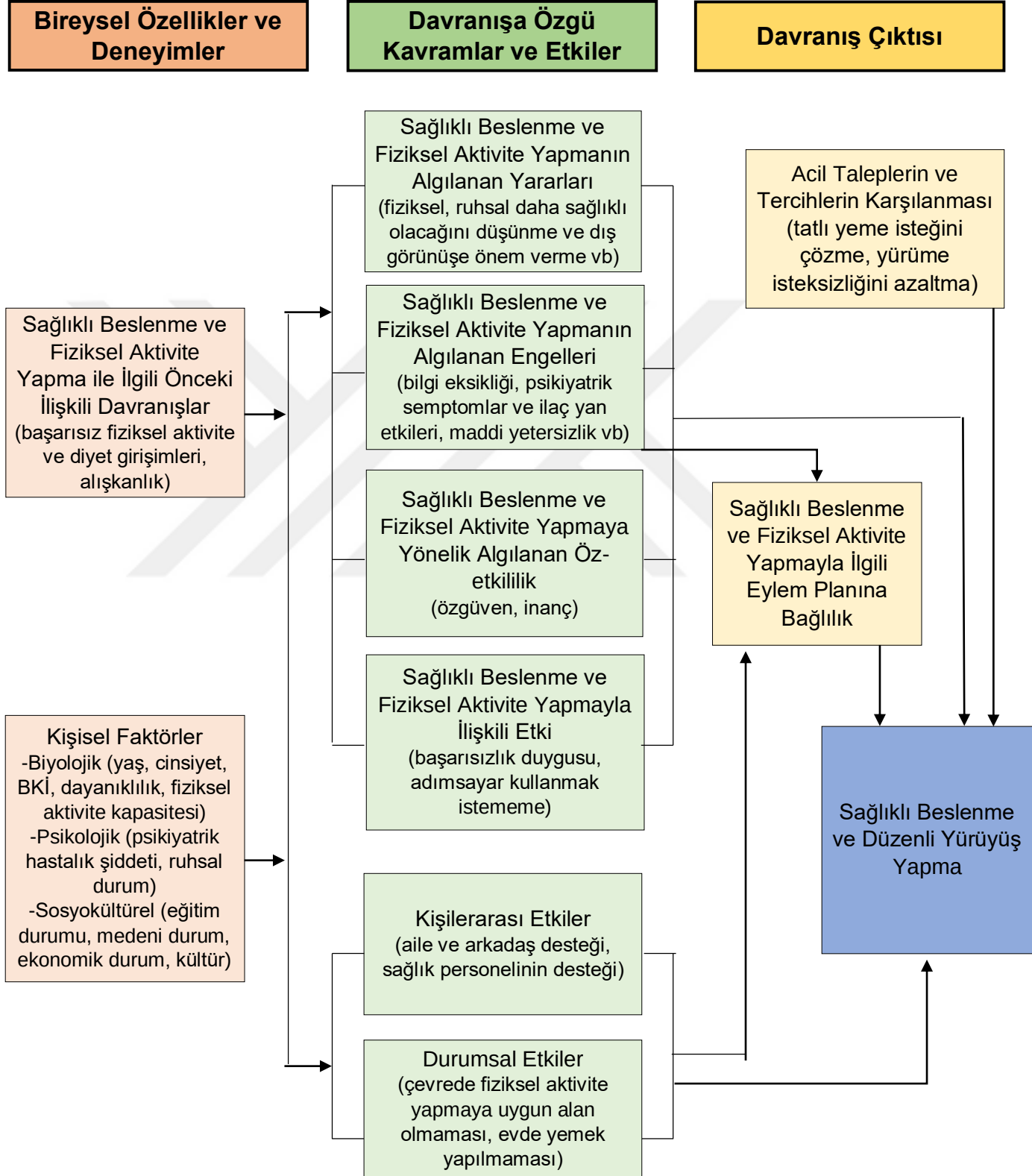
Sağlığı geliştirme modelinin (1996) bileşenleri üç kategoride toplanmaktadır. Bunlar; (1) bireysel özellikler ve deneyimler; (2) davranışa özgü kavramlar (bilışler) ve etkiler (duygu durumu); (3) davranışsal süreçtir. Sağlığı geliştirme modeli bu araştırmanın birinci aşamasından elde edilen veriler ile ikinci aşamasında kronik ruhsal hastalığı olan bireylere uygulana fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının uygulanmasında rehber olarak kullanılmıştır. Aşağıda modelin bileşenlerinin kısa bir tanımı ve araştırmaya nasıl entegre edildiğı verilmiştir (Şekil 2-3).





Şekil 2. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı

Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Sağlığını Koruma ve Geliştirme Programında Kullanılması



Şekil 3. SGM'nin Fiziksel Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programında Kullanılması

Bireysel Özellikler ve Deneyimler: Her birey, sonraki eylemlerini etkileyen benzersiz kişisel özelliklere ve tecrübelere sahiptir. Bireysel özellikler ve deneyimler, önceki ilişkili davranışları ve kişisel faktörleri içermektedir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde uygulanan fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programında, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapmaya yönelik önceki ilişkili davranışlar (deneyimler) ve kişisel özellikler bu bireylerin hedef davranışı üzerinde etkilidir ve aşağıda tanımlanmıştır.

Önceki İlişkili Davranışlar: Geçmişteki benzer ve ya aynı sağlık davranışlarının geçmişte ne kadar sıklıkla yapıldığıdır (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015). Önceki davranışta yaşanan başarı ya da başarısızlık, hedeflenen davranışın sonucunu etkilemektedir (Pender, Murdaugh, ve Parsons, 2015). Kazanılması hedeflenen davranışın oluşmasında, önceki davranışın %75 oranında etkili olduğu belirtilmektedir (Pender, Murdaugh, ve Parsons, 2015). Önceki ilişkili davranışlar; algılanan yarar, engeller, öz-etkililik ve aktiviteyle ilişkili etki üzerinden hedeflenen sağlığı geliştirme davranışlarını etkilemektedir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Bu doğrultuda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin daha önceden bir fiziksel aktivite yapması, sağlıklı beslenmeye çalışması ya da diyet yapması, ya da çevresinde fiziksel aktivite yapan, sağlıklı beslenen kişilerin olması kişinin önceki deneyimlerini oluşturan faktörlerdir. Bu faktörler şu anda kronik ruhsal hastalığı olan bireyin fiziksel aktivite yapmasını ve sağlıklı beslenmesine yönelik sağlığı geliştirici davranış değişikliğini etkileyecektir. Bu amaçla kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin önceki fiziksel aktivite yapma durumu, bu aktiviteye yönelik deneyimleri, sağlıklı beslenmeye yönelik geçmiş uygulamaları ve bu uygulamalara yönelik yaşadığı deneyimler bu araştırmanın ikinci aşamasındaki kişisel bilgi formunda yer alan sorular ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutundaki sorular sorularak araştırılmıştır. Araştırmanın kalitatif tasarımı yürütülen birinci aşamasında bu bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite deneyimleri, alışkanlıkları ile ilgili elde edilen veriler ile eğitim içeriği belirlenmiş ve hastalara uygulanmıştır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin önceki deneyimlerine yönelik başarı ve başarısızlıklar grup oturumlarında tartışılmış, bunlar göz önünde bulundurularak güçlü yönleri pekiştirilmeye çalışılmıştır.

Kişisel Faktörler (bireysel özellikler): Biyolojik (yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, puberte durumu, menapoz durumu, fiziksel kapasite ve dayanıklılık vb), psikolojik (benlik saygısı, öz-motivasyon, sağlığın kişisel boyutta anlamı, sağlığın algılanması, sağlığı belirtme vb) ve sosyokültürel faktörleri (etnik köken, ırk, kültürel yapı, eğitim, sosyoekonomik durum vb)

icermektedir (Pender, Murdaugh, ve Parsons, 2015). Modelde ele alınacak kişisel faktörler, belirli bir hedef davranışını açıklamak için teorik olarak o davranışla ilişkili olan kişisel faktörler ile sınırlı olmalıdır (Pender, Murdaugh, ve Parsons, 2015). Kişisel faktörler her ne kadar sağlık davranışı etkilese de bazı kişisel özellikler girişimler yolu ile değişmemektedir (Alligood, 2014). Bu sebeple kişisel faktörlerin değiştirilebilirliğine göre sağlık davranışları da farklı etkilenecektir (Alligood, 2014).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaş, cinsiyet, BKİ, fiziksel aktivite yapma kapasitesi, dayanıklılık gibi biyolojik faktörleri; psikiyatrik hastalık şiddeti, ruhsal durumu gibi psikolojik faktörleri; eğitim durumu, medeni durum ve ekonomik durum gibi sosyokültürel faktörleri fiziksel aktivite yapmasını ve sağlıklı beslenmesine yönelik sağlığı geliştirici davranış değişikliğini etkileyecek faktörlerdir. Fiziksel sağlığı geliştirme ve koruma programı öncesi bu faktörler kişisel bilgi formunda yer alan sosyodemografik verileri sorgulayan ve SF-36 yaşam kalitesinde yer alan mental ve fiziksel sağlık soruları sorularak araştırılmıştır.

Davranışa Özgü Kavramlar (bilisler) ve Etkiler: Davranışa özgü değişkenlerin önemli boyutta motivasyonel öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Bu değişkenler kritik bir çekirdek oluşturmaktadır, çünkü bu değişkenler girişimler yoluyla değiştirilebilirler. Bu değişkenler şunlardır; algılanan yararlar, algılanan engeller, algılanan öz-etkililik, aktivite ile ilişkili duyu durumu, kişiler arası etkiler ve durumsal etkilerdir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde uygulanan fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programında, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapmaya yönelik davranışa özgü kavramlar ve etkiler aşağıda tanımlanmıştır.

Algılanan yarar: Eylemin algılanan yararları, bir davranışının olumlu ve pekiştirici sonuçlarının zihinsel sunumudur. Özel bir davranışa uymada bir bireyin beklentileri, beklenen yararlarına dayanmaktadır. Davranış yüksek olasılıkla olumlu sonuçlar doğuracaksa, bireyler eylemlerinde zaman ve kaynaklarını yatırmaya eğilimli olurlar (Pender, Murdaugh, ve Parsons, 2015). Birey kazanması beklenen sağlık davranışının kendi sağlığı üzerindeki pozitif etkilerini algılasa bu davranışa başlamaya ve bu davranışı sürdürmeye kolaylıkla karar verebilmektedir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler düzenli fiziksel aktivite yapmayı ve sağlıklı beslenmeyi kendi sağlıkları için yararlı olarak algılamaları bu davranış kazanmalarını olumlu yönde etkileyecektir. Bu yarar algısı, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yürüyüş gibi fiziksel aktivite

yapma ve sağlıklı beslenme ile ilgili öz-etkililik algısını da olumlu etkileyecek ve bu davranışların hayata geçirilmesi daha başarılı olacaktır. Bu amaçla, bu çalışmanın kalitatif yöntemle yürütülen birinci aşamasında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite yapma ve sağlıklı beslenmenin yararlarını nasıl algıladığı, kolaylaştırıcı faktörleri, ne gibi avantajların olduğu bireylerin gözünden araştırılmıştır. Elde edilen veriler eğitim içeriğinin oluşturulmasına rehberlik etmiştir. Grup oturumlarında yürüyüş gibi fiziksel aktivite yapmanın ve sağlıklı beslenmenin sağlık için yararları tartışılarak anlatılmıştır. Yarar algısı eğitimler ile arttırılmaya çalışılarak yürüyüş yapma ve sağlıklı beslenme davranışlarında artış SYBD ölçeği beslenme ve fiziksel aktivite altboyundaki sorular ve pedometre adım sayıları ile test edilmeye çalışılmıştır.

Algılanan engeller: Engeller; özel bir eylemin ulaşamaz, pahalı, zor, zahmetli, zaman alıcı olarak algılanmasını içermektedir. Engeller sıklıkla beklenen davranışı üstlenmenin zihinsel blokları, güçlükleri ve kişisel maliyeti olarak görülmektedir. Engeller genellikle, hedeflenen bir davranışla ilişkili kaçınma güdüsü uyandırmaktadır. Eyleme hazır oluşluk düşük ve engeller yüksek ise, eylemin meydana gelmesi olası değildir. Sağlığı geliştirme modelindeki eyleme yönelik algılanan engeller, sağlığı geliştirme davranışını direkt olarak etkilemektedir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite yapma ve sağlıklı beslenme ile ilgili olumsuz algılarının olması, bu davranışların kazanılmasını olumsuz yönde etkileyebilir. Bireyler, egzersiz yapmanın, yürümenin, az yağlı beslenmenin sağlığı üzerinde etkisi olmadığını, bunları yapmasının önünde birtakım engeller olduğunu algılayabilir. Bu amaçla, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmelerini nelerin engellediği bu çalışmanın kalitatif bölümünde araştırılmıştır. Buradan elde edilen veriler ile eğitim kitapçığının içeriğine engeller ile baş etme eklenmiştir. Grup oturumlarında hastaların fiziksel aktivite yapma ve sağlıklı beslenme ile ilgili yaşadığı engeller tartışılmış ve nasıl üstesinden gelebileceklerine yönelik bilgi verilmiş ve bu davranışları kazanması sağlanmaya çalışılmıştır.

Algılanan öz etkililik: Öz-etkililik kişinin sağlığını geliştirmek veya sağlıkla ilgili sorunlarını çözümlmek için etkin olabilme gücüdür. Öz-etkililik, kişinin, gereken davranışı gerçekleştirmesine ilişkin kendi öz yargısı, kendine olan inancı ve kararlılığıdır (Pender, 2011). Birey, bir olayın çözümünde etkili olabileceğine inanıyorsa daha aktif ve daha etkin davranabilir ve kendisine daha fazla güvenir. Öz-etkililik, hedeflenen davranışa ulaşmada inaçları ve motivasyonunu etkilemektedir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015). Öz-etkiliği düşük insanlar, yeni sağlık

davranışlarına uymaya ya da alışılmış davranışlarını değiştirmeye daha az eğilimlidirler (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite yapma ve sağlıklı beslenmeye yönelik kendini yeterli algılaması, yapabileceği inancı bu davranışları kazanmasında önemli yere sahiptir. Literatürde bu bireylerin fiziksel aktivite yapmayla ilgili motivasyon eksikliği olduğu bildirilmektedir (Soundy ve ark., 2014). Araştırmanın kalitatif bölümünde hastaların sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapma motivasyonları ve inançları araştırılmıştır. Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programında yürüyüş yapmaya motive etmek için adımsayar kullanımına teşvik edilmiş, hastalar telefon kısa mesaj ve aramalar ile motive edilmiştir. Oturumlarda bu bireylere fiziksel aktivite yapma ve sağlıklı beslenmelerine yönelik yararlarını anlatılarak, engeller ile nasıl baş edeceğini öğretilerek, eğitim ve danışmanlık yoluyla bireylerin öz etkililiği arttırılmaya çalışılmıştır.

Aktiviteyle ilişkili etkiler/duygu durumu: Önceki benzer davranışın başarı ya da başarısızlıkla sonuçlanması sonraki davranışı etkilemektedir. Davranışın performansını doğrudan etkileyen, öz-etkililiği ise dolaylı olarak etkileyen, özel bir davranış sonucu ortaya çıkan, negatif ya da pozitif duygulardan oluşur. Kişinin davranışının devamlılığını, davranışla ilgili bireyde oluşan duygular etkilemektedir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015; Pender, 2011).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme davranış değişikliği öncesinde, sırasında ve sonrasında bir takım duygular yaşayabilirler. Bu duygular bireyin öz etkililiğini ve kazanılan sağlıklı yaşam biçimi davranışını sürdürmesini etkileyebilir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan girişimlerin hemen sonrasında hastalar fiziksel aktivite yapmaya ve sağlıklı beslenmeye yönelik istekli olabilirler. Fakat, çevresel faktörler ya da karşılaşılan yeni engeller nedeniyle bu davranış ile ilgili istek azalabilir. Bu nedenle psikiyatri hemşireleri hastaları ara ara izlemeli ve destek olmalıdır. Bu boyutta hastalar aralıklı telefonla aranarak ve mesajlar atılarak sağlıklı beslenme ve yürüyüş yapma davranışları değerlendirilmiş ve izlenmiştir.

Kişilerarası Etkiler: Çevredeki insanların (aile, akran, sağlık personeli) kişinin davranışına ilişkin düşünce, inanış ve tutumlarını içermektedir. Kişiye çevresi tarafından, davranışa yönelik verilen destektir. Sosyal destek, sosyal normlar (diğerlerinin beklentilerinin önemi) ve model alma, kişilerarası ilişkilerin birincil kaynağıdır (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015; Pender, 2011).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin çevresindeki kişilerin verdiği destek, fiziksel aktivite yapma ve sağlıklı beslenme sağlık davranışının kazanılmasında ve sürdürülmesinde önemlidir. Bu çalışmanın kalitatif bölümünde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmesini etkileyen kişilerarası etkiler araştırılmıştır. Bireyin eşinin ya da arkadaşının onunla birlikte fiziksel aktivite yapması, evde sağlıklı besinler hazırlamaya yardımcı olması buna örnek olarak verilebilir. Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı grup oturumları olarak yürütülmüştür. Burada hastaların sosyal destek kaynaklarını fark etmesi sağlanmaya çalışılmış, ailesindeki bireyler ile yürüyüş yapması gibi öneriler sunulmuştur.

Duruma özgü etkiler: Kişisel algılar, bulunulan ortamın durumu ya da şartları hedef davranışın yapılmasını kolaylaştırabilir yada engelleyebilir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015; Pender, 2011). Durum özgü etkiler, sağlık davranışını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015; Pender, 2011). Bireyin içinde bulunduğu çevre, davranışın oluşumunu etkiler. Bireyin ya da grubun tam bir iyilik halinde (ruhsal, fiziksel ve sosyal) olması, çevresiyle uyumlu yaşamasına, çevresini değiştirebilmesine, isteklerini belirleyebilmesine ve doyum sağlamasına dayanır (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015; Pender, 2011).

Psikiyatri hemşireleri kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivitesini arttırmak için bireyin sevdiği bir aktiviteyi ilgi çekici, uygun maliyetli ve güvenli yerler tercih edecek şekilde planlamasını sağlayabilir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi artırma programında hastaların yürüyüş boyutunda fiziksel aktivite düzeyi arttırılmaya çalışılmıştır. Yürüyüşün bu hasta grubu için maliyetsiz, kolay olması ve her yerde yapılabilir olması fiziksel aktiviteyi arttırmada duruma özgü etkileri en aza indirebilecek iyi bir yol olarak düşünülmüştür.

Davranışın Ortaya Çıkışı: Sağlığı geliştirme modelinin bu bileşeninde, bireyin davranışa ilişkin plan yapması veya anlık taleplerin ortaya çıkması davranışın ortaya çıkmasını etkilediği vurgulanır.

Davranışa ilişkin plan yapma: Kişinin hedeflenen sağlık davranışını sergilediği, eyleme döktüğü aşamadır. Davranış ile ilgili bir plan yapma, davranışsal bir olayı göstermektedir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015; Pender, 2011). Önemli bir tercih oluşmazsa, yapılan plana bağlı kalma, kişide davranışın oluşumunu sağlamaktadır (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015; Pender, 2011). Davranış ile ilgili plan yapma, davranışla ilgili niyeti içerir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015; Pender, 2011).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan fiziksel sağlık programına hastaların katılmış olması, yürüyüş yapmaya başlamaları ve adım sayar kullanarak adım sayılarını kaydetmiş olmaları program sonrası davranışa ilişkin plan yapıldığının ve bu plana bağlı kalınabildiğinin göstergesi olacaktır.

Anlık taleplerin ve tercihlerin karşılanması: Hedeflenen bir sağlığı geliştirme davranışının hemen öncesinde acil bir gereksinimin (örneğin; iş, aile sorumlulukları, çevresel olaylar vb) ortaya çıkması davranışın oluşmasını etkileyecektir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015; Pender, 2011). Böyle bir durumda kişinin, kontrollü olması gerekmektedir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015; Pender, 2011). Sağlık davranışları ile ilgili önemli engellerden birisi acil bir ihtiyacın kişi tarafından hemen karşılanma isteğidir. Örneğin sağlıklı beslenme davranışını kazanmaya çalışan bir kişinin canı tatlı istediğinde hemen o anda ne bulursa yemesidir (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015; Pender, 2011).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan program sonrası hastaların sağlıklı beslenmesinin ve fiziksel aktivite yapmasının öncesinde farklı talepler ortaya çıkabilir. Örneğin sağlıklı beslenmeye çalışan bir hastanın tatlı yeme isteği artabilir. Eğitim oturumlarında bu durumlara yönelik yapılabilecekler yer almaktadır. Telefon ile izlemlerde ve ölçümlerde hastalar bu açıdan izlenmektedir.

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli, ölçüm araçlarının geliştirilmesi için bir paradigma sağlamaktadır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, bu model için geliştirilmiş ölçüm araçlarından biridir (Alligood, 2014).

2.2.4.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir (Walker, Sechrist, & Pender, 1995).

Kendini gerçekleştirme (ruhsal büyüme): İç kaynakların geliştirilmesine odaklanır. Ruhsal büyüme aşmak, bağlanmak ve gelişmek yoluyla elde edilir. Aşmayı (Transcending) en dengeli benliklerimizle yaparız ve bu bize iç barış sağlar. Aşmak, kim olduğumuzdan ve ne olduğumuzdan öteye geçerek başka şeyler yaratmak için yeni seçenekler yaratma olanakları sunmaktadır. Bağlanma (connecting), evren ile uyum, bütünlük ve bağlantı hissidir. Gelişme, anlam aramak, amaç duygusu bulmak ve yaşamdaki hedeflere yönelik çalışmak yoluyla insanlık için sağlıklı olma potansiyelini en üst düzeye çıkarmaktır (Walker, Sechrist, & Pender, 1995).

Sağlık sorumluluğu: Kişinin kendi iyilik hali (refahı) için aktif bir sorumluluk duygusu içermektedir. Sağlık sorumluluğu kendi sağlığına dikkat etmeyi, sağlıkla ilgili kendini eğitmeyi, profesyonel yardım ararken bilgilenmeyi içermektedir (Walker, Sechrist, & Pender, 1995).

Fiziksel Aktivite: Hafif, orta ve / veya yoğun aktivitelere düzenli katılımı içerir. Zinde kalmak ve sağlık için planlanan ve izlenen bir program dâhilinde veya günlük ya da boş zaman etkinliklerinin bir parçası olarak tesadüfen oluşabilir (Walker, Sechrist, & Pender, 1995).

Beslenme: Beslenme, besin, sağlık ve esenlik için gerekli gıdaların bilinçli seçimi ve tüketilmesini içerir. Besin rehberi piramidi tarafından sağlanan yönergelere uygun, sağlıklı bir günlük diyet seçmeyi içerir (Walker, Sechrist, & Pender, 1995).

Kişiler arası ilişkiler: Kişilerarası ilişkiler, başkalarıyla daha anlamlı, daha rahat ilişkiler içinde samimiyet ve yakınlık duygusu elde etmek için iletişimden faydalanmayı gerektirir. İletişim, düşünce ve duyguların sözlü ve sözsüz mesajlar yoluyla paylaşılmasını içerir (Walker, Sechrist, & Pender, 1995).

Stres yönetimi: Gerginliği etkili bir şekilde kontrol etmek veya azaltmak için psikolojik ve fiziksel kaynakların tanımlanması ve harekete geçirilmesini gerektirir (Walker, Sechrist, & Pender, 1995).

Sağlıklı yaşam biçimi özelliklerini içeren Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme girişimlerinde kullanılabilecek ideal bir model olduğu düşünülmüş ve çalışmaya entegre edilmiştir. Hasta merkezli ve hemşire bakış açısı ile modelin iyi bir rehber olduğu düşünülmüştür.

ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI

Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Aktivite ve Beslenmeye Yönelik Görüşleri ve Davranışları: Kalitatif Araştırma

3.1. AŞAMA-GEREÇ VE YÖNTEM

Birinci aşamanın amacı, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarına yönelik görüşlerini ve davranışlarını belirlemektir.

3.1.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı kalitatif yöntemle yapılmıştır. Bu yaklaşımda bir fenomen (olay, olgu ya da deneyim) kişilerin kendi bakış açısından ve direk olarak tanımlanır. Olayın ve olgunun kim, ne ve nerede olduğunu bilmek isteyen araştırmacıların seçtiği bir yöntemdir (Sandelowski, 2000).

3.2.1.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Nisan 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında İzmir ilindeki bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne (TRSM) kayıtlı olan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılmıştır.

TRSM'ler, kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin ve onların bakım verenlerinin bilgilendirildiği, bu hastaların izlendiği ve ayaklı tedavilerinin yapıldığı, psikoeğitimler, rehabilitasyon uygulamaları, iş, uğraş terapileri, bireysel ve/veya grup terapileri gibi uygulamalar ile hastaların toplumda yaşama becerilerini arttırmayı amaçlayan, diğer psikiyatri klinikleri ile iletişim ve iş birliği içinde hizmet veren ve gerektiğinde hastanın evinde takip ve tedavisini yapan birimler olarak hizmet vermektedir (TC Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011-2013). İzmir ilinde beş toplum ruh sağlığı merkezi hizmet vermektedir. Bu merkezler; Menemen Devlet Hastanesi TRSM, Konak TRSM, Buca Seyfi Demirsoy TRSM, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi TRSM ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM'dir. Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi TRSM'de yeterli örnekleme ulaşılabileceği öngörüldüğünden bu merkezde araştırmanın ilk aşamasının yapılmasına karar verilmiştir.

Araştırmanın TRSM'de yapılmasının nedeni, araştırmanın ikinci aşamada yapılacak olan fiziksel sağlığı geliştirme programı için örnekleme alınacak bireylerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite gereksinimlerinin tanımlanması ve bu konuda hazırlanacak fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının içeriğine katkı sağlamasıdır.

Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM): TRSM 2013 yılında faaliyete girmiştir. BucaEvka 2 mevkii, karanfil mahallesinde yer almakta olup, toplu taşıma

araçlarıyla kolay ulaşılabilir özelliktedir. Merkez, Aile Sağlığı Merkezi'nin zemin katında yer almaktadır. Hastalar hafta içi her gün 09.00-16.00 saatleri arasında merkezde hizmet almaktadır. Toplum ruh sağlığı merkezine gelemeyecek durumda olan mobilize bir ekip ile hastaları yaşadığı yerde ziyaret ederek hastaların toplumla yeniden bütünleşmeleri sağlanmaktadır. Böylece toplum ruh sağlığı merkezlerinde hastaların alevlenme dönemleri önlenmekte ve hastane yatışları engellenmektedir. TRSM'de hasta giriş alanı, grup toplantılarının yürütüldüğü, yemek ve mutfak da içeren çok amaçlı salon, uğraş terapi odası, doktor, hemşire ve psikoloğa ait ekip odaları, tedavi odası, spor aktivitelerinin yürütüldüğü bahçe bulunmaktadır. Merkezde 2 uzman psikiyatrist, 2 hemşire, 1 psikolog, 1 güvenlik görevlisi, 1 temizlik elemanı ve Halk Eğitim Merkezi'ne bağlı olarak TRSM'de hizmet veren 1 müzik öğretmeni, 1 uğraş öğretmeni ve 1 spor öğretmeni görev yapmaktadır. Merkeze 302 hasta kayıtlıdır ve günlük olarak gelen hasta sayısı değişmekle birlikte yaklaşık 15-20 kişidir. Merkezde hastalara günlük 1 saatlik spor aktivitesi dışında egzersiz ve beslenme ile ilgili düzenli verilen bir girişim bulunmamaktadır.

3.3.1. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde Buca Seyfi Demirsoy TRSM'sine başvuran, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen ve örneklem seçme ölçütlerini karşılayan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerden oluşmaktadır (Tablo 1). Toplum ruh sağlığı merkezlerine kayıtlı olan hastalara bu merkez aracılığıyla ulaşılmıştır.

Tablo 1. Örneklem seçme ölçütleri

Dahil edilme Kriterleri	Dışlama Kriterleri
• TRSM'ye kayıtlı olma • En az altı aydır şizofreni, şizoaffektif bozukluk ya da bipolar duygudurum bozukluğundan birine sahip olma • 18 yaş üzeri olma • Okur-yazar olma • Türkçe konuşma ve anlayabilme	• Gebe olma • Görüşme yapmasına engel olabilecek mental retardasyon ya da organik beyin hasarına neden olan herhangi bir öyküye sahip olma • Fiziksel aktivite yapmayı ya da sağlıklı beslenmeyi engelleyebilecek tıbbi bir soruna sahip olma

Örneklem Büyüklüğü: Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere yüzyüze görüşülerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne düzenli olarak gelen kronik ruhsal hastalığı olan bireyler görüşmeye alınmıştır. Örneklem seçme kriterlerine uyan üç kronik ruhsal hastalığı olan birey zaman ayırmak istemediği için görüşme yapmak istememiştir. Bir kronik ruhsal hastalığı olan birey ile yapılan görüşme hastadan yeterli yanıt gelmemesi ve görüşmenin başka

hastalar tarafından yarıda kesilmesi nedeniyle örnekleme alınamamıştır. Kalitatif çalışmalarda örneklem büyüklüğünü hesaplamak için, araştırma sorularını yanıtlayabilecek, görüşme sonrası elde edilen kavram ve süreçler tekrar etme noktasına geldiğinde doyum noktasına ulaştığı düşünülerek örneklem sayısı belirlenmiş olmaktadır (Yıldırım & Şimşek, 2011). Bu çalışmada hastalar ile yapılan görüşmeler, alınan önceki bilgilerin tekrarlanıp, yeni bilgiler ortaya çıkmayınca kadar devam ettirilmiştir. Bu doğrultuda mevcut sürede 15 kronik ruhsal hastalığı olan birey ile görüşülmüş ve veriler doyum noktasına ulaştığında görüşmeler sonlandırılmıştır. Aynı bireyler ile tekrarlı görüşme yapılmamıştır.

3.4.1.Çalışma Materyali

Araştırma materyali bulunmamaktadır.

3.5.1. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın birinci aşaması kalitatif olduğu için araştırmanın değişkenleri yoktur.

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından çalışmanın amacına göre literatürden yararlanılarak hastalar için oluşturulmuş olan “Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Tanıtıcı Bilgi Formları”, “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” ve “ses kayıt cihazı” kullanılmıştır.

3.6.1.1.Kronik ruhsal hastalığı olan bireyin tanıtıcı bilgi formu

Literatürden yararlanılarak oluşturulan bu formda; örnekleme alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği gibi demografik verilerin yanı sıra kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beden kitle indeksi, psikiyatrik hastalık tanısı ve süresi, psikiyatrik ilaç kullanımı, fiziksel hastalık varlığı ile ilgili sorular yer almaktadır (Johnstone ve ark., 2009; Kilbourne ve ark., 2007) (Ek 2).

3.6.1.2.Yarı yapılandırılmış görüşme formu

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılacak görüşmelerde kullanılmak üzere soruları görüşme sorularını içeren “Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Birey ile Görüşme Formu” hazırlanmıştır (EK 3). Görüşme soruları kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite yapmalarına ilişkin görüşlerini daha iyi anlayabilmek için oluşturulmuştur. Görüşmede yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Bu teknikte, önceden sorulması planlanan soruları

içeren görüşme protokolü hazırlanmıştır. Buna karşın görüşmenin akışına bağlı olarak alt sorularda görüşme sırasında sorulmuştur.

Görüşme soruları;

- Düzenli fiziksel aktivite yapmak ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Fiziksel aktivite durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Fiziksel aktivite yapmanızı neler etkiliyor?
- Düzenli ve dengeli beslenme ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Beslenme alışkanlıklarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Düzenli ve dengeli beslenmenizi neler etkiliyor?

3.6.1.3.Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından, “derinlemesine görüşme yöntemi” ile toplanmıştır. Derinlemesine görüşme yöntemi, önceden planlanmış bir amaca yönelik, soru sorma ve yanıtlama yaklaşımını içeren görüşmeci ve görüşülen kişi ile karşılıklı ve etkileşime dayalı bir iletişim sürecidir (Yıldırım & Şimşek, 2011).

Araştırmanın yapılması için gerekli kurum ve etik izinler alındıktan sonra araştırmanın örneklem ölçütlerine uygun olan kronik ruhsal hastalığı olan bireyler belirlenmiştir. Belirlenen kronik ruhsal hastalığı olan bireylere ilk araştırmacı kendisini tanıtmış, araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı konusunda bilgi vererek, ses kayıt cihazı kullanılabileceğine dair kronik ruhsal hastalığı olan bireyler bilgilendirildikten sonra sözlü ve yazılı onam alınmıştır. “*Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Tanıtıcı Bilgi Formu*”, “*Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Birey İle Görüşme Formu*” rehberliğinde derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerden izin alınarak hastalara ait verilerin notları tutulmuştur. Yapılan görüşmelerde gelen yanıtların tekrarlanması ve yeni bilgi ve kavramların gelmediği noktaya kadar görüşme sürdürülmüştür. Görüşmeler 12-32 dakika arasında değişiklik göstermiş olup ortalama 18 dakikadır. TRSM’ye gelen kronik ruhsal hastalığı olan bireylerden çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerle randevulaşarak TRSM’deki görüşme odasında görüşmeler yapılmıştır. TRSM’de görüşme odası iyi aydınlatılmış ve havalandırılmış, sandalye ve masanın bulunduğu, görüşmenin rahatlıkla sürdürülebileceği bir odadır.

Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği: Araştırmanın geçerliği ve güvenirliliğini sağlamak için kalitatif araştırmalarda yer alan *inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlık* ve *teyit edilebilirlik* ilkelerinden yararlanılmıştır (Pandey & Patnaik, 2014).

İç geçerliliği (inandırıcılık): Araştırma da iç geçerliliği sağlamak amacıyla, uzun süreli etkileşim, derinlik odaklı veri toplama, çeşitleme, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi olmak üzere beş yaklaşım benimsemiştir (Pandey & Patnaik, 2014). Araştırmada katılımcılar ile yapılan derinlemesine görüşmeler yaklaşık olarak 12-32 dakika sürmüştür. Araştırmacı elde ettiği verileri bulgular kısmında araştırma sorusuna uygun olacak şekilde ve yeterlilikte okuyucuya sunmuştur ve görüşmeler araştırma amacına uygun olacak şekilde ve doyum verdiği noktada sonlandırılmıştır. Araştırmacıya her aşamada destek olacak olan uzman, araştırmanın her aşamasını eleştirel bir tutum ile değerlendirmiş ve gerekli yerlerde araştırmacıya geri bildirim vermiştir (Yıldırım & Şimşek, 2011).

Dış geçerliliği (aktarılabilirlik): dış geçerliliğin sağlanmasında iki yöntem (ayrıntılı betimleme ve amaçlı örnekleme) kullanılmaktadır. Araştırmacı görüşmelerden elde ettiği verileri ortaya çıkan temalara göre düzenleyerek, yorum yapmadan ve verinin özüne sadık kalarak aktarılmıştır. Çalışmanın amacına uygun olan kronik ruhsal hastalığı olan bireyler amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir.

İç güvenilirlik (tutarlılık): çalışmayı yürüten araştırmacı, araştırmadaki tüm aşamalarda görüşülen kişilere tutarlı yaklaşmıştır. Görüşmelerinde tamamında aynı ses kayıt cihazı ve görüşme formu kullanılmıştır (Yıldırım & Şimşek 2011). Araştırmanın iç güvenilirliğini sağlabilmek için veriler sonucunda ortaya çıkan temaların kodlayıcıları arasındaki güvenilirlik düzeyine bakmak için “kappa” analizi kullanılmış ve dört temanın kappa değeri 1.00 ($p=0.001$) olarak saptanmıştır. Bu değer kodlamalar arasında mükemmel düzeyde bir uyum olduğuna işaret etmektedir (Landis & Koch, 1977).

Dış güvenilirlik (teyit incelemesi): Araştırmada dış güvenilirliği sağlamak amacıyla araştırmacı, elde ettiği sonuçları, var olan veriler ile sürekli olarak teyit etmeli ve bu doğrultuda sunması gerekmektedir (Yıldırım & Şimşek, 2011). Bu nedenle araştırmada kullanılan veri toplama araçları, elde edilen ses kayıtları, ham veriler, analiz aşamasında ortaya çıkan kodlar ve temalar bir uzman tarafından incelenmiştir ve gerekli olduğunda incelenebilmesi için saklanmaktadır.

3.7.1. Araştırma Birinci Aşamanın Planı

Araştırmanın birinci aşamasının planı Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2. Araştırma planı ve takvimi

Yıl	2016		2017		2018	
Ay	01-08	09-12	01-06	07-09	10-12	01-03
Literatür tarama	X	X	X	X	X	X
Tez önerisi hazırlama	X					
Etik kurul izni		06.10.16				
Buca Seyfi Demirsoy TRSM kurum izni			03.01.17			
Ege Üniversitesi TRSM kurum izni			10.02.17			
Tez öneri sınavı			04.04.17			
Kalitatif verilerin toplanması			X			
Verilerin analizi ve rapor yazımı				X	X	
Yeterlilik sınavı						02.03.18

3.8.1. Verilerin Değerlendirilmesi

3.8.1.1.Kronik ruhsal hastalığı olan bireyin tanıtıcı bilgi formunun değerlendirilmesi

Örnekleme alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylere ait sosyodemografik veriler sayı, ortalama ve standart sapma kullanılarak incelenmiştir.

3.8.1.2.Yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yapılan görüşmelerin değerlendirilmesi

Veriler, bireysel görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Görüşmelerin tamamı bilgisayar ortamında yazıya dökülmüştür. Görüşmelerden elde edilen verilerin analizinde kalitatif veri analiz yöntemlerinden biri olan içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizinde kodlamaya dayalı içerik analizi kullanılmıştır (Yıldırım & Şimşek, 2011).

İçerik Analizi Aşamaları: Her hasta ile yapılan görüşme verisinin ses kaydından hiçbir değişiklik yapılmadan ham dökümleri bilgisayar ortamında yazıya geçirilmiştir. Ham dökümleri yapılan veriler düzenlenmiştir ve ham metine oranla araştırma sorusuna daha uygun yanıtlar haline gelen

'işlenmiş metin' e dönüştürülmüştür. İşlenmiş metine, görüşmelerde elde edilen notlar, görüşülen kişiye ait ses tonu, mimikleri, hal ve hareketleri de eklenerek verilere son hali verilmiştir. Her bir görüşme metni daha iyi anlayabilmek için tekrar tekrar okunmuş, okunurken araştırma sorularına uygun olabilecek kavramların kenarlarına notlar alınmıştır. Kendi içinde anlamlı bir bütün oluşturan bölümlere, o bölümü en iyi ifade eden bir bir kod (isim veya etiket) verilmiştir. Aynı bölüm ile tekrar karşılaşıncı aynı kod yanına tekrardan yazılmıştır. Görüşme yapılan her birey için ayrı bir kod listesi oluşturulmuş, tüm görüşmelerden elde edilen kodlar bir araya getirilmiş, kodlar arasında benzerlikler ve farklılıklar araştırılmıştır. Birbiri ile ilişkili olan kodlar bir araya getirilerek temalara ulaşılmıştır. Veriler temalara göre özetlenip yorumlanmış ve temalar ilişkilendirilmiştir. Oluşturulan temalardan bir üst anlam ifade eden temalar (ana temalara) belirlenmiştir. Araştırmacılar tüm bu süreçleri birbirinden bağımsız olarak yapmıştır. Araştırmacılar bir araya gelerek temaları tartışmıştır. Bulguları en iyi tanımlayan temalarda fikir birliğine varmışlardır. Sonra veriler düzenlenmiş ve araştırmacı tarafından raporlandırılmıştır (Yıldırım & Şimşek 2011).

3.9.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sonuçları yorumlanırken sınırlılıkların olduğu gözönünde bulundurulmalıdır. Ses kayıt cihazının kullanılması kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin araştırmaya katılmalarını etkilemiş olabilir fakat araştırmaya katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireyler istekli bir şekilde fiziksel aktivite ve beslenmeye ilişkin düşüncelerini paylaşmışlardır. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı örnekleme TRSM'ye düzenli gelen kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin alınmış olmasıdır. Bu durum uyumlu ve istekli gelen hastaların örnekleme olmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca TRSM'ye düzenli gelen kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğu erkektir. Bu nedenle araştırmaya katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin büyük çoğunluğunun erkek olup kadın hastaların sayısı daha azdır. Bu nedenle daha çok erkek hastaların görüşlerine yer verilmiştir.

4.1.AŞAMA-BULGULAR

Araştırmaya kronik ruhsal hastalığa sahip olan 15 birey katılmıştır. Araştırmaya katılan kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaş ortalaması 41.13 ± 13.02 (min:22, max: 64)'dir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin 12'si erkek, 11'i bekar, sekizi lise mezunudur. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin dokuzu ailesiyle yaşamakta, 13'ü çalışmamakta, dokuzunun gelir gidere eşittir. Araştırmaya katılan kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Katılımcı	Yaş	Cinsiyet	Medeni durum	Eğitim durumu	Kiminle yaşadığı	Meslek	Geliri gidere göre
1	64	Erkek	Bekar	Lise	Yalnız	Çalışmıyor	Az
2	22	Erkek	Bekar	Ortaokul	Babanne ve baba	Çalışmıyor	Az
3	35	Erkek	Bekar	Üniversite	Anne ve abi	Çalışmıyor	Eşit
4	32	Erkek	Bekar	Lise	Anne ve baba	Çalışmıyor	Eşit
5	48	Erkek	Bekar	Lise	Yalnız	Çalışmıyor	Fazla
6	59	Kadın	Bekar	İlkokul	Abiyle	Çalışmıyor	Eşit
7	30	Erkek	Bekar	Lise	Anne baba	Çalışmıyor	Eşit
8	36	Erkek	Bekar	Lise	Aile	Çalışmıyor	Eşit
9	27	Kadın	Bekar	Ortaokul	Aile	Çalışmıyor	Eşit
10	35	Kadın	Boşanmış	İlkokul	Aile	Çalışmıyor	Eşit
11	39	Erkek	Bekar	Lise	Aile	Çalışmıyor	Az
12	56	Erkek	Evli	Lise	Aile	Emekli	Eşit
13	33	Erkek	Bekar	İlkokul	Aile	Çalışmıyor	Az
14	59	Erkek	Boşanmış	Lise	Aile	Emekli	Eşit
15	42	Erkek	Bekar	Ön lisans	Anne	Çalışmıyor	Az

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beşi bipolar bozukluk, beşi şizofreni, ikisi psikotik bozukluk ve üçü şizoaffektif bozukluk tanısına sahiptir. Psikiyatrik hastalık yılı ortalaması 14.60 ± 11.26 (min: 2 yıl, max: 44 yıl)'dır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin tümü en az bir antipsikotik ilaç kullanmaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beden kitle indeksi ortalaması 29.28 ± 5.05 (min: 21.00, max: 41.50) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin psikiyatrik hastalık ve fiziksel sağlıkla ilişkili özellikleri Tablo 4'de yer almaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların psikiyatrik hastalık ve fiziksel sağlık ile ilgili özellikleri

Katılımcı	Tanısı	Hastalık Süresi (Yıl)	Kullandığı Psikotrop İlaç Grubu*	Fiziksel Hastalık	BKİ (kg/m ²)
1	Şizoaftif	44 Yıl	AP, AX	Hipertansiyon	28.7
2	Şizofreni	4 Yıl	AP, AD, AE	-	26.12
3	Bipolar	15 Yıl	AP, AD	-	25.8
4	Şizofreni	7 Yıl	AP, AX, AE	Tip 2 Diyabet	30.1
5	Şizofreni	19 Yıl	AP, AD, AX	Tip 2 Diyabet	30.7
6	Psikotik	12 Yıl	AP, AE	-	41.5
7	Psikotik	9 Yıl	AP, AD, AE	-	30.4
8	Bipolar	10 Yıl	AP, DD, AE	-	27.7
9	Bipolar	8 Yıl	AP, DD	Hipotroid, Amenore	37.1
10	Bipolar	2 Yıl	AP, AD	-	31.2
11	Şizoaftif	12 Yıl	AP, DD	-	22.8
12	Şizofreni	20 Yıl	AP, AX, AD,	-	28.7
13	Şizoaftif	6 Yıl	AP, DD	Gastrit	30.1
14	Şizofreni	33 Yıl	AP, AE, AX	-	27.4
15	Bipolar	18 Yıl	AP, AE, DD, AD	-	21.0

*AP: Antipsikotik; DD: duygudurum düzenleyici; AD: Antidepresan; APr: Antiparkinson; AX: Anksiyolitik; AE: Antiepileptik, BKİ: beden kitle indeksi

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beslenme ve fiziksel aktivitelerine yönelik görüşlerinden elde edilen verilerin analizi sonucunda dört ana tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar; engeller, kolaylaştırıcılar, alışkanlıklar ve gereksinimlerdir (Tablo 5).

Tablo 5. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve beslenmeye yönelik görüşlerinden elde edilen ana temalar

Tema	Alt tema	Kategoriler
Engeller	Fiziksel aktivite engelleri	• İsteksizlik, tembellik • Çabuk yorulma • Motivasyon eksikliği • Psikiyatrik ilaç yan etkisi (sedasyon, baş dönmesi, uykusuzluk vb) • Psikiyatrik hastalık belirtileri (halüsinasyon, paranoid sanrı vb) • Fiziksel yakınmalar (bacak ağrısı, solunum problemi) • Sosyal destek eksikliği (arkadaşın olmaması) • Evin çevresinde yürüyüş yapacak yerlerin olmaması
	Beslenme engelleri	• Psikiyatrik hastalık dönemleri (depresif ve manik epizot) • Psikiyatrik hastalık belirtileri (zehirleneceği düşünceleri)

		• Psikiyatrik ilaçlara bağlı iştah artışı • Sağlıklı yemek pişirmeyi bilmeme • Beslenmeye yönelik bilgi eksikliği • Maddi yetersizlik
Kolaylaştırıcılar	Fiziksel aktivite kolaylaştırıcıları	• TRSM'ye düzenli gelme • TRSM'de spor hocası eşliğinde spor aktivitesinin olması • Kilolu olmak istememe • Dış görünüşe önem verme • Sosyal desteğe sahip olma (ailesi ile yaşayan ve çocuğu olan) • Sporun faydalı olduğunu düşünme
	Sağlıklı beslenme kolaylaştırıcıları	• Kilo almak istememe • Sağlıklı beslenmeye teşvik eden bir yakına sahip olma
Alışkanlıklar	Fiziksel aktivite alışkanlıkları	• Fiziksel aktivitenin sağlık için yararının farkında olanlar bireylerin bazıları düzenli aktivite yapma alışkanlığının olması • Yürüyüş yapmayı sevmeme
	Sağlıklı beslenme alışkanlıkları	• Fazla abur cubur tüketme • Hazır gıdalarla beslenme • Karbonhidrat ağırlıklı beslenme • Gece yemek yeme • Düzensiz beslenme
Gereksinimler	Fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmeye yönelik gereksinimler	• Bilgi gereksinimi • Yanlış bilgilerin giderilmesi, • Doğru bilgi kaynaklarına yönlendirilmesi • Destekleyici ve yönlendirici birinin olması • Ekonomik destek • Fiziksel aktivite aletleri için uygun ortam sağlanması

Tema 1. Engeller: Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler, dengeli beslenme ve fiziksel aktivite yapmaya yönelik birçok engelleri olduğunu belirtmişlerdir.

Fiziksel aktivite yapmayı engelleyen faktörler olarak, isteksizlik, tembellik, çabuk yorulma ve motivasyon eksikliği en sık ifade edilenlerdir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin birçoğu kullandıkları psikotrop ilaçların sedasyon, baş dönmesi, uykusuzluk gibi yan etkileri nedeniyle fiziksel aktivite yapamadıklarını belirtmişlerdir. Kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin büyük bir kısmının halüsinasyon, paranoid sanrılar gibi belirtiler yaşamaları fiziksel aktivite yapmalarını

engellemekteydi. Bazı kronik ruhsal hastalığı olan bireylerpsikotik belirtiler nedeniyle yaşadıkları korku nedeniyle evden dışarı çıkmak istemediklerini ifade etmişlerdir.

“Tembellik başka bir şey değil. Bir de bazen 3-4 gün hiç evden çıkmadığım oluyor benim.” (Katılımcı 5).

“Eve gidince ben uyuyorum. Gece de uyuyorum beşte uyanıyorum. Bir daha da uyku girmiyor gözüme. Haplar uyutuyor beni. Şu anda bile uyku var gözümde... Yürüyüş yapmamı engelliyor. Hapı saatinde içerse uyku yine geliyor. Spor yapmamı engelliyor.” (Katılımcı 6).

“Seslerden korktuğum için dışarı çıkamıyorum. Başıma bir şey gelecek korkusu zaman zaman oluyor.” (Katılımcı 14).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerden bazıları bacak ağrısı, solunum problemi gibi fiziksel sağlık problemleri nedeniyle fiziksel aktivite yapmakta zorlandıklarını ve bu yüzden çabuk yorulduklarını ifade etmişlerdir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin büyük bir çoğunluğu fiziksel aktivite yaparken yanlarında bir arkadaş olmamasından ve yalnız olmaktan dolayı fiziksel aktivite yapmak istemediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca yaşadıkları evin çevresinde yürüyüş ya da spor yapmak için uygun yer olmaması da bireylerin fiziksel aktivite yapmalarını olumsuz etkilemekteydi.

“Ayaklarım engelliyor. Yoruyor beni. hemen çabuk yoruluyorum. Bu göğüslerimin altı sıkışıyor..” (Katılımcı 6).

“Yürüyüşe pek zaman ayıramıyorum... Bunun sebebi uygun bir fırsatın olamaması ya da oturduğum evin uygun olmaması evin bulunduğu yer bakımından. Onun dışında beni yürüyüşe motive edecek şeylerin olmaması.” (Katılımcı 4).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler düzenli ve dengeli beslenmelerini engelleyen bazı faktörlerden söz etmişlerdir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin psikiyatrik hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar beslenmeleri olumsuz etkilenmekteydi. Zehirleneceği gibi paranoid düşüncelerin varlığı, bipolar bozukluğun mani ve depresif dönemlerinde olmak, psikotrop ilaçların iştah artışı yapması en sık ifade edilen engeller arasındaydı.

“Psikiyatrik hastalığım beslenmemi etkiledi evet. Zehirleneceğimi filan düşündüm. Yani zehirleyeceklerini düşündüm. Ondan sonra dışarıdan bir şey yiyemedim bir süre. Yaklaşık iki gün filan hiçbir şey yiyemediğim oldu zehirleneceğim diye.” (Katılımcı 3).

“Gece kalkıp mesela bir şeyler atıştırıyorum... Son zamanlarda oldu. Önceden yoktu. Bu ilacın yan etkisi işte, iştah açtı. ” (Katılımcı 8).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerden bazıları sağlıklı yemek pişirmeyi bilmediklerinden, beslenme ile ilgili bilgi eksiklikleri olduğundan zorlanmaktaydılar. Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yalnız yaşıyor olmaları ve evde yemek pişiren birisinin olmaması engeller arasındaydı. Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler çoğunun çalışmıyor olması ve bundan dolayı maddi yetersizliğe sahip olmaları beslenmelerini engelleyen önemli faktörlerden biridir. Bir hasta düzenli ve dengeli beslenmek için beslenme uzmanından yardım aldığını fakat bunun için verilen diyetle uymada zorlandığını ifade etmiştir.

“Komşumuz veriyor yemekleri. Benim de arada yaptığım oluyor. Ne bileyim. Hazır alıyorum daha doğrusu yani. Yalnız yaşıyorum. Yalnız olduğum için yemekte isteksiz olduğum zamanlar oluyor” (Katılımcı 1).

“Eti de nadiren yiyoruz. Pahalı. Kilosu çok pahalı olduğu için alamıyoruz.” (Katılımcı 11).

“Maddiyatla alakalı. Et balık dediğiniz zaman para olması lazım. E bizimde geçim sıkıntısı olduğu için. Canımızın istediği her şeyi yiyemiyoruz. Dolayısıyla evde olanla yetiniyoruz.” (Katılımcı 14).

“...Üniversitede beslenme uzmanı bana diyet verdi ama ben bunu uygulayamadım. Tek başıma onları yapmam zor. Yani zor geldi bana yapamayacağımı anladım yani.” (Katılımcı 1).

Tema 2. Kolaylaştırıcılar: Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin dengeli beslenmelerini ve fiziksel aktivite yapmalarını kolaylaştıran faktörler olduğu belirlenmiştir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bazıları fiziksel aktivitenin sağlık için önemli olduğunu düşünürken birçoğu bu konuda farkındalığa sahip değildir. Fiziksel aktivitenin olumlu etkisinin farkında olan bireyler de düzenli fiziksel aktivite yapmadıklarını belirtmişlerdir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin TRSM’ye düzenli gelmeleri ve burada bir spor eğitmeni eşliğinde yapılan fiziksel aktivitelere katılmaları onları motive etmekteydi.

“Sporu aslında sevmiyordum ben buraya gelmeden. Buraya geldikten sonra sporu sevmeye başladım.. İyi oluyor, ayaklar açılıyor, vücut açılıyor.” (Katılımcı 6).

“...Evden tam dokuzda buraya geliyorum. Arkadaşlarla burada yürüyüş yapıyoruz. Top oynuyorum. Buradaki her şeye katılmaya çalışıyorum. Buranın ne spor aktivitesi varsa onlarla kendimi idare etmeye çalışıyorum, buranın dışında yaptığım pek bir şey yok yani.” (Katılımcı 9).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin birçoğu kilolu olmak istemedikleri ve dış görünüşe önem verdikleri için fiziksel aktivite yapmaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Arkadaş desteğine sahip olan, ailesi ile birlikte yaşayan ve çocukları olan hastaların düzenli fiziksel aktivite yapmaları

için motivasyonları daha yüksektir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin kilo almak istememelerinin, sporun faydalı olduğunu düşünmelerinin ve düzenli beslenmeye teşvik edecek bir yakına sahip olmalarının düzenli ve dengeli beslenmeye dikkat etmelerini kolaylaştırdığı bulunmuştur.

“Sporu seviyorum... Kendime güven artıyor, yani karşı cins tarafından da beğeni artıyor. Hem sağlıklı oluyorsun. Sağlık açısından da iyi...” (Katılımcı 3).

Tema 3. Alışkanlıklar: Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin birçoğunun beslenme ve fiziksel aktiviteye yönelik hem olumlu ve hem de olumsuz alışkanlıkları olduğu belirlenmiştir.

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin en sık olarak yaptıkları fiziksel aktivite ise yürüyüştür.

“Yürüyüş iyi geliyor, çünkü kalp sağlığı için, uzun yaşam için faydalı olduğunu düşünüyorum yürümenin. O yüzden günde 2 saate yakın yürüyüş yapıyorum... Sadece yürüyüş yapıyorum. O kadar.” (Katılımcı 8).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beslenme ile ilgili olumlu ve olumsuz bazı alışkanlıklara sahip oldukları belirlenmiştir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bazıları yağ, un, şeker ve tuz tüketimini azaltmaya çalıştığını, sebze tüketmeye dikkat ettiklerini, karbonhidratlı yiyeceklerden uzak durmaya çabaladıklarını ifade etmişlerdir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin büyük çoğunluğu ise daha çok abur cubur tükettiklerini, karbonhidrat ağırlıklı beslendiklerini, daha çok dışarıdan hazır gıdalarla beslenmekten hoşlandıklarını, gece yemek yeme alışkanlığına sahip olduklarını ve düzensiz oğnlerle beslendiklerini belirtmişlerdir.

“Ben aslında yanlış yaptığımı biliyorum ama yine de yapıyorum, cips filan alıyorum kendime, şimdi cips almasam başka bir şey alsam onlar çok pahalı. Hemen param bitiyor. Çok tüketiyorum. Çünkü güzel. Ama her güzel olan şey de sağlıklı değil. Sağlıksız olduğunu biliyorum. Yeme isteği var.” (Katılımcı 2).

“Genel de kuru baklagiller. Yani fasulye, pilav gibi, makarna gibi. Hamur işlerini çok seviyorum. Onları çok tüketiyorum. Ekmeği de çok tüketiyorum. Ekmeği çok tüketmek sağlıksız ama gene de o konuda engel olamıyorum kendime.” (Katılımcı 4).

Tema 4. Gereksinimler: Kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin dengeli beslenmeleri ve fiziksel aktiviteyi arttırabilmeleri için bir takım gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin büyük çoğunluğu beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgiyi televizyon programlarından ya da internetten edindiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bazı hastaların yanlış

bilgilere sahip olduğu fark edilmiştir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerden ikisi internetten aldıkları ilaçlar ile kilo vermeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

“Düzenli beslenmeden kastım ben kilo vermek istiyorum... Ama psikiyatrik ilaçlar kullandığım için iştahım artıyor. Kilo alıyorum sürekli... İşte bu durum benim canımı sıkıyor mesela. O yüzden yağ yakıcı bir ilaç aldım internetten. Yağ yakıcı ilaç ile biraz yağlarımı yakıp ondan sonrada biraz kendi kendime vücut geliştirmeyi düşünüyorum” (Katılımcı 8).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin birçoğu düzenli beslenme ve fiziksel aktivite yapmada destekleyici ve yönlendirici birinin olmasına ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite konusunda bilgi eksikliklerinin giderilmesine ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir.

“TRSM’de beslenme ve egzersiz üzerine bir program olsa katılırım, fazlasıyla da isterim. Bu konuda yönlendirmeye açığım. Yani güvendiğim kişiler olduktan sonra katılırım.” (Katılımcı 9).

“...Arkadaşın da etkisi oluyor. Burada arkadaş ortamımda bir şeyler yapmak beni motive ediyor. Yürümek zor gelmiyor. Dışarıda da arkadaş desteğim olsa yaparım.” (Katılımcı 9).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler daha sağlıklı olabilmek için beslenmenin ve aktivitenin önemi konusunda farkındalığa sahip olsalar bile devamlılığını sağlayabilmede ekonomik desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir.

“Para mesela. Param olsaydı daha çok motive olurdum. Sağlığım daha yerinde olurdu. Her şey daha iyi olurdu.” (Katılımcı 3).

“...Param olmadığından et alamıyoruz ama param olsa et yerim yani” (Katılımcı 3).

5.1.AŞAMA-TARTIŞMA

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beslenme ve fiziksel aktivitelerine yönelik görüşleri sonucunda dört ana temaya ulaşılmıştır; engeller, kolaylaştırıcılar, alışkanlıklar ve gereksinimler. Araştırma sonuçları bu dört tema başlığı altında tartışılmıştır.

Tema 1. Engeller

Bu çalışmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapmaya yönelik birçok engelleri olduğu bulunmuştur. Fiziksel aktivite yapmayı engelleyen faktörler arasında isteksizlik, avolusyon, anhedoni gibi belirtileri yaşama, tembellik, çabuk yorulma, enerjik hissetmeme ve motivasyon eksikliği olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar literatürdeki çalışma ile benzerlik göstermektedir (Soundy ve ark., 2014; Ussher, Stanbury, Cheeseman, & Faulkner, 2007). Fiziksel aktiviteyi arttırmada isteklilik ve motivasyon önemlidir (Bonsaksen, 2011; Farholm & Sørensen, 2016). Yapılan çalışmalarda psikiyatri hastalarının fiziksel aktiviteye katılma ve uymada motivasyonlarının yetersiz olduğu belirtilmektedir (Bonsaksen, 2011; Soundy ve ark., 2014). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivitelerini geliştirmeye yönelik girişimleri planlamak yeterli değildir. Psikiyatri hemşireleri kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ile ilgili motivasyon eksikliğinin farkında olmalıdırlar. Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivitelerini arttırmak için motivasyonlarını arttıracak girişimler planlamalıdır. Ayrıca hastalarda var olan anhedoni ve avolusyon gibi negatif belirtiler ile baş etmesi sağlanmalıdır.

Psikotrop ilaçların sedasyon, baş dönmesi, uykusuzluk gibi yan etkilerin olması kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite yapmalarını engellemekteydi. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin kullandıkları psikotrop ilaçların birçok yan etkileri görülmekte ve bu yan etkiler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Chen ve ark., 2014). Yılmaz ve Buzlu (2012)'nin antipsikotik kullanan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde ilaç yan etkilerini inceledikleri çalışmalarında hastaların %67.52'sinin kilo alma, %64.10'unun gündüz uyuklama, %34.18'inin baş dönmesi gibi yan etkiler yaşadıkları bulunmuştur (Yılmaz & Buzlu, 2012). Johnstone ve arkadaşlarının (2009) İngiltere'de yaptıkları çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireyler sedasyon, tremor, tardif diskinezi gibi psikiyatrik ilaç yan etkilerin fiziksel aktivite yapmalarını engellediklerini belirtmişlerdir (Johnstone ve ark., 2009). Başka bir çalışmada psikiyatrik ilaçların sedasyon etkisi nedeniyle kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aktivite yapamadıkları bulunmuştur (McDevitt, Snyder, Miller, & Wilbur, 2006). İlaç yan etkilerini izlemek rutin ruh sağlığı bakımının bir parçasıdır (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Psikiyatri hemşireleri ilaç yan etkilerin farkında olmalı ve kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ilaç yan etkileriyle baş etmesini sağlayarak fiziksel aktivitelerini arttırmaya yardımcı olmalıdırlar.

Bu çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin büyük bir kısmının halüsinasyon, paranoid sanrılar gibi psikiyatrik belirtilerinin fiziksel aktivite yapmalarını engellediği bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır (Alley ve ark., 2017; Bonsaksen, 2011; Johnstone ve ark., 2009; McDevitt ve ark., 2006). McDevitt ve arkadaşları (2006) Amerika’da topluma dayalı bir psikiyatrik rehabilitasyon servisindeki kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktiviteye yönelik algılarını belirlemek amacıyla odak grup görüşmesi yapmışlardır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite engelleri arasında psikiyatrik semptomlarının (depresif duygular gibi) olduğu bulunmuştur (McDevitt ve ark., 2006). Johnstone ve arkadaşları (2009) İngiltere’de şizofreni hastalarının fiziksel aktiviteye uyumu ve engellerini ortaya koymak için yaptıkları kalitatif çalışmanın sonucunda şizofreni hastalarının, psikiyatrik hastalığa bağlı zgven eksikliğinin ve halüsinasyonlara bağlı kaygının fiziksel aktivite yapmalarında engel oluşturduğu belirlenmiştir (Johnstone ve ark., 2009). Pickett ve arkadaşlarının (2017) alışmasında kronik ruhsal hastalığı olan bireyler kendilerini depresif hissettiklerinde fiziksel olarak aktif olmakta zorlandıklarını belirtmişlerdir (Pickett, Kendrick, & Yardley, 2017). Cabassa ve arkadaşlarının (2014) ABD’de yaptıkları çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin depresif olmasının fiziksel aktivite yapmalarını zorlaştırdığı saptanmıştır. Psikiyatri hemşireleri fiziksel aktivite planlarken kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin korkuları, yaşadıkları anksiyete ve hastalık semptomlarını göz önünde bulundurmalıdır.

Bu çalışmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerden bazıları bacak ağrısı, solunum problemi gibi fiziksel sağlık problemleri nedeniyle fiziksel aktivite yapmakta zorlandıklarını ve bu yüzden çabuk yorulduklarını ifade etmişlerdir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, gibi sık görülen hastalıkların yanı sıra fiziksel sağlık sorunları hastaların fiziksel aktivite yapmasını engelleyebilmektedir (İnce ve ark., 2017; Cabassa ve ark., 2014). Literatürde benzer sonuçlar bulunmuştur. Türkiye’de İnce ve arkadaşlarının (2017) alışmasında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin birçoğunda var olan diz, bel problemleri gibi diğer fiziksel rahatsızlıkların egzersiz veya yürüyüş yapmalarını engellediği bulunmuştur (İnce ve ark., 2017). Leutwyler ve arkadaşlarının (2014b) yaptıkları çalışmanın sonucunda da kronik ruhsal hastalığı olan bireyler artrit, ayak problemleri, nefes darlığı, ağrı gibi fiziksel yakınmaların fiziksel aktivite yapmalarını engellediğini belirtmişlerdir. Cabassa ve arkadaşlarının (2014) alışmasında da

hastaların ekstiremitelerindeki ağrıdan dolayı fiziksel aktivite yapmayı devam ettiremedikleri saptanmıştır.

Bu çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin büyük bir çoğunluğu fiziksel aktivite yaparken yanlarında birinin olmamasının ve evlerinin çevresinde aktivite yapmak için uygun yerlerin olmamasının fiziksel aktivite yapmalarını engellediğini belirtmişlerdir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ihtiyaç duyduğu sosyal destek ve cesaretlendirme olmadığında fiziksel aktiviteye katılımlarının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Bonsaksen, 2011). İnce ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada sosyal desteğin yanı sıra bireylerin evlerinin yakınında spor aletlerinin bulunuyor olmasının egzersiz yapmayı kolaylaştırdığı bulunmuştur (İnce ve ark., 2017). Cabassa ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da kronik ruhsal hastalığı olan bireyler fiziksel aktivite yapmak için güvenli bir çevrenin olmadığını ifade etmişlerdir. Ussher ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin açık alanda kendilerini güvensiz hissetmeleri, korku yaşamaları ve egzersizi nasıl yapacaklarını bilememeleri fiziksel aktivite engelleri olarak bulunmuştur (Ussher ve ark., 2007).

Bu çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin psikiyatrik hastalıklarından ve kullandıkları ilaçlardan dolayı beslenmelerinin olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Paranoid düşüncelerin varlığı, psikotrop ilaçların iştah artışı yapması en sık ifade edilen beslenme engelleridir. Literatürde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı beslenmelerine yönelik görüşlerinin alındığı çalışmalar oldukça sınırlıdır. Johnstone ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireyler psikiyatrik ilaçların kilo aldırıldığını ve beden imajlarını bozduğunu ifade etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin psikiyatrik ilaçların iştah artışı yapmasına bağlı kilo aldıkları bulunmuştur (McDevitt ve ark., 2006). Psikiyatri hemşireleri iştah artışı yaşayan ve kilo alma riski olan hastaları erken dönemde saptamaları ve iştah artışı ile baş etmelerini desteklemelidir. Psikiyatri hemşireleri kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin iştah artışına yönelik beslenme programları oluşturmalıdır. Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylere sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırılmalıdır.

Bu çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerden bazılarının maddi yetersizlik, yalnız yaşıyor olma, sağlıklı yemek pişirmeyi bilmeme ve beslenme ile ilgili bilgi eksikliği nedeniyle sağlıklı beslenmede zorlandıkları saptanmıştır. Kilbourne ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında bipolar bozukluğu olan bireylerin kendi kendilerine yemek pişirmede zorlandıkları ve yalnız yemek yedikleri bulunmuştur (Kilbourne ve ark., 2007). Cabassa ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sınırlı gelire sahip olmaları besin seçimlerini

kısıtladığı bulunmuştur (Cabassa, Siantz, Nicasio, Guarnaccia, & Lewis-Fernández, 2014). Psikiyatri hemşireleri diyetisyenlerle işbirliği yaparak hastaların sosyoekonomik durumlarına uygun, maddi olarak karşılayabilecekleri ve önerilere uyabilecekleri gerçekçi beslenme planları oluşturmalıdır. Psikiyatri hemşireleri kronik ruhsal hastalığı olan bireylere sağlıklı beslenmelerini arttırmak amacıyla temel düzeyde sağlıklı öğünler hazırlamayı öğretebilirler.

Tema 2. Kolaylaştırıcılar:

Bu çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin dengeli beslenmelerini ve fiziksel aktivite yapmalarını kolaylaştıran faktörler olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu bireylerde sağlıklı beslenmelerini kolaylaştıran faktörlerin yer aldığı çalışmaya ulaşılammış olup fiziksel aktiviteye yönelik çalışmalar yer almaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin TRSM'ye düzenli gelmeleri ve spor eğitmeni eşliğinde yapılan fiziksel aktivitelere katılmaları fiziksel aktiviteye yönelik motivasyonlarını arttırmaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin birçoğu kilolu olmak istemediği ve dış görünüşe önem verdiği için de fiziksel aktivite yapmaya istekliydiler. Johnstone ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında kronik ruhsal hastalığı olan bireyler fiziksel aktivite programına katılmanın fiziksel aktivite yapmaya yönelik cesareti arttırdığı ve benzer ruh sağlığı sorunu olan bireylerle birlikte olmanın fiziksel aktiviteye katılımı kolaylaştırdığını belirtmişlerdir (Johnstone ve ark., 2009). Alley ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam tarzı ve kilo kontrolünü sağlamak istemelerinin fiziksel aktivite yapma konusunda motive edici olduğunu belirtmişlerdir (Alley ve ark., 2017). Pickett ve arkadaşlarının çalışmasında bazı kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin kendilerini daha iyi hissetmek, kilo vermek için fiziksel olarak aktif olmaya çalıştıkları bulunmuştur (Pickett ve ark., 2017).

Bu çalışmanın sonucunda arkadaş desteğine sahip olan, ailesi ile birlikte yaşayan ve çocukları olan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin düzenli fiziksel aktivite yapma konusunda daha fazla istekli olduğu bulunmuştur. Leutwyler ve arkadaşlarının (2014b) yaptıkları çalışmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bir arkadaşı olmasının aktivite yapmaya devamlılığı sağladığını belirtmişlerdir. Soundy ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında şizofrenili bireylerin fiziksel aktiviteyi kolaylaştıran başlıca etkenin sağlık personelinin desteği olduğu bulunmuştur (Soundy ve ark., 2014). Carless ve Douglas (2008) ruhsal hastalığı olan bireylerde egzersize başlama ve sürdürmede sosyal desteğin önemli olduğunu vurgulamışlardır (Carless & Douglas, 2008). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde sosyal desteğin yetersiz olmasının düşük fiziksel aktivite ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Tema 3. Alışkanlıklar:

Bu çalışmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bazılarının fiziksel aktivitenin öneminin farkında olmalarına rağmen çok azının düzenli aktivite yaptığı bulunmuştur. En sık yaptıkları fiziksel aktivite türünün ise yürüyüş olduğu bulunmuştur. McDevit ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğunluğu fiziksel aktivitenin ruh sağlığı ve fiziksel sağlıkları için yararlı olduğunu ifade etmişlerdir (McDevitt ve ark., 2006). Leutwyler ve arkadaşlarının (2014b) yaptıkları çalışmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin egzersizin kendileri için iyi olduğunu düşündükleri bulunmuştur. Ussher ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin en sık yaptıkları fiziksel aktivite türünün yürüyüş (% 70) ve evde egzersiz (%90) olduğu bulunmuştur. Johnstone ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin birçoğunun günde 30 dakikadan daha az olan yürüyüş gibi aktivitelere yöneldikleri bulunmuştur (Johnstone ve ark., 2009). Leutwyler ve arkadaşlarının (2014b) yaptıkları çalışmanın sonucunda da kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin en çok yürüyüş, ev işi yapma ve spor salonuna gitme olarak bulunmuştur (Leutwyler ve ark., 2014b). Cabassa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kronik ruhsal hastalığı olan bireyler fiziksel aktivite olarak en sık yürüyüş yaptıkları saptanmıştır (Cabassa ve ark., 2014). Ussher ve arkadaşları (2007) ABD’de kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin genel popülasyona oranla daha az aktif olduğu bulunmuştur (Ussher ve ark., 2007).

Bu çalışmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beslenme üzerine olumsuz alışkanlıkları olduğu saptanmıştır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin büyük çoğunluğunun çok abur cubur tükettiği, karbonhidrat ağırlıklı beslendiği, hazır gıdalarla beslendikleri, gece yemek yeme alışkanlığına sahip oldukları ve düzensiz beslendikleri saptanmıştır. Osborn ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin lifsiz ve doymuş yağlarla beslenme alışkanlıklarının sağlıklı popülasyona oranla iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Osborn ve ark., 2007). Kronik ruhsal hastalığı olan Alman hastalarla yapılan bir başka çalışmada hastaların normal popülasyona oranla günlük fastfood, tatlı ve tuzlu atıştırmalıkları daha fazla tükettikleri ve sebze meyve tüketimlerinin neredeyse olmadığı saptanmıştır (Kilian ve ark., 2006). Şizofreni hastaları ile yapılan başka bir çalışmada ise şizofreni hastalarının meyve, sebze, baklagiller, patatesler ve süt tüketiminin az olduğu saptanmıştır (McCreadie, 2003). Psikiyatri hemşireleri, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıksız beslenme alışkanlıklarını belirleyerek, yeterli ve dengeli beslenmeyi yaşamlarına kazandıracak girişimler planlamalıdır.

Tema 4. Gereksinimler

Bu çalışmanın sonucunda hastaların büyük çoğunluğunun beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgiyi televizyon programlarından ya da internetten edindikleri ve yanlış bilgilere sahip oldukları saptanmıştır. McDevit ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite için sağlık bilgisine ihtiyaç duydukları bulunmuştur (McDevitt ve ark., 2006). Bizim çalışmamızda hastalardan ikisi internetten aldıkları ilaçlar ile kilo vermeye çalıştıkları bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen bu veriye başka bir çalışmada rastlanmamış olup bu durum psikiyatri hemşirelerinin ele alması gereken önemli bir sorundur. Hastaların birçoğu düzenli beslenme ve fiziksel aktivite yapmada destekleyici ve yönlendirici birinin olmasına ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. McDevit ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada fiziksel aktiviteyi destekleyecek bir profesyonelin olmasının önemli olduğunu vurgulamışlardır (McDevitt ve ark., 2006).

6.1.AŞAMA-SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin fiziksel aktivite ve dengeli beslenmelerini etkileyen birçok faktörün olduğu saptanmıştır. Hastaların bireysel engellerinin yanı sıra var olan kronik ruhsal hastalıkları, psikiyatrik hastalığa bağlı semptomlar ve kullandıkları psikiyatrik ilaçların yan etkileri fiziksel aktivite yapmalarını ve sağlıklı beslenmelerini olumsuz etkilemektedir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin birçoğunun fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmenin önemi konusunda farkındalıklarının az olduğu bulunmuştur. Buna bağlı olarak hastaların yetersiz fiziksel aktivite yaptıkları ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının ve bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde bulunan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin psikiyatri hemşireleri tarafından desteklenmeye gereksinimleri vardır. Psikiyatri hemşireleri kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin engellerinin ve destek kaynaklarının farkında olmalıdır. Psikiyatri hemşireleri, TRSM'lerde hastaları fiziksel aktivite yapmaya ve sağlıklı beslenmeye teşvik edecek kanıta dayalı girişimler sağlamalıdır. Bu girişimler kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin engelleri ve kolaylaştırıcıları göz önüne alınarak yaşamlarının bir parçası haline getirecek ve motivasyonlarını arttıracak şekilde planlanmalıdır. Ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite yapmaları ile ilgili var olan alt yapı eksiklikleri giderilmeye çalışılmalıdır. Psikiyatri hemşireleri kronik ruhsal hastalığı olan bireyleri fiziksel aktivite konusunda cesaretlendirmeli, belediyeler gibi yerel teşkilatlarla işbirliği yaparak ve politikada yer alarak fiziksel aktiviteyi kolaylaştıracak ortamlar oluşturmalarıdır. Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri de fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme ile ilgili hastaları desteklemeleri için teşvik edilmelidir.

Gelecek araştırmalarda, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmelerini arttırabilecek, bu boyutta gereksinimlerini ve yaşadıkları güçlükleri ortaya koyacak çalışmalar yapılması önerilmektedir. Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireyler sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapmaya motive edebilecek faktörler araştırılmalıdır. Ancak bu doğrultuda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilebileceği düşünülmektedir.

ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI

Kronik Ruhsal Hastalığı Olan bireylere Verilen Fiziksel Sağlığı Geliştirme Programının Fiziksel Sağlığa, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi: Yarı Deneysel Çalışma

3.2.AŞAMA-GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın ikinci aşamasının amacı Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak hazırlanan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık durumunu geliştirmeye yönelik sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi içeren fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme eğitim programının hastaların fiziksel sağlığına (BKİ, bel çevresi), fiziksel aktivitelerine (adım sayısı), sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

3.1.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, öntest sontest kontrol gruplu yarı deneysel araştırma tasarımıdır.

3.2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın ikinci aşaması Nisan 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet veren Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi TRSM'de kayıtlı olan hastalarla yürütülmüştür. Araştırmanın girişimleri Nisan 2018'de başlatılmış olup, Aralık 2018 tarihinde tamamlanmıştır.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM): TRSM, 2011 yılında faaliyete girmiştir. Bornova ilçesi Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları biriminde 3.katta yer almaktadır. Hastalar hafta içi her gün 09.00-16.00 saatleri arasında merkezde hizmet almaktadır. TRSM'de hasta giriş ve karşılama alanı, grup toplantılarının yürütüldüğü salon, mutfak, uğraş terapi odası, doktor, hemşire, sosyal çalışmacı ve psikoloğa ait ekip odaları, tedavi odası, televizyon izleme bölümü bulunmaktadır. Merkezde 1 uzman psikiyatrist ve 1 asistan hekim, 1 hemşire, 1 sosyal çalışmacı, 1 sekreter, 1 temizlik elemanı ve 4 uğraş öğretmeni görev yapmaktadır. Merkeze 650 hasta kayıtlıdır ve günlük daimi gelen hasta sayısı değişmekle birlikte yaklaşık 45-60 hastadır.

3.3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, TRSM'lere başvuran ve TRSM'nin bağlı olduğu ilçelerde ikamet eden şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar duygu durum bozukluğu tanılarında birine sahip olan bireyler oluşturmaktadır.

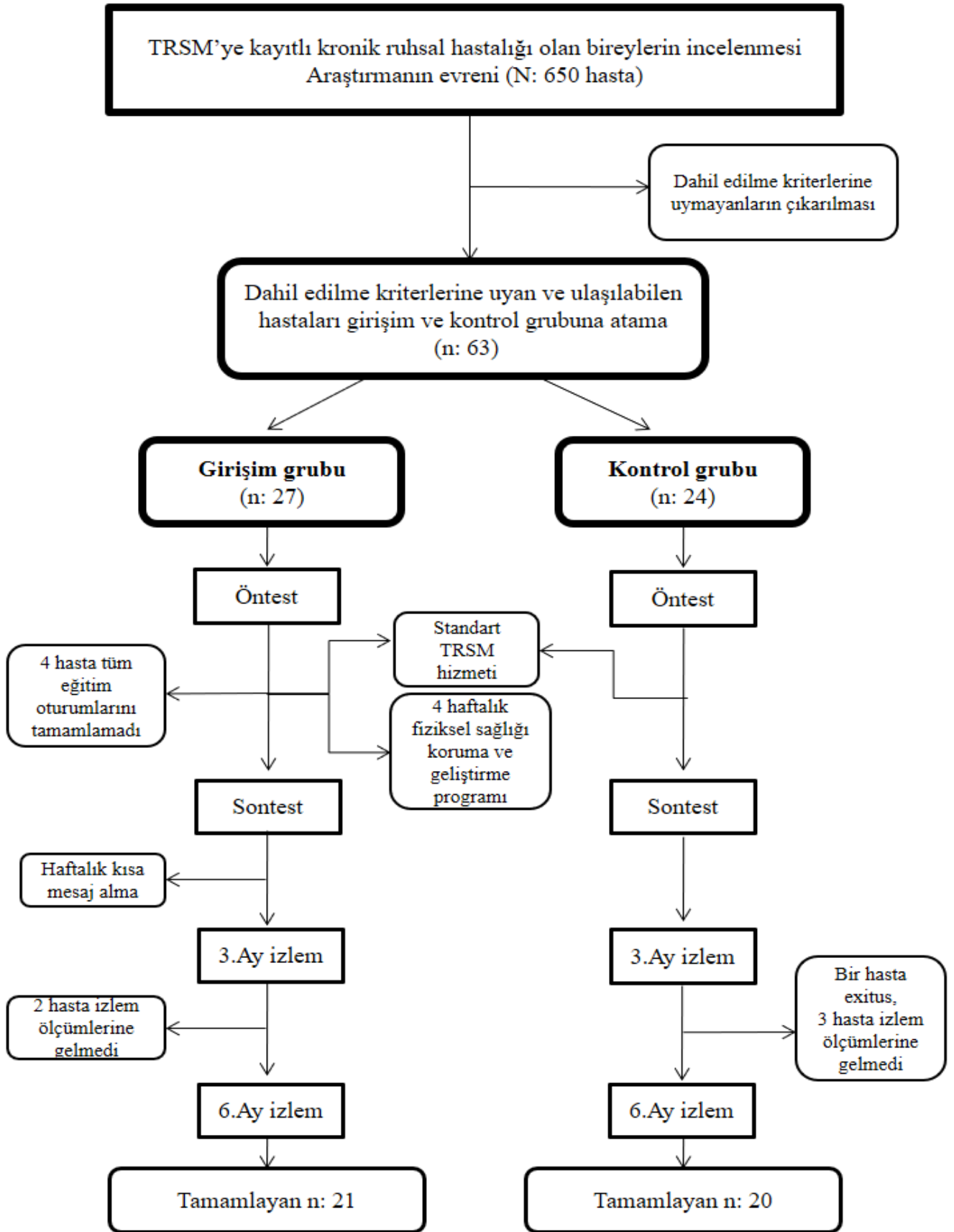
Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için bel çevresi sonuç kriteri temel alınarak Methapartara ve Srisurapanont'un (2011) araştırması referans alınmıştır. Buna göre, %95 güven düzeyi, %80 güçle ulaşılması gereken en az örnek büyüklüğü her grupta 21 kişidir (Open Epi, V 3.01/sample size/Meandifference menüsü). Bu araştırmada örneklem sayısı 42 hasta (girişim: 21; kontrol grubu: 21) olarak belirlenmiştir. Araştırmada kayıplar olabileceği düşünülerek girişim grubuna 27, kontrol grubuna 24 hasta alınmıştır. Girişim grubundaki 27 hastanın 23'ü eğitim programını tamamlamıştır. Eğitim sonrası girişim grubundan iki hasta, kontrol grubundan dört hasta üçüncü ay ve altıncı ay izlemlerde ölçümleri yapılamadığı için araştırma girişim grubunda 21, kontrol grubunda 20 hasta ile sonlandırılmıştır. Girişim ve kontrol grubu için örnekleme dâhil etme ve örneklemden dışlama kriterleri Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6. Girişim ve kontrol grubu örnekleme dâhil edilme ve dışlama kriterleri

Dahil edilme Kriterleri	Dışlama Kriterleri
• TRSM'ye kayıtlı olma, • En az altı aydır şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar duygu durum bozukluğu gibi kronik ruhsal hastalık tanısına sahip olma, • Eğitim programına katılabilecek ve sürdürebilecek durumda, stabil, oryante, • Son üç aydır servise yatışı olmayan ve psikotrop ilaç değişikliği olmayan, • 18 yaş ve üzeri olma • Araştırmaya katılmayı kabul etme • Okur-yazar olma • Türkçe konuşma ve anlayabilme • BKİ 23.0 kg/m² ve üzeri • Kendisinin ya da bakım vereninin cep telefonu kullanıyor olması	• Gebe olma • Eğitime katılmaya engel olabilecek mental retardasyon ya da organik beyin hasarına neden olabilecek herhangi bir öyküye sahip olma • Fiziksel bir hastalık nedeniyle özel bir diyet uyguluyor olma • Yürüyüş yapmaya engel olabilecek fiziksel sağlık sorununa sahip olma (kas iskelet hastalıkları vb)

Araştırmanın örneklem seçme basamakları: Nisan 2018'de TRSM'de kayıtlı hasta listesine ulaşılmış ve araştırmaya katılabilecek hastalar TRSM ekibinden yardım alınarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda 63 hasta ismi belirlenmiştir. Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi ile araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kronik ruhsal hastalığı olan bireyler

örnekleme alınmıştır. Örnekleme alınan bireyler telefonla aranarak araştırma hakkında araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı konusunda bilgi verilmiştir ve aynı zamanda TRSM ekibi tarafından program hakkında duyurular yapılmıştır. Aramalar sırasında araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uymayan ve telefon numaralarına ulaşamayan hastalar olmuştur. Bazı hastalar çalıştıkları için araştırmaya katılmak istememişler. Katılmaya gönüllü olan hastalar TRSM'ye davet edilmiş ve bu doğrultuda girişim grubunda olmak isteyen 27 hastaya ulaşılmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki hastalar TRSM'ye davet edilerek eş zamanlı olarak araştırmacı tarafından öntest ölçümleri yapılmış (kronik ruhsal hastalığı olan bireyin tanıtıcı bilgi formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği, yaşam kalitesi ölçeği), sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. 27 hastanın 23'ü ile eğitim programını tamamlanmıştır. Kontrol grubu için 24 hastaya ulaşılmıştır. Girişim grubundan iki hasta, kontrol grubundan dört hasta üçüncü ay ve altıncı ay izlemlerde ölçümleri yapılamadığı için araştırma girişim grubunda 21, kontrol grubunda 20 hasta ile sonlandırılmıştır. Araştırma tasarımı Şekil 4'te yer almaktadır.



Şekil 4. Araştırmanın tasarımı

3.4.2.Çalışma Materyali

Çalışma materyali araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim programı kitapçığıdır.

3.5.2.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Araştırmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığı (BKI, bel çevresi, kilo), fiziksel aktivite durumu (adım sayısı), sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeklerinden elde edilen puanlar bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız değişkenler: Araştırmada fiziksel sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik verilen sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite eğitim programı bağımsız değişkenlerdir.

Bu araştırmada kullanılan değişkenler Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin kavramları ve değişkenleri ile ilişkilendirilmiştir. Araştırmanın birinci aşamasında elde edilen veriler ile kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapmaya yönelik önceki ilişkili davranışlar, algılanan engeller ve yararlar konusunda araştırmanın ikinci aşamasının alt yapısını oluşturulmuştur. Araştırmaya katılan bireylere uygulanan kişisel bilgi formu, SYBD ölçeği ile bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite durumları incelenmiştir.

3.6.2.Veri Toplama Araçları

Araştırmanın bu aşamasında “Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Pedometre (adım sayar)”, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” ve “Kısa Form 36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır.

3.6.2.1.Kronik ruhsal hastalığı olan bireyin tanıtıcı bilgi formu

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanarak geliştirilen, sosyodemografik veriler, özgeçmiş ve soygeçmiş öyküsü, BKİ, kilo, boy, bel çevresi, beslenme, fiziksel aktivite, pedometre ölçümleri ve fiziksel hastalık öyküsüne yönelik uygulamaları içeren tanıtıcı bilgi formu kullanılmıştır (Happell ve ark., 2012; Methapatara & Srisurapanont, 2011) (EK 5).

Beden kitle indeksi (BKİ) ölçümü: BKİ, antropometrik ölçümlerden vücut ağırlığının boy uzunluğunun metre cinsinde karesine bölünmesi ($BKİ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy (m}^2\text{)}$) ile elde edilmektedir. Hastaların BKİ hesaplanması için gereken boy ve kilo ölçümleri TRSM'de bulunan aynı tartı ve mezüre ile yapılmıştır. Kilo ölçümü yapılırken hastanın tartının merkezinde, ayakta, dik pozisyonda olmasına dikkat edilmiştir (Görgülü, 2014). Hastaların boyu ayakkabısı çıkartılarak,

tabanları yere tam basacak şekilde dik pozisyonda, ayakta ölçüm yapılmıştır. Beden kitle indeksi hesaplama kriterleri olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün sınıflandırması kullanılmıştır (WHO, 2006) (Tablo 7).

Tablo 7. DSÖ'ne göre yetişkinlerde BKİ'ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)	
	Temel kesişim noktaları	Geliştirilmiş kesişim noktaları
Zayıf (düşük ağırlıklı)	<18.50	<18.50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Fazla Kilolu	≥25.00	≥25.00
Pre-obez	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Şişman (Obez)	≥30.00	≥30.00
Şişman I. Derece	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Şişman II. Derece	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Şişman III. Derece	≥40.00	≥40.00

Bel çevresi ölçümü: Karın bölgesindeki yağlanmanın en iyi antropometrik göstergesi olarak kabul edilmektedir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bel çevresi hastalar ayakta iken, iç çamaşırlarının üstünden, hafif ekspirasyondan sonra alt kosta kenarıyla krsta iliakanın ortasındaki düzeyden mezura ile ölçülüp kaydedilmiştir (Görgülü, 2014). DSÖ'ye göre yetişkinlerin bel çevresi uzunluğu açısından cinsiyete göre sınıflandırması Tablo 8'de yer almaktadır (WHO, 2008).

Tablo 8. Yetişkinlerin cinsiyete göre bel çevresi uzunluğunun sınıflandırılması

	Normal bel çevresi (cm)	Riskli bel çevresi (cm)	Yüksek risk bel çevresi (cm)
Erkek	<94	94-101	>102
Kadın	<80	80-87	<88

3.6.2.2. Pedometre (Adımsayar)

Adımsayar, kullananların attığı adım sayısını gösteren, kolay taşınabilir, küçük, basit ve ucuz bir araçtır (Richardson ve ark., 2005; Zengin Alpözgen & Razak Özdiğer, 2016). Adımsayar kullanımı, araştırmalarda ve fiziksel aktivite programlarında bireylerin hem fiziksel aktivitelerini

ölçmek hem de fiziksel aktiviteyi yürüyüş yaparak motive etmede kullanılmaktadır (Tudor-Locke ve ark., 2005). Günde "10.000 adım" hedefi yetişkinlerde fiziksel aktiviteyi artırma amaçlı kullanılmaktadır. Sağlık için yetişkinlerde yeterli ve önerilen günlük adım sayıları Tablo 9’da gösterilmiştir (Alpözgen & Özdiğer, 2016). Yetişkinlerde haftanın herhangi üç günü adımsayar ile izlenmesinin fiziksel aktivite için yeterli ön görü sağlayabileceği belirtilmiştir (Tudor-Locke ve ark., 2005). Bu doğrultuda girişim grubuna alınan bireylerin haftanın herhangi üç günü attığı adım sayısının ortalaması hesaplanmıştır.

Tablo 9. Yetişkinler için günlük adım sayısı ile ilişkili fiziksel aktivite seviyesi

Yetişkin	
Gün/Adım sayısı	Fiziksel aktivite seviyesi
<5000	Hareketsiz (sedanter)
5000-7499	Düşük düzeyde aktif
7500-9999	Biraz aktif
≥ 10000	Aktif
≥ 12500	Yüksek düzeyde aktif

3.6.2.3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II

Ölçek ilk kez, “Sağlığı Geliştirme Yaşam Stili Ölçüm Aracı” adıyla Pender’in sağlığı geliştirme modeli temel alınarak, 1987’de Walker ve arkadaşları tarafından, bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek Walker ve arkadaşları tarafından 1996 yılında revize edilmiş ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) II” olarak adlandırılmıştır. Ölçek; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetiminden oluşan altı alt boyut ve toplam 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçek dörtlü likert tipi bir ölçek olup, hiçbir zaman: 1, bazen: 2, sık sık: 3, düzenli olarak: 4 olarak puanlandırılmıştır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması SYBD’nin iyi, düşük olması ise SYBD’nin kötü olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek maddelerinin tümü olumludur. Ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısı 0.94’dir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması 2008’de Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasının sonuçlarında ise; cronbach alpha değeri; 0.92 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının cronbach alpha değeri; sağlık sorumluluğu; .77, fiziksel aktivite; .79, beslenme; .68, manevi gelişim; .79, kişilerarası ilişkiler; .80, stres yönetimi; .64 olarak bulunmuştur (Bahar ve ark. 2008) (EK 6). Alt boyutlar:

Sağlık sorumluluğu; Bireyin kendi iyilik hali ve daha sağlıklı olması için kendisi ile ilgili sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına önem vermesi, sağlıkla ilgili konularda bilgi edinmesi, gerekli durumlarda sağlık profesyonellerine danışarak yardım arayabilmesi olarak açıklanmakta ve dokuz maddeden oluşmaktadır (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. En düşük puan 9, en yüksek puan 36) (Bahar ve ark. 2008).

Fiziksel aktivite; Hafif, orta ve ağır düzeyde aktiviteleri düzenli olarak uygulamayı kapsamakta ve günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülmesi gerektiği şeklinde açıklanmaktadır. Fiziksel aktivite boyutu sekiz maddeden oluşmaktadır (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46. En düşük puan 8, en yüksek puan 32) (Bahar ve ark. 2008).

Beslenme; Bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki dikkatini belirlemektedir. Beslenme boyutu dokuz maddeden oluşmaktadır (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50. En düşük puan 9, en yüksek puan 36) (Bahar ve ark. 2008).

Manevi gelişim; Manevi gelişim, ilişki kurma ve iç huzur ile gerçekleşebilir. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Manevi gelişim boyutu dokuz maddeden oluşmaktadır (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. En düşük puan 9, en yüksek puan 36) (Bahar ve ark. 2008).

Kişilerarası ilişkiler; kişinin kendisi dışındakiler ile olan ilişkilerdir. Anlamlı bir ilişki için iletişimi kullanmak gerekmektedir. Kişilerarası ilişkiler boyutu dokuz maddeden oluşmaktadır (1,7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. En düşük puan 9, en yüksek puan 36).

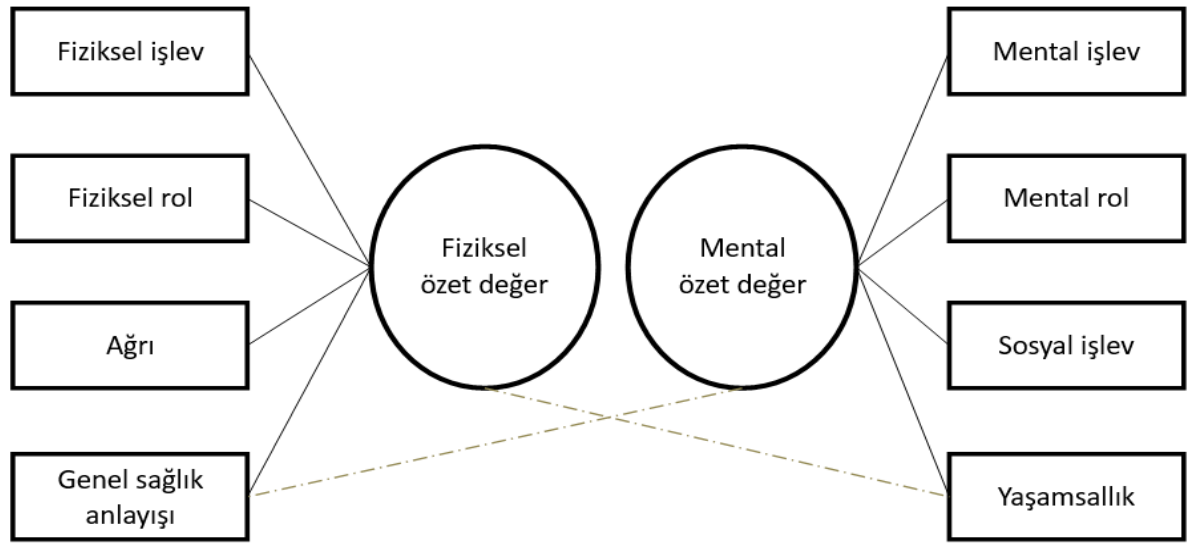
Stres yönetimi; Kişinin kaygıyı azaltmak veya etkili olarak kaygısını kontrol edebilmesi için fiziksel ve psikolojik kaynakları tanımlayabilmesi, harekete geçirebilmesi olarak açıklanmaktadır. Stres yönetimi boyutu sekiz maddeden oluşmaktadır (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47. En düşük puan 8, en yüksek puan 32) (Bahar ve ark. 2008).

3.6.2.4. Kısa Form 36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde detaylı ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36 (Short Form-36; SF-36) Ware ve Sherbourne tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından 100 romatizma hastası ile Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, her bir alt boyutun cronbach alfa katsayıları; fiziksel fonksiyon 0.75, fiziksel rol kısıtlaması 0.75, ağrı 0.76, genel sağlık algısı 0.75, yaşamsallık 0.73, sosyal fonksiyon 0.75, mental rol kısıtlaması 0.76, mental sağlık 0.76 olduğu bildirilmiştir (Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez, & Memiş, 1999). Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8

alt boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Ayrıca ölçek, genel sağlık durumunu sorgulayan sorulardan oluşmaktadır (Koçyiğit ve ark., 1999).

Değerlendirmede dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde, diğer maddeler Likert tipi (üçlü, beşli ve altılı) yanıtlanmaktadır. Ölçekteki 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters kodlanarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin puan hesaplama modeli Ek 7’de yer almaktadır. Ölçeğin toplam puanı hesaplanmamaktadır. Alt boyutlar sağlığı 0-100 arasında (0: kötü sağlık durumunu, 100: iyi sağlık durumunu göstermektedir) değerlendirmektedir. Ölçeğin değişimi ölçmede duyarlı olduğu da gösterilmiştir (Ware ve Gandek, 1998). Ölçek oldukça hızlı değerlendirme sağlamaktadır.



Şekil 5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Bileşenleri (Ware ve Gandek, 1998).

Şekil 5’de yer alan SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ve özet değerlerinden alınan en yüksek ve en düşük değerlerin yorumu Tablo 10’da şu şekilde açıklanmaktadır.

Tablo 10. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları ve mental ve fiziksel özet değerler (Ware ve Gandek, 1998; Koçyiğit ve ark., 1999).

Alt boyutlar ve mental ve fiziksel özet değerler	Alt boyutla ilgili madde sayısı	Olası en düşük puan	Olası en yüksek puan
Fiziksel işlev (fonksiyon)	10	Banyo yapmak, giyinmek, masa itmek, poşet taşımak, merdiven çıkmak, yürümek ve giyinmek gibi tüm günlük fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmede kısıtlanma	Sağlık nedeniyle sınırlama olmaksızın en zorlu olanlar dahil her türlü fiziksel aktiviteyi yapabilme
Fiziksel rol	4	Fiziksel sağlık sorunlarına bağlı iş veya diğer günlük aktivitelerle ilgili sorunlar	İş veya diğer günlük aktivitelerle ilgili sorun yaşamama
Ağrı	2	Çok aşırı ve şiddetli ağrı yaşama ve çalışma gücünün etkilenmesi	Ağrıdan kaynaklı herhangi bir kısıtlama yaşamamam veya ağrının olmaması
Genel sağlık anlayışı	5	Kişisel sağlığı zayıf olarak değerlendirir ve daha kötüye gideceğine inanma	Kişisel sağlığını mükemmel olarak algılama
Mental işlev (mental sağlık)	5	Her zaman gerginlik ve depresyon hissine sahip olma (ruhsal sıkıntı)	Her zaman huzurlu, mutlu ve sakin hissetme
Mental (emosyonel) rol fonksiyon	3	Duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (iş veya günlük aktiviteler üzerine anksiyete yada depresyon gibi duygusal sorunların etkisi)	Duygusal sorunlardan dolayı çalışma yâda diğer günlük aktivitelerle ilgili sorun yaşamama
Sosyal işlev (fonksiyon)	2	Fiziksel ve duygusal problemlerden dolayı sosyal aktivitelerin kısıtlanması (akrabalarını ve arkadaşlarını ziyaret gibi),	Normal sosyal aktivitelerin fiziksel veya duygusal problemlerden dolayı kesintiye uğramadan yapılabilmesi
Yaşamsallık (enerji/zindelik/vitalite)	4	Her zaman yorgun ve yıpranmış hissetme	Her zaman enerji dolu ve canlı hissetme.
Fiziksel özet değer	35	Öz bakım, fiziksel, sosyal ve rol faaliyetlerinde kısıtlanma, ciddi bedensel ağrı, sık yorgunluk yaşama ve sağlığını “zayıf” olarak değerlendirmeye.	Sağlığında fiziksel sınırlamalar, engeller veya azalmaların olmaması, yüksek enerji seviyesi, sağlığı “mükemmel” olarak değerlendirme.
Mental özet değer	35	Sık sık psikolojik sıkıntı yaşama, duygusal	Psikolojik sıkıntının olmayışı ve duygusal

sorunlardan dolayı sosyal ve rol yetersizliği yaşama ve sağlığı “zayıf” olarak algılama	problemler nedeniyle olağan sosyal / rol faaliyetlerinde sınırlama olmaması ve sağlığı “mükemmel” olarak değerlendirme.
---	---

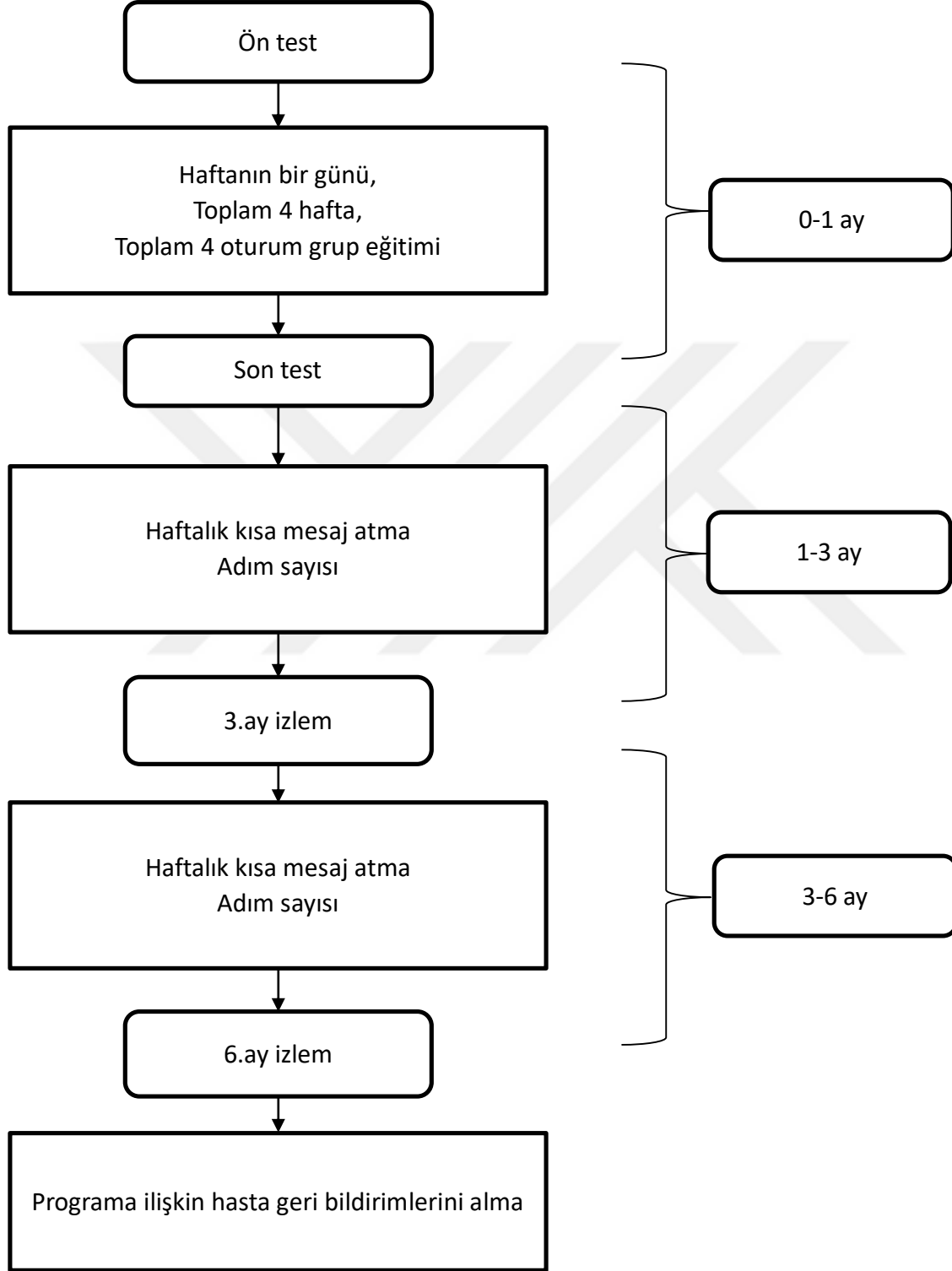
SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarını içeren soruların aldıkları ağırlıklı puanlar toplanarak mental ve fiziksel özet değerleri elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puanı bulunmamaktadır (Ware ve Gandek, 1998; Koçyiğit ve ark., 1999). Özet değerlerin elde edilmesinin nedeni yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlanabilmesidir. Ölçekte, fiziksel sağlık özet değerlerinin elde edilmesinde fizik işlev, fiziksel rol ve ağırlıklı iken mental sağlık özet değerlerinin elde edilmesinde mental rol, mental sağlık ve sosyal işlev ağırlıklıdır (EK 7). Genel sağlık algısı ve yaşamsallık her iki özet değere benzer oranda katkı sağlamaktadır (Ware ve Gandek, 1998).

3.6.2.5.Verilerin toplanması

Ön uygulama: Girişim grubunun girişimlerine başlamadan önce araştırmacı tarafından 11 kişilik bir grup ile Kasım 2017’de ön uygulama yapılmıştır. Bu ön uygulamada eğitim süreci ile ilgili eksiklikler, aksaklıklar değerlendirilerek eğitim içeriği tekrar gözden geçirilmiştir. Eğitim içeriği özet olarak hastalara verilmek üzere hasta el kitabı olarak hazırlanmıştır. Eğitim içeriğine (1 TRSM psikiyatri hekimi, 1 TRSM psikiyatri hemşiresi ve 1 psikiyatri hemşireliği alanında öğretim üyesi olmak üzere) 3 uzmandan görüş alınmıştır. Uzman görüşü sonrası girişim gruplarına bu eğitim programı uygulanmıştır.

Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite eğitim programının uygulanması ve değerlendirilmesi: Girişim grubuna katılan tüm bireylerin eğitim girişimi öncesi veri toplama formları ile bilgileri toplanmıştır (ön test ölçümleri). Araştırmanın birinci aşamasını oluşturan kalitatif araştırma sonuçlarından ve literatürden yararlanılarak örnekleme alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik yapılandırılmış sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite eğitim programı oluşturulmuştur ve belirlenen girişim grubundaki bireylere oluşturulan eğitim programı uygulanmıştır. Girişim grubuna uygulanan fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı Şekil 6’da yer almaktadır. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamış ve pedometre verilmemiş olup, standart TRSM hizmeti almaya devam etmişlerdir.

**Girişim Grubuna Uygulanan
Fiziksel Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programı**



Şekil 6: Girişim Grubuna Uygulanan Fiziksel Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programı

Girişim grubuna uygulanacak olan program dört hafta, her hafta bir oturum olacak şekilde toplam dört oturum, her oturum 60-90 dakika olacak şekilde yürütülmüştür. Toplam üç farklı grupta girişimler yapılmış ve grup sayıları 6-10 arasında değişiklik göstermiştir. Gruplar benzer zamanlarda yürütüldüğü için bir oturuma katılamayan hasta diğer grubun aynı oturumuna katılarak o oturumu tamamlamıştır. Girişim grubuna uygulanan girişimin oturum başlıkları Tablo 11’de verilmiştir. Gruplar TRSM’deki grup toplantılarının yapıldığı alanda görsel-işitsel materyaller (katılımcı el kitabı, yaka kartları, kalem, yazı tahtası, power point sunumu) kullanılarak interaktif şekilde yapılmıştır. Uygulama sonrası programa katılan deney grubundaki bireylere motivasyonlarını sağlamak amacıyla katılım belgesi verilmiştir (EK 13). Grup süreci devam ederken aynı zamanda kontrol grubunun ön test-son test verileri toplanmıştır. Girişim grubuna uygulanan eğitim programının bitiminden hemen sonra (son test-1.ay ölçüm) ölçümler tekrarlanmıştır. 3. ay ve 6. ay ölçümleri girişim grubunda 21 hasta ile kontrol grubunda 20 hasta ile tamamlanmıştır. Girişim grubundaki 21 birey tüm eğitim programına katılmıştır.

Tablo 11. Fiziksel sağlığını koruma ve geliştirme eğitim programının konu başlıkları

Hafta	Konu başlıkları
1	Programa giriş ve fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmenin önemi, pedometre kullanımı
2	Fiziksel aktivite, pedometre kullanımı
3	Sağlıklı beslenme ve sağlık
4	Sağlıklı beslenme, programın değerlendirilmesi, son test ölçümü
12. ve 24.	İzlem ölçümlerinin yapılması

Birinci oturum: ilk oturum amacı grubun tanışması, programın tanıtılması, kronik ruhsal hastalığı olan bireyler için sağlıklı beslenmenin önemi ve düzenli fiziksel aktivite yapmanın faydalarının grup üyeleri ile tartışılması, pedometre kullanımının önemi ve nasıl kullanılacağının öğretilmesidir. İlk oturumda hastaların her birine pedometre verilmiştir. Bu oturumdan sonra hastaların ikinci oturuma kadar olan süreçte pedometre kullanımını teşvik etmek için araştırmacı tarafından hastalara kısa mesajlar atılacağı konusunda bilgi verilmiştir. Bu oturumda hastaların kendilerine günlük adım sayısı hedefi koymaları ve ikinci oturuma kadar olan süreçte hastaların haftanın en az üç günü pedometre kullanarak yürümeleri beklenmiştir.

İkinci oturum: birinci oturumda anlatılan ve hastaların bu oturuma kadar kullanmaları beklenen pedometre sonuçları değerlendirilmekte ve üç günlük ortalama yürüyüş miktarı hesaplanmaktadır (ön test). Hastalardan yalnızca yürüyüş yaptıkları zamanlarda pedometreleri takmaları beklenmiştir. Fiziksel aktivite ve sağlık ile ilgili yapılandırılmış eğitim verilmiştir. Bu

oturumda hastaların pedometre kullanımında yaşadığı zorluklar ve bunların üstesinden nasıl gelecekleri tartışılmıştır. Fiziksel aktivite artırma yolları konuşulmuştur. Bir sonraki oturuma kadar hedefledikleri adım sayısını arttıracak yeni hedefler belirlenmiştir. Fiziksel aktivite ve sağlık ile ilgili yapılandırılmış eğitim verilmiş ve hasta el kitabında yer alan bilgiler tartışılmıştır.

Üçüncü oturum: bu oturumda hastaların fiziksel aktivite yapma durumları değerlendirmekte olup araştırmacı tarafından yapılandırılmış sağlıklı beslenme eğitimi verilmektedir. Hastaların sağlıklı beslenmelerini etkileyen ve engelleyen durumlar grup sürecinde tartışılmıştır. Bir sonraki oturuma kadar beslenme günlüğü tutmaları ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını fark etmeleri hedeflenmiştir.

Dördüncü oturum: bu oturumda da bir önceki oturumlarda konuşulan fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme durumları grup etkileşimi içerisinde değerlendirilmektedir. Sağlıklı beslenmelerine engel olan durumlar tartışılmıştır. Bu engeller ile nasıl baş edebilecekleri konuşulmuştur. Yapılandırılmış sağlıklı beslenme eğitiminde öğünler ve besin güvenliği eğitimi verilmiştir. Bu oturum sonunda programın değerlendirilmesi ve son test ölçümleri yapılmıştır.

Tüm oturumlar bittikten sonra programa katılan girişim grubundaki bireyler araştırmacı tarafından bireysel olarak takip edilmiş ve motivasyonunu arttırmak amacıyla, 24 hafta boyunca, her hafta ve haftanın belirli bir günü hastalara bireysel sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite önerilerini içeren motive edici kısa mesajlar atılmıştır. Örneğin; “Merhaba, bugün Pazar, bugün en az 30 dakika yürümeyi ve adımsayarınızı takmayı unutmayın.” Kısa mesajların yanı sıra eğitim sonrası 24 hafta boyunca, aralıklı zamanlarda hastalar telefon ile aranarak fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmelerine ilişkin izlem ve değerlendirme görüşmesi yapılmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki bireyler 12. hafta (3.ay izlem) ve 24. hafta (6.ay izlem) TRSM’ye davet edilerek izlem ölçümleri (BKİ, bel çevresi gibi fiziksel sağlık, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi) yapılmıştır. Yalnızca girişim grubundaki bireylerin fiziksel aktivite (adım sayısı) ölçümleri yapılmıştır.

Girişim ve kontrol grubunun 6.ay izlemleri tamamlandıktan sonra fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programına katılan girişim grubundaki bireyler programa ilişkin geri bildirimlerini almak amacıyla telefonla aranmıştır. Programa ilişkin geri bildirimlerini almak için hastalara şu sorular yöneltilmiştir;

- Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi arttırmak ile ilgili yapılan programa katılmak ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Katıldığınız bu programın sizin yaşamınıza olan faydaları nelerdir?
- Katıldığınız bu programın sizin için olumsuz (zorlayıcı) yanları nelerdir?
- Eğitim oturumları ile ilgili (verilen bilgiler, süresi, katılımcı sayısı) ne düşünüyorsunuz?
- Eğitimde verilen kitapçık ile ilgili ne düşünüyorsunuz? Size faydası oldu mu? Nasıl?
- Eğitim sonrası sertifika verilmesi ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Eğitim ile birlikte hayatınıza katılan adım sayar cihazını kullanmak ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Günlük hayatta adım sayar kullanmak sizi nasıl etkiledi?
- Adım sayar kullanmak ile ilgili yaşadığınız zorluklar nelerdir?
- Haftalık sağlıklı beslenme ve yürümek ile ilgili size atılan kısa mesajlar ve aramalar ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Kilo, boy, beden kitle indeksi gibi fiziksel sağlık ölçümlerinizin yapılması ile ilgili ne düşünüyorsunuz? Bu ölçümlerde kendinizde bir değişim olduğunu düşünüyor musunuz?
- Kilo, bel çevresi değişimleriniz ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

3.7.2.Araştırma Planı

Araştırmanın ikinci aşamasının planı Tablo 12’de yer almaktadır.

Tablo 12. Araştırmanın ikinci aşamasının planı

Yıl	2016	2017	2017	2018	2019
Ay	01-12	01-03	04-12	01 02-06 07-12	01-05 06-12
Literatür tarama	X	X			
Tez önerisi hazırlama	X				
Etik Kurul izni	6.10.16				
Buca Seyfi Demirsoy TRSM kurum izni		3.1.17			
Ege Üniversitesi TRSM Kurum İzni		10.2.17			
Eğitim programının oluşturulması			X		
Ön uygulama yapılması			X		
Yeterlilik Sınavı				X	
Girişim ve kontrol grubuna öntest yapılması				X	
Girişim grubuna girişimlerin yapılması				X	
Girişim ve kontrol grubu izlemleri					X
Verilerin analizi ve rapor yazımı					X
Tez Bitirme Sınavı					X

3.8.2.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilecek verilerin analizinde SPSS 22 paket programı kullanılmıştır. Demografik veriler için yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Kategorik değişkenlerin girişim ve kontrol grubunda karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılımı için shapiro-wilk testi yapılmış ve basıklık (skewness)- çarpıklık (kurtosis) değerlerine bakılmıştır. Örneklem büyüklüğünün her grupta 30’un altında olması, verilerin büyük bir kısmında normal dağılımın olmaması nedeniyle analizlerde nonparametrik testler kullanılmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki bireylerin fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarının öntest-6.ay ölçümleri arasındaki karşılaştırmalarda iki kategorili

değişkenler Mc Nemar test ile, ikiden fazla kategorili değişkenler ise Marginal Homogeneity test ile analiz edilmiştir. Eğitim öncesi (öntest), eğitim sonrası (sontest), 3.ay ve 6.ay izlemlerde zamana göre yapılacak olan karşılaştırmada nonparametrik Friedman X^2 testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki anlamlı farkın nereden kaynaklandığının belirlenmesinde Wilcoxon Signed Ranks testi kullanılmıştır. Girişim ve kontrol grubu arasında sonuç ölçümleri açısından gruba göre anlamlı fark olup olmadığına Man Whitney U testi ile bakılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9.2.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada bazı sınırlılıklar olduğu göze çarpmaktadır. İlk olarak beslenme ve fiziksel aktivite sonuçlarının SYBD ölçeği ve adım sayısı ile belirlenmiş olmasıdır. Araştırmanın başında SYBD ölçeği ve adım sayısı dışında kişisel bilgi formunda yer alan sorular ile kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları ile ilgili sorular yer almaktaydı. Fakat hastalara sorulan soruların çok fazla olması nedeniyle bir süre sonra sorulara odaklanmakta zorlanmaları nedeniyle bazı sorular araştırmadan çıkarılmıştır. Bu nedenle bu grupta fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarındaki değişim için daha ayrıntılı fakat sade ve az sayıda soru içeren bir veri toplama aracı kullanılabilir. Ayrıca SYBD ölçeği ile bu grupta yapılan girişimsel bir çalışmaya ulaşılamamış olması ve adım sayar kullanılarak yapılan çalışmaların az olması bu araştırma sonuçlarını tartışmada sınırlandırmıştır. Bu çalışmanın bir diğer sınırlılığı olan kan glikoz düzeyi, kolesterol seviyesi gibi diğer fiziksel sağlıkla ilgili sonuç ölçümlerinin değerlendirilmemiş olmasıdır. Bir diğer sınırlılık kontrol grubunda fiziksel sağlık ölçümlerinin yapılması, fiziksel aktivite düzeylerinin ölçüldüğünü bilmeleri bu grupta farkındalık sağlamış olabilir ve daha fazla fiziksel aktivite yapma ve sağlıklı beslenme konusunda motive etmiş olabilir. Araştırmanın diğer bir sınırlılığı kontrol grubu ile girişim grubunun aynı TRSM'nin hastası olmasıdır.

4.2.AŞAMA-BULGULAR

Bu bölümde örnekleme alınan girişim ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik ve fiziksel hastalık özellikleri ile fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili bulguları ile kronik ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının hasta sonuçlarına etkisine ilişkin bulgular sunulmuştur.

4.1.Girişim ve Kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik ve fiziksel hastalık özellikleri ile ve fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili özellikleri

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki kronik ruhsal hastalığı olan bireylere ait sosyodemografik özellikler Tablo 13’de verilmiştir. Girişim grubundaki bireylerin yaş ortalaması 39.38 ± 11.43 , % 61.9’u erkek, % 85.7’si bekar, % 38.1’i üniversite mezunu, % 90.5’i ailesi ile yaşamakta, % 71.4’ünün geliri giderine eşittir ve tümü çalışmamaktadır. Kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 36.85 ± 9.47 , % 55.0’ erkek, % 90.0’ı bekar, % 30.0’ı üniversite mezunu, % 85.0’ı ailesi ile yaşamakta, % 50.0’ının geliri giderine eşit ve % 80.0’ı çalışmamaktadır.

Girişim ve kontrol grubundaki bireyler öntest ölçümlerinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kiminle yaşadığı ve gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 13). Girişim ve kontrol grubundaki bireyler arasında yalnızca çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = .048$) (Tablo 13). Kontrol grubundaki bireylerde çalışan kişi sayısı daha fazladır (Tablo 13).

Tablo 13. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi (öntest)

Sosyodemografik özellikler	Girişim grubu (n:21)		Kontrol grubu (n:20)		Önemlilik testleri	
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		U	p
Yaş	39.38 ±11.43		36.85 ±9.47		-0.601	.548
	n	%	n	%	X ²	p
Cinsiyet						
Kadın	8	38.1	9	45.0	0.017 ^b	.895
Erkek	13	61.9	11	55.0		
Medeni durum						
Evli	3	14.3	2	10.0	0.176 ^a	1.000
Bekar	18	85.7	18	90.0		
Eğitim durumu						
İlkokul	2	9.5	2	10.0	0.328 ^c	.966
Ortaokul	4	19.0	4	20.0		
Lise	7	33.3	8	40.0		
Üniversite	8	38.1	6	30.0		
Kiminle yaşadığı						
Aile	19	90.5	17	85.0	0.287 ^a	.663
Yalnız	2	9.5	3	15.0		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	0	0	4	20.0	4.654 ^a	.048
Çalışmıyor	21	100	16	80.0		
Gelir gidere göre						
Az	4	19.0	9	45.0	3.234 ^c	.298
Eşit	15	71.4	10	50.0		
Yüksek	2	9.5	1	5.0		
Toplam	21	100	20	100		

*p<0.05

a: beklenen sayı 5'in altında olduğu için Fisher's exact test kullanılmıştır (2x2 düzen)

b: beklenen sayı 5 ile 25 arasında olduğu için Yates düzeltilmeli kıkare (continuity correction) kullanılmıştır (2x2 düzen)

c: beklenen sayı 5'den küçük olan oranların yüzdesi %20'den fazla olduğu için exact test kullanılmıştır (rxc düzen)

d: beklenen sayı 5'den küçük olan oranların yüzdesi %20'den az olduğu için pearson kıkare kullanılmıştır (rxc düzen)

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki kronik ruhsal hastalığı olan bireylere ait psikiyatrik hastalık ve fiziksel sağlıkla ilgili özellikleri Tablo 14’de yer almaktadır. Girişim grubundaki bireylerin % 47.6’sı psikotik bozukluk tanısına sahip olup, %38.2’si antipsikotik grubu bir ilaç kullanmaktadır. Psikiyatrik hastalık başlama yaş ortalaması 26.47 ± 9.89 , psikiyatrik hastalık süresi ortalaması 12.90 ± 7.63 olarak bulunmuştur. Girişim grubundaki bireylerin % 38.1’inde diyabet tanısı olup, birinci derece akrabalarının % 23.8’inde diyabet ve %23.8’inde hipertansiyon tanısı bulunmaktadır. Kontrol grubundaki bireylerin % 45.0’ı psikotik bozukluk tanısına sahip olup psikiyatrik hastalık başlama yaş ortalaması 23.45 ± 7.28 , psikiyatrik hastalık süresi ortalaması 13.45 ± 7.72 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin % 75.0’ında herhangi bir fiziksel hastalık tanısı bulunmamakta, birinci derece akrabalarının % 30.0’ında hipertansiyon tanısı bulunmaktadır.

Girişim ve kontrol grubundaki bireyler arasında psikiyatrik tanı, psikiyatrik hastalık başlama yaşı, psikiyatrik hastalık süresi ve birinci derece akrabada fiziksel hastalık tanısı varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$) (Tablo 14). Girişim ve kontrol grubundaki bireyler arasında yalnızca fiziksel hastalık tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = .045$). Girişim grubundaki bireylerde daha fazla fiziksel hastalık bulunmaktadır (Tablo 14).

Tablo 14. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin psikiyatrik hastalık ve fiziksel sağlıkla ilgili özellikleri

Psikiyatrik hastalık ve fiziksel sağlıkla ilgili özellikler	Girişim grubu (n:21)		Kontrol grubu (n:20)		Önemlilik testleri	
	n	%	n	%	X ²	p
Psikiyatrik tanı						
Şizofreni	7	33.3	7	35.0	4.831 ^a	.195
Bipolar	4	19.0	1	5.0		
Şizoaffektif	0	0	3	15.0		
Psikotik bozukluk	10	47.6	9	45.0		
Psikotrop ilaç kullanımı*						
Antipsikotik	21	38.2	20	36.4	-	-
Antidepresan	14	25.5	16	29.1		
Duygudurum	5	9.1	3	5.5		
Anksiyolitik	2	3.6	6	10.9		
Diğer (antiparkinson vb)	13	23.6	10	18.2		
	$\bar{X} \pm Ss$		$\bar{X} \pm Ss$		U	p
Psikiyatrik hastalık başlama yaşı	26.47±9.89		23.45±7.28		-0.810	.418
Psikiyatrik hastalık süresi	12.90±7.63		13.45±7.72		-0.250	.803
	n	%	n	%	X ²	p
Fiziksel hastalık tanısı						
Hipertansiyon	3	14.3	1	5.0	8.384 ^a	.045
Kalpdamar	0	0	1	5.0		
Diyabet	8	38.1	3	15.0		
Diğer (ayak ağrısı vb)	2	9.5	0	0		
Yok	8	38.1	15	75.0		
1.derece akrabada fiziksel hastalık tanısı						
Hipertansiyon	5	23.8	6	30.0	3.402 ^a	.736
Kalpdamar	1	4.8	3	15.0		
Böbrek	2	9.5	0	0		
Diyabet	5	23.8	5	25.0		
Kolesterol	1	4.8	1	5.0		
Diğer (romatizma vb)	7	33.3	5	25.0		

*p<0.05; a: beklenen sayı 5'den küçük olan oranların yüzdesi %20'den fazla olduğu için exact test kullanılmıştır (rxc düzen)

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin öntest fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıkları ilgili özellikleri Tablo 15’de yer almaktadır. Girişim grubundaki bireylerin % 57.1’inin yaşam biçimi az hareketlidir ve % 61.9’u düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır. Girişim grubundaki bireylerin % 38.1’i öğün atlamakta, % 52.6’sı kahvaltı öğününü bazen atlamakta, % 57.9’u öğle yemeğini hiç atlamamakta, % 73.7’si ise akşam öğününü hiç atlamamaktadır. Girişim grubundaki bireylerin % 57.1’i canı istemediği için öğün atlamaktadır. Girişim grubundaki bireylerin % 57.1’i öğün arasında atıştırdıklarını, % 25.0’nin öğün arası şeker, çikolata gibi yiyecekler yedikleri bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin % 50.0’nin yaşam biçimi az hareketli ve % 70.0’ı düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır. Kontrol grubundaki bireylerin % 55.’i öğün atlamakta, % 50’i kahvaltı öğününü hiç atlamamakta, % 45’i öğle yemeğini hiç atlamamakta, % 70’i ise akşam öğününü hiç atlamamaktadır. Kontrol grubundaki bireylerin % 53.3’ü canı istemediği için öğün atlamaktadır. Kontrol grubundaki bireylerin % 65’i öğün arasında atıştırdıklarını, % 38.7’si öğün arası bisküvi kraker gibi yiyecekler yedikleri bulunmuştur.

Girişim ve kontrol grubundaki bireyler arasında yaşam biçimi, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu, öğün atlama durumu, kahvaltı, öğle ve akşam yemeğini atlama durumu, öğün arası atıştırma durumu, günlük çay, kahve, asitli içecekler, alkol ve su tüketme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin öntest fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili özelliklerinin incelenmesi

Fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıkları	Girişim grubu (n:21)		Kontrol grubu (n:20)		Önemlilik testleri	
	n	%	n	%	X ²	p
Yaşam biçimi						
Çok hareketli	0	0	0	0		
Hareketli	4	19.0	6	30.0	.669 ^c	.771
Az hareketli	12	57.1	10	50.0		
Hareketsiz	5	23.8	4	20.0		
Düzenli fiziksel aktivite yapma						
Evet	4	19.0	4	20.0		
Hayır	13	61.9	14	70.0	.680 ^c	.812
Bazen	4	19.0	2	10.0		
	n	%	n	%	X²	p
Öğün atlama durumu						
Evet	8	38.1	11	55.0		
Hayır	7	33.3	4	20.0	1.359 ^d	.507
Bazen	6	28.6	5	25.0		
Kahvaltıyı atlama						
Bazen	10	52.6	7	35.0		
Her zaman	3	15.8	3	15.0	1.505 ^c	.472
Hiç	6	31.6	10	50.0		
Öğle yemeğini atlama						
Bazen	7	36.8	6	30.0		
Her zaman	1	5.3	5	25.0	2.920 ^c	.287
Hiç	11	57.9	9	45.0		
Akşam yemeğini atlama						
Bazen	3	15.8	4	20.0		
Her zaman	2	10.5	2	10.0	0.117 ^c	1.000
Hiç	14	73.7	14	70.0		
Öğün atlama nedeni*						
Zamanım yok	1	7.1	0	0		
Uyanamıyorum	5	35.7	8	53.3	-	-
Hazırlayan yok	1	7.1	1	6.7		
Canım istemiyor	8	57.1	8	53.3		
Diğer (dışarıda olma vb)	2	14.3	1	6.7		
Öğün arası atıştırma						
Evet	12	57.1	13	65.0		
Hayır	3	14.3	1	5.0	1.016 ^c	.722
Bazen	6	28.6	6	30.0		

Tablo 15'in devamı...

Öğün arası atıştırma türü*						
Simit, poğaça	5	15.6	3	9.7		
Bisküvi, kraker	8	25.0	12	38.7	-	-
Şeker, çikolata	8	25.0	8	25.8		
Kuruyemiş	7	21.9	4	12.9		
Meyve	2	6.3	4	12.9		
Diğer (yoğurt vb)	2	6.3	0	0		
Günlük çay tüketme durumu						
Evet	16	76.2	17	85.0	0.506 ^a	.697
Hayır	5	23.8	3	15.0		
Günlük kahve tüketme durumu						
Evet	10	47.6	7	35.0	0.253 ^b	.615
Hayır	11	52.4	13	65.0		
Günlük asitli içecek tüketme durumu						
Evet	11	52.4	9	45.0	0.026 ^b	.873
Hayır	10	47.6	11	55.0		
Günlük alkol tüketme durumu						
Evet	0	0	1	5.0	1.076 ^a	.488
Hayır	21	100	19	95.0		
		X±SS			U	p
Günlük tüketilen su miktarı		6.88±2.72		7.75±3.09	171.000	.302

*p<0.05

a: beklenen sayı 5'in altında için Fisher's exact test kullanılmıştır (2x2 düzen)

b: beklenen sayı 5 ile 25 arasında olduğu için Yates düzeltilmeli kikare (continuity correction) kullanılmıştır (2x2 düzen)

c: beklenen sayı 5'den küçük olan oranların yüzdesi %20'den fazla olduğu için exact test kullanılmıştır (rxc düzen)

d: beklenen sayı 5'den küçük olan oranların yüzdesi %20'den az olduğu için pearson kikare kullanılmıştır (rxc düzen)

Tablo 16'da girişim ve kontrol grubundaki bireylerin fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıkları öntest ve 6. Ay izlem ölçümleri açısından incelenmiştir. Yaşam biçimi, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu, öğün atlama durumu, kahvaltıyı atlama, öğle yemeğini atlama, akşam yemeğini atlama, öğün arası atıştırma durumları Marjinal Homogeneity testi ile günlük çay, kahve, asitli içecekler ve alkol tüketimi ise McNemar testi ile analiz edilmiştir. Günlük su tüketimi ise Wlcoxon Sign test ile bakılmıştır. Analiz sonucunda girişim grubundaki bireylerin öğün atlama (p=.019) ve asitli içecekler tüketmede (p=.004) anlamlı bir değişim var iken diğer alışkanlıklarda anlamlı bir değişim saptanmamıştır (p>0.05). Kontrol grubunun ise fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarında öntest-6.ay izlem ölçümleri açısından anlamlı bir değişim bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 16). Sonuç olarak girişim grubundaki bireylerin 6.ay izlem ölçümlerinde öntest ölçümlerine göre öğün atlama ve asitli içecekler tüketme oranında azalma olduğu görülmektedir.

Tablo 16. Girişim ve kontrol grubundaki bireylerin zamana göre fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarındaki değişim

Fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıkları	Girişim grubu									Kontrol grubu									
	Öntest		Sontest		3.ay		6.ay		p ^{öntest-6.ay}	Öntest		Sontest		3.ay		6.ay		p ^{öntest-6.ay}	
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%		
Yaşam biçimi										.061 ^a									.371 ^a
Çok hareketli	0	0	1	4.8	4	19.0	1	4.8			0	0	3	15.0	1	5.0	3	15.0	
Hareketli	4	19.0	9	42.9	5	23.8	7	33.3			6	30.0	5	25.0	2	10.0	3	15.0	
Az hareketli	12	57.1	11	52.4	12	57.1	12	57.1			10	50.0	11	55.0	16	80.0	11	55.0	
Hareketsiz	5	23.8	0	0	0	0	1	4.8			4	20.0	1	5.0	1	5.0	3	15.0	
Düzenli fiziksel aktivite yapma										.862 ^a									.180 ^a
Evet	4	19.0	15	71.4	13	61.9	10	47.6			4	20.0	2	10.0	1	5.0	3	15.0	
Hayır	13	61.9	1	4.8	0	0	0	0			14	70.0	14	70.0	14	70.0	13	65.0	
Bazen	4	19.0	5	23.8	8	38.1	11	52.4			2	10.0	4	20.0	5	25.0	4	20.0	
Öğün atlama durumu										.019 ^a									.072 ^a
Evet	8	38.1	4	19.0	1	4.8	2	9.5			11	55.0	10	50.0	9	45.0	6	30.0	
Hayır	7	33.3	8	38.1	10	47.6	7	33.3			4	20.0	3	15.0	4	20.0	5	25.0	
Bazen	6	28.6	9	42.9	10	47.6	12	57.1			5	25.0	7	35.0	7	35.0	9	45.0	
Kahvaltıyı atlama										.102 ^a									.182 ^a
Bazen	10	52.6	9	42.9	10	47.6	7	33.3			7	35.0	2	10.0	6	30.0	4	20.0	
Her zaman	3	15.8	1	4.8	1	4.8	1	4.8			3	15.0	3	15.0	2	10.0	1	5.0	
Hiç	6	31.6	11	52.4	10	47.6	13	61.9			10	50.0	15	75.0	12	60.0	15	75.0	
Öğle yemeğini atlama										.274 ^a									.491 ^a
Bazen	7	36.8	8	38.1	5	23.8	5	23.8			6	30.0	9	45.0	7	35.0	9	45.0	
Her zaman	1	5.3	1	4.8	0	0	0	0			5	25.0	4	20.0	4	20.0	2	10.0	
Hiç	11	57.9	12	57.1	16	76.2	16	76.2			9	45.0	7	35.0	9	45.0	9	45.0	

Tablo 16'nın devamı...

Akşam yemeğini atlama									.157 ^a										.197 ^a
Bazen	3	15.8	4	19.0	3	14.3	2	9.5		4	20.0	3	15.0	4	20.0	2	10.0		
Her zaman	2	10.5	0	0	0	0	0	0		2	10.0	1	5.0	1	5.0	1	5.0		
Hiç	14	73.7	17	81.0	18	85.7	19	90.5		14	70.0	16	80.0	15	75.0	17	85.0		
Öğün atlama nedeni*									-										-
Zamanım yok	1	7.1	1	5.9	0	0	3	21.4		0	0	1	5.6	1	5.9	1	6.3		
Uyanamıyorum	5	35.7	7	41.2	8	53.3	5	35.7		8	53.3	4	22.2	6	35.3	5	31.3		
Hazırlayan yok	1	7.1	0	0	1	6.7	1	7.1		1	6.7	3	16.7	0	0	0	0		
Canım istemiyor	8	57.1	8	47.1	4	26.7	5	35.7		8	53.3	9	50.0	9	52.9	7	43.8		
Diğer	2	14.3	1	5.9	2	13.3	0	0		1	6.7	1	5.6	1	5.9	3	18.8		
Öğün arası atıştırma									.102 ^a										.433 ^a
Evet	12	57.1	8	38.1	16	76.2	7	33.3		13	65.0	15	75.0	6	30.0	10	50.0		
Hayır	3	14.3	4	19.0	1	4.8	5	23.8		1	5.0	3	15.0	5	25.0	3	15.0		
Bazen	6	28.6	9	42.9	4	19.0	9	42.9		6	30.0	2	10.0	9	45.0	7	35.0		
Öğün arası atıştırma türü*																			
Simit, poğaç	5	15.6	3	10.0	0	0	0	0	-	3	9.7	3	12.5	2	7.4	3	13.6		-
Bisküvi, kraker	8	25.0	5	16.7	4	12.9	6	27.3		12	38.7	6	25.0	8	29.6	6	27.3		
Şeker, çikolata	8	25.0	5	16.7	3	9.7	3	13.6		8	25.8	5	20.8	5	18.5	4	18.2		
Kuruyemiş	7	21.9	7	23.3	4	12.9	6	27.3		4	12.9	3	12.5	5	18.5	4	18.2		
Meyve	2	6.3	4	13.3	13	41.9	5	22.7		4	12.9	5	20.8	6	22.2	5	22.7		
Diğer (yoğurt vb)	2	6.3	6	20.0	7	22.6	2	9.1		0	0	2	8.3	1	3.7	0	0		
Günlük çay tüketme durumu									1.000 ^b										1.000 ^b
Evet	16	76.2	16	76.2	14	66.7	15	71.4		17	85.0	17	85.0	17	85.0	17	85.0		
Hayır	5	23.8	5	23.8	7	33.3	6	28.6		3	15.0	3	15.0	3	15.0	3	15.0		
Günlük kahve tüketme durumu									1.000 ^b										1.000 ^b
Evet	10	47.6	9	42.9	9	42.9	9	42.9		7	35.0	8	40.0	7	35.0	7	35.0		
Hayır	11	52.4	12	57.1	12	57.1	12	57.1		13	65.0	12	60.0	13	65.0	13	65.0		

Tablo 16'nın devamı...

Günlük asitli içecek tüketme durumu																			
Evet		11	52.4	6	28.6	4	19.0	2	9.5	.004 ^b	9	45.0	9	45.0	9	45.0	6	30.0	.375 ^b
Hayır		10	47.6	15	71.4	17	81.0	19	90.5		11	55.0	11	55.0	11	55.0	14	70.0	
Günlük alkol tüketme durumu		1.000 ^b									1.000 ^b								
Evet		0	0	0	0	0	0	1	4.8		1	5.0	1	5.0	1	5.0	1	5.0	
Hayır		21	100	21	100	21	100	20	95.2		19	95.0	19	95.0	19	95.0	19	95.0	
X±SS											X±SS								
Günlük tüketilen su miktarı (bardak)		6.88±2.72	8.90±4.41	9.33±2.45	7.71±4.08	.448 ^c	7.75±3.09	9.47±3.19	8.45±2.79	8.00±4.53	.913 ^c								

*p<0.05; a: Marginal homogeneity test; b: McNemar test; c: Wilcoxon Signed RanksTest

4.2. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin kilo, beden kitle indeksi (BKİ), bel çevresi sonuçlarının incelenmesi

Girişim ve kontrol grubuna alınan bireylerin zamana göre (öntest-sontest-3.ay ve 6.ay) ve gruba göre kilo, beden kitle indeksi, bel çevresi ölçümlerinin karşılaştırılması Tablo 17’de verilmiştir.

Girişim grubundaki bireylerin girişim öncesi (ön test) kilo ortalaması 87.95 ± 17.62 ; son testte 86.95 ± 17.55 ; üçüncü ay izleminde 86.07 ± 17.56 ve altıncı ay izleminde 85.88 ± 17.33 olarak bulunmuştur. Girişim grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) kilo ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde nonparametrik Friedman X^2 testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) kilo ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2 Friedman: 2.444; $p=.485$) (Tablo 17). Kontrol grubundaki bireylerin zamana göre kilo ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2 Friedman: 2.796; $p=.424$) (Tablo 17).

Tablo 17’de girişim ve kontrol grubunun gruba göre kilo ölçümleri bağımsız gruplarda Man Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Girişim ve kontrol grubunun öntest (U: -1.383; $p=.167$), sontest (U: -1.461; $p=.144$), 3.ay (U: -1.370; $p=.171$) ve 6.ay (U: -1.539; $p=.124$) kilo ölçümleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 17).

Girişim grubundaki bireylerin girişim öncesi (öntest) BKİ ortalaması 30.88 ± 4.20 ; sontestte 30.50 ± 4.27 ; üçüncü ay izleminde 30.20 ± 4.58 ve altıncı ay izleminde 30.15 ± 4.45 olarak bulunmuştur. Girişim grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) BKİ ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde nonparametrik Friedman X^2 testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) BKİ ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2 Friedman: 2.031; $p=.566$) (Tablo 17). Kontrol grubundaki bireylerin zamana göre BKİ ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2 Friedman: 2.766; $p=.429$) (Tablo 17).

Tablo 17’de girişim ve kontrol grubunun gruba göre BKİ ölçümleri bağımsız gruplarda Man Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Girişim ve kontrol grubunun öntest (U: -0.626; $p=.531$), sontest (U: -0.913; $p=.361$), 3.ay (U: -0.731; $p=.465$) ve 6.ay (U: -0.861; $p=.389$) BKİ ölçümleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 17).

Girişim grubundaki bireylerin girişim öncesi (öntest) bel çevresi ortalaması 106.11 ± 9.04 ; sontestte 104.83 ± 9.39 ; üçüncü ay izleminde 102.64 ± 9.89 ve altıncı ay izleminde 101.07 ± 10.65 olarak bulunmuştur. Girişim grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) bel çevresi ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde nonparametrik Friedman X^2 testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) bel çevresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (X^2 Friedman: 29.954; $p < 0.001$) (Tablo 17). Girişim grubundaki zamana göre farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için ileri bir analiz yöntemi olan Wilcoxon Sign Rank Testi kullanılmıştır. Analizde öntest-sontest ($p = .028$), öntest-3.ay ($p < 0.001$), öntest-6.ay ($p < 0.001$), sontest-3.ay ($p = .005$); sontest-6.ay ($p = .001$), 3.ay-6.ay ($p = .014$) bel çevresi ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 17). Girişim grubundaki bireylerin fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı öncesi bel çevresi ortalaması, sontest, 3.ay ve 6.ay puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksektir. Kontrol grubundaki bireylerin zamana göre bel çevresi ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2 Friedman: 2.131; $p > .546$) (Tablo 17).

Tablo 17’de girişim ve kontrol grubunun gruba göre bel çevresi ölçümleri bağımsız gruplarda Man Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Girişim ve kontrol grubunun öntest (U: -0.600; $p = .548$), sontest (U: -0.914; $p = .361$), 3.ay (U: -1.644; $p = .100$) ölçümlerinde bel çevresi açısından anlamlı bir fark yokken yalnızca 6.ay (U: -1.984; $p = .047$) ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 17). Altıncı ay ölçümlerde girişim grubundaki bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre bel çevreleri anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 17. Girişim ve kontrol grubuna alınan bireylerin zamana göre (öntest-sontest-3.ay ve 6.ay) ve gruba göre kilo, beden kitle indeksi, bel çevresi ölçümlerinin karşılaştırılması

Fiziksel sağlık parametreleri	Grup	Öntest	Sontest	3.ay	6.ay	Önemlilik testleri		
		$\bar{X} \pm SS$ Ortanca	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca	X^{2a}	p	Anlamlılık fark ^b
Kilo	Girişim	87.95±17.62 84.5	86.95±17.55 83.0	86.07±17.56 83.0	85.88±17.33 83.0	2.444	.485	
	Kontrol	95.80±18.67 93.25	95.45±19.00 93.25	94.37±17.15 93.0	94.37±17.18 93.25	2.796	.424	
	U ^c	-1.383	-1.461	-1.370	-1.539			
	p	.167	.144	.171	.124			
BKI (kg/m ²)	Girişim	30.88±4.20 31.1	30.50±4.27 31.1	30.20±4.58 31.1	30.15±4.45 31.2	2.031	.566	
	Kontrol	31.85±5.29 31.2	31.72±5.41 31.4	31.34±4.91 31.0	31.64±5.28 32.7	2.766	.429	
	U ^c	-0.626	-0.913	-0.731	-0.861			
	p	.531	.361	.465	.389			
Bel çevresi	Girişim	106.11±9.04 105	104.83±9.39 103	102.64±9.89 103.5	101.07±10.65 101	29.954	.000	öntest-sontest (p: .028) öntest-3.ay (p: .000) öntest-6.ay (p: .000) sontest-3.ay (p: .005) sontest 6.ay (p: .001) 3.ay-6.ay (p: .014)
	Kontrol	109.77±15.16 105.75	109.37±15.14 105.75	108.97±13.64 107.50	109.57±13.46 109.50	2.131	.546	
	U ^c	-0.600	-0.914	-1.644	-1.984			
	p	.548	.361	.100	.047			

*p<0.05; a: Friedman X²; b: Wilcoxon signed ranks testi, c: Bağımsız gruplarda Man Whitney U testi

4.3. Girişim grubundaki kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin adım sayılarının incelenmesi

Tablo 18’de girişim grubundaki bireylerin zamana göre (eğitim sonrası, 3.ay ve 6.ay) adım sayılarının karşılaştırılması yer almaktadır. Zamana göre adım sayılarının karşılaştırılmasında Friedman X^2 testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda zamana göre adım sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (X^2 Friedman= 5.810; $p=.055$). Girişim grubundaki bireylerin fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı sonrası adım sayısında artma anlamlı düzeyde değildir.

Tablo 18. Girişim grubuna alınan bireylerin zamana göre adım sayılarının incelenmesi

	Eğitim sonrası	3.ay	6.ay	Önemlilik	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	testleri	
	(min-max)	(min-max)	(min-max)	X^{2a}	p
Adım	5403.20±2820.01	6627.52±2947.83	6639.90±2717.34	5.810	.055
sayısı	(853-10523)	(851-12227)	(1121-12151)		

* $p<0.05$; a: Friedman X^2 testi

4.4. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği (SYBD) puanlarının incelenmesi

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) toplam puanlarının* zamana göre (öntest, sontest, 3.ay izlem ve 6.ay izlem ölçüm) sonuçları Tablo 19’da yer almaktadır. Girişim grubundaki bireylerin girişim öncesi (öntest) SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 125.80 ± 27.56 ; sontestte 139.42 ± 25.77 ; üçüncü ay izleminde 141.47 ± 24.49 ve altıncı ay izleminde 146.47 ± 25.08 olarak bulunmuştur. Girişim grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde nonparametrik Friedman X^2 testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (X^2 Friedman: 17.752; $p<0.001$) (Tablo 19). Girişim grubundaki zamana göre farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz olarak Wilcoxon Sign Rank Testi kullanılmıştır. Analizde öntest-sontest ($p=.008$), öntest-3.ay ($p=.001$), öntest-6.ay ($p=.002$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<.05$); sontest-3.ay ($p=.794$), sontest-6.ay ($p=.159$), 3.ay-6.ay ($p=.404$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>.05$) (Tablo 19). Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı öncesi SYBD

ölçeği toplam puan ortalaması, sontest, SYBD ölçeği 3.ay ve 6.ay toplam puan ortalamalarından anlamlı derecede düşüktür.

Kontrol grubundaki bireylerin girişim öncesi (öntest) *SYBD ölçeği toplam puan* ortalaması 127.25 ± 18.15 ; sontestte 127.60 ± 19.65 ; üçüncü ay izleminde 130.95 ± 19.65 ve altıncı ay izleminde 129.10 ± 20.73 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde nonparametrik Friedman X^2 testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda kontrol grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2 Friedman: 1.132; $p=.722$) (Tablo 19).

Girişim ve kontrol grubundaki bireyler arasında gruba göre *SYBD ölçeği toplam puan* ortalamaları açısından fark olup olmadığını belirlemek amacıyla iki bağımsız grupta Man Whitney U testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda yalnızca 6.ay (U: -2.231; $p=.026$) ölçümlerinde girişim ve kontrol grubu arasında SYBD toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$) (Tablo 19). Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı sonrası 6.ay izlemlerde girişim grubundaki bireylerin SYBD ölçek puan ortalaması kontrol grubundan anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 19. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) toplam puanlarının öntest, sontest, 3.ay izlem ve 6.ay izlem ölçümlerinin incelenmesi

	Öntest	Sontest	3.ay	6.ay	Önemlilik testleri		
	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca	X^2_a	p	Anlamlılık fark ^b
Girişim	125.80 ± 27.56 119	139.42 ± 25.77 141	141.47 ± 24.49 137	146.47 ± 25.08 150	17.752	.000	öntest-sontest (p: .008) öntest-3.ay (p: .001) öntest-6.ay (p: .002) sontest-3.ay (p: .794) sontest 6.ay (p: .159) 3.ay-6.ay (p: .404)
Kontrol	127.25 ± 18.15 127	127.60 ± 19.65 125.5	130.95 ± 19.65 125	129.10 ± 20.73 128	1.332	.722	
U^c	-0.548	-1.644	-1.266	-2.231			
p	.584	.100	.206	.026			

* $p<0.05$; a: Friedman X^2 ; b: Wilcoxon signed ranks testi; c: Bağımsız gruplarda Man Whitney U testi

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) alt boyut puanlarının zamana göre (öntest, sontest, 3.ay izlem ve 6.ay izlem ölçüm) sonuçları Tablo 20’de yer almaktadır. Girişim ve kontrol grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) SYBD ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde nonparametrik Friedman X^2 testi kullanılmıştır.

Friedman analizi sonucunda girişim grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) **SYBD ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyut** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (X^2 Friedman: 9.518; $p=.023$) (Tablo 20). Girişim grubundaki bu farkın zamana göre hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz olarak Wilcoxon Sign Rank Testi kullanılmıştır. Analizde öntest-3.ay ($p=.041$) ve sontest-6.ay ($p=.027$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<0.05$); öntest-sontest ($p=.070$), öntest-6.ay ($p=.379$), sontest-3.ay ($p=.888$), 3.ay-6.ay ($p=.097$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20). Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı öncesi SYBD ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması, 3.ay ölçümünden anlamlı derecede düşük, sontest puan ortalaması ise 6.ay ölçümünden anlamlı derecede yüksektir. Kontrol grubunun zamana göre SYBD ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Friedman analizi sonucunda girişim grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) **SYBD ölçeği fiziksel aktivite alt boyut** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (X^2 Friedman: 16.446; $p=.001$) (Tablo 20). Girişim grubundaki zamana göre farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için ileri bir çözümleme yöntemi olan Wilcoxon Sign Rank Testi kullanılmıştır. Analizde öntest-sontest ($p=.013$), öntest-3.ay ($p=.015$), öntest-6.ay ($p=.001$), ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<0.05$); sontest-3.ay ($p=.776$), sontest-6.ay ($p=.057$), 3.ay-6.ay ($p=.055$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20). Girişim grubunun fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı öncesi SYBD ölçeği fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması, sontest, 3.ay ve 6.ay ölçümünden anlamlı derecede düşüktür. Kontrol grubunun zamana göre SYBD ölçeği fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=.581$).

Friedman analizi sonucunda girişim grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) **SYBD ölçeği beslenme alt boyut** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (X^2 Friedman: 18.405; $p<.001$) (Tablo 20). Girişim grubundaki zamana göre farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için kullanılan Wilcoxon Sign Rank Testi analizi sonucu; öntest-sontest ($p=.005$), öntest-3.ay ($p=.002$) ve öntest-6.ay ($p=.005$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 20). Girişim grubunun fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı öncesi SYBD ölçeği beslenme alt boyut puan ortalaması, sontest, 3.ay ve 6.ay ölçümlerinden anlamlı derecede düşüktür. Kontrol grubunun zamana göre SYBD ölçeği beslenme alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=.621$).

Friedman analizi sonucunda girişim grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) **SYBD ölçeği manevi gelişim alt boyut** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2 Friedman: 6.921; $p=.074$). Kontrol grubundaki bireylerin ise SYBD ölçeği manevi gelişim alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (X^2 Friedman: 8.599; $p=.035$) (Tablo 20). Kontrol grubundaki zamana göre farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için kullanılan ileri analiz yöntemi Wilcoxon Sign Rank Testi analizi sonucu; yalnızca öntest-3.ay ($p=.027$) ölçümünde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 20).

Friedman analizi sonucunda hem girişim hem de kontrol grubundaki bireylerin zamana göre (dört farklı ölçüm) **SYBD ölçeği kişilerarası ilişkiler alt boyutu** ($p=.194$) ve **stres yönetimi alt boyutu** ($p=.498$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Girişim ve kontrol grubundaki bireyler arasında gruba göre SYBD ölçeği alt boyut puan ortalamaları açısından fark olup olmadığını belirlemek amacıyla iki bağımsız grupta Man Whitney U testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda yalnızca fiziksel aktivite alt boyutunda sontest ($U=-3.641$, $p <0.01$), 3.ay ($U=-3.485$, $p <0.01$), ve 6.ay ($U=-4.085$, $p <0.01$) puan ortalamaları arasında, beslenme alt boyutunda ise 3.ay ($U=-2.618$, $p <0.01$), ve 6.ay ($U=-2.551$, $p <0.05$), puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 20). Girişim grubundaki bireylerin kontrol grubundakilere göre fiziksel aktivite alt boyut puanları sontest, 3.ay ve 6.ayda; beslenme alt boyut puanları ise 3.ay ve 6.ayda anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 20. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD) alt boyutlarının zamana ve gruba göre ölçümlerinin incelenmesi

SYBD alt boyutları	Öntest	Sontest	3.ay	6.ay	Önemlilik testleri		
	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca	X^{2a}	p	Anlamlılık fark ^c
Sağlık sorumluluğu							
Girişim	22.19±7.01 21	25.09±6.61 27	24.61±5.78 24	23.23±5.70 25	9.518	.023	öntest-sontest (p: .070) öntest-3.ay (p: .041) öntest-6.ay (p: .379) sontest-3.ay (p: .888) sontest 6.ay (p: .027) 3.ay-6.ay (p: .097)
Kontrol	24.40±4.88 25	22.20±6.02 22.5	23.60±5.54 24	23.00±5.70 23.5	3.544	.315	
U^b	-1.373	-1.242	-0.301	-0.039			
p	.170	.214	.763	.969			
Fiziksel aktivite							
Girişim	14.38±6.01 13	17.66±5.42 17	18.09±5.74 18	20.57±5.83 22	16.446	.001	öntest-sontest (p: .013) öntest-3.ay (p: .015) öntest-6.ay (p: .001) sontest-3.ay (p: .776) sontest 6.ay (p: .057) 3.ay-6.ay (p: .055)
Kontrol	11.65±3.16 11.5	12.10±4.95 11	11.75±5.62 10	12.20±5.18 11	1.961	.581	
U	-1.325	-3.641	-3.485	-4.085			
p	.185	.000	.000	.000			

Tablo 20'nin devamı

Beslenme							
Girişim	21.00±4.77 20	23.52±4.66 21	25.52±4.33 26	25.09±5.23 26	18.405	.000	öntest-sontest (p: .005) öntest-3.ay (p: .002) öntest-6.ay (p: .005) sontest-3.ay (p: .081) sontest 6.ay (p: .141) 3.ay-6.ay (p: .746)
Kontrol	21.05±3.44 20.5	21.60±3.87 21	21.70±4.19 20	20.60±3.81 20.5	1.770	.621	
U	-0.144	-1.380	-2.618	-2.551			
p	.885	.168	.009	.011			
Manevi gelişim							
Girişim	24.14±6.62 22	26.71±5.54 28	27.14±5.16 26	28.04±5.30 30	6.921	.074	
Kontrol	24.70±5.64 25	25.85±6.07 26.5	26.40±5.85 26	26.20±5.75 27	8.599	.035	öntest-sontest (p: .058) öntest-3.ay (p: .027) öntest-6.ay (p: .072) sontest-3.ay (p: .640) sontest 6.ay (p: .640) 3.ay-6.ay (p: .964)
U	-0.902	-0.052	-0.197	-1.007			
p	.367	.958	.314	.314			

Tablo 20'nin devamı...

Kişilerarası ilişkiler						
Girişim	23.61±5.47 22	25.04±5.19 25	25.04±4.66 25	26.19±4.71 27	4.717	.194
Kontrol	25.15±5.91 24	25.40±5.15 24.5	25.70±3.79 25.5	25.70±5.57 25	0.903	.825
U	-0.942	-0.013	-0.721	-0.393		
p	.346	.990	.471	.694		
Stres yönetimi						
Girişim	20.47±5.15 20	21.38±5.17 23	21.04±5.13 20	23.33±5.40 24	6.015	.111
Kontrol	20.30±4.01 20.5	20.45±4.29 20.5	21.80±4.71 20.5	21.40±4.00 20.5	2.377	.498
U	-0.118	-0.680	-0.406	-1.374		
p	.906	.496	.685	.169		

*p<0.05; a: Friedman X²; b: Bağımsız gruplarda Man Whitney U testi; c: Wilcoxon signed ranks testi

4.5. Girişim ve kontrol grubuna alınan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının incelenmesi

Tablo 21’de girişim ve kontrol grubunun SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan sonuçları yer almaktadır.

Girişim ve kontrol grubunun, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği *fiziksel işlev (fonksiyon), fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık, fiziksel özet değer ve mental özet değer alt boyutları* puan ortalamalarının zamana göre (dört farklı ölçüm) ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için tekrarlı ölçümlerde nonparametrik Friedman X^2 testi kullanılmıştır.

Girişim grubundaki bireylerin Friedman analizi sonucunda zamana göre (dört farklı ölçüm) SF 36 yaşam kalitesi ölçeği *fiziksel işlev alt boyunda* (Friedman X^2 : 12.859; $p=.005$) anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 21). Girişim grubundaki zamana göre farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için ileri bir analiz yöntemi olan Wilcoxon Sign Rank Testi kullanılmıştır. Analizde öntest-sontest ($p=.006$), öntest-3.ay ($p=.005$), öntest-6.ay ($p=.006$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<0.05$); sontest-3.ay ($p=.792$), sontest-6.ay ($p=.840$), 3.ay-6.ay ($p=.867$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 21). Girişim grubunun fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı öncesi SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel işlev alt boyut puan ortalaması, sontest, 3.ay ve 6.ay puan ortalamalarından anlamlı derecede düşüktür. Kontrol grubunda ise anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0.05$).

Girişim grubundaki bireylerin Friedman analizi sonucunda zamana göre SF 36 yaşam kalitesi ölçeği *mental özet değer alt boyutunda* anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Friedman $X^2=17.857$; $p<0.001$) (Tablo 21). Girişim grubundaki zamana göre farkın hangi ölçümden kaynaklandığını belirlemek için ileri bir analiz yöntemi olan Wilcoxon Sign Rank Testi kullanılmıştır. Analizde öntest-sontest ($p<.000$), öntest-3.ay ($p=.001$), öntest-6.ay ($p=.001$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ($p<.05$); sontest-3.ay ($p=.903$), sontest-6.ay ($p=.715$), 3.ay-6.ay ($p=.768$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>.05$) (Tablo 21). Girişim grubunun fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı öncesi SF-36 yaşam kalitesi ölçeği mental özet değer puan ortalaması, sontest, 3.ay ve 6.ay puan ortalamalarından anlamlı derecede düşüktür.

Girişim grubundaki bireylerin Friedman analizi sonucunda zamana göre (dört farklı ölçüm) **SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık ve fiziksel özet değer** alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 21).

Kontrol grubundaki bireylerin Friedman analizi sonucunda zamana göre (dört farklı ölçüm) **SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyutları (fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık, mental özet değer ve fiziksel özet değer)** ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 21).

Girişim ve kontrol grubundaki bireyler arasında gruba göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyutları (fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık, mental özet değer ve fiziksel özet değer) ortalamaları açısından fark olup olmadığını belirlemek amacıyla iki bağımsız grupta Man Whitney U testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda girişim ve kontrol grubu arasında yalnızca öntest ölçümlerde SF 36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel işlev ($U=126.500$, $p<0.05$) ve mental özet değer ($U=105.000$, $p<0.05$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark varken, diğer alt boyutların gruba göre ölçümlerinde anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 21). Girişim grubundaki bireylerin kontrol grubundakilere göre öntest ölçümlerinde fiziksel işlev ve mental özet değer alt boyut puan ortalaması anlamlı derecede daha düşüktür. .

Tablo 21. Girişim ve kontrol grubuna alınan hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçek alt boyut puanlarının incelenmesi

	Öntest	Sontest	3.ay	6.ay	Önemlilik testleri		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	X ^{2a}	p	Anlamlılık fark ^b
	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)			
Fiziksel işlev							
Girişim	63.80±25.44 65 (15-100)	77.85±18.06 85 (35-100)	79.85±15.91 75 (40-100)	80.00±15.16 80 (45-100)	12.859	.005	öntest-sontest (p: .006) öntest-3.ay (p: .005) öntest-6.ay (p: .006) sontest-3.ay (p: .792) sontest 6.ay (p: .840) 3.ay-6.ay (p: .867)
Kontrol	80.00±19.39 82.5 (30-100)	78.00±27.21 87.5 (5-100)	78.50±26.01 90 (20-100)	76.75±23.46 85 (25-100)	2.132	.545	
U ^c	126.500	177.000	181.500	204.000			
p	.029	.384	.453	.875			
Fiziksel rol							
Girişim	61.90±39.22 75 (0-100)	64.28±37.55 75 (0-100)	66.66±42.08 100 (0-100)	54.76±38.42 50 (0-100)	2.347	.504	
Kontrol	67.50±39.81 100 (0-100)	82.50±30.45 100 (0-100)	76.25±35.79 100 (0-100)	70.00±39.40 100 (0-100)	1.552	.670	
U	185.500	153.500	185.500	158.500			
p	.498	.107	.479	.160			
Ağrı							
Girişim	69.42±29.03 74 (20-100)	80.80±24.30 100 (22-100)	71.61±25.64 72 (20-100)	71.47±21.74 74 (31-100)	5.577	.134	
Kontrol	85.70±22.46 100 (41-100)	82.15±20.18 84 (31-100)	79.75±25.19 92 (31-100)	80.25±21.47 84 (41-100)	2.000	.572	
U	141.500	202.500	170.000	160.000			
p	.057	.836	.278	.290			

Tablo 21'in devamı...

Genel sağlık						
Girişim	50.52±24.88 52 (5-92)	60.61±20.26 62 (10-95)	54.76±26.59 55 (0-97)	55.80±15.32 55 (25-82)	2.552	.466
Kontrol	59.70±18.36 62 (25-95)	60.65±20.47 67 (25-92)	62.75±19.57 69.5 (27-92)	58.90±21.55 62 (25-92)	1.099	.777
U	169.500	208.000	172.000	188.000		
p	.290	.958	.320	.565		
Yaşamsallık						
Girişim	40.23±24.00 35 (10-100)	47.14±18.41 45 (0-80)	50.95±22.05 50 (25-100)	49.28±18.11 55 (20-80)	5.792	.122
Kontrol	52.00±22.20 55 (15-95)	54.25±21.84 62.5 (10-85)	54.25±24.45 57.5 (0-100)	52.75±21.11 57.5 (10-90)	1.368	.713
U	145.000	160.000	174.000	190.000		
p	.089	.191	.346	.599		
Sosyal işlev						
Girişim	63.69±27.64 62.5 (12.5-100)	76.78±25.39 75 (12.5-100)	67.85±28.93 75 (12.5-100)	71.42±22.05 75 (37.5-100)	5.168	.160
Kontrol	68.75±34.05 81.2 (12.5-100)	80.62±26.74 100 (12.5-100)	70.00±27.32 75 (12.5-100)	67.50±25.77 62.5 (12.5-100)	3.151	.369
U	187.000	182.500	199.000	194.000		
p	.539	.447	.767	.665		
Mental rol						
Girişim	55.55±43.88 66.6 (0-100)	69.84±36.36 100 (0-100)	55.55±43.88 66.6 (0-100)	50.79±44.24 33.3 (0-100)	2.917	.405
Kontrol	40.00±44.06 33.3 (0-100)	60.00±36.83 66.6 (0-100)	48.33±38.19 33.3 (0-100)	58.33±45.72 83.3 (0-100)	3.766	.288
U	169.000	174.000	189.500	190.000		
p	.258	.323	.579	.578		

Tablo 21'in devamı...

Mental sağlık						
Girişim	53.52±24.60 56 (12-100)	61.71±21.48 64 (16-100)	62.66±21.62 60 (8-100)	63.04±16.58 60 (36-100)	5.521	.137
Kontrol	65.20±25.40 72 (16-96)	64.20±26.86 72 (4-100)	68.00±22.40 72 (20-100)	65.40±19.90 68 (20-92)	0.934	.817
U	151.000	184.500	176.000	174.500		
p	.123	.505	.374	.352		
Fiziksel özet değer						
Girişim	41.06±12.36 40.7 (22.9-64.7)	39.92±7.47 38.5 (30.4-54.5)	41.65±13.70 44.1 (13.0-62.3)	41.73±10.09 42.3 (25.4-57.7)	3.457	.326
Kontrol	41.83±14.95 44.8 (13-66)	39.18±11.82 41.1 (12.1-56.4)	42.10±12.27 44.0 (15.4-63.8)	42.66±11.24 43.9 (19.4-57.4)	2.121	.548
U	193.000	197.000	206.000	193.000		
p	.657	.735	.917	.657		
Mental özet değer						
Girişim	39.60±6.22 40.7 (27.7-49.6)	47.93±7.58 49.6 (35.6-63.3)	47.74±9.18 49.4 (31.1-64.1)	46.94±7.90 48.4 (29-64.8)	17.857	.000 öntest-sontest (p: .000) öntest-3.ay (p: .001) öntest-6.ay (p: .001) sontest-3.ay (p: .903) sontest 6.ay (p: .715) 3.ay-6.ay (p: .768)
Kontrol	45.27±6.70 47.2 (26.7-57.5)	50.30±8.78 54.4 (33.2-60.4)	50.48±10.30 55.0 (25.2-62)	48.82±10.40 52.7 (25.2-62)	6.242	.100
U	105.000	152.000	157.000	162.000		
p	.006	.130	.167	.211		

*p<0.05; a: Friedman X²; b: Wilcoxon signed ranks testi, c: Man Whitney U testi

Kronik ruhsal hastalığı olan girişim grubuna uygulanan fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı sonrası hastalardan programa ilişkin alınan geri bildirimlerin özeti Tablo 22’de yer almaktadır.

Tablo 22. Girişim grubunun fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programına ilişkin program sonrası geri bildirimlerinin özeti

Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı	Hasta geri bildirimleri
Programın yaşamına olan faydaları ile ilgili görüşler	“Benim için çok yararlıydı. Şeker hastalığım vardı benim. Kontrol etmekte zorlanıyordum. Şeker hastalığımı düzeltmemde olumlu etkisi oldu. Ruhsal durumuma olumlu yansıdı yürümek. Arada yemek konusunda kaçamak yapsam da dikkat ediyorum.” “Bu programa katılmak ile beslenmem daha iyi oldu kendi açımdan. Daha dinç hissettim. Kilo vermeme yardımcı oldu.” “Çok yararlıydı. Yürüyüşün önemini anladık. Sağlıklı yaşamının sağlıklı beslenmenin önemini anladık. Sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi aldık.” “Psikolojimde düzelme oldu zayıfladıkça. Program bana kendimi iyi hissettirdi. Daha iyi hissediyorum. Hoşuma gitti. Zayıflayınca da mutlu oluyorum.” “En büyük faydası yürüyüş yapmak, daha sağlıklı beslenmek oldu. Evden çıkmamı sağladı. Daha çok sosyalleşmemi sağladı. TRSM’ye de sık gelmezdim daha çok TRSM’ye gelmemi sağladı. Oradaki etkinliklere de katılıyorum artık. Spora da katılmaya çalışıyorum. İyi oldu.” “Program öncesi evde tıklararak yaşıyordum. Yürümeyen insanlardık. Hastalıktan dolayı da çıkmak istemiyordum. Bu nedenle bazen evde yürüyüş bandı vardı orada yürüyordum. Ama dışarıda yürümenin ne kadar faydalı olduğunu öğrendim. Evde tıklamak yerine temiz havada oksijen alarak yürümenin faydasını öğrendim. Evden çıktım. Psikolojime de faydası oldu yürümemin. Hala bakıyorum kitapçıkta yazanlara orada yazıyordu yürümenin faydaları.”

Programın zorlayıcı/olumsuz yanları ile ilgili görüşler	“Bazen ayağımın rahatsızlığından yürümem zorlandı ama bu programdan değil tabi. Kendimle ilgili. Ama yine de 10 bin adım atmaya çalıştım.” “Tek sorun yokuş çıkamıyorum yürürken. O da tabi sigaradan. Sigarayı bırakmayı düşünüyorum. Ama bırakamadım azaltmaya çalışıyorum en azından. Onun dışında zorlayan bir şey olmadı.” “İlk zamanlarda programın başlarında valla yürümekte zorlandım. Sonra sonra yürüdükçe alıştırdım kendimi. Eskiden tabi tembellikte yapıyordum, yatmak daha iyi geliyordu. Ama alıştırdım yürümeye kendimi.” “Programın başlarında hedefi tutturamadık zordu benim için. Zamanla 5 bin adıma çıktım. Yürüdüğümde mutlaka takıyorum.” “Başlarda adım sayarı açıp kapamada zorlandım sonra öğrendim. Kolay yani. Zorlanmadım.”
Adım sayar kullanma ile ilgili görüşler	“Her gün 10 bin adım geçemesem de bakıyorum biraz daha yürüyeyim diye faydası oluyor. Çok çok yürümemi sağlıyor.” “Faydalıydı. Günde 30-40 dk yürüyorum. Yürümemi arttırdı.” “Adım sayarı vermenizin çok faydası oldu. Günlük 8200 adıma sabitledim kendimi onu atmaya çalışıyorum. O şekilde yürüyorum.” “adımsayar cihazı çok iyi. Sürekli kullanıyorum. Hala kullanıyorum. Telefona da yükledim. Her gün dikkat ediyorum yürümeye ne zaman dışarı çıksam dikkat ediyorum” “Valla günde kaç adım attığıma dair bilgim oluyor. Hastaneye yürüyorum takıyorum. Parkta sık sık yürüyorum. Yürüdüğümde takıyorum yani. Daha çok adım atıyorum.” “Eğitim öncesi kullanmıyordum. Yürüyüş yapıyordum ama saymıyordum. Daha bilinçli yürüyorum. Ne kadar yürüyeceğimi hesaplıyorum. Avantajlı oldu.” “Kullanmıyordum programdan önce sadece yürüyordum rastgele. Ne kadar adım attığımı öğrendim. Daha keyif aldım yürümekten. Daha kontrollü oldu. Bilerek birşeyler yapmak daha iyi.”

Eğitim oturumları ve kitapçığı ile ilgili görüşler	“Bilgiler yeterliydi. Süre yeterliydi. Katılımcı sayısı iyiydi. Daha fazla da olabilirdi yani. Daha çok kişi katılıp faydalanabilirdi” “Verilen bilgiler bence önemliydi. Daha önce ben böyle bir eğitim almamıştım. Sağlıklı bilgiler edindim. Katılımcı sayısı bence azdı hocam böyle programa daha çok kişi katılmalı. Süresi gayet iyiydi.” “Kitapçık iyi oldu. Her gün adım sayımı ona yazdım kendimi takip ettim. Çok okumadım şu aralar ama derslerde dersleri takip etmemi kolaylaştırdı.” “Hala duruyor o kitap bende. Güzeldi. Şu aralar pek okuma fırsatım olmuyor ama okuyacağım tekrar. Faydası oldu. Özellikle oradaki obez resimleri vardı onları görmüş oldum. Bir sürü şey gördüm yani.” “Faydalıydı. Birebir konuyu dinlerken hem okuduk hem baktık. Birebir yazılanları yaşar gibi olduk. Grafikleri gördük kiloyla ilgili. Kitapçıkta notlar aldığımız kısımlar vardı. Adımlarımızı yazdık. Onlar çok iyi oldu. Kendimizi gördük.”
Eğitim sonrası katılım belgesi almaya ilişkin görüşler	“İyi oldu. Başarılı olarak eğitimin bittiği için verilmesi iyi oldu, beni motive etti.” “Çok işe yaradı. Sonuçta bir şeye katıldığımızın sonucunu görmüş olduk. Güdüleyici oldu. Bir şeyler yaptığımızı hissettik.”
BKİ, bel çevresi ölçümü yapılmasına ilişkin görüşler	“İyi bir şeydi. Beni etkiledi bence. Kendime dedim kilom ölçüldü. Biraz daha vereyim de az görüneyim dedim. Yürümemin etkisi olsun dedim. Az yemeğe çalıştım.” “İyiydi. Ne kadar şiştiğimi ya da zayıfladığımı görüyordum. Kendimi anlamak bilmek açısından iyi oluyordu.” “Ölçümler ile gerçekleri gördüm. Hayal içinde yaşıyormuşuz. Hep göbek için Türk kası diyorlardı. Hayal içindeymişiz. Göbekli olmanın zararlarını öğrendik. Programın başından sonuna vücut kitle indeksimize bakılması çok faydalı oldu. Değerlerin düştüğünü görmek çok mutlu etti.”
Kısa mesaj alma ve aramalara ilişkin görüşler	“Çok iyiydi ve böyle bir mesaj almak gerekliydi. Mutlu ediyordu okuduğumda ve motive ediyordu. Daha sık atılabilir ama tabi sizin de işiniz oluyordur kendinize göre. Ama çok faydalıydı.”

“İyi oldu. Mesajları alıp uydukça zayıflamaya başladığımı hissettim. Önemsenmek beni mutlu etti. Mesajlardaki gibi şekersiz çay içiyorum, ekmeği az yiyorum yersem de kepekli yiyorum. Bunun gibi.”

“Mesajlar sayesinde de süt ürünlerine yöneldim. Eskiden hiç tüketmezdim tüketmeye başladım. Yoğurt gibi yiyecekleri daha çok tüketmeye başladım. Mesajlardakilerden yağları tatlıları biraz kısmanız lazım ona dikkat etmeye çalışıyorum.”

“Valla mesajlar daha motive ediciydi. Mesajlar geldikçe ona göre yemiyordum. Yürüyüş yapmamı etkiliyordu. Çıkın yürüyün diyordunuz bende çıkıp yürüyordum. Her hafta atılması çok iyiydi.”

“Onlar da çok keyifliydi. Ne yiyeceğiz ne yemeyeceğiz bildiriyordunuz. Kısa notlar şeklinde olduğu için daha ilgi çekiciydi bence. Beslenme ve yürümeme ilgili daha iyi bizi yönlendiriyordu.”

“Mesajlar idealdi hatta bence çok daha sık olsun. Çünkü insanlar diyet yapıyorlar. Her hafta diyetten yeniden başlıyorlar hafta bitmeden diyeti bırakıyorlar. Diyeti devam ettirmek için böyle mesajlar çok yararlı olur.”

5.2.AŞAMA-TARTIŞMA

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık durumunu geliştirmeye yönelik eğitim programının kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığına (kilo, BKİ, bel çevresi), adım sayısına, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada tartışma bölümü aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

- Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının kilo, beden kitle indeksi (BKİ), bel çevresi sonuçlarına etkisi
- Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının adım sayısına etkisi
- Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi
- Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının yaşam kalitesi üzerine etkisi
- Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre verilen eğitim programının etkisinin incelenmesi

5.1. Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının kilo, BKİ, bel çevresi sonuçlarına etkisi

Bu araştırmanın sonucunda hem girişim hem de kontrol grubundaki bireylerin zamana göre **kilo ve BKİ** değerlerinde bir azalma olduğu fakat bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur. Bu sonuç “Hipotez 1: Programa katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beden kitle indeksi ile kontrol grubundaki bireylerin beden kitle indeksleri arasında eğitim sonrası, 3. ve 6. ayda fark vardır.” hipotezini doğrulamamaktadır. Fakat çalışmanın sonucunda girişim grubundaki bireylerin zamana göre **bel çevresinde** istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu, kontrol grubundaki bireylerin bel çevresinde anlamlı bir değişim olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç ise, “Hipotez 2: Programa katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bel çevresi ile kontrol grubundaki bireylerin bel çevresi arasında eğitim sonrası, 3. ve 6. ayda fark vardır.” hipotezini doğrulamaktadır.

Fiziksel aktiviteyi arttırma ve sağlıklı beslenmeye odaklanan fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programına katılan kronik ruhsal hastalığı olan ve kilolu bireyler rutin bakım alanlara göre uzun dönemde kilo kaybı ve bel çevrelerinde azalma sağlayabilir. Bu çalışmanın sonuçları literatürde benzer program uygulayan araştırma sonuçları ile uyumluluk göstermekle birlikte kronik ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan benzer fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programları sonrası kilo, BKİ ve bel çevresi oranlarındaki değişim çeşitlilik göstermektedir.

Birkaç çalışmada orta derecede kilo kaybı bildirilirken (Bruins ve ark., 2014; Fernández-San-Martín ve ark., 2014; Wu, Wang, Huang, & Lee, 2007), bazı çalışmalar kontrol grubuna göre ya çok az kiloda azalma olduğunu (Verhaeghe ve ark., 2011) ya da kiloda hiç azalma olmadığını (Van Citters ve ark., 2010; Dodd, Duffy, Stewart, Impey, & Taylor, 2011) bildirmektedir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde yaşam biçimi girişimlerinin etkisini incelemek için yapılan bir sistematik derlemede fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmeyi içeren psikoeğitim ve davranışsal girişimlerin kilo ve BKİ’de düşük düzeyde de olsa azalma sağlayabileceğini belirtmektedir (Verhaeghe ve ark., 2011). Van Citter ve arkadaşları (2010), Amerika’da şizofreni, bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalığa sahip olan 76 bireye sağlığı geliştirmek için SHAPE (Self-Health Action Plan for Empowerment) adında bir program uyguladıkları pilot çalışma yapmışlardır. Bu programda bireyselleştirilmiş ve topluma entegre içeren sağlıklı beslenme ve egzersiz ile ilgili haftalık grup ve bireysel eğitimler uygulanmış ve hastaların sağlık göstergeleri (kilo, bel çevresi, BKİ) programdan önce, 3.ay, 6.ay ve 9.ay da ölçülmüştür. Çalışmanın sonucunda ortaya çıkan sonuçlar; öntestte 101.7 ± 19.6 olan bel çevresi, 9.ay ölçümde 100.5 ± 19.9 ’a düşmüştür. Bel çevresi değerlerinde anlamlı bir azalma olduğu, kilo ve BKİ’de anlamlı bir değişim olmadığı bulunmuştur (Van Citters ve ark., 2010). Dodd ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da kronik şizofreni hastalarının 10 haftalık yürüme ve egzersiz programı sonrasında kilo ve BKİ değerlerinde azalma saptanmıştır (Dodd, Duffy, Stewart, Impey, & Taylor, 2011). Literatürde Wu ve arkadaşları (2007), Tayvan’da klopabin ile tedavi edilen obezite ve şizofreni tanılı 53 (28 deney, 25 kontrol grubu) bireye uyguladıkları yürüyüşü içeren fiziksel aktivite ve beslenme girişiminin etkisini değerlendirmek amacıyla çalışma yapmışlardır. Girişim sonrası 3. ve 6.ay ölçümleri yapılmıştır. Girişim grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında kilo, bel çevresi, BKİ ve kalça çevresi değerlerinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır (Wu, Wang, Huang, & Lee, 2007). Verhaeghe ve arkadaşları (2011), yaşam biçimi girişimlerinin kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel aktivite ve yeme alışkanlıklarına etkisini incelemek amacıyla sistematik derleme yapmışlardır. Derlemenin sonucunda yaşam biçimi girişimlerinin kilo kaybı ve BKİ’de azalmaya sebep olduğu belirlenmiştir (Verhaeghe ve ark., 2011). Benzer bir sistematik derlemede de yaşam biçimi girişimlerinin kilo kaybetme ve metabolik sendrom risk faktörlerini azaltmada etkili olduğu (Cabassa, Ezell, & Lewis-Fernández, 2010) ve meta analiz çalışmalarında da girişim grubundaki bireylerin antropometrik ölçümlerinde (bel çevresi, kilo, BKİ azaltmada vb) etkili olduğu saptanmıştır (Bruins ve ark., 2014; Fernández-San-Martín ve ark., 2014). Tayland’da şizofrenili hastalara (32 deney ve 32 kontrol) grup eğitimleri, pedometre kullanımı ve

motivasyonel görüşmeyi içeren 12 haftalık bir programı uygulanmış, çalışmanın sonucunda girişim grubu kontrol grubuna göre daha fazla kilo kaybetmiştir (Methapatara & Srisurapanont, 2011). Teasdale ve arkadaşları (2017), kronik ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik beslenme ile ilgili girişimsel çalışmaların sonuçlarını değerlendirmek amacıyla bir sistematik inceleme ve meta analiz çalışması yapmışlardır. Araştırmanın sonucunda beslenmeye yönelik girişimlerinin kilo, BKİ ve bel çevresinin azalmasında önemli derecede etkili olduğu saptanmıştır (Teasdale, Ward, Rosenbaum, Samaras, & Stubbs, 2017). Bu sonuçların aksine bazı çalışmalar yapılan girişimlerin BKİ, bel çevresi, kilo üzerinde çok azalmaya neden olduğu ya da hiç etkisinin olmadığını göstermektedir. Rosenbaum ve arkadaşları (2014) tarafından ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel aktivite girişimlerini değerlendiren bir sistematik derleme ve metaanaliz araştırmasının sonucunda, girişimlerin antropometrik ölçümlerde (bel çevresi, BKİ, kilo, vücut yağ oranı gibi) küçük fakat geliştirici etkisi olduğunu bulmuşlardır (Rosenbaum ve ark., 2014). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde yürüyüş programlarını içeren egzersiz girişimlerinin etkisini inceleyen başka bir sistematik derleme ve meta analiz çalışması sonucunda egzersiz girişimlerinin BKİ’de ve kilo azalmasında önemli bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bunun nedeni olarak egzersiz girişimlerindeki farklılıklar ve örneklemdeki değişkenlerden kaynaklandığı belirtilmiştir (Pearsall, Smith, Pelosi, & Geddes, 2014). Masa-Font ve arkadaşları (2015) Barselona’da kronik ruhsal hastalığı olan bireylere verilen beslenme ve fiziksel aktivite grup eğitimlerinin ve günlük adım sayının arttırılmasının BKİ, bel çevresine, metabolizma hızına etkisini değerlendirmek için yaptıkları çalışmanın sonucunda girişim grubundaki bireylerin BKİ ve bel çevresinde bir değişim olmadığı saptanmıştır (Masa-Font ve ark., 2015). Benzer bir şekilde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde on haftalık egzersiz girişiminin etkisinin incelendiği başka bir pilot çalışmada ise girişimlerin BKİ, bel çevresi gibi sonuçlar üzerinde bir etkisi olmadığı fakat kardiyometabolik risk azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir (Korman ve ark., 2018). Literatürde kronik ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmeyi içeren programlar sonrası kilo, bel çevresi ve BKİ değişimlerindeki çeşitliliğin birçok faktörden kaynaklandığı görülmektedir. Özellikle beslenme ve egzersiz bileşimini birlikte içeren sağlığı geliştirme programları multimodel girişimler şeklinde uygulandığında ve hastalar uzun süre takip edildiğinde antropometrik ölçümlerde daha fazla etki gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmada 6 aylık izlem sonrasında kronik ruhsal hastalığı olan girişim grubundaki bireylerin kilo ve BKİ değerlerinde anlamlı bir değişim yokken bel çevresinde anlamlı azalma olması literatürdeki birçok veri ile örtüşmektedir. Literatürde bel çevresi ölçümünün

kardiyometabolik değerlendirmede BKİ ölçümünden daha yararlı ve daha gerçekçi bir hedef olduğu vurgulanmıştır (Firth ve ark., 2015). Bu doğrultuda bu çalışmada bel çevresinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olması önemli bir sonuç olmasına rağmen kilo ve BKİ'deki değişimin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmamasında birkaç nedenin etkili olduğunu düşündürmektedir. Bunun bir nedeni 6 aylık sürenin BKİ'de azalma olması için yeterli uzunlukta olmamasıdır. Çalışmadaki bu sonuçlar, müdahalenin başlamasından hemen sonraki 3.ve 6.aya aittir. Bu sonuçların, fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programına katılan girişim grubundaki bireylerin programdan edindikleri bilgileri yaşamlarına entegre edip etmediklerine ve yaşam tarzı değişikliklerini uygulayıp uygulamadıklarına bağlı olarak uzun vadede değişebilir. Bununla ilgili Daumit ve arkadaşlarının (2013) kronik ruhsal hastalığı olan bireyler ile yaptığı çalışmada girişim grubundaki hastalarda kilodaki net azalma 6 ayda -1.5 kg iken, 18 ayın sonunda -3.2 kg, BKİ değerindeki azalma ise 18. ayda daha fazladır (Daumit ve ark., 2013) ve bu sonuç girişimlerin uzun dönemde BKİ üzerindeki etkisinin daha iyi olacağına yönelik görüşü destekler niteliktedir. Bu çalışmada bel çevresinde azalmaya rağmen BKİ de ve kilodaki minimum değişiklikler olması kas kütlesinde artışa bağlı olabilir.

5.2. Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının fiziksel aktiviteleri (adım sayıları) üzerine etkisi

Bu çalışmada girişim grubundaki bireylerin fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı sonrası adım sayısında bir artış vardır fakat anlamlı düzeyde değildir. Bu sonuç “Hipotez 3: Programa katılan ruhsal hastalığı olan bireylerin günlük adım sayısı eğitim öncesi, eğitim sonrası, 3. ve 6. ayda fark vardır.” hipotezini doğrulamasa bile hastaların adım sayısındaki artışın klinik olarak önemli olduğunu düşündürmektedir. Kesitsel bir çalışmada günlük adım sayısının düşük olması, kilo artışı, hipertansiyon riski ve KVVH riskinde artma ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Lee ve ark., 2013). Bir sistematik derlemede ise adımsayar kullanımının fiziksel aktivitedeki belirgin artışlarla ve BKİ ve kan basıncındaki belirgin düşüşlerle ilişkili olduğunu göstermektedir (Bravata ve ark., 2007). Gelişen teknolojinin bir ürünü olan adım sayar gibi giyilebilir, ucuz ve kullanımı kolay olan cihazlar bireylerin günlük hayatlarında hareket etmelerini sağlayabilmekte ve yürümelerini alışkanlık haline getirmelerine yardımcı olmaktadır (Bravata ve ark., 2007; Naslund ve ark., 2016; Tudor-Locke ve ark., 2005). Yürüyüş yapmak ve adım sayılarını hesaplamak, hiç egzersiz yapmayan kişiler arasında bile daha az sağlık problemi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Lee ve ark., 2013).

Bir meta analizde adımsayar odaklı yürüyüş programlarının, orta düzeyde kilo kaybına neden olduğunu, uzun süreli programların, kısa süreli programlara göre daha fazla kilo kaybına

neden olabildiği vurgulanmıştır (Richardson, Newton, Abraham, Sen, & Swartz, 2008). Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler ile yapılan bir çalışmada 6 aylık program süresi boyunca günlük ortalama adım sayısının artmasının kilo kaybını sağladığı belirlenmiştir (Naslund ve ark., 2016). Bununla birlikte, genel popülasyondaki çalışmaların incelendiği bir derlemede, adımsayar gibi teknolojinin diğer kanıta dayalı uygulamalarla (eğitim, danışmanlık, davranışçı yaklaşımlar gibi) birleştirildiğinde kilo verme çabalarını desteklemede en etkili olduğunu göstermiştir (Levine, Savarimuthu, Squires, Nicholson, & Jay, 2015). Bu sonuç kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde adımsayar ile birlikte fiziksel aktivite ve beslenme eğitimlerini içere grup eğitimleri ve motivasyonel görüşmenin kullanıldığı ve fiziksel aktivitede artış ve kilo kaybı ile sonuçlanan Methapatara ve Srisurapanont'un (2011) araştırması ile desteklenmektedir. Bu çalışmada fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programına adımsayar cihazının entegre edilmesi ile birlikte hastalara grup eğitimi verilmiş olması ve eğitim sonrasında kısa mesajlar ile beslenme ve fiziksel aktivite konusunda hastaların motive edilmesi hastaların daha fazla yürüyüş yapmasını ve beslenmesine dikkat etmesini sağladığı ve bel çevresinde azalmaya katkı sağladığı düşünülmektedir. Bu nedenle, kronik ruhsal hastalığı olan bireylere, her gün daha fazla adım atmaları ve yaşam tarzı girişimlerinde günlük ortalama adım sayısını arttırmaya yönelik önerisinin daha fazla kilo kaybına neden olabileceği anlaşılmaktadır. Program sonrası hastalardan gelen geri bildirimlerde adımsayar ile kendi aktivitelerini izleme, hedef belirleme ve buna uymaya çalıştıklarını belirtmeleri bu düşünceye arka çıkmaktadır. Literatürde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde adımsayar kullanımına ilişkin çalışmalar oldukça sınırlıdır (Methapatara & Srisurapanont, 2011; Naslund ve ark., 2016). Warren ve arkadaşları (2011) şizofreni hastalarına 10 haftalık yürüyüş programı uygulamışlardır ve ilk hafta ortalama 2423.25 olan adım sayısının 10.haftada ortalama 3868.58'e çıktığını, zamanla adım sayılarının arttığını saptamışlardır (Warren ve ark., 2011). Bu çalışmada altıncı ayın sonunda hastalardaki adım sayının daha yüksek olmasını beklemekteydik. Araştırmaya katılan kronik ruhsal hastalığı olan girişim grubundaki bireylerin adım sayısında istatistiksel olarak anlamlı artışı sağlayamamanın olası bir açıklaması, yürüyüş yapmak için kontrol edilemeyen değişkenlerin olmasıdır. Hastalardan program sonrası alınan geri bildirimlerde göz önüne alındığında örneğin mevsimsel özellikler gibi ölçümlerin kış aylarında yapılması nedeniyle havaların soğuk ve yağışlı olması etkili olmuş olabilir. Bu sonuçlar altı aylık kısa bir dönemi kapsamaktadır fakat buna rağmen bu sonuçlar TRSM gibi merkezlerde verilen sağlıklı yaşam biçimi girişimlerini desteklemek için adımsayar gibi cihazların kullanmanın ve kısa hatırlatıcı mesajlar atmanın hastaları yürümeye motive etmede önemli olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi

Uluslararası literatürde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde yüksek doymuş yađ, yüksek şeker ve dūřuk lif, meyve ve sebze ve balık alımı ağısından çok sağlıklı olmayan bir beslenme alışkanlığının genel popölasyona oranla yüksek olduğu ve yetersiz fiziksel aktivite yaptıkları belirtilmektedir (Dipasquale ve ark., 2013; Jakobsen ve ark., 2018; Ratliff ve ark., 2012). Ülkemizde ise SYBD ölçeği kullanılarak yapılan tanımlayıcı bir çalışmanın sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireyler sağlıklı yaşam biğimi davranışlarından en yüksek puanı manevi gelişim (23.31 ± 5.11) alanında alırken en dūřuk puanı sırasıyla fiziksel aktivite (13.52 ± 4.00) ve stres yönetiminde (17.46 ± 3.92) alanından aldıkları saptanmıştır (Erginer & Günüřen, 2018). Yapılan çalışmaların sonuçları kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde KVV ve mortalite riskini azaltmak için yaşam tarzı değişikliklerini sağlamaya odaklanılması gerektiği vurgulanmaktadır (De Hert ve ark., 2011; Dipasquale ve ark., 2013; Erginer & Günüřen, 2018; Jakobsen ve ark., 2018; Ratliff ve ark., 2012). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel sağlığı koruma ve geliştirmeyi amaçlayan bu çalışmada hastaların sağlıklı beslenme alışkanlığını ve yürüyüş boyutunda fiziksel aktivite düzeylerini arttırması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda bu çalışmanın sonucunda girişim grubundaki bireylerin zamana göre SYBD ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı, kontrol grubundaki bireylerin ise SYBD ölçeği toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmanın bir diğer sonucu öntestte kontrol ve girişim grubundaki bireylerin SYBD ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir fark yok iken 6.ay da girişim grubunun SYBD toplam puanı kontrol grubuna göre daha çok artış olduğudur. Bu sonuç, “Hipotez 4: Programa katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biğimi davranışları puan ortalaması ile kontrol grubundaki bireylerin sağlıklı yaşam biğimi davranışları puan ortalaması arasında eğitim sonrası, 3. ve 6. ayda fark vardır.” hipotezini doğrulamaktadır. Bu çalışmanın sonucunda girişim grubundaki kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin SYBD ölçeğinin *sağlık sorumluluğu*, *fiziksel aktivite* ve *beslenme* alt boyut puanlarında zamana göre istatistiksel olarak anlamlı derecede artma olduğu diğer alt boyutlardaki değişimin anlamlı olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise yalnızca manevi gelişim alt boyutunda anlamlı bir artma olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın bir diğer sonucu girişim grubundaki bireylerin 3. ve 6. Ay ölçümlerinde önteste göre öđün atlama ve asitli içecekler tüketme oranlarında anlamlı bir azalma olduğu, kontrol grubunda bir değişim olmadığı saptanmıştır.

Literatürde psikiyatri hastalarında sağlıklı yaşam biçimi ölçeği ile girişimlerin sonuçlarının değerlendirildiği başka bir çalışmaya ulaşılamamış olup hastaların beslenme ve fiziksel aktivitelerindeki değişim farklı ölçüm araçları ile değerlendirilmiştir. Fiziksel aktiviteyi ve sağlıklı beslenmeyi arttırmaya yönelik yapılan girişimsel çalışmaların sonucunda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarında artış olduğunu gösteren sonuçlar yer almaktadır (Masa-Font ve ark., 2015; Petzold ve ark., 2018; Van Citters ve ark., 2010). Bu çalışmanın sonuçları bu bulguları desteklemektedir. Van Citter ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmanın sonucunda verilen (Yale Fiziksel Aktivite Ölçeği ve Kilo Kaybetme Davranış Değişikliği Aşamaları Ölçeği) yürüyüş gibi fiziksel aktivite düzeyinde artış olduğu, girişim sonrası yeme miktarını sınırlama, yağ alımını azaltma, sebze ve meyve tüketimini artırma gibi sağlıklı beslenme alışkanlığında olumlu yönde artma olduğu saptanmıştır (Van Citters ve ark., 2010). Masa-Font ve arkadaşlarının (2015) Barselona’da kronik ruhsal hastalığı olan bireylere verilen beslenme ve fiziksel aktivite grup eğitimlerinin ve günlük adım sayının artırılmasına yönelik uyguladıkları programın sonunda girişim grubundaki bireylerin haftalık yürümeyi içeren fiziksel aktivite yapma düzeylerinde önemli bir artış olduğu saptanmıştır (Masa-Font ve ark., 2015). Gomes ve arkadaşlarının (2014) 16 haftalık grup egzersizi uyguladıkları çalışmanın sonucunda şizofreni tanılı hastaların fiziksel aktivite düzeyinde artma olduğu belirlenmiştir (Gomes ve ark., 2014). Petzold ve arkadaşları (2018) Almanya’da kronik ruhsal hastalığı olan bireylere MoVo-Life (Luise) isimli fiziksel aktivite ve beslenmeye odaklı grup eğitimlerini içeren programı uyguladıkları çalışmanın sonucunda girişim grubunda fiziksel aktivite seviyesi artarken kontrol grubunda azaldığı saptanmıştır (Petzold ve ark., 2018). Almanya’da benzer program kullanılarak yapılan başka bir çalışmada da başlangıçta minimum düzeyde fiziksel aktivite yapan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin girişim sonrası fiziksel aktivite düzeylerinde önemli derecede artış olduğu (haftalık 5.9 dakikadan, üçüncü ölçümde 185 dakikaya artış) saptanmıştır (Göhner, Dietsche, & Fuchs, 2015). Bu sonuçlar fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite seviyesini arttırabildiğini göstermektedir. Bu program ile sağlıksız beslenme alışkanlıklarını daha sağlıklı beslenme alışkanlığı ile değiştirmeleri sağlanabilir. Bu program sonrası hastalardan gelen geri bildirimlerde bu düşünceleri destekler niteliktedir. Sağlıklı beslenmeye ve yürüyüş yapmaya yönelik atılan hatırlatıcı mesajlar ve sağlıklı beslenme eğitimleri kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin daha sağlıklı besinler seçmesine yardım edebilir ve yürüyüş yapmasını motive

edebilir. Hastaların daha iyi beslenmesi ve daha aktif bir yaşam sürmesi için bireysel bakım planı ile izlenmesi daha yararlı olabilir.

5.4. Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının yaşam kalitesi üzerine etkisi

Son yıllarda yapılan sistematik derleme ve meta analizler artmış fiziksel aktivitenin, fiziksel sağlık, psikiyatrik semptomlar ve yaşam kalitesi üzerinde yararlı etkilerinin olduğunu göstermiştir (Bize, Johnson, & Plotnikoff, 2007; Dauwan, Begemann, Heringa, & Sommer, 2016; Perez-Cruzado, Cuesta-Vargas, Vera-Garcia, & Mayoral-Cleries, 2018; Rosenbaum ve ark., 2014). Bu çalışmanın sonucunda fiziksel aktiviteyi içeren fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programına katılan girişim grubundaki bireylerin yaşam kalitesi fiziksel işlev ve mental özet değer puanlarında anlamlı artış olduğu göze çarpmaktadır. Kontrol grubundaki bireylerin yaşam kalitesi puanlarında ise anlamlı bir değişim olmamıştır. Bu sonuçlar “Hipotez 6: Programa katılan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi alt boyut puan ortalaması ile kontrol grubundaki bireylerin yaşam kalitesi alt boyut puan ortalaması arasında eğitim sonrası, 3. ve 6. ayda fark vardır.” hipotezini bazı alt boyutlar açısından doğrulamaktadır. Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar literatürde yapılan araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Acıl ve ark., 2008; Gomes ve ark., 2014; Loh, Abdullah, Abu Bakar, Thambu, & Nik Jaafar, 2016; Masa-Font ve ark., 2015; Vancampfort, Guelinckx, ve ark., 2015).

Düşük seviyede fiziksel aktivite yapan hastalarda dahil olmak üzere fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasında olumlu ilişki bulunmaktadır (Acıl, Dogan, & Dogan, 2008; Deenik ve ark., 2017). Üç farklı randomize kontrollü çalışmanın incelendiği sistematik bir incelemede, fiziksel aktivitenin şizofreni gibi hastalığı olan bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlığını arttırabildiği belirlenmiştir (Gorczynski & Faulkner, 2011). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde yaşam biçimi girişimlerinin etkisini incelemek için yapılan bir sistematik derlemede ise için fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmeyi içeren psikoeğitim ve davranışsal girişimlerin yaşam kalitesinde az da olsa gelişme sağlayabileceğini belirtilmektedir (Verhaeghe ve ark., 2011). Rosenbaum ve arkadaşlarının (2014) ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel aktivite girişimlerini değerlendirdikleri sistematik derleme ve metaanaliz çalışması sonucunda, fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi üzerindeki orta düzeyde bir etkisi olduğu, depresif semptomlar üzerinde büyük etkisi olduğunu bulmuşlardır (Rosenbaum ve ark., 2014). Vancampfort ve arkadaşları (2015) Belçika’da şizofrenili ve şizoaffektif bozukluğu olan bireylerde fiziksel aktivitenin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesiyle ilişkisine bakmak amacıyla kesitsel bir çalışma yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda SF-36 yaşam kalitesi ölçeği *fiziksel özet değer* $66.6 \pm$

18.50, *mental özet değer* 54.9 ± 18.50 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada fiziksel aktivite seviyesinin fiziksel işlev (fonksiyon) ile önemli derecede ilişkili olduğu saptanmıştır (Vancampfort ve ark., 2015). Deenik ve arkadaşları (2017) kronik ruhsal hastalığı olan 184 bireylerle fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Hollanda’da kesitsel bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu, fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşam kalitesi için önemli bir belirleyici olduğu bulunmuştur (Deenik ve ark., 2017). Van Citter ve ark. (2010), Amerika’da şizofreni, bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalığa sahip olan 76 bireye uyguladıkları sağlıklı beslenme ve egzersiz ile ilgili sağlığı geliştirme programı sonrası psikososyal semptomları değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda ortaya çıkan sonuçlar; yaşam kalitesi *mental özet değerde* zamanla istatistiksel olarak anlamlı derecede artma (*mental sağlık işlevi-mental özet değer* 32.2 ± 12.0 ’den 36.4 ± 13.4 ’e yükselmiştir) saptanmıştır. *Fiziksel özet değerde* anlamlı bir değişim olmamıştır (Van Citters ve ark., 2010). Mental özet değerinin yüksek olması “psikolojik sıkıntının olmayışı ve duygusal problemler nedeniyle olağan sosyal/rol faaliyetlerinde sınırlama olmaması ve sağlığı “mükemmel” olarak değerlendirme” olarak yorumlanmaktadır. Fiziksel özet değer ise “sağlığında fiziksel sınırlamalar, engeller veya azalmaların olmaması, sağlığı “mükemmel” olarak değerlendirme olarak yorumlanmaktadır (Ware ve Gandek, 1998). Loh ve arkadaşları (2016) Malezya’da 104 şizofreni hastasına (girişim 52, kontrol 52) üç aylık yürüyüş programı uygulamış ve programa katılan hastaların yaşam kalitesi, psikososyal semptom ve fonksiyonlarındaki (pozitif ve negatif semptomda) değişimi incelemişlerdir. Girişim grubunda kontrol grubuna göre üç ay sonra SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel işlev, fiziksel rol, sosyal işlev ve fiziksel özet değer puanlarında anlamlı artış olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun yaşam kalitesi alt boyutlarından yalnızca mental sağlık değerinde anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır (Loh ve ark., 2016).

Literatürde her ne kadar fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmenin yaşam kalitesini olumlu boyutta etkilediği belirtilse de yaşam kalitesini etkileyen farklı değişkenlerden dolayı araştırma sonuçları farklılık göstermektedir. Yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin hastalığının ciddiyetine (yüksek depresif semptom ve anksiyete gibi) bağlı olabileceği, fiziksel aktivitenin, daha iyi işlev gören hastalarda yaşam kalitesi için daha önemli olabileceği belirtilmiştir (Bonsaksen & Lerdal, 2012). Masa-Font ve arkadaşları (2015) Barselona’da kronik ruhsal hastalığı olan bireylere verilen beslenme ve fiziksel aktivite grup eğitimlerinin ve günlük adım sayının artırılmasının yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek için yaptıkları benzer bir çalışma

yapmışlardır. Araştırmalarının sonucunda üçüncü ayın sonunda girişim grubundaki bireylerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel işlev ve fiziksel özet değerde gelişme olduğu saptanmıştır. Aynı çalışma da kontrol grubunda yalnızca SF-36 ruhsal parametrelerde (sosyal işlev, mental özet değer) gelişme olduğu saptanmıştır (Masa-Font ve ark., 2015). Petzold ve arkadaşlarının (2018) yaptığı benzer çalışmada ise hem girişim grubunda hem de kontrol grubundaki bireylerde üç farklı ölçümde yaşam kalitesi *fiziksel özet değer ve mental özet değerde* bir artış vardır fakat bu artma anlamlı bulunmamıştır (Petzold ve ark., 2018). Sonuç olarak kronik ruhsal hastalığı olan bireyler ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları yaşamaktadırlar. Bu bireyler ile yapılan fiziksel aktiviteyi arttırma ve sağlıklı beslenme girişimleri fiziksel ve ruhsal sağlığı geliştirmede buna bağlı yaşam kalitesini arttırmada önemli yer tutmaktadır.

5.5. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre verilen eğitim programının etkisinin incelenmesi

Pender, Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)'nde, ortaya çıkarılmak istenen hedef sağlık davranışını etkileyen arka plandaki faktörlerden bahsetmekte ve hemşirelik girişimlerinin bu faktörlere etki ederek bireyin sağlıklı bir yaşam tarzı kazandırmak için davranışlarını değiştirmesine yardımcı olabileceği vurgulanmaktadır (Pender, 2011). Bu çalışmada kullanılan kavramlar ve değişkenler, Pender'in SGM'nin kavramları ve değişkenleri ile ilişkilendirilmiştir. Bireylerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapma ile ilgili sağlıklı yaşam davranışını kazanmalarını davranışa ilişkin algıladıkları yararlar, engeller, özetkililiği, duyguları, kişiler arası etkiler ve durumsal etkiler etkilemektedir. Kişi sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapmanın kendisi için yararlı olduğunu düşünürse, yapabileceğini inanır ve oluşabilecek engellerin üstesinden gelebilirse sağlık davranışını kazanabilmesi kolaylaşacaktır. Bu çalışmanın birinci aşamasında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapmaya yönelik önceki ilişkili davranışlar, algılanan engelleri ve yararları konusunda bilgi sahibi olunmuştur. Programın içeriğinde engeller, yararlar, aktiviteyle ilgili duygular gibi Pender'in SGM'nde yer alan boyutlar göz önünde bulundurularak eğitim programı oluşturulmuştur. Bu çalışmanın ikinci aşamasında bu bilgiler ışığında hazırlanan eğitim programı uygulanarak kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışları kazandırılmaya çalışılmıştır. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite düzeyinin ne ölçüde arttırıldığı hastaların fiziksel sağlık ölçümleri (bel çevresi, kilo, BKİ), SYBD ölçeği alt boyutları, yaşam kalitesi ölçeği, adım sayıları ve bilgi formunda beslenme ve aktivite ile ilgili yer alan sorular ile ölçülmüştür.

Çalışmanın sonucunda sağlık beslenme ve fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik kronik ruhsal hastalığı olan bireylere verilen eğitim programının hastaların bel çevresinde azalma, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme ve fiziksel aktivitede artmayı sağladığı bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bir artış olmasa bile bireylerin yürüyüş boyutunda adım sayılarında artış olduğu saptanmıştır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmeye yönelik inançları değiştirildiğinde, hastalar bu konuda motive edildiğinde sağlıklı beslenmeye çalışmaları ve fiziksel aktiviteyi arttırmaları Pender'in hemşirelik girişimleri ile sağlık davranışını etkileyen inançların değiştirilebileceği ve bireylerin sağlık davranışını kazanabileceği görüşünü desteklemektedir. Bu anlamda Pender'in SGM'linin sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik araştırmalar için iyi bir kavramsal çerçeve sunduğu düşünülmektedir.



6.2.AŞAMA-SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde, çalışma sonuçları değerlendirilmiş ve özet olarak sunulmuştur. Araştırma sonuçlarına yönelik uygulamaya ve araştırmaya yönelik öneriler sunulmuştur.

6.1.Sonuçlar

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık durumunu geliştirmeye yönelik sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi içeren eğitim programının kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığına (kilo, BKİ, bel çevresi), adım sayısına, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda;

Araştırmaya katılan girişim grubundaki bireylerin yaş ortalaması 39.38 ± 11.43 , kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması 36.85 ± 9.47 olarak bulunmuştur. Girişim öncesi (öntest) girişim ve kontrol grubundaki bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kiminle yaşadığı ve gelir durumu gibi sosyodemografik değişkenler açısından bir fark olmadığı bulunmuştur.

Girişim öncesi (öntest) girişim ve kontrol grubundaki bireylerin psikiyatrik tanı, psikotrop ilaç kullanımı, hastalık başlama yaşı ve süresi gibi psikiyatrik hastalık ile ilgili değişkenler açısından bir fark olmadığı bulunmuştur.

Girişim öncesi (öntest) girişim ve kontrol grubundaki bireylerin yaşam biçimi, fiziksel aktivite yapma durumu, öğün alışkanlıkları, günlük tüketilen besinler gibi fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili özellikler açısından bir fark olmadığı bulunmuştur.

Hem girişim hem de kontrol grubundaki bireylerin zamana göre kilo ve BKİ değerlerinde bir azalma olmuş fakat bu azalmanın anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur. Girişim grubundaki bireylerin zamana göre bel çevresinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu, kontrol grubundaki bireylerin bel çevresinde anlamlı bir değişim olmadığı belirlenmiştir.

Girişim grubundaki bireylerin zamana göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında anlamlı derecede artış olduğu, kontrol grubundaki bireylerde ise anlamlı bir değişim olmadığı bulunmuştur. Ayrıca öntestte kontrol ve girişim grubu arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark yok iken 6.ay da girişim grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları kontrol grubuna göre daha çok artış olduğu bulunmuştur.

Girişim grubundaki kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları *sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme* alt boyut puanları zamanla artarken kontrol grubunda ise yalnızca *manevi gelişim* alt boyut puanında artış olduğu belirlenmiştir.

Girişim grubundaki bireylerin yaşam kalitesi *fiziksel işlev ve mental özet değer* puanlarında anlamlı artış varken kontrol grubundaki bireylerin yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir değişim olmadığı bulunmuştur.

Girişim grubundaki bireylerin fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı sonrası adım sayısında zamana göre bir artış vardır fakat anlamlı düzeyde değildir.

Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında yürüyüş odaklı fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmeyi içeren fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık sonuçlarını, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebildiği söylenebilir. Bu program hastaların daha sağlıklı beslenmeye, yürüyüş yolu ile günlük aktivite düzeyini arttırmasına yardımcı olabilir. Bu sayede hastalarda olası fiziksel hastalık riskleri azalabilir.

6.2. Öneriler

Uygulamaya yönelik öneriler

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığını koruma ve geliştirme programlarının uygulanması için kilit noktadadır. Bu nedenle TRSM’lerde çalışan psikiyatri hemşireleri fiziksel sağlık sorunları açısından riskli hastaları belirlemeleri, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve sedanter yaşam alışkanlığı olan hastaları belirlemeleri, hastaların düzenli bel çevresi, kilo takiplerinin yapılması,

TRSM’lerde çalışan psikiyatri hemşirelerinin bu çalışmada kullanılan fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programı kapsamında hazırlanan eğitim kitapçığını kullanmaları,

Psikiyatri hemşirelerinin multidisipliner iş birliği içerisinde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapmalarını teşvik edecek girişimler planlayıp uygulamaları,

Psikiyatri hemşireleri hastaların yanı sıra hasta yakınlarını da sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite girişimlerine dahil etmeleri ve bu konuda hasta yakınlarını da bilgilendirmeleri, aynı/benzer eğitim programlarına ailelerinde dahil edilmesi,

Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler için sağlık okullarının açılması,

TRSM'ler toplu yürüyüşler gibi grup ve bireysel fiziksel aktivite aktivite girişimlerinin rutin olarak uygulamada arttırmaları önerilir.

Araştırmaya yönelik öneriler

Bu araştırmada uygulanan fiziksel sağlığı koruma ve geliştirme programının kanıt düzeyi yüksek çalışmalar ile etkinliğinin değerlendirilmesi,

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere özgü özellikle fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarındaki değişim için daha ayrıntılı bir veri toplamayı sağlayabilecek ölçüm araçlarının geliştirilmesi ve araştırmalarda kullanılması,

Fiziksel sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygulanan girişimin etkinliğinin uzun vadede sonuçlarını görebilmek için uzun vadeli ölçümlerin yapıldığı ve pekiştirici eğitim oturumlarının yapıldığı kanıt düzeyi yüksek çalışmaların yapılması,

Pender'in modelinin tüm boyutlarını içeren program hazırlanması ve bu programlar ile hastalar ve ailelerinin eğitilmesi, hastadan hastaya ya da aileden aileye programlar ile eğitimlerin arttırılması,

TRSM'lerde sağlık çalışanlarına yönelik kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlığını geliştirme için fiziksel sağlık izleme eğitimlerinin verilmesi, bu eğitimlerin simülasyon gibi programlarla web temelli yada telefon uygulamaları yapılarak izlenmesi,

İleri araştırmalarda girişimlerin etkinliğini değerlendirmek için kan glikoz düzeyi, kolesterol seviyesi gibi diğer fiziksel sağlıkla ilgili objektif sonuç ölçümlerinin değerlendirilmesi önerilir.

7.TEZİN BÜTÇESİ

Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından 2018.KB.SAG.043 sayı ile desteklenmesi kabul edilmiştir fakat BAP araştırma onayının araştırma planlamasına göre uzun sürmesi nedeniyle tezin tüm bütçesi araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

8.ARAŞTIRMA ETİĞİ

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 06.10.2016 tarih ve 2891-GOA protokol numaralı 2016/26-25 karar numarası ile etik kurul izni alınmıştır (EK 8). Araştırma isim değişikliği için 18.05.2017 tarih ve 2891-GOA protokol numaralı 2017/12-27 karar numarası etik kurul izni alınmıştır (EK 8). Araştırmanın ilk aşamasının yürütüldüğü İzmir İli Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı olarak hizmet veren Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden 03.01.2017 tarih ve 93796732/604.02 sayılı kurum izin yazısı alınmıştır (EK 9). Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet veren Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden 10.02.2016 tarih ve 79299867-703.99 sayılı kurum izin yazısı alınmıştır (EK 9). Araştırmaya katılacak olan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerden yazılı ve sözlü izin alınmıştır (EK 1,4).

9.KAYNAKLAR

- Abacı, A., Kılıçkap, M., Göksülük, H., Karaaslan, D., Barçın, C., Kayıkçıoğlu, M., ve ark. Türkiye’de metabolik sendrom sıklığı verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arsivi*, 2018; 46(7), 591–601. <https://doi.org/10.1149/1.3600350>
- Acıl, A. A., Dogan, S., & Dogan, O. The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008; 15(10), 808–815. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01317.x>
- Agency of Clinic Inovation (ACI, 2013). ACI Nutrition Standards for Consumers of Inpatient Mental Health Services in NSW. https://www.aci.health.nsw.gov.au/data/assets/pdf_file/0013/201091/ACI-Nutrition-Mental-Health-Inpatients-web-final.pdf
- Alley, S., Andersson, M., Burton, N., Vandelanotte, C., Happell, B., Short, C., & Rebar, A. Web-based intervention preferences and physical activity motivation of people with depressive symptoms, *Health Psychology Bulletin*, 2017; 1, 7–14. <https://doi.org/10.5334/hpb.3>
- Alligood, M.R. [edited by]. Nursing Theorists And Their Work. Unit IV: Nola J. Pender: Health Promotion Model (Teresa J. Sakraida). Eighth Edition. Elseiver. 2014; 396-406.
- Allison, D. B., & Casey, D. Antipsychotic-induced weight gain: A review of the literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2001; 7(7), 22–31.
- Alpözgen, A.Z, & Özdiñer, A.R. Fiziksel aktivite ve koruyucu etkileri: derleme. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2016; 3(1), 66. <https://doi:10.17681/hsp.18017>
- Bahar, Z., & Açıl, D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014; 7(1), 59–67.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II’nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 12(1), 1–13.
- Ball, M. P., Coons, V. B., & Buchanan, R. W. A program for treating olanzapine-related weight gain. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 2001; 52(7), 967–969. <https://doi:10.1176/appi.ps.52.7.967>

- Bartels, S. J., Pratt, S. I., Aschbrenner, K. A., Barre, L. K., Jue, K., Wolfe, R. S., et al. Clinically significant improved fitness and weight loss among overweight persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 2013; 64(8), 729–36. <https://doi:10.1176/appi.ps.003622012>
- Başgöl, Ş. Pelvik taban disfonksiyonunu önlemede sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: Pender'in sağlığı geliştirme modeli. *HSP*; 2016; 3(1):57-65. <http://doi:10.17681/hsp.45119>
- Baxter, A. J., Harris, M. G., Khatib, Y., Brugha, T. S., Bien, H., & Bhui, K. Reducing excess mortality due to chronic disease in people with severe mental illness: meta-review of health interventions. *The British Journal of Psychiatry*, 2016; 208(4), 322–329. <https://doi:10.1192/bjp.bp.115.163170>
- Bize, R., Johnson, J. A., & Plotnikoff, R. C. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. 2007; *Preventive Medicine*, 45(6), 401–415. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.07.017>
- Blythe, J., & White, J. Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: an integrative review of 10 years of UK literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21(3), 193–201. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00792.x>
- Bonsaksen, T. Participation in physical activity among inpatients with severe mental illness: A pilot study. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2011; 8(2), 91–99.
- Bonsaksen, T., & Lerdal, A. Relationships between physical activity, symptoms and quality of life among inpatients with severe mental illness. *British Journal of Occupational Therapy*, 2012; 75(2), 69–75. <https://doi.org/10.4276/030802212X13286281651036>
- Bradshaw, T., Lovell, K., Bee, P., & Campbell, M. The development and evaluation of a complex health education intervention for adults with a diagnosis of schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010; 17(6), 473–486. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01543.x>
- Bradshaw, T., Lovell, K., & Harris, N. Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review. *J Adv Nurs*, 2005; 49(6), 634–654. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03338.x>

- Bravata, D. M., Smith-Spangler, C., Sundaram, V., Gienger, A. L., Lin, N., Lewis, R., et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2007; 298(19), 2296–2304. <https://doi.org/10.1001/jama.298.19.2296>
- Brown, S., & Chan, K. A randomized controlled trial of a brief health promotion intervention in a population with serious mental illness. *Journal of Mental Health*, 2006; 15(5), 543–549. <https://doi.org/10.1080/09638230600902609>
- Brown, S., & Smith, E. Can a brief health promotion intervention delivered by mental health key workers improve clients' physical health: a randomized controlled trial. *Journal of Mental Health*, 2009; 18(October), 372–378. <https://doi.org/10.3109/09638230802522460>
- Bruins, J., Jörg, F., Bruggeman, R., Slooff, C., Corpeleijn, E., & Pijnenborg, M. The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 2014; 9(12), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112276>
- Brunero, S., & Lamont, S. Systematic screening for metabolic syndrome in consumers with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2009; 18 (2): 144–150.
- Can, S., Arslan, E., & Ersöz, G. Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. *Ankara Üniv Spor Bil Fak*, 2014; 12 (1), 1-10
- Cerit, C., Özten, E., & Yıldız, M. Şizofreni hastalarında metabolik sendrom sıklığı ve ilişkili etmenler. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 2008; 19(2), 124–132.
- Cabassa, L. J., Ezell, J. M., & Lewis-Fernández, R. Lifestyle interventions for adults with serious mental illness: a systematic literature review. *Psychiatric Services*, 2010; 61(8), 774–782.
- Cabassa, L. J., Siantz, E., Nicasio, A., Guarnaccia, P., & Lewis-Fernández, R. Contextual factors in the health of people with serious mental illness. *Qualitative Health Research*, 2014; 24(8), 1126–1137. <http://doi.org/10.1177/1049732314541681>
- Carless, D., & Douglas, K. Social support for and through exercise and sport in a sample of men with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 2008; 29(11), 1179–1199. <http://doi.org/10.1080/01612840802370640>

- Chen, S., Chien, Y., Kang, C., Jeng, C., & Chang, W. Comparing self-efficacy and self-care behaviours between outpatients with comorbid schizophrenia and type 2 diabetes and outpatients with only type 2 diabetes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2014; 21(5), 414–422. <http://doi.org/10.1111/jpm.12101>
- Chwastiak, L. Making evidence-based lifestyle modification programs available in community mental health centers: why so slow? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2015; 76(4), 519–20. <https://doi:10.4088/JCP.14com09503>
- Correll, C. U., Solmi, M., Veronese, N., Bortolato, B., Rosson, S., Santonastaso, P., et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*, 2017; 16(2), 163–180. <https://doi.org/10.1002/wps.20420>
- Çelik Ince, S., Partlak Günüşen, N., & Serçe Ö. The opinions of Turkish mental health nurses on physical health care for individuals with mental illness: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2018; 25(4), 245–257. <https://doi.org/10.1111/jpm.12456>
- Daumit, G. L., Dickerson, F. B., Wang, N.-Y., Dalcin, A., Jerome, G. J., Anderson, C. A. M., et al. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *New England Journal of Medicine*, 2013; 368(17), 1594–1602. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1214530>
- Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M., & Sommer, I. E. Exercise improves clinical symptoms, quality of life, global functioning, and depression in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 2016; 42(3), 588–599. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv164>
- Deenik, J., Kruisdijk, F., Tenback, D., Braakman, A., Taal, E., Hopman-Rock, M., et al. Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 2017; 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1466-0>
- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D. M., et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring

- and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 2011a; 10(2), 138–151. <https://doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00036.x>
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1723-8617 (Print)), 2011b; 52–77. <https://doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>
- Demirel, A., Demirel, O., & Ugur, M. Atipik antipsikotiklere bağlı metabolik sendrom. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 2015; 7(1), 81–97. <https://doi.org/10.5455/cap.20140527123634>
- Dietary Guidelines Advisory Committee (DGAC). Systematic Reviews of the Individual Diet and Physical Activity Behavior Change Subcommittee. Chapter 2. Eating outss; what is the relationship between eating out and/or take away meals and body weight in children and adults? 2015; 1-629
https://www.cnpp.usda.gov/sites/default/files/usda_nutrition_evidence_flibrary/2015DGA_C-SR-BehaviorChange.pdf
- Dipasquale, S., Pariante, C. M., Dazzan, P., Aguglia, E., McGuire, P., & Mondelli, V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 2013; 47(2), 197–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.10.005>
- Dodd, K. J., Duffy, S., Stewart, J. A., Impey, J., & Taylor, N. A small group aerobic exercise programme that reduces body weight is feasible in adults with severe chronic schizophrenia: A pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 2011; 33(13–14), 1222–1229. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.526162>
- Edward, K.-L., Rasmussen, B., & Munro, I. Nursing care of clients treated with atypical antipsychotics who have a risk of developing metabolic instability and/or type 2 diabetes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2010; 24(1), 46–53. <https://doi:10.1016/j.apnu.2009.04.009>
- El-Mallakh, P. Doing My Best: Poverty and self-care among individuals with schizophrenia and diabetes mellitus. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2007; 21(1), 49–60. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.10.004>
- Erginer, D. K., & Günüşen, N. P. Determination of physical health status and healthy lifestyle

- behaviors of individuals with mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2018; 54(3), 371–379. <https://doi.org/10.1111/ppc.12261>
- Ewart, S. B., Bocking, J., Happell, B., Platania-Phung, C., & Stanton, R. Mental health consumer experiences and strategies when seeking physical health care: a focus group study. *Global Qualitative Nursing Research*, 2016; 3, 1-10. <https://doi:10.1177/2333393616631679>
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 2015; 45(7), 1343–61. <https://doi:10.1017/S0033291714003110>
- Fernández-San-Martín, M. I., Martín-López, L. M., Masa-Font, R., Olona-Tabueña, N., Roman, Y., Martin-Royo, J., et al. The effectiveness of lifestyle interventions to reduce cardiovascular risk in patients with severe mental disorders: Meta-analysis of intervention studies. *Community Mental Health Journal*, 2014; 50(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9614-6>
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2016; 1–13. <https://doi:10.1017/S0033291716001732>
- Farholm, A., & Sørensen, M. Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2016; 25(3), 194–205. <http://doi.org/10.1111/inm.12214>
- Gartshore, A. Does the use of a physical health assessment tool improve the physical health of clients of a community mental health team? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009; 16, 578–580. <https://doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01936.x>
- Gray, R., & Brown, E. What does mental health nursing contribute to improving the physical health of service users with severe mental illness? A thematic analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2017; 32–40. <https://doi:10.1111/inm.12296>
- Gray, R., Hardy, S., & Anderson, K. H. Physical health and severe mental illness: if we don't do something about it, who will? *International Journal of Mental Health Nursing*, 2009;18(5), 299–300. <https://doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00640.x>

- Görgülü, R.S. Hemşireler İçin Fiziksel Muayene Yöntemleri. İstanbul Tıp Kitabevi, 1.Baskı 2014; ss:48-50
- Göhner, W., Dietsche, C., & Fuchs, R. Increasing physical activity in patients with mental illness-A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 2015; 98(11), 1385–1392. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.006>
- Gomes, E., Bastos, T., Probst, M., Ribeiro, J. C., Silva, G., & Corredeira, R. Effects of a group physical activity program on physical fitness and quality of life in individuals with schizophrenia. *Mental Health and Physical Activity*, 2014; 7(3), 155–162. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2014.07.002>
- Gorczynski, P., & Faulkner, G. Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011; 12(5), 1–43. <https://doi.org/10.1111/bjh.14594>
- Happell, B., Davies, C., & Scott, D. Health behaviour interventions to improve physical health in individuals diagnosed with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21(3), 236–247. <https://doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00816.x>
- Happell, B., Platania-Phung, C., Gray, R., Hardy, S., Lambert, T., McAllister, M., & Davies, C. A role for mental health nursing in the physical health care of consumers with severe mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011; 18(8), 706–711. <https://doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01666.x>
- Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2011; 20(5), 310–318. <https://doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00732.x>
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. Rural physical health care services for people with serious mental illness: A nursing perspective. *Australian Journal of Rural Health*, 2012; 20(5), 248–253. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2012.01303.x>
- Hardy, S., & Gray, R. Adapting the severe mental illness physical Health Improvement Profile for use in primary care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2010; 19(5), 350–5. <https://doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00686.x>

- Hardy, S., & Thomas, B. Mental and physical health comorbidity: Political imperatives and practice implications. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2012; 21(3), 289–298. <https://doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00823.x>
- Hassan, S., Ross, J., Marston, L., Osborn, D., & Walters, K. Factors prospectively associated with physical activity and dietary related outcomes in people with severe mental illness: a systematic review of longitudinal studies. *Psychiatry Research*, 2018; 273(December 2018), 181–191. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.12.115>
- Howard, L., & Gamble, C. Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2011; 18(2), 105–112. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01642.x>
- Hjorth, P., Davidsen, A. S., Kilian, R., & Skrubbeltrang, C. A systematic review of controlled interventions to reduce overweight and obesity in people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2014; 130(4), 279–289. <https://doi:10.1111/acps.12245>
- Ince, S. Ç., Günüşen, N. P., Özerdem, A., & Özışık, S. Diabetes self-care views of individuals with severe mental illness and comorbid type 2 diabetes and of those only with type 2 diabetes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2017; 31, 4, 386-393. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.011>
- Jakobsen, A. S., Speyer, H., Nørgaard, H. C. B., Karlsen, M., Hjorthøj, C., Krogh, J., et al. Dietary patterns and physical activity in people with schizophrenia and increased waist circumference. *Schizophrenia Research*, 2018; 199, 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.03.016>
- Johnstone, R., Nicol, K., Donaghy, M., & Lawrie, S. Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 2009; 18(6), 523–532. <http://doi.org/10.3109/09638230903111114>
- Kaya, M.C., Vırt, O., Altındağ, A., Selek, S., Bülbül, F., Bulut M., & Savaş, H.A. Şizofrenide metabolik sendrom sıklığı, metabolik sendromun özellikleri ve kullanılan antipsikotiklerle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2009; 46 (1): 13-18.

- Kayar Erginer, D., & Partlak Günüşen, N. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu: ihmal edilen bir alan. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2013;6(3), 159–164.
- Kilbourne, A. M., Rofey, D. L., McCarthy, J. F., Post, E. P., Welsh, D., & Blow, F. C. Nutrition and exercise behavior among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2007; 9(5), 443–452. <http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00386.x>
- Kilian, R., Becker, T., Krüger, K., Schmid, S., & Frasch, K. Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006; 114(4), 242–248. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00850.x>
- Kisely, S., Crowe, E., & Lawrence, D. Cancer-related mortality in people with mental illness. *JAMA Psychiatry*, 2013;70 (2), 209–217. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.278>
- Knight, M., Bolton, P., & Kopeski, L. Providing physical care to persons with serious mental illness: attitudes, confidence, barriers and psychological empowerment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2017; 31(5), 447–453. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.07.001>
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. Kısa Form-36 (SF-36)’nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999; 12(2), 102–106.
- Korman, N. H., Shah, S., Suetani, S., Kendall, K., Rosenbaum, S., Dark, F., et al. Evaluating the feasibility of a pilot exercise intervention implemented within a residential rehabilitation unit for people with severe mental illness: GO HEART: (group occupational health exercise and rehabilitation treatment). *Frontiers in Psychiatry*, 2018; 9(JUL), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00343>
- Kwon, J. S., Choi, J.-S., Bahk, W.-M., Yoon Kim, C., Hyung Kim, C., Chul Shin, Y., et al. Weight management program for treatment-emergent weight gain in olanzapine-treated patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A 12-week randomized controlled clinical trial. *J Clin Psychiatry*, 2006; 67(4), 547–53. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=16669719>
- Landis, J. R. & Koch, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 1977; 33(1), 159-174

- Lee, P. H., Nan, H., Yu, Y. Y., McDowell, I., Leung, G. M., & Lam, T. H. For non-exercising people, the number of steps walked is more strongly associated with health than time spent walking. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2013; 16(3), 227–230. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2012.10.005>
- Leutwyler, H. C., Wallhagen, M., & McKibbin, C. The impact of symptomatology on response to a health promoting intervention among older adults with schizophrenia. *The Diabetes Educator*, 2014a; 36(6), 945–955. <http://doi.org/10.1177/0145721710380144>
- Leutwyler, H., Hubbard, E. M., Slater, M., & Jeste, D. V. “It’s good for me”: Physical activity in older adults with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 2014b; 50(1), 75–80. <http://doi.org/10.1007/s10597-013-9613-7>
- Levine, D. M., Savarimuthu, S., Squires, A., Nicholson, J., & Jay, M. Technology-assisted weight loss interventions in primary care: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 2015; 30(1), 107–117. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2987-6>
- Loh, S. Y., Abdullah, A., Abu Bakar, A. K., Thambu, M., & Nik Jaafar, N. R. Structured walking and chronic institutionalized schizophrenia inmates: A pilot RCT study on quality of life. *Global Journal of Health Science*, 2016; 8(1), 238–248. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n1p238>
- Lök, S., & Lök, N. Kronik psikiyatri hastalarına uygulanan fiziksel egzersiz programlarının etkinliği: Sistemik derleme. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 2016; 8, 354–366. <https://doi:10.18863/pgy.253440>
- Masa-Font, R., Fernández-San-Martín, M. I., Martín López, L. M., Alba Muñoz, A. M., Oller Canet, S., Martín Royo, J., et al. The effectiveness of a program of physical activity and diet to modify cardiovascular risk factors in patients with severe mental illness after 3-month follow-up: CAPICOR randomized clinical trial. *European Psychiatry*, 2015; 30(8), 1028–1036. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.006>
- Methapatara, W., & Srisurapanont, M. Pedometer walking plus motivational interviewing program for Thai schizophrenic patients with obesity or overweight: A 12-week, randomized, controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2011; 65(4), 374–380. <https://doi:10.1111/j.1440-1819.2011.02225.x>

- Muir-Cochrane, E. Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006; 13(4), 447–452. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01002.x>
- McCreadie, R. G. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: Descriptive study. *The British Journal of Psychiatry*, 2003; 183(6), 534–539. <http://doi.org/10.1192/bjp.183.6.534>
- McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A., & Wilbur, J. Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in psychiatric rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 2006; 38(1), 50–55. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00077.x>
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Scherer, E. A., McHugo, G. J., Marsch, L. A., & Bartels, S. J. Wearable devices and mobile technologies for supporting behavioral weight loss among people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 2016; 244, 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.056>
- National Institute for Health and Care Excellence. (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management, NICE guidelines, 2014.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) Australian dietary guidelines educator guide. *Canberra: National Health and Medical Research Council*. 2013;1-61
- National Institutes of Health (NIH). Aim for a Healthy Weight: healthy eating plan and be physically active. 2017. https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/index.htm
- National Health Service in England (NHS England). Improving the physical health of people with mental health problems: Actions for mental health nurses, 2016; 1–61. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/532253/JRA_Physical_Health_revised.pdf
- Ohlsen, R. I., Peacock, G., Smith, S., Ward, M., & Jackson, A. Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005; 12(5), 614–619. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00884.x>
- Osborn, D. P. J., Nazareth, I., & King, M. B. Physical activity, dietary habits and Coronary Heart Disease risk factor knowledge amongst people with severe mental illness. *Social*

- Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2007; 42(10), 787–793.
<http://doi.org/10.1007/s00127-007-0247-3>
- Pandey S.C., & Patnaik, S. Establishing reliability and validity in qualitative inquiry: a critical examination. *Jharkhand Journal of Development and Management Studies*, 2014; 12(1); 5743-5753
- Park, T., Usher, K., & Foster, K. Description of a healthy lifestyle intervention for people with serious mental illness taking second-generation antipsychotics. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2011; 20(6), 428–437. <https://doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00747.x>
- Pearsall, R., Smith, D. ., Pelosi, A., & Geddes, J. Exercise therapy in adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 2014; 14(117), 1–17.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-117>
- Peet, M. Diet, diabetes and schizophrenia: review and hypothesis. *British Journal Of Psychiatry*, 2004; 184(47), 102–105.
- Perez-Cruzado, D., Cuesta-Vargas, A. I., Vera-Garcia, E., & Mayoral-Cleries, F. The relationship between quality of life and physical fitness in people with severe mental illness. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2018; 16(1), 2–7.
<https://doi.org/10.1186/s12955-018-0909-8>
- Petzold, M. B., Mumm, J. L. M., Bischoff, S., Große, J., Plag, J., Brand, R., & Ströhle, A. Increasing physical activity and healthy diet in outpatients with mental disorders: a randomized-controlled evaluation of two psychological interventions. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2018; 1–14. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0941-z>
- Pickett, K., Kendrick, T., & Yardley, L. “A forward movement into life”: A qualitative study of how, why and when physical activity may benefit depression. *Mental Health and Physical Activity*, 2017; 12, 100–109. <http://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.03.004>
- Pratt, S. I., Jerome, G. J., Schneider, K. L., Craft, L. L., Buman, M. P., Stoutenberg, M., et al. Increasing US health plan coverage for exercise programming in community mental health settings for people with serious mental illness: a position statement from the Society of

- Behavior Medicine and the American College of Sports Medicine. *Translational Behavioral Medicine*, 2016; 6(3), 478–481. <http://doi.org/10.1007/s13142-016-0407-7>
- Pender, N.J. Health Promotion Model Manual. 2011. <http://hdl.handle.net/2027.42/85350>
- Pender N.J., Murdaugh C., & Parsons, M.A. Health Promotion in Nursing Practice. 8th Ed. 2015; 35-53.
- Public Health England. Research and analysis: Severe mental illness (SMI) and physical health inequalities: briefing. 2018. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/severe-mental-illness-smi-physical-health-inequalities/severe-mental-illness-and-physical-health-inequalities-briefing>
- Ratliff, J. C., Palmese, L. B., Reutenauer, E. L., Liskov, E., Grilo, C. M., & Tek, C. The effect of dietary and physical activity pattern on metabolic profile in individuals with schizophrenia: A cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, 2012; 53(7), 1028–1033. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.02.003>
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G., Hutchinson, D., & Piette, J. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 2005; 56(3), 324-331. Retrieved from <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.56.3.324>
- Richardson, C. R., Newton, T. L., Abraham, J. J., Sen, A., & Swartz, A. M. A Meta-analysis of pedometer-based walking interventions and weight loss. *Ann Fam Med*, 2008; 6(1), 69–77. <https://doi.org/10.1370/afm.761>. INTRODUCTION
- Robson, D., & Gray, R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 2007; 44(3), 457–466. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.013>
- Robson, D., Haddad, M., Gray, R., & Gournay, K. Mental health nursing and physical health care: A cross-sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2013; 22(5), 409–417. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00883.x>
- Roick, C., Fritz-Wieacker, A., Matschinger, H., Heider, D., Schindler, J., Riedel-Heller, S., & Angermeyer, M. C. Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and*

Psychiatric Epidemiology, 2007; 42(4), 268–76. <http://doi.org/10.1007/s00127-007-0164-5>

Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P. B. Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2014; 75(9), 964–974. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08765>.

Sandelowski, M. Focus on research methods whatever happened to qualitative description?, 2000; 334–340.

Scott, D., & Happell, B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 2011; 32(9), 589–97. <http://doi.org/10.3109/01612840.2011.569846>

Shuel, F., White, J., Jones, M., & Gray, R. Using the serious mental illness health improvement profile [HIP] to identify physical problems in a cohort of community patients: A pragmatic case series evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 2010; 47(2), 136–145. <https://doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.06.003>

Soundy, A., Stubbs, B., Probst, M., Hemmings, L., & Vancampfort, D. Barriers to and facilitators of physical activity among persons with schizophrenia: a survey of physical therapists. *Psychiatric Services*, 2014; 3(5), 693–696. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201300276>

Songur, E., Karşoğlu, E. H., Soygür, H., Ulusoy Kaymak, S., Özalp, E., & Şahin Cankurtaran, E. Şizofreni ve şizoaffektif bozuklukta metabolik sendrom. *Klinik Psikiyatri*, 2012; 15, 80–91.

Stubbs, B., Chen, L., Chung, M., & Ku, P. Physical activity ameliorates the association between sedentary behavior and cardiometabolic risk among inpatients with schizophrenia: A comparison versus controls using accelerometry. *Comprehensive Psychiatry*, 2017; 74(1), 144–150. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.010>

Stubbs, B., Firth, J., Berry, A., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Gaughran, F., et al. How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia Research*. 2016; 176 (2-3), 431-440. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.017>

- Teasdale, S. B., Ward, P. B., Rosenbaum, S., Samaras, K., & Stubbs, B. Solving a weighty problem: Systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2017; 210(2), 110–118. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.177139>
- Tosh, G., Av, C., Xia, J., & Mm, W. General physical health advice for people with serious mental illness (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014; (3), 3–5. <https://doi:10.1002/14651858.CD008567.pub3>.
- Tudor-Locke, C., Burkett, L., Reis, J. P., Ainsworth, B. E., Macera, C. A., & Wilson, D. K. How many days of pedometer monitoring predict weekly physical activity in adults? *Preventive Medicine*, 2005; 40(3), 293–298. <https://doi:10.1016/j.ypmed.2004.06.003>
- Türk Endokrinoloji Derneği. Metabolik sendrom kılavuzu. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2009.
- Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi (TFAR). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı. Yayın no, 940, 2014; 2. Baskı, Ankara.
- Türkiye’ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi (TOBR). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, yenilenmiş 1. Baskı, Temmuz, Ankara, 2015.
- T.C. Sağlık Bakanlığı “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı” Değerlendirme Raporu (2011-2013). Ankara <https://www.psikolog.org.tr/doc/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2010). Türkiye’de obezitenin görüşme sıklığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html>
- Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., & Faulkner, G. Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 2007; 58(3), 405–408. <http://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.405>
- Vancampfort, D., Correlli, C. U., Gallin, B., Probst, M., De Hert, M., Ward, P. B., et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. *World Psychiatry*, 2016; 15(2), 166–174. <https://doi.org/10.1002/wps.20309>

- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., et al. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 2017; 16(3), 308–315. <https://doi.org/10.1002/wps.20458>
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Mitchell, A. J., De Hert, M., Wampers, M., Ward, P. B., et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 2015; 14(1), 1–12. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.26.104.10051>
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Ward, P. B., Teasdale, S., & Rosenbaum, S. Integrating physical activity as medicine in the care of people with severe mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2015; 49(8), 681–682. <https://doi.org/10.1177/0004867415590831>
- Vancampfort, D., Guelinckx, H., Probst, M., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & De Hert, M. Health-related quality of life and aerobic fitness in people with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2015; 24(5), 394–402. <https://doi.org/10.1111/inm.12145>
- Van Citters, A. D., Pratt, S. I., Jue, K., Williams, G., Miller, P. T., Xie, H., & Bartels, S. J. A pilot evaluation of the in SHAPE individualized health promotion intervention for adults with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 2010; 46(6), 540–552. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9272-x>
- Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C., & Annemans, L. Effectiveness and cost-effectiveness of lifestyle interventions in persons with severe mental disorders. A systematic review. *Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2011; 8(28), 1–12. [https://doi.org/10.1016/S1098-3015\(10\)74729-X](https://doi.org/10.1016/S1098-3015(10)74729-X)
- Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1995). Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version). https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Dimensions.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Ware, J. E., & Gandek, B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1998; 51, 11, 903.
- Warren, K. R., Ball, M. P., Feldman, S., Liu, F., McMahon, R. P., & Kelly, D. L. Exercise program adherence using a 5-kilometer (5k) event as an achievable goal in people with schizophrenia. *Biological Research for Nursing*, 2011; 13(4), 383–390.
<https://doi.org/10.1177/1099800410393272>
- Weiser, P., Becker, T., Losert, C., Alptekin, K., Berti, L., Burti, L., et al. European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): Background, aims and methods. *BMC Public Health*, 2009; 9, 315.
<https://doi:10.1186/1471-2458-9-315>.
- World Health Organization (WHO, 2011). Global Recommendations on Physical Activity for Health 18 - 64 years old. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf?ua=1> (Erişim tarihi: 15.12.2017).
- World Health Organization (WHO, 2017). Cardiovascular diseases (CVDs).
[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
(Erişim tarihi: 04.02.2019).
- World Health Organization (WHO, 2018a). Obesity and overweight.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Erişim tarihi: 04.02.2019).
- World Health Organization (WHO, 2018b). Diabetes. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (Erişim tarihi: 04.02.2019).
- World Health Organization (WHO, 2018c). Cancer. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (Erişim tarihi: 04.02.2019).
- World Health Organization Guidelines (WHO Guidelines, 2018). Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf?ua=1>
(Erişim tarihi: 15.12.2017).
- Wu, M.-K., Wang, C.-K., Huang, C.-Y., & Lee, S.-D. Outcomes of obese, clozapine-Treated Inpatients With Schizophrenia Placed on a Six-Month Diet and Physical Activity Program. *Psychiatric Services*, 2007; 58(4), 544–550.

- WHO, 2006. BMI classification. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- WHO, 2008. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio Report of a WHO Expert Consultation
GENEVA, 8–11 December 2008
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf?ua=1
- Xiong, G. L., Bermudes, R. A., Torres, S. N., & Hales, R. E. Use of cancer-screening services among persons with serious mental illness in Sacramento County. *Psychiatric Services*, 2008; 59(8), 929–932. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.8.929>
- Yılmaz, S., & Buzlu, S. Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012; 20(2), 93–103.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. Nitel Araştırma Yöntemleri (9th ed.). Ankara: Seçkin Yayıncılık. 2011.
- Yüksel, N., & Sayın, A. Antipsikotiklere bağlı metabolik yan etkiler. *Klinik Psikiyatri*, 2006; 9 (Ek 1), 5–14.

10.EKLER

EK 1. Birinci Aşama: Bilgilendirilmiş Olur Formu

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığı öncelikli bir sorundur, bu nedenle fiziksel sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik engellerin ve kolaylaştırıcıların neler olduğunun belirlenmesi, hastaların sağlık bakımı alırken yaşadığı güçlükleri belirlemek önemlidir. Bu çalışmada kronik psikiyatri hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarına yönelik uygulamalarını, deneyimlerini ve düzenli fiziksel aktivite ve beslenmelerini nelerin etkilediği hastalar ile görüşülerek incelenecektir. Çalışma sonuçlarının hastaların fiziksel sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik fiziksel aktivite ve beslenme davranışları ile ilgili bakım gereksinimlerinin anlaşılması ve karşılanmasında ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmaya Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar duygu durum bozukluğu gibi kronik ruhsal hastalığa sahip olan 18 yaş ve üzeri olan çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler katılacaktır. Sizlere önce yaş, eğitim, ekonomik durum, belirlemeye yönelik sosyo-demografik bilgi formu doldurulacak, daha sonra ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığına ilişkin görüşme yapılacaktır. Görüşme süresince söylediklerinizin tümü gizli tutulacaktır. Sizinle yapacağımız görüşmeler daha sonradan değerlendirebilmek amacıyla ses kayıt cihazına kaydedilecektir. Görüşmeler yaklaşık 30-40 dk sürecektir.

Araştırmadan elde edilen veriler ve sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Verilerin başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide hiç bir değişiklik olmayacaktır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Katılımcının Beyanı

.....tarafından “Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarına yönelik görüşleri” isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın her aşamasında verdiğim bilgilerin gizliliği ile ilgili yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında istediğimde ulaşabileceğim telefon numarası verildi. İsteddiğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmamam veya katılıp daha sonra araştırmadan çekilmem durumunda tedavi ve tetkiklerimin bundan etkilenmeyeceği belirtildi. Bu araştırmaya kendi gönüllü olurumla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı/ Doğum tarihi /Adres/Tel /İmza

Vasinin Adı Soyadı/ Doğum tarihi /Adres/Tel /İmza

Tanık Adı Soyadı Doğum tarihi Adres/Tel İmza

Araştırmacının Adı Soyadı Doğum tarihi Adres/Tel İmza

EK 2. Birinci Aşama: Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Tanıtıcı Bilgi Formu

Adı Soyadı:

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: *Kadın* () *Erkek* ()

3. Medeni Durum: *Evli* () *Bekar* () *Boşanmış* ()

4. Eğitim Durumu: *İlkokul* () *Ortaokul* () *Lisans üstü* () *Lise* () *Üniversite* ()

5. Kiminle yaşıyorsunuz? *Ailemle* () *Yalnız*() *Diğer*()

6. Çalışma durumu: *Çalışıyorum* () *Çalışmıyorum* ()

7. Mesleğiniz:.....

8. Aylık toplam gelir: *Gelir giderden az* () *Gelir gidere eşit* () *Gelir giderden fazla* ()

9. Sosyal güvencesi:.....

10. Psikiyatrik tanısı: *Şizofreni* () *Bipolar* () *Şizoaffektif* () *Psikotik Bozukluk* ()

11. Hastalık başlama yaşı:

12. Hastalık süresi:

13. Kullanılan psikiyatrik ilaçlar:

14. İlaç kullanım süresi:.....

15. Mevcut fiziksel rahatsızlıklar:

()Hipertansiyon

()Diyabet

()Kalpdamar hastalığı

()Kolesterol

() Böbrek Hastalığı

()Diğer.....

16. Sürekli kullanılan diğer ilaçlar:.....

17. Birinci derece akrabalarınızda var olan fiziksel rahatsızlıklar nelerdir?

EK 3. Birinci Aşama: Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Birey ile Görüşme Formu

Tarih:

Görüşme başlama saati:

Bitiş saati:

Merhaba. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarına yönelik uygulamalarını, deneyimlerini ve düzenli fiziksel aktivite ve beslenmelerini etkileyen faktörleri anlamaya yönelik bir çalışma yapıyorum. Çalışma sonuçlarının hasta kişilerin fiziksel sağlığına yönelik yapılan fiziksel aktivite ve beslenme bakımı gereksinimlerinin anlaşılması ve karşılanmasında ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma kapsamında sizlerle yüz yüze yaklaşık 30-60 dk süreceğinin tahmin ettiğim görüşme yaparak birkaç soru sormak istiyorum. Görüşmenin tamamı, verilerin eksiksiz toplanabilmesi için ses kayıt cihazıyla kaydedilecektir. Görüşmede söylediğiniz herşey gizlidir. Bu bilgileri araştırmacılar dışında başka kimsenin görmesi söz konusu değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken görüşülen kişilerin isimlerini kesinlikle rapora yansıtmayacağız. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tümü ile özgürsünüz. Bu çalışma gönüllü olarak katılımınız ile gerçekleştirilecektir.

Bu araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunuz için şimdiden teşekkür ederim. Görüşmeye başlamadan önce sizin bana sormak istediğiniz bir soru varsa, önce bunu yanıtlamak isterim.

Görüşme Soruları

- Düzenli fiziksel aktivite yapmak ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Aktivite durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Fiziksel aktivite yapmanızı neler etkiliyor?
- Düzenli ve dengeli beslenme ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Beslenme alışkanlıklarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Beslenmenizde nelere dikkat ediyorsunuz?
- Düzenli ve dengeli beslenmenizi neler etkiliyor?

EK 4. İkinci Aşama: Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlık durumunu geliştirmeye yönelik sağlığı koruma ve geliştirme eğitim programının hastaların fiziksel sağlığına, yaşam kalitesine ve sağlıklı yaşam davranışlarına etkisini incelemektir. Sizden bu amaçla oluşturan sağlığı koruma ve geliştirme programına katılmanız ve belirlenen zamanlarda size iletilen anketleri doldurmanız beklenmektedir. Bu çalışmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak olup sizle ilgili bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir.

Bu form sizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Size özel olarak anlatılan bilgilerin yazılı halini içermektedir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Bilmediğiniz terimleri ve anlamadığınız noktaları lütfen araştırmacıya sorunuz. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili olarak numaralı telefonda araştırmacıya.....ulaşmanız mümkündür. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide hiç bir değişiklik olmayacaktır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı

.....tarafından “Kronik Ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel sağlığına sağlığı koruma ve geliştirme programının fiziksel sağlığa ve yaşam kalitesine etkisi” isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmada verdiğim bilgilerin gizliliği konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında istediğim zaman ulaşabileceğim..... telefon numarası verildi. İstedimde araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmamam veya katılıp daha sonra araştırmadan çekilmem durumunda tedavi ve tetkiklerimin bundan etkilenmeyeceği belirtildi. Bu araştırmaya kendi gönüllü olurumla katılmayı kabul ediyorum.

Adı Soyadı Doğum tarihi Adres/Tel İmza:

Tanık Adı Soyadı Doğum tarihi Adres/Tel İmza:

EK 5. İkinci Aşama: Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Tanıtıcı Bilgi Formu

Adı Soyadı:

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: *Kadın () Erkek ()*

3. Medeni Durum: *Evli () Bekar () Boşanmış ()*

4. Eğitim Durumu: *İlkokul () Ortaokul () Lisansüstü () Lise () Üniversite ()*

5. Kiminle yaşıyorsunuz? *Ailemle () Yalnız () Diğer ()*

6. Çalışma durumu: *Çalışıyorum () Çalışmıyorum ()*

7. Aylık toplam gelir: *Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla ()*

8. Sosyal güvencesi:.....

9. Psikiyatrik tanı: *Şizofreni () Bipolar () Şizoaffektif () Psikotik Bozukluk ()*

10. Hastalık başlama yaşı:.....

11. Hastalık süresi:

12. Kullanılan psikiyatrik ilaçlar:.....

13. İlaç kullanım süresi:.....

14. Mevcut fiziksel rahatsızlıklar:

() Hipertansiyon

() Diyabet

() Kalp damar hastalığı

() Kolesterol

() Böbrek Hastalığı

() Diğer.....

15. Sürekli kullanılan diğer ilaçlar:.....

16. Birinci derece akrabalarınızda var olan fiziksel rahatsızlıklar nelerdir?

17. Sizce yaşam biçiminiz? *() Çok Hareketli () Hareketli () Az Hareketli () Hareketsiz*

18. Düzenli olarak spor yapıyor musunuz? *() Evet () Hayır () Bazen*

Evet/bazen ise hangi sporu yapıyorsunuz? () Yürüyüş () Koşma

() Yüzme () Aerobik () Diğer....

19. Günlük tükettiğiniz öğün sayınız nedir?.....

20. Öğün atlarmısınız? *() Evet () Hayır () Bazen*

Evet/bazen ise en çok hangi öğünü atlarsınız? () Kahvaltı () Öğle () Akşam

21. Öğün aralarında yemek yemişiniz? *() Evet () Hayır () Bazen*

Evet/bazen ise en çok hangi besinleri yersiniz?

() simit, poğaç () bisküvi, kraker () şeker, çikolata

() kuruyemişler

() Diğer.....

22. Aşağıdakilerden hangisini, ne kadar tüketiyorsanız belirtiniz.

	Evet	Hayır	Günlük Tüketilen Miktar
Çay (bardak)			
Kahve (fincan)			
Asitli içecekler (su bardağı)			
Alkol (kadeh/bardak)			
Su			

23. Ölçümler:

Ağırlık(kg):.....

Boy uzunluğu (cm):

Bel çevresi:.....

Beden Kitle İndeksi (BKİ):

Üç günlük adım sayısı ortalaması (pedometre ölçümü):.....

Adım sayar cihazı;



EK 6. İkinci Aşama: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette su anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekerli ve tatlıyı kısırım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				

33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK 7. İkinci Aşama: Kısa Form 36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ad Soyad:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
1	2	3	4	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
Geçen seneden çok daha iyi	Geçen seneden biraz daha iyi	Geçen sene ile aynı	Geçen seneden biraz daha kötü	Geçen seneden çok daha kötü
1	2	3	4	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır.

Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

Aktiviteler	Bir tanesini yuvarlak içine alınız		
	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız	
	Evet	Hayır
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Evet	Hayır
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
Hiç	Çok az	Orta Derecede	Biraz	Oldukça
1	2	3	4	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız					
Hiç	Çok az	Orta	Çok	İleri derecede	Çok şiddetli
1	2	3	4	5	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
Hiç	Çok az	Orta	Çok	İleri derecede
1	2	3	4	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Bir tanesini yuvarlak içine alınız					
	Her zaman	Çoğu zaman	Bir kısım	Bazen	Çok nadir	Hiç bir zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız				
Her zaman	Çoğu zaman	Bazı zamanlarda	Çok az zaman	Hiçbir zaman
1	2	3	4	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız					
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	Tamam en doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Tamamen yanlış
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Hesaplanması

SF-36, 36 sorudan ve 8 ayrı bölümden oluşur. Bölüme dahil edilen soruların skorları ağırlıklı toplanarak bölüm skoru elde edilir. Daha sonra sekiz sağlık bölümünden elde edilen skarlardan özet sağlık skorları elde edilir. Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır.

Fiziksel sağlık özet skoru (FSS) fiziksel sağlık durumunun bir göstergesi olarak fiziksel işlev (Fİ), fiziksel rol (FR), ağrı (A) ve genel sağlık algısı (GS) alt bileşen skorlarından etkilenmektedir. Mental sağlık özet skoru (MSS) mental sağlık göstergesi olarak yaşamsallık (Y), sosyal işlev (Sİ), mental rol (MR) ve mental işlev (Mİ) alt bileşenlerinin bir fonksiyonu olarak değerlendirilmektedir. Özet skorların elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır.

1.Sorular (items) puanlanır: SF 36 sorularının puanlaması aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir:

Soru 1		Soru 3a-3j		Soru 4a-4d	
Başlangıç puan değeri	Son puan değeri	Başlangıç puan değeri	Son puan değeri	Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0	1	1.0	1	1.0
2	4.4	2	2.0	2	2.0
3	3.4	3	3.0		
4	2.0				
5	1.0				

Soru 5a-5c		Soru 6		Soru 7	
Başlangıç puan değeri	Son puan değeri	Başlangıç puan değeri	Son puan değeri	Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0	1	5	1	6.0
2	2.0	2	4	2	5.4
		3	3	3	4.2

		4	2	4	3.1
		5	1	5	2.2
				6	1.0

Soru 8 (eğer 7 ve 8 soruları yanıtlanmış ise)			Soru 8 (eğer 7. yanıtlanmamış ise)	
Başlangıç puan değeri	7.soru başlangıç değeri	Son puan değeri	Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0	6.0	1	6.0
1	2.6 arasında	5.0	2	4.75
2	1.6 arasında	4.0	3	3.5
3	1.6 arasında	3.0	4	2.25
4	1.6 arasında	2.0	5	1.0
5	1.6 arasında	1.0		

Soru 9a, 9d, 9e, 9h		Soru 9b, 9c, 9f, 9g, 9i	
Başlangıç puan değeri	Son puan değeri	Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6	1	1
2	5	2	2
3	4	3	3
4	3	4	4
5	2	5	5
6	1	6	6

Soru 10		Soru 11a ve 11c		11b ve 11d	
Başlangıç puan değeri	Son puan değeri	Başlangıç puan değeri	Son puan değeri	Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1	1	1	1	5
2	2	2	2	2	4
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	2
5	5	5	5	5	1

2. soruların birleştirilmesi ile alt boyutlar elde edilir

Alt boyut	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham skor aralığı
Fiziksel işlev	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10-30	20
Fiziksel rol	$4a+4b+4c+4d$	4-8	4
Ağrı	$7+8$	2-12	10
Genel sağlık algısı	$1+11a+11b+11c+11d$	5-25	20
Yaşamsallık	$9a+9e+9g+9i$	4-24	20
Sosyal işlev	$6+10$	2-10	8
Mental rol	$5a+5b+5c$	3-6	3
Mental sağlık	$9b+9c+9d+9f+9h$	5-30	25
Alt boyut skoru: alınan ham puan-olası en düşük ham puan x 100/olası ham puan aralığı Örnek; Fiziksel işlev ham puanı 21 ise FF: $(21-10) \times 100 / 20$ FF: 55 (olası en düşük skor 10 ve olası ham puan aralığı 20)			

3. Boyutların Z skoruna dönüştürülmesi ile ağırlıklı toplamaları hesaplanarak özet skorlar elde edilir.

Z skor dönüştürmesi

$$\text{fiz} = (\text{Fİ} - 84.52404) / 22.89490$$

$$\text{frz} = (\text{FR} - 81.19907) / 33.79729$$

$$\text{az} = (\text{A} - 75.49196) / 23.55879$$

$$\text{gsz} = (\text{GS} - 72.21316) / 20.16964$$

$$\text{yz} = (\text{Y} - 61.05453) / 20.86942$$

$$\text{siz} = (\text{Sİ} - 83.59753) / 22.37642$$

$$\text{mrz} = (\text{MR} - 81.29467) / 33.02717$$

$$\text{miz} = (\text{MS} - 74.84212) / 18.01189$$

$$\text{FS} = (\text{fiz} \times 0.42402) + (\text{frz} \times 0.35119) + (\text{az} \times 0.31754) + (\text{gsz} \times 0.24954) + (\text{yz} \times 0.02877) + (\text{siz} \times (-0.00753)) + (\text{mrz} \times (-0.19206)) + (\text{miz} \times (-0.22069))$$

$$\text{MS} = (\text{fiz} \times (-0.22999)) + (\text{frz} \times (-0.12329)) + (\text{az} \times (-0.09731)) + (\text{gsz} \times (-0.01571)) + (\text{yz} \times 0.23534) + (\text{siz} \times 0.26876) + (\text{mrz} \times 0.43407) + (\text{miz} \times 0.48581)$$

$$\text{Fiziksel özet sağlık skoru (FSS)} = 50 + (\text{MS} \times 10)$$

$$\text{Mental özet sağlık skoru (MSS)} = 50 + (\text{FS} \times 10)$$

EK 8. Kurum İzin Onay Yazıları





T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 58574373-773.99
Konu : Sevecen Çelik İnce Araştırma İzni

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : Başhekimlik İdari ve Mali İşlerden Sorumlu Müdürlük Sağlık Personeli ve Hasta Eğitim Birimi'nin 02/01/2017 tarihli ve 888 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazınızda belirtilen, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Sevecen Çelik İnce'nin "Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi" konulu çalışmasını Anabilim Dalımızda yapması uygundur. Gereğini, bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Sebnem PIRILDAR
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
İdari ve Mali İşlerden Sorumlu Müdürlük
Sağlık Personeli ve Hasta Eğitim Birimi



Sayı : 79299867-703.99
Konu : Sevecen Çelik İnce Uygulama İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 23/11/2016 tarihli ve 2854 sayılı yazı.

İlgi yazınızdaki Sevecen Çelik İnce'ye ait uygulama talebi Hastanemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Hikmet Hakan AYDIN
Başhekim V.

İşgenci İst.
10/02/2017

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi : 10.02.2017
Kayıt No : 0574

Evrakın Doğrulanması İçin: https://edys.ege.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BEL94NJTE
Üniversitesi Cad. No:9 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 19 19 Faks No: +90 (232) 390 16 89
E-Posta: hastanemudurlugu@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Serap ŞAHİN
Uzman Birim Sorumlusu
Telefon No: 4554



EK 9. Etik Kurul Onayı



KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/12-27	Tarih:18.05.2017			
	Prof.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN'in sorumlusu olduğu "Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Fiziksel Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait 11.05.2017 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; - Çalışma adının "Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Uygulanan Fiziksel Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programının Fiziksel Sağlığa ve Yaşam Kalitesine Etkisi" olarak değiştirilmesi, -Araştırma başlangıç tarihinin Nisan 2017 olarak değiştirilmesi, -Araştırma protokol değişikliği, ile ilgili belge incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.				
	ETİK KURUL BİLGİLERİ				
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevinç FRASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Murat BİKTAS	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	DEU Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	

Ek 10. Araştırmacı Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	53638678264
Doğum Tarihi	11/03/1987
İletişim Adresi	Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kat: 4 Oda No: 89
Telefon	(372) 261 33 65 (546) 591 89 87
E-posta	sevecen.celik@beun.edu.tr sevecencelik@hotmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

01 Eylül 2016 - Şu Anda (2 yıl 9 ay)
Doktora, Doktora, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ (DR)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.88 / 4.0

01 Şubat 2014 - 01 Temmuz 2016 (2 yıl 6 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Tez Başlığı: Psikiyatrik Hastalığı Ve Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler İle Yalnızca Tip 2
Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Öz Bakımına İlişkin Görüşleri
Tez Konusu: Psikiyatrik Hastalığı Ve Tip 2 Diyabet
Tarih: 28 Haziran 2016
Tez Danışmanı: NESLİHAN GÜNÜŞEN
Diploma Numarası: 201605358

Deneysel / İşyeri Bilgileri

01 Şubat 2013 - 01 Şubat 2014 (1 yıl 1 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Başlangıç)

Ar-Ge Yetkinlik

Makaleler

S. ÇELİK İNCE, N. GÜNÜŞEN & Ö. SERÇE, The Opinions Of Turkish Mental Health Nurses On Physical Health Care For Individuals With Mental Illness: A Qualitative Study,, JOURNAL OF PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING, 2018, 1351-0126, 25, 4, 245-257.

S. ÇELİK İNCE & N. GÜNÜŞEN, The Views And Habits Of The Individuals With Mental Illness About Physical Activity And Nutrition, PERSPECTIVES IN PSYCHIATRIC CARE, 2018, 0031-5990, 54, 4, 586-595.

S. ÇELİK İNCE, N. GÜNÜŞEN, A. ÖZERDEM & S. ÖZİŞİK, Diabetes Self-care Views Of Individuals With Severe Mental Illness And Comorbid Type 2 Diabetes And Of Those Onlywith Type 2 Diabetes, Archives of Psychiatric Nursing, 2017, 0883-9417, 31, 4, 386-393.

Z. ÇETİNKAYA DUMAN, N. GÜNÜŞEN, F. Ş. INAN, S. ÇELİK İNCE & A. SARI, Effects Of Two Different Psychiatric Nursing Courses On Nursing Students' Attitudes Towards Mental Illness, Perceptions Of Psychiatric Nursing, And Career Choices, Journal of Professional Nursing , 2017, 0961-5423, 33, 6, 452-459.

N. GÜNÜŞEN, Z. ÇETİNKAYA DUMAN, F. ŞENGÜN, S. ÇELİK İNCE, A. SARI & B. ÖZKUL, Exploration Of The Factors Affecting The Choices Of Nursing Students Who Choose Psychiatric Nursing As The First And Last Choice, Issues in Mental Health Nursing , 2017, 1096-4673, 38, 10, 837-844.

S. ÇELİK İNCE & L. UTAŞ AKHAN, Öğrenci Hemşirelerin Maneviyat Ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2016, 1305-0397, 13, 3, 202-208.

M. KÜRTÜNCÜ, L. UTAŞ AKHAN, S. ÇELİK İNCE & I. ALKAN, Cancer Awareness Among University Students In Turkey, ASIAN PACIFIC JOURNAL OF CANCER PREVENTION, 2014, 1513-7368, 15, 10, 4289-4294.

M. KÜRTÜNCÜ, L. UTAŞ AKHAN & S. ÇELİK İNCE, Geleneksel Türk Ebru Sanatının Kronik Hastalığı Olan Çocukların Terapisi Üzerine Etkisi., International Journal of Human Sciences , 2014, 1303-5134, 14, 4, 598-608.

F. Ş. INAN, N. GÜNÜŞEN, S. ÇELİK İNCE & Z. ÇETİNKAYA DUMAN, Hemşirelik Öğrencileri Tarafından Uygulanan Akran Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlarına Etkisi, Sözlü Sunum, V. Uluslararası İx. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 20 Kasım 2018, 23 Kasım 2018.

S. ÇELİK İNCE, N. GÜNÜŞEN & Ö. SERÇE, Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ve Bakım Verenlerinin Fiziksel Sağlık Bakım Algıları: Niteliksel Çalışma, Sözlü Sunum, V. Uluslararası İx. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 20 Kasım 2018, 23 Kasım 2018.

Z. DEMİRAĞ, S. ÇELİK İNCE & Z. ÇETİNKAYA DUMAN, Major Depresif Bozukluk Tanısı İle Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastanın Umutsuzluk Hemşirelik Tanısına Yönelik Psikiyatri Hemşireliği Bakımı: Olgu Sunumu, Poster Sunumu, 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 04 Nisan 2018, 06 Nisan 2018.

S. ÇELİK İNCE & N. GÜNÜŞEN, Kronik Ruhsal Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Fiziksel Aktivite Ve Beslenmeye Yönelik Görüşleri Ve Uygulamaları, Sözlü Sunum, 5.uluslararası 16.ulusal Hemşirelik Kongresi, 05 Kasım 2017, 08 Kasım 2017.

S. ÇELİK İNCE, N. GÜNÜŞEN & Ö. SERÇE, Psikiyatri Hemşirelerinin Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Bakımlarına İlişkin Görüşleri: Niteliksel Çalışma, Sözlü Sunum, 5.uluslararası 16.ulusal Hemşirelik Kongresi, 05 Kasım 2017, 08 Kasım 2017.

Sayfa 2 / 3

Oluşturma Zamanı: 06 Mayıs 2019 13:22:19

Z. ÇETİNKAYA DUMAN, N. GÜNÜŞEN, F. ŞENGÜN, S. ÇELİK İNCE & A. SARI, Probleme Dayalı Öğrenme Ve Geleneksel Eğitimdeki Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumları, Psikiyatri Hemşireliğini Algılamaları Ve Kariyer Tercihlerinin Karşılaştırılması, Poster Sunumu, 4.uluslararası 8.ulusal Hemşirelik Kongresi, 06 Kasım 2016, 09 Kasım 2016.

N. GÜNÜŞEN, Z. ÇETİNKAYA DUMAN, F. Ş. INAN, S. ÇELİK İNCE, A. SARI & B. AKSOY, Psikiyatri Hemşireliğini İlk Ve Son Sırada Tercih Eden Intern Hemşirelerin Görüşlerinin İncelenmesi, Poster Sunumu, İv. Uluslararası Ve Viii.ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 06 Kasım 2016, 09 Kasım 2016.

S. ÇELİK İNCE, N. GÜNÜŞEN, A. ÖZERDEM & S. IŞIK, Psikiyatrik Hastalığı Ve Tip 2 Diyabeti Olan Bireyler İle Yalnızca Tip 2 Diyabeti Olan Bireylerin Diyabet Öz Bakımına İlişkin Görüşleri, Poster Sunumu, 4.uluslararası 8.ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 06 Kasım 2016, 09 Kasım 2016.

M. KÜRTÜNCÜ, L. UTAŞ AKHAN, S. ÇELİK İNCE & İ. ALKAN, Determining The Level Of Awareness On Cancer In University Students, Poster Sunumu, The 5th Congress Of The European Academy Of Paediatric Societies, 17 Ekim 2014, 21 Ekim 2014.

M. KÜRTÜNCÜ, C. YİĞİTBAŞ, L. UTAŞ AKHAN, S. ÇELİK İNCE, İ. ALKAN & İ. TANIR, The Effect Of Perceived Emotional Abuse On Social Skills In Intermediate Grade Students, Poster Sunumu, The 5th Congress Of The European Academy Of Paediatric Societies, 17 Ekim 2014, 21 Ekim 2014.

Received: 11 February 2018 | Revised: 4 April 2018 | Accepted: 14 April 2018
DOI: 10.1111/ppc.12289

ORIGINAL ARTICLE

WILEY Perspectives in PSYCHIATRIC CARE

The views and habits of the individuals with mental illness about physical activity and nutrition

Sevecen Çelik Ince MSc, PhD Candidate, Research Assistant  | Neslihan Partlak
Günüşen PhD 

Faculty of Nursing, Psychiatric Nursing
Department, Dokuz Eylül University, İzmir,
Turkey

Correspondence
Sevecen Çelik Ince, Graduate School
of Health Science, Faculty of Nursing,
Psychiatric Nursing Department, Dokuz Eylül
University, 35340 İzmir, Turkey.
Email: sevecen.celik@deu.edu.tr, sevecence-
lik@hotmail.com

Abstract

Purpose: The aim of this study is to determine the views and habits of the individuals with mental illness on physical activities and nutrition behaviors.

Design and Methods: This study was carried out descriptive qualitative method. The sample of the study consisted of 15 individuals with mental illness. The data were collected with Socio-Demographic Information Form and Semi-Structured Interview Form and analyzed by content analysis.

Findings: Four main themes emerged as the result of the analysis of the data. These themes are the barriers, facilitators, habits, and the needs.

Practice Implications: Mental health nurses should be aware of the barriers of individuals with mental illness. It is recommended that mental health nurses make interventions to encourage patients to have physical activity and healthy eating.

KEYWORDS

individuals with mental illness, nursing, nutrition, physical activities, physical health

1 | INTRODUCTION

Unhealthy lifestyles with insufficient physical activities, sedentary lifestyle, and high-calorie food intake are reported to be more common in individuals with mental illness including schizophrenia and bipolar disorder, compared to the normal population.¹⁻³ A study demonstrated that German individuals with mental illness had almost never consumed fresh vegetables or fruits but they ate more fast food, sweet or salty snacks daily compared to the healthy population.⁴ Another study on Scotch schizophrenia patients noted that individuals with mental illness consumed fruits, vegetables, legumes, and milk substantially less.⁵ The adverse reactions of treatment and the presence of psychiatric symptoms adversely affect the patients' wills and abilities to be involved in physical activities. In Germany, Kilian et al.⁴ compared the attitudes toward health in individuals with mental illness, with schizophrenia, bipolar disorder, major depressive disorder, and somatoform disorder, to those in the general population. The study found that the unhealthy dietary habits, smoking, alcohol, and narcotic substance use were more common in individuals with mental illness.⁴ The unhealthy nutritional habits and insufficient exercising, which are the common lifestyle practices of the individuals with mental illness cause excessive weight gain in those patients.⁶ The unhealthy lifestyle adversely affects the physical health, increases the incidence of obesity, metabolic syndrome, diabetes, and cardiovascular diseases.^{2,7}

and decreases the quality of life of those patients.⁸ Osborn et al.⁹ conducted a descriptive study to determine the physical activities, nutritional habits, and cardiovascular risk factors of the individuals with mental illness. The study determined that the individuals with mental illness eat low fiber food with saturated fat and live a life with insufficient physical inactivity, which are the two risk factors for cardiovascular disorders, and which were found to be twofold more in those patients compared to the normal population.⁹ Stubbs et al.¹⁰ conducted a cross-sectional study to investigate the association of the sedentary lifestyle and the daily number of steps taken with the cardiometabolic (blood pressure, glucose, cholesterol levels, etc.) variables in schizophrenic patients. It was observed that the sedentary lifestyles were associated with the poor metabolic status and the physical activity was found to be an important factor for metabolic improvements.¹⁰ The same study found that the number of the steps taken a day was found to be lower in schizophrenic patients than the recommended figures and that the rate of sedentary lifestyles was high. The study by Vancampfort et al.¹¹ found that the individuals with mental illness spending more than 10.4 h a day while sitting had higher body mass indices, waist circumferences, and impaired glucose tolerances compared to those spending less than 5.8 h of a day while sitting.¹¹ The study by Stubbs et al.¹⁰ stressed that decreasing the proportion of the sedentary lifestyles and increasing the physical activities would prevent the metabolic disorders in psychotic patients.¹⁰

A few studies are available in the literature to determine the physical activity levels of the individuals with mental illness.^{3,12} Those studies have found some barriers to performing physical activities. These barriers are the adverse effects of the antipsychotic drugs,¹³⁻¹⁵ psychiatric symptoms,^{13,16} social anxiety,¹⁷ lack of motivation, and socioeconomic insufficiencies.¹⁴ However, the number of studies determining the perceptions and barriers toward a healthy eating status¹⁸ are limited in individuals with mental illness. There is a need to determine the factors influencing the physical activities and healthy eating habits of the individuals with mental illness in order to obtain behavioral changes for healthy lifestyles.³ There is a need to eliminate the barriers to healthy eating and the performance physical activities in order for the individuals with mental illness to acquire healthy lifestyles.¹² Demonstrating the perceptions and practices toward nutrition and physical activities from the point of view of these patients may be important while determining the nutrition and physical activity needs of the individuals with mental illness. These may allow the sustainability of the initiatives to ensure acquisition of better lifestyle conditions. It is recommended in the literature to include skill development programs to develop healthy eating habits and to improve cooking as well as the promotion of physical activities in the treatment plans of the individuals with mental illness.¹⁹ However, there is little information on the degree of compliance or attendance of the individuals with mental illness to these attempts. Generally, it is reported that the individuals with mental illness attend less to those interventions.¹⁹

Mental health nurses should be knowledgeable about the issues and needs of the physical activity practices of the individuals with mental illness in order to provide them with qualified healthcare interventions.^{2,20,21} Nurses should be able to define the physical health needs of the individuals with mental illness and must plan the relevant initiatives accordingly.² It is important to address both nutrition and physical activities of the individuals with mental illness in the interventions to improve their physical health. It is considered to be important to have the understanding in the point of views of the individuals with mental illness on physical activities and nutrition as well as in their challenges and requirements to adjust to healthy lifestyles. Therefore it is important to assess the nutritional and physical activity practices from the point of view of the patients in planning the interventions for these patients. No qualitative studies have been available in the literature evaluating the physical activities and nutrition together in the individuals with mental illness. The aim of this study is to determine the views and habits of the individuals with mental illness on physical activities and nutritional behaviors.

2 | METHOD

This study has been designed by using the COREQ Checklist (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research Guidelines), which guides reporting of the qualitative studies.²²

2.1 | Study design and participants

This study was conducted by descriptive and qualitative methods. This method requires the description of a phenomenon (event, case, or

TABLE 1 Sample selection criteria for individuals with mental illness

Inclusion Criteria	Exclusion Criteria
• Be registered in the community mental health center • Having at least one of schizophrenia, bipolar disorder for at least 6 months (for those with a severe mental illness) • Ages of 18–65 • Being literate • Volunteering to participate in the research • Speaking and understanding Turkish	• Pregnancy • Having any stories that can lead to mental retardation or organic brain damage • Having a serious medical problem, such as cancer, that can prevent physical activity or healthy eating.

experience) from the point of the relevant individuals directly. It is a method chosen by the researchers who would like to know what the event is, who the case is, or where the place is.²³ The study was conducted with individuals having mental illness registered at a Community Mental Health Center (CMHC) in the West of Turkey between April 2017 and June 2017. The purposive sampling method was used in the study. The sample of the study consisted of the individuals with mental illness who presented to the CMHC on the dates when the study was conducted and who complied with the inclusion criteria to be included in the sample (Table 1).

The individuals with mental illness were informed of the study by face to face interviews. To determine the sample size in the qualitative studies, a sampling method is used which requires continuous data collection until the concepts and processes that can answer the study questions begin to repeat (saturation point). When the concepts and processes begin to repeat themselves, it is decided that sufficient amount of data have been collected.²⁴ The in-depth interviews with the patients in this study were sustained until the collected information repeated itself and no new information was found. By this method, 15 individuals with mental illness were interviewed during the study period until the data saturation point when no more new interviews were performed. No repeated interviews were performed with the same individuals.

2.2 | Data collection

An "Socio-Demographic Information Form," a "Semi-Structured Interview Form," and a "voice recorder" were used for the data collection. The two forms were developed by the researchers utilizing the information in the literature.

The "Socio-Demographic Information Form," which was developed by the researchers utilizing the information in the literature, included questions on demographic data of the participants in the study sample such as age, gender, marital status, education level, and profession as well as questions on the body mass indices, the diagnosis and the duration of the mental illness, the psychiatric drug use, the presence of any physical illness.^{12,18} The "Semi-Structured Interview Form" was developed to be used during the interviews with the individuals with mental

TABLE 2 Semi-structured interview questions

- What do you think about regular physical activity?
- How do you evaluate your physical activity behavior?
- What are the conditions that affect your physical activity?
- What do you think about regular and healthy eating?
- How do you evaluate your eating habits?
- What are the conditions that affect your healthy eating?

illness. Interview questions were developed to better understand the views of the individuals with mental illness about nutrition and physical activities. For the semi-structured interviews, the interview protocol, which contained the predetermined questions was developed (Table 2). In addition, other relevant questions were asked as well according to the content of the answers.

The study data were collected by the "in-depth interviews" by the first researcher. The in-depth interview is performed for an objective and it is a pre-determined reciprocal and interactive process based on questioning and collecting answers.²⁴ After collecting all institutional and ethical permissions to conduct the study, the patients complying with the inclusion criteria to be included in the sample were identified. The researcher introduced herself to the identified patients and informed them of the objective, of the procedures of the study, and of the use of the voice recorder. Then, the oral and written consents of the patients were collected. The in-depth interviews were performed using the "Socio-Demographic Information Form." Notes were taken to collect the data of the patients after asking the permissions of the patients. New interviews were performed until the contents of the answers were repeated and no new information or concepts were collected. The interview durations ranged from 12 to 32 min and the mean duration of the interviews was 18 min. The appointments were made with the volunteering patients presented to and registered at the CMHC and interviews were performed in the interview room at the CMHC. The interview room at the CMHC contained a chair and a table, it was well-lighted and well-ventilated, providing a comfortable environment for the interviews.

2.3 | Data analysis

The socioeconomic data collected from the sample were investigated using the numbers, means, and standard deviation. The data collected by the Semi-Structured Interview Form was recorded by the voice recorder. The content analysis method, one of the qualitative data analysis methods, was used to analyze the data collected during the interviews. The data were reviewed several times. Codes were generated for each word and sentence derived from the data. The codes relevant to the objective of the study were determined and conceptually similar codes were classified together. The codes were categorized to cover the themes and the subthemes. After the coding process was completed, the researchers met and discussed the themes, determining the common themes consequently. Then, the data were sorted and reported by the researchers. The themes were identified and named after the classification process.²⁴ The researchers performed these processes individually and independently from each other. They met

together and discussed the themes. They agreed on the themes which described the findings best.

2.4 | Rigor

The study was conducted by two female researchers (a PhD candidate and a researcher with the PhD degree). The researchers previously attended training courses on qualitative studies and were experienced in them. In addition, the researchers conducted several studies on the physical health of the individuals with mental illness, and they are interested in the studies in this field. All patient interviews during the study were performed by the first researchers. No relationships were established previously between the interviewees and the interviewer. To ensure the validity and reliability of the study, the principles of the qualitative studies, including the *credibility*, *transferability*, *consistency*, and *confirmability* were utilized.²⁵

To ensure the internal validity and credibility of the study, the following five methods were used including prolonged engagement, persistent observation, triangulation, peer debriefing, and member checks.²⁵ The in-depth interviews with the participants lasted approximately 12–32 min (prolonged engagement). The researcher clearly presented the sufficiency of the answers to the data reviewer during the presentation of the findings. The interviews were terminated at the point of satisfaction when the information collected met the objectives of the study (persistent observation). The expert to support the conduct of the study at each step critically reviewed all processes from designing the study to reporting of the study results, providing feedback to the researcher (peer debriefing).²⁴

To ensure the external validity (transferability) of the study, two methods, namely the thick description and purposive sampling were used. The researcher sorted the data collected during the interviews according to the emergent themes and presented them preserving the data authenticity and without any interpretations. The patients suitable for the objective of the study were identified by the purposive sampling method. To ensure the internal reliability—consistency of the study, the researcher behaved consistently toward the interviewees at all stages of the study (data collection tools, data collection, and data analysis). The researcher used the same voice recorder and the interview form during all interviews.²⁴ To ensure the external reliability of the study (external reliability confirmation audit—Inquiry Audit), the researchers are required to confirm the results of the study incessantly with all the data collected, providing a rational explanation to the reviewer within this frame. Therefore, all data collecting tools, voice records, crude data, the codes generated during the analysis, and the themes were reviewed by the expert. Furthermore, they were all saved for review when required.²⁴

2.5 | Ethical considerations

For the conduct of this current study; approval was obtained from the noninterventional ethics committee of the university (Dokuz Eylül University Ethics Committee for Noninvasive Clinical Studies). A written institutional permission was obtained from the Community Mental Health Center at which the study would be conducted.

TABLE 3 Socio-demographic characteristics of participants

Participant No.	Age	Gender	Marital Status	Education Level	Who Lives with	Job	Income Situation
1	64	Male	Single	High school	Alone	Unemployed	Low
2	22	Male	Single	Middle school	Grandmother and father	Unemployed	Low
3	35	Male	Single	University	Mother and brother	Unemployed	Middle
4	32	Male	Single	High school	Mother and father	Unemployed	Middle
5	48	Male	Single	High school	Alone	Unemployed	More
6	59	Female	Single	Primary school	Brother	Unemployed	Middle
7	30	Male	Single	High school	Mother and father	Unemployed	Middle
8	36	Male	Single	High school	Family	Unemployed	Middle
9	27	Female	Single	Middle school	Family	Unemployed	Middle
10	35	Female	Divorced	Primary school	Family	Unemployed	Middle
11	39	Male	Single	High school	Family	Unemployed	Low
12	56	Male	Married	High school	Family	Retired	Middle
13	33	Male	Single	Primary school	Family	Unemployed	Low
14	59	Male	Divorced	High school	Family	Retired	Middle
15	42	Male	Single	Prelicense	Mother	Unemployed	Low

The participating individuals with mental illness were informed of the study by the interviewer. Both written and oral consents were obtained from the participants.

3 | RESULTS

Fifteen individuals with mental illness participated in the study. The mean age of the participating individuals with mental illness was 41.13 ± 13.02 (min: 22, max: 64). Of the individuals with mental illness; 12 were males, 11 were singles, and 8 were graduates of high school. Of the individuals with mental illness; 9 lived with their families, 13 were unemployed, and 9 had the amount of income equal to the amount of outcome. The socio-demographic characteristics of the participating individuals with mental illness are presented in Table 3.

Of the individuals with mental illness; five were diagnosed with bipolar disorder, five with schizophrenia, two with psychotic disorders, and three were diagnosed with schizoaffective disorder. The mean duration of the mental illness was 14.60 ± 11.26 years (min: 2 years, max: 44 years). All individuals with mental illness used at least one antipsychotic drug. The mean body mass index value of the individuals with mental illness was found to be 29.28 ± 5.05 (min: 21.00, max: 41.50). The mental illness and physical health characteristics of the participating individuals with mental illness are presented in Table 4.

Four main themes emerged as the result of the analysis of the data collected on the views of the individuals with mental illness regarding the nutrition and physical activities. These themes are the barriers, facilitators, habits, and the needs. Themes and subthemes are given in Figure 1.

3.1 | Theme 1: Barriers

The individuals with mental illness reported many barriers to physical activities and healthy eating.

3.1.1 | Subtheme 1: Barriers to physical activities

The most commonly expressed ones as the factors that prevent the performance of physical activities included unwillingness, laziness, quick fatiguability, and lack of motivation. Most of the individuals with mental illness reported that they could not perform any physical activities due to the adverse effects of the psychiatric drugs they use, including sedation, dizziness, and insomnia. The experiences of symptoms such as hallucinations and paranoid delusions prevented from the performances of physical activities in the majority of the individuals with mental illness. Some patients reported that they were unwilling to leave home due to the fear originating from the psychotic symptoms.

It's laziness but nothing else. In addition, there are some periods when I have not left home for 3–4 days. (The participant 5).

I sleep when I go home. I continue sleeping during the night, too and I wake up at 5 o'clock. Then, I cannot sleep anymore. The drugs make me sleep. I am even sleepy now. They keep me from walking. When I take the drug timely, it makes me sleep again. It prevents me to do sports. (The participant 6).

I cannot go out because I am afraid of the voices. The fear of something bad will happen to me occurs from time to time. (The participant 14).

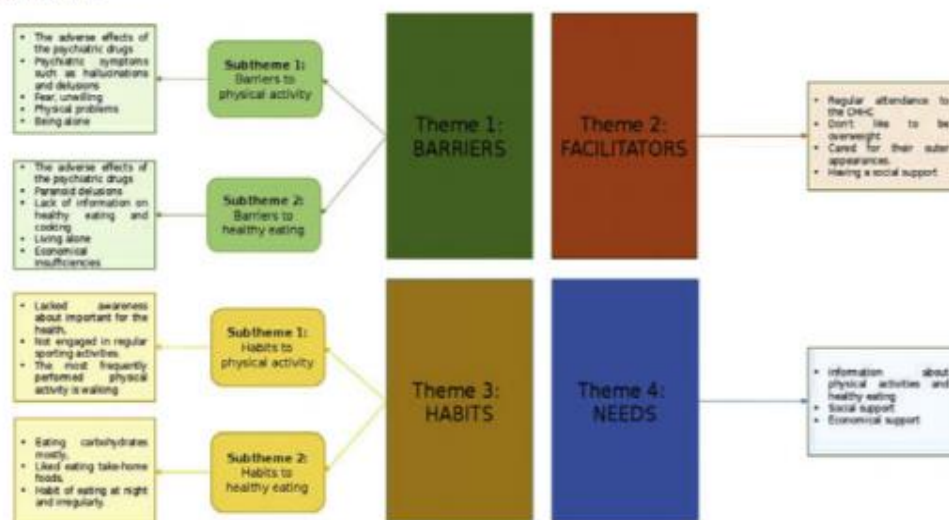
Some individuals with mental illness reported that they experienced difficulties to perform physical activities due to some physical problems such as leg pains or respiratory problems and that they experienced quick fatiguability due to these problems. The most of the patients reported that they were unwilling to perform any physical activities because they were not accompanied by a friend and because they were alone. In addition, the absence of appropriate areas for walking or doing sports in the surroundings of their living

TABLE 4 Characteristics of participants' psychiatric illness and physical health

Participant	SMI	SMI Duration (Year)	Psychiatric Drug Use	Physical Problems	BMI (kg/m ²)
1	Schizoaffective	44	AP, AX	Hypertension	28.7
2	Schizophrenia	4	AP, AD, AE	-	26.12
3	Bipolar	15	AP, AD	-	25.8
4	Schizophrenia	7	AP, AX, AE	Type 2 diabetes	30.1
5	Schizophrenia	19	AP, AD, AX	Type 2 diabetes	30.7
6	Psychotic	12	AP, AE	-	41.5
7	Psychotic	9	AP, AD, AE	-	30.4
8	Bipolar	10	AP, MS, AE	-	27.7
9	Bipolar	8	AP, MS	Hypothyroidism, Amenore	37.1
10	Bipolar	2	AP, AD	-	31.2
11	Şizoaftif	12	AP, MS	-	22.8
12	Schizophrenia	20	AP, AX, AD	-	28.7
13	Schizoaffective	6	AP, MS	Gastritis	30.1
14	Schizophrenia	33	AP, AE, AX	-	27.4
15	Bipolar	18	AP, AE, MS, AD	-	21.0

AD, antidepressant; AE, antiepileptic; AP, antipsychotic; AP, antiparkinson; AX, anxiolytic; MS, mood-stabilizing; OAD, oral antidiabetic drug; SMI, severe mental illness.

BMI: Body Mass Index.

**FIGURE 1** Themes and subthemes related to on the views of the individuals with mental illness regarding the physical activities and nutrition [Color figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

environments adversely affected the patients' performing physical activities.

the area below my chest and my feet. My feet hinder. They make me tired. I am getting tired easily. This area under my chest tightens up. (The participant 6).

I cannot allocate any time for walking... This is because I do not have appropriate opportunities or home is not appropriate regarding its location. Other than this, I do not see anything to motivate me to walk. (The participant 4).

3.1.2 | Subtheme 2: Barriers to healthy eating

The patients reported some factors preventing their regular and balanced food intake. The mental illness of the patients and their medications adversely affected their nutrition. The most commonly reported preventing factors included the existence of some paranoid thoughts such as the patient would be poisoned, being at the manic or depressive phases of the bipolar disorder, and the appetite increasing effects of the psychiatric drugs.

Yes, my mental illness affected my nutrition. I thought that I would be poisoned or something. I mean I thought that they would poison me. Then, I could not eat anything outside for a

period of time. Because I thought that I would be poisoned, I could not eat anything for a duration of 2 days or something. (The participant 3).

For example, I woke up in the night and have some snacks. But this has happened recently. I have not experienced it previously. Here it is, this the side effect of the medicine. It increased my appetite. (The participant 8).

Some individuals with mental illness experienced difficulties because they were not knowledgeable about how to cook healthy food and because they lacked information on healthy eating. In addition, patients' living alone and lack of a companion at home to cook prevented their healthy eating. Most of the patients' being unemployed and the economical insufficiencies due to the unemployment were among the major factors preventing their healthy eating. One patient reported that he saw a dietitian, however, had difficulties in complying with the prescribed diet.

our neighbor provide us food. I sometimes cook food. I don't know. To tell you the truth, I buy food, I mean. I live alone. Because I am alone, I sometimes experience unwillingness to eat (The participant 1).

We rarely eat meat. It is expensive. Because it is too expensive, we cannot buy it. (The participant 11).

it is associated with affording. When you regard to meat or fish, it means a requirement for money. Because we have hard times to make the ends meet, we cannot eat everything we like. Therefore, we are content with what we have. (The participant 14).

... the dietitian prescribed me a diet when I was at the university but I could not comply with it. It was difficult for me to prepare them all when I am alone. I mean, I found it difficult. I mean, I understood that I could not prepare them. (The participant 1).

3.2 | Theme 2: The facilitators

The facilitators for a healthy eating and for the performance of physical activities were identified for the individuals with mental illness. The regular attendance to the CMHC to join the physical activities there with an accompanying trainer motivated the individuals with mental illness.

I did not like to do sports before attending here. I liked doing sports after I attended here.... It makes me feel better, my feet are relaxed, my body is relaxed. (The participant 6).

...I leave home to come here exactly at 9 o'clock. We take walks with friends here. I play ball games. I try to attend everything here. I try to manage my life by means of the each and every sporting activity here, I mean, I do nothing apart from these activities. (The participant 9).

Most of the patients reported that they do sports because they would not like to be overweight and cared for their outer appearances. The patients who had the support from friends, who lived with their families, and who had children had higher levels of motivation to do sports. The following factors were found to facilitate the patients' caring for the regular and healthy eating, including the patients' willingness not to put on weight, their perception that doing sports was beneficial, and their having a companion to promote healthy eating with them.

I like doing sports... It increases my self-confidence, I mean, it increases my attractiveness for the opposite sex. Besides, one gets healthier. It is beneficial for the health, too... (The participant 3).

3.3 | Theme 3: The habits

The majority of the individuals with mental illness were identified with both positive and negative habits of eating and physical activities.

3.3.1 | Subtheme 1: The habits to physical activities

Although some patients thought that physical activities were important for the health, most of them lacked awareness of this issue. However, even the patients who were aware of the positive effects of the physical activities reported that they were not engaged in regular sporting activities. The most common physical activity performed by the patients was walking.

Walking makes me feel better because I think that walking is good for the cardiac health and for a longer life. Therefore, I walk almost 2 hours every day.... I just take walk. That's all. (The participant 8).

3.3.2 | Subtheme 2: The habits to healthy eating

Individuals with mental illness were identified with some positive and negative eating habits. Some patients reported that they attempted to lower their intake of fat, flour, sugar, and salt; they were attentive to consume vegetables and tried to avoid carbohydrates. However, the majority of the patients reported that they consumed snacks mostly, they ate carbohydrates mostly, they liked eating take-home foods, they had the habit of eating at night, and they ate irregularly.

I actually know that I do it wrong, but I keep doing it. I buy potato chips etc. But so what? If I do not buy chips but something other, they will cost more. I easily run out of money. I consume a lot. Because it's pleasant. But not all pleasant things are healthy. I know it's unhealthy. I am eager to eat. (The participant 2).

I like legumes most. I mean white beans, rice, or pasta. I love pasta. I consume them a lot. I consume bread a lot, too. It is unhealthy to consume a lot of bread but I cannot stop myself. (The participant 4).

3.4 | Theme 4: The needs

Some needs for a balanced nutrition and for more physical activities were identified for the individuals with mental illness. The majority of the patients reported that they obtain information about nutrition and physical activity on television or from the internet. Furthermore, it was recognized that some patients were misinformed. Two patients reported that they tried to lose weight by taking drugs they bought on the internet.

By saying a regular diet, I mean that I want to lose weight... But my appetite increased due to the psychiatric drugs I use. I keep on gaining weight... Here it is, that situation bothers me for example. Therefore, I bought a fat burning medication from the internet. I plan to burn my fat to some degree and then I plan to do bodybuilding myself. (The participant 8).

The majority of the patients reported that they needed somebody to support and coach themselves for regular eating and performance of physical activities. It was determined that the patients required information supply about nutrition and physical activities.

I will attend if a training course on nutrition and exercising is held at the CMHC. I would love to do so. I am open to being guided. I mean, I would attend if people I trust attend, too. (The participant 9).

... Companions have some influences, too. Being involved in some activities here within the circle of friends helps me to be motivated. I don't find walking hard. I would do it out of this place, either if I had the friend support. (The participant 9).

Even though the patients were aware of the importance of the nutrition and physical activity, it was determined that they needed economic support for the sustainability of their initiatives.

money, for example. I would be motivated more if I had money. I would have a better health. Everything would be better then. (The participant 3).

... we cannot buy meat because we are short of money but I would rather eat meat if I had the money. (The participant 3).

4 | DISCUSSION

Four main themes emerged as the result of the analysis of the data collected on the views of the individuals with mental illness regarding the nutrition and physical activities. The study results were discussed under these four thematic titles.

4.1 | Theme 1: Barriers

The study determined that the individuals with mental illness experienced many barriers to balanced eating and performance of physical activities. The factors impeding the performance of physical activities included unwillingness, laziness, quick fatiguability, and lack of

motivation. The results of this study are similar to the results of the studies in the literature.^{3,26} Having the will and motivation are important to increase physical activities.^{19,27} The studies in the literature report that individuals with mental illness lack the motivation to attend and sustain physical activities.^{3,19} Planning the physical activity initiatives for the patients will not be sufficient. The mental health nurses must be aware of the patients' lack of motivation for the performance of physical activities. Furthermore, they must plan initiatives to raise their levels of motivation for more physical activities.

The adverse effects of the psychiatric drugs such as sedation, dizziness, and insomnia prevented their attendance to physical activities. The psychiatric drugs used by the individuals with mental illness cause many adverse effects and these adverse effects might negatively influence the behaviors for healthy lifestyles.¹ In a study by Johnstone et al.¹² conducted in England (UK), the patients reported that the adverse effects of the psychiatric drugs such as sedation, tremor, and tardive dyskinesia prevented their attendance to physical activities.¹² Another study found that the patients could not perform physical activities due to the sedative effects of the psychiatric drugs.¹³ Monitoring the adverse effects of the drugs is a component of the routine mental health care.⁸ The mental health nurses must be aware of the adverse effects of the drugs and must help the patients to cope with these adverse effects in order for the patients to attend physical activities more.

The current study demonstrated that the psychiatric symptoms such as hallucinations and paranoid delusions seen in the majority of the patients prevented them to attend physical activities. Similar findings were reported in other studies in the literature.^{12,13,19,28} A qualitative study by Johnstone et al.¹² conducted in England (UK) determined that the lack of confidence due to the mental illness and the anxiety due to the hallucinations prevented the performance of physical activities.¹² In addition, the depressive symptoms impede the physical activities, too.^{29,30} The mental health nurses must take the fears, anxieties, and the symptoms the patients experienced into account when they plan initiatives for physical activities.

In this study, it was found out that the majority of the patients were prevented from attending physical activities because they did not have companies during their performance of physical activities and because of the absence of appropriate venues for these activities in the surroundings. It has been reported that the attendance to the physical activities by the individuals with mental illness is adversely affected in the absence of the required social support and encouragement.¹⁹ The study by Ince et al.³¹ demonstrated that the social support, as well as the availability of the sporting tools, facilitated performing exercises.³¹ In the study conducted by Cabassa et al.,²⁹ the patients reported that they lacked any safe environments for performing physical activities. The study conducted by Ussher et al.²⁶ identified the following factors as the barriers to performing physical activities including the patients' lack of confidence in the open environments, their experiences of fear, and their lack of information about how to perform exercises.²⁶

In this study, it was found that the nutrition of the patients was negatively affected by the mental illness of the patients and their medications. The most commonly reported barriers for healthy eating were the presence of the paranoid delusions and the effects of the

psychiatric drugs increasing the appetite. The studies evaluating the views about the healthy eating habits of the individuals with mental illness are quite limited in the literature. In a study by Johnstone et al.,¹² the patients reported that the psychiatric drugs caused them to put on weight and disturbed their body images. A study found that the individuals with mental illness put on weight due to the appetite increasing effects of the psychiatric drugs.¹³ The mental health nurses must recognize the individuals with mental illness experiencing increased appetite and at risk of putting on weight to support them to cope with the increased appetite. The mental health nurses must develop nutrition courses to deal with the increased appetite. In addition, the individuals with mental illness must be enabled to acquire healthy eating habits.

In this current study, it was determined that some individuals with mental illness experienced difficulties in healthy eating because they had economic insufficiencies, because they lived alone, because they were not knowledgeable about how to cook healthy food, and because they lacked information on healthy eating. The study conducted by Kilbourne et al.¹⁸ demonstrated that the individuals with bipolar disorder experienced difficulties when they cooked alone and they ate alone.¹⁸ The study by Cabassa et al. determined that the range of food to choose was limited in individuals with mental illness due to their limited level of income.²⁹ The mental health nurses must collaborate with the dietitians to develop realistic and affordable eating plans in alignment with the individuals with mental illness' socioeconomic status and these plans must be easy for the patients to comply with. The mental health nurses can train the patients on preparing healthy meals at the basic level to facilitate their healthy eating.

4.2 | Theme 2: Facilitators

In this study, it was determined that some facilitating factors exist for the individuals with mental illness to ensure balanced food intake and to attend physical activities. The regular attendance of the individuals with mental illness to the CMHC to join the physical activities there with an accompanying trainer motivated them for performing physical activities. Most of the individuals with mental illness were willing to do sports because they would not like to be overweight and cared for their appearances. In the study conducted by Johnstone et al.,¹² the individuals with mental illness reported that taking part in physical activity programs encouraged them to be involved in physical activities. In addition, they reported that the company of the individuals with similar mental health issues facilitated their attendance to the physical activities.¹² The study by Alley et al.²⁸ reported that the individuals with mental illness' will for healthy lifestyles and for the control of body weight was motivating for the performance of physical activities.²⁸ Pickett et al. observed that some individuals with mental illness tried to be physically active to feel better or to lose weight.³⁰

The current study demonstrated that the individuals with mental illness who had the support from friends, who lived with their families, and who had children were more willing to perform physical activities. A study by Leutwyler et al.³² reported that having a company allowed the sustainability of the performance of physical activities. Soundy et al.³ observed in their study that the main factor to facilitate the

attendance of the individuals with schizophrenia to physical activities was the support provided by the healthcare personnel.³ The insufficient social support to the individuals with mental illness is observed to be associated with less physical activities. The mental health nurses²⁶ bear the key role in improving the self-confidence of the individuals with mental illness and raise their motivation levels. Little information is available in the literature about the factors to motivate the individuals with mental illness to perform physical activities.²⁷

4.3 | Theme 3: Habits

In this study, it was found out that a very little proportion of individuals with mental illness perform physical activities regularly. The most common physical activity performed by the individuals with mental illness was walking. The study conducted by Ussher et al.²⁶ demonstrated that the most common types of physical activities performed by the individuals with mental illness were walking (70%) and doing exercises at home (90%). The study by Johnstone et al.¹² reported that most individuals with mental illness preferred daily activities such as walking and lasting less than 30 min.¹² The study conducted by Leutwyler et al. demonstrated that the most common physical activities performed by the individuals with mental illness were walking, doing housework, and attending the fitness clubs.³³

The current study identified negative eating habits of the individuals with mental illness. It was determined that the majority of the individuals with mental illness consumed snacks very much, they ate carbohydrates mostly, they ate take-home foods, they had the habit of eating at night, and they ate irregularly. The study by Osborn et al.⁹ noted that the eating habits of the individuals with mental illness including the intake of food lacking fibers and eating saturated fat were twofolds more common compared to those found in the healthy population.⁹ Another study determined that the individuals with mental illness consumed less fruits, vegetables, legumes, potatoes, and milk.⁵ It is important that the mental health nurses must perform interventions to allow the individuals with mental illness to develop healthy eating habits.

4.4 | Theme 4: Needs

The current study determined that the majority of the individuals obtain information about nutrition and physical activity on television or from the internet. However, it was noted that they were misinformed. The study by McDevitt et al. found out that the individuals with a mental illness needed to be supplied with information about health for the performance of the physical activities.¹³ In our study, two individuals with mental illness reported that they tried to lose weight by taking drugs they bought on the internet. These data obtained in our study were not reported by any other study and they highlight an important issue which should be dealt with by the mental health nurses. The majority of the individuals with mental illness reported that they needed somebody to support and coach themselves for regular eating and performance of physical activities. A study by McDevitt et al. stressed the importance of the presence of a professional to motivate the individuals with mental illness to perform physical activities.¹³

5 | CONCLUSIONS

The study identified several factors influencing the performance of physical activities and the balanced eating habits of the individuals with mental illness. The physical barriers of the individuals with mental illness as well as their mental illness, the symptoms of the mental illness, and the adverse effects of the psychiatric drugs negatively affect the individuals with mental illness to perform physical activities and to eat healthy food. The level of awareness of the importance of physical activities and healthy food intake was found to be low in the majority of the individuals with mental illness. Consequently, the individuals with mental illness were found to perform physical activities insufficiently and they had insufficient eating habits and insufficient levels of information.

5.1 | Implications for nursing practices

The registered individuals at the Community Mental Health Centers need to be supported by the mental health nurses. The mental health nurses must be aware of the barriers and the motivational resources of the individuals with mental illness. The mental health nurses must provide evidence-based training courses and interventions at the CMHC for the individuals with mental illness in order to promote physical activities and eat healthy food. In order for the individuals with mental illness to work through these interventions, they should be planned by taking the patient barriers and facilitators into account. The improvements must be acquired by the individuals with mental illness to be integrated into their lifestyles. In addition, the interventions should be planned in such a way that they will raise the motivation levels of the individuals with mental illness. The mental health nurses must encourage the individuals with mental illness to perform physical activities and develop milieu to facilitate physical activities by collaborating with the local organizations like municipalities. Furthermore, the families of the individuals with mental illness must be encouraged to support individuals with mental illness for the performance of physical activities and healthy food intake.

Further studies are recommended to be conducted to demonstrate the requirements and the difficulties of the family members who may support the performance of the physical activities and healthy eating habits of the individuals with mental illness. The studies investigating the factors to motivate the individuals with mental illness to perform physical activities and to develop healthy eating habits are recommended. It is considered that the behavioral changes to acquire healthy lifestyles can only be evolved following this path.

5.2 | Limitations

The limitations of the study must be taken into account while interpreting the results of the study. As the study has a qualitative nature, the results cannot be generalized to all individuals with mental illness. Another limitation is the use of the voice recorder. Using a voice recorder might have influenced the individuals with mental illness' volunteering to participate the study, however, the participants shared their thoughts on physical activity and food intake willingly. Another limitation of the study is the inclusion of only the individuals with men-

tal illness attending the CMHC regularly. This condition might have caused our study sample to consist of only the compliant and willing individuals with mental illness. In addition, the majority of regular attendees of the CMHC are males. Therefore, the majority of the individuals participating the study are males. The number of the female individuals with mental illness is lower. Therefore, mostly the views of the male individuals with mental illness were collected.

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The authors declared no potential conflicts of interest.

FUNDING

The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

AUTHOR CONTRIBUTION

All authors have agreed on the final version and meet at least one of the following criteria:

- (1) the conception and design of the study, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data,
- (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content,
- (3) final approval of the version to be submitted.

ORCID

Sevecen Çelik Ince MSc, PhD Candidate, Research Assistant 

<http://orcid.org/0000-0003-3113-4565>

Neslihan Partlak Günüşen PhD 

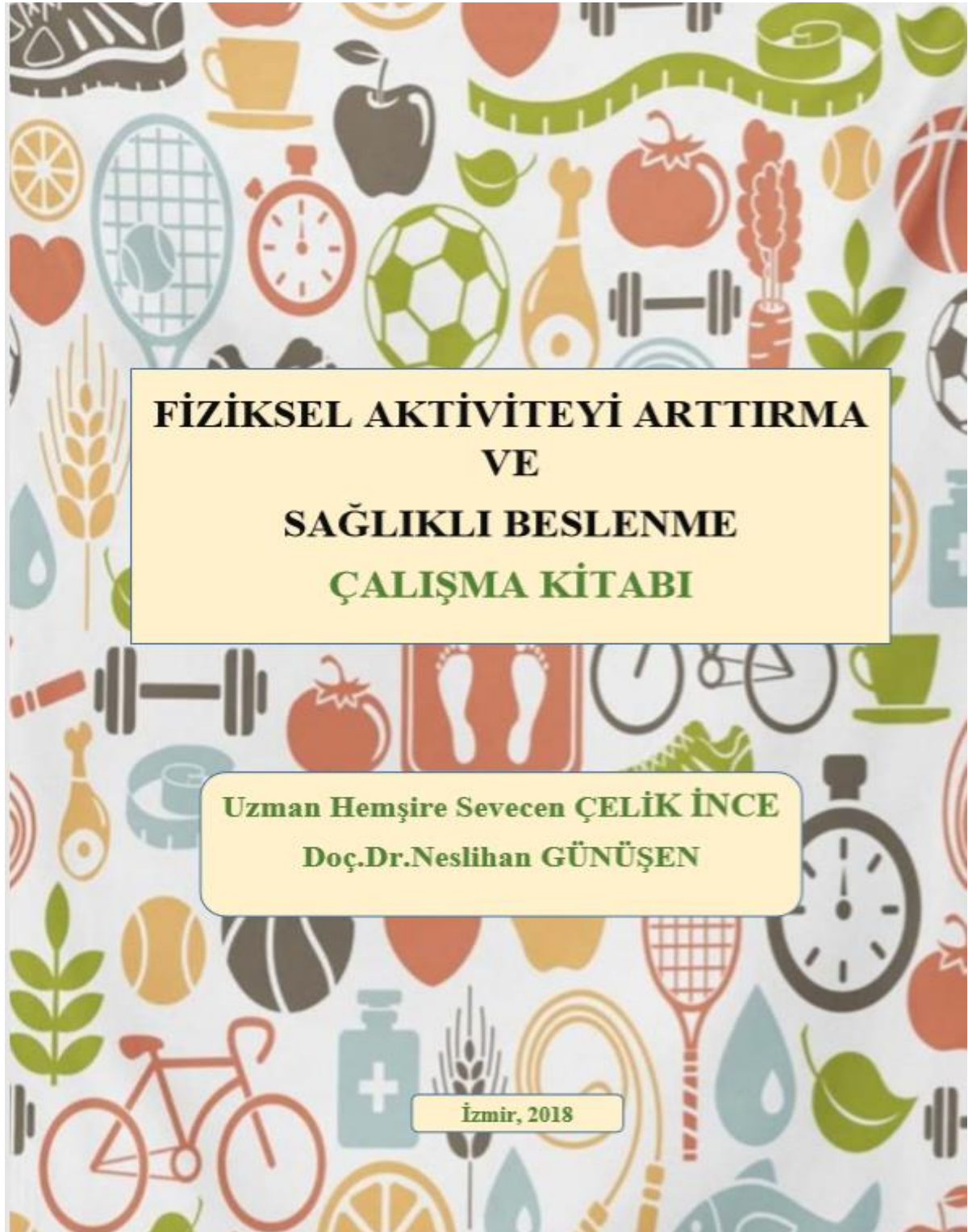
<http://orcid.org/0000-0002-1666-291X>

REFERENCES

1. Chen S, Chien Y, Kang C, Jeng C, Chang W. Comparing self-efficacy and self-care behaviours between outpatients with comorbid schizophrenia and type 2 diabetes and outpatients with only type 2 diabetes. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21:414-422. <http://doi.org/10.1111/jpm.12101>.
2. Scott D, Happell B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues Ment Health Nurs*. 2011;32:589-597. <http://doi.org/10.3109/01612840.2011.569846>.
3. Soundy A, Stubbs B, Probst M, Hemmings L, Vancampfort D. Barriers to and facilitators of physical activity among persons with schizophrenia: a survey of physical therapists. *Psychiatr Serv*. 2014;3:693-696. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201300276>.
4. Kilian R, Becker T, Krüger K, Schmid S, Frasch K. Health behavior in psychiatric in-patients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatrica Scand*. 2006;114:242-248. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00850.x>.
5. McCreadie RG. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *Br J Psychiatry*. 2003;183:534-539. <http://doi.org/10.1192/bjp.183.6.534>.
6. Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H, et al. Health habits of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:268-276. <http://doi.org/10.1007/s00127-007-0164-5>.
7. Peet M. Diet, diabetes and schizophrenia: review and hypothesis. *Br J Psychiatry*. 2004;184:102-105.

8. National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE Guidelines.
9. Osborn DPJ, Nazareth I, King MB. Physical activity, dietary habits and coronary heart disease risk factor knowledge amongst people with severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42:787–793. <http://doi.org/10.1007/s00127-007-0247-3>.
10. Stubbs B, Chen L, Chung M, Ku P. Physical activity ameliorates the association between sedentary behavior and cardiometabolic risk among inpatients with schizophrenia: a comparison versus controls using accelerometry. *Compr Psychiatry.* 2017;74:144–150. <http://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.01.010>.
11. Vancampfort D, Probst M, Knapen J, Carraro A, De Hert M. Associations between sedentary behaviour and metabolic parameters in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2012;200:73–78. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.046>.
12. Johnstone R, Nicol K, Donaghy M, Lawrie S. Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *J Ment Health.* 2009;18:523–532. <http://doi.org/10.3109/09638230903111114>.
13. McDevitt J, Snyder M, Miller A, Wilbur J. Perceptions of barriers and benefits to physical activity among outpatients in psychiatric rehabilitation. *J Nurs Scholarsh.* 2006;38:50–55. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00077.x>.
14. Pratt SI, Jerome GJ, Schneider KL, et al. Increasing US health plan coverage for exercise programming in community mental health settings for people with serious mental illness: a position statement from the Society of Behavior Medicine and the American College of Sports Medicine. *Transl Behav Med.* 2016;6:478–481. <http://doi.org/10.1007/s13142-016-0407-7>.
15. Roberts SH, Bailey JE. Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *J Adv Nurs.* 2011;67:690–708. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05546.x>.
16. Leutwyler HC, Wallhagen M, McKibbin C. The impact of symptomatology on response to a health promoting intervention among older adults with schizophrenia. *Diabetes Educ.* 2014;36:945–955. <http://doi.org/10.1177/0145721710380144>.
17. De Hert A, Knapen J, Vancampfort D, De Hert M, Brunner E, Probst M. Social anxiety in physical activity participation in patients with mental illness: a cross-sectional multicenter study. *Depress Anxiety.* 2013;30:757–762. <http://doi.org/10.1002/da.22059>.
18. Kilbourne AM, Rofey DL, McCarthy JF, Post EP, Welsh D, Blow FC. Nutrition and exercise behavior among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2007;9:443–452. <http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00386.x>.
19. Bonsaksen T. Participation in physical activity among inpatients with severe mental illness: a pilot study. *Int J Ther Rehabil.* 2011;8:91–99.
20. Gray R, Hardy S, Anderson KH. Physical health and severe mental illness: if we don't do something about it, who will. *Int J Ment Health Nurs.* 2009;18:299–300. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00640.x>.
21. Kaya Erginer D, Partlak Günüşen N. Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık durumu: ihmal edilen bir alan [Physical health status of individuals with mental illness: a neglected area]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi [Dokuz Eylül University School of Nursing Electronic Journal].* 2013;6:159–164.
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus group. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:349–357. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
23. Sandelowski M. Focus on research methods – whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health.* 2000;23:334.
24. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri [Qualitative Research Methods in the Social Sciences]. 7th ed. Ankara: Seçkin Publishing; 2011.
25. Pandey SC, Patnaik S. Establishing reliability and validity in qualitative inquiry: a critical examination. *Jharkhand J Dev Manage Studies.* 2014;12:5743–5753.
26. Ussher M, Stanbury L, Cheeseman V, Faulkner G. Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatr Serv.* 2007;58:405–408. <http://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.405>.
27. Farholm A, Sørensen M. Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: a systematic review of intervention studies. *Int J Ment Health Nurs.* 2016;25:194–205. <http://doi.org/10.1111/inm.12214>.
28. Alley S, Andersson M, Burton N, et al. Web-based intervention preferences and physical activity motivation of people with depressive symptoms. *Health Psychol Bull.* 2017;1:7–14.
29. Cabassa LJ, Siantz E, Nicasio A, Guarnaccia P, Lewis-Fernández R. Contextual factors in the health of people with serious mental illness. *Qual Health Res.* 2014;24:1126–1137. <http://doi.org/10.1177/1049732314541681>.
30. Pickett K, Kendrick T, Yardley L. "A forward movement into life": a qualitative study of how, why and when physical activity may benefit depression. *Ment Health Phys Act.* 2017;12:100–109. <http://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.03.004>.
31. Ince S, Günüşen NP, Özerdem A, Özşık S. Diabetes self-care views of individuals with severe mental illness and comorbid type 2 diabetes and of those only with type 2 diabetes. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31:386–393. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.011>.
32. Leutwyler H, Hubbard EM, Slater M, Jeste DV. "It's good for me": physical activity in older adults with schizophrenia. *Community Ment Health J.* 2014b;50:75–80. <http://doi.org/10.1007/s10597-013-9613-7>.
33. Leutwyler H, Hubbard EM, Jeste DV, Vinogradov S. "We're not just sitting on the periphery": a staff perspective of physical activity in older adults with schizophrenia. *Gerontologist.* 2013;53:474–483. <http://doi.org/10.1093/geront/gns092>.
34. Carless D, Douglas K. Social support for and through exercise and sport in a sample of men with serious mental illness. *Issues Ment Health Nurs.* 2008;29:1179–1199. <http://doi.org/10.1080/01612840802370640>.
35. Yılmaz S, Buzlu S. Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu [Side effects of medications and adherence to medication in patients using antipsychotics]. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.* 2012;20:93–103.

How to cite this article: Çelik Ince S, Partlak Günüşen N. The views and habits of the individuals with mental illness about physical activity and nutrition. *Perspect Psychiatr Care.* 2018;54:586–595. <https://doi.org/10.1111/ppc.12289>



Sayın Katılımcı,

Bu çalışma kitabı, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin fiziksel aktivite durumunu ve sağlıklı beslenmelerini arttırmak amacıyla, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı kapsamında Doç.Dr. Neslihan GÜNÜŞEN'in danışmanlığında yürütülen Uzman Hemşire Sevecen ÇELİK İNCE'nin doktora tez çalışması için hazırlanmıştır.

İçindekiler

Oturum 1

Fiziksel Aktivite ve Sağlıklı Beslenmenin Önemi

Fiziksel Aktivite ve Sağlık

Oturum 2

Fiziksel Aktivite ve Sağlık

Oturum 3

Sağlıklı Beslenme

Oturum 4:

Sağlıklı Beslenme ve Besin Güvenliği

Oturum 1

Fiziksel Aktivite ve Sağlıklı Beslenmenin Önemi

Beslenme, hem zihinsel hem de performansı etkileyen önemli bir etkidir. Yeterli ve dengeli beslenme ile beraberinde yapılan düzenli fiziksel aktivite ile pek çok sağlık riskinin önüne geçilebilmektedir. Birçok insan sağlıklı bir yaşamın düzenli bir egzersiz programını içerdiğine katılmaktadır.

Amacımız;

- Fiziksel aktivitemizi arttırmak
- Kilo kontrolümüzü sağlamak
- Sağlıklı beslenmeyi kazanmak



Vücut ağırlığımızı nasıl değerlendiririz?

Boy uzunluğuna göre olması gereken vücut ağırlığını belirlemede Beden Kütle İndeksi (BKİ) sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. BKİ'nin normal kabul edilen sınırların üzerine çıkması sağlık risklerini arttıracığından arzu edilmez.

Kendi beden kütle indeksimizi hesaplayalım.

Kilonuz:.....kg

Boyunuz:.....m

$$BKİ = \frac{\text{kilonuz (kg)}}{\text{boyunuz (m)}^2}$$



Pedometre (adımsayar) Kullanma



Adımsayar, atılan adım sayısını gösteren, kolay taşınabilir, küçük, basit bir araçtır.

Adımsayar kullanımı, bireylerin hem fiziksel aktivitelerini ölçmek hem de fiziksel aktiviteyi yürüyüş yaparak motive etmede kullanılmaktadır.

Günde "10.000 adım" hedefi yetişkinlerde fiziksel aktiviteyi arttırma yöntemi olarak kullanılmaktadır.

Sağlık için yetişkinlerde önerilen günlük adım sayıları aşağıdadır.

Yetişkin	
Gün/Adım sayısı	Fiziksel aktivite seviyesi
<5000	Hareketsiz (sedanter)
5000-7499	Düşük düzeyde aktif
7500-9999	Biraz aktif
≥ 10000	Aktif
≥ 12500	Yüksek düzeyde aktif

Peki siz günde kaç adım atıyorsunuz? Hiç hesapladınız mı?

.....

Ev ödevi: Eğer daha önce hiç hesaplamadıysanız bugün itibari ile hesaplamaya başlayalım mı? O halde kendinize günlük yürüyüş hedefleri koyun.

Sizin günlük yürüyüş hedefinizi yazınız
*

OTURUM 2

Fiziksel Aktivite ve Sağlık

Pedometre kullanımı ile ilgili yaşıadığını zorluklar oldu mu?

*

Bu bölümde birlikte şu konuları tartışacağız.

- Fiziksel aktivite nedir?
- Fiziksel aktivitenin yararları nelerdir?
- Fiziksel aktivite sıklığı, süresi ve türleri nelerdir?
- Fiziksel aktiviteyi arttırma önerileri
- Bahanelerimiz neler ve nasıl yeneceğiz?
- Fiziksel aktivite yaparken nelere dikkat etmeliyiz?

Şimdi, ilk olarak fiziksel aktivite, egzersiz ve spor terimlerinin bizim için ne anlama geldiğini tartışalım.

“Fiziksel aktivite”

Gün içinde yaptığımız her türlü hareket.

“Egzersiz (Düzenli Fiziksel Aktivite)”

Planlı, tempolu ve düzenli hareketler bütünü.

“Spor”

Belirli kurallar içerisinde yapılan, lisanslı amatör ve profesyonel sporcuların gerçekleştirdiğı aktivite.



Düzenli olarak yaptığınız fiziksel aktiviteler varsa yazınız.

*

*

Fiziksel Aktivite Yapmanın Yararlarını Biliyor muyuz?

Aşağıda düzenli fiziksel aktivite yapmanın çeşitli yararları verilmiştir. **Şimdi, lütfen fiziksel aktivite yapmanın sizin için yararlarını düşünün. Bu yararlardan sizin için en önemli olanlar hangileri? İşaretleyiniz.**

Fiziksel Sağlığımıza Yararları

- | | |
|--|--|
| 1 Kas kuvvetini ve miktarını artırır. | 8 Kötü kolesterolü azaltır. |
| 2 Dayanıklılığı artırır. | 9 Solunum kapasitesini artırır. |
| 3 Dengeyi sağlar. | 10 Kilo almayı önler. |
| 4 Refleksleri geliştirir. | 11 Kanseri riskini azaltır. |
| 5 Metabolizmasını hızlandırır | 12 Bağırsakların çalışmasını düzenler. |
| 6 Kan damarlarının tıkanma riskini azaltır | 13 Kan şekeri dengeli. |
| 7 Düzensiz kalp atım hızını azaltır. | 14 Kemik erimesi riskini azaltır. |

Ruhsal Sağlığımıza Yararları

- | | |
|---|--|
| 15 Daha iyi hissetmeyi sağlar | 20 Daha iyi bir görüntü ile öz güveni artırır. |
| 16 Uyanıklık sağlar | 21 İletişim becerilerini artırır. |
| 17 Depresyon ve kaygı riskini azaltır | 22 Yorgunluk hissini azaltır |
| 18 Öfkemizi azaltır | 23 Yaşamdan zevk almayı sağlar |
| 19 Kendimize verdiğimiz değeri artırır. | 24 Sosyal ilişkileri geliştirir. |

Yaşamımızın Geri Kalanı İçin Yararlar

- | | |
|---|--|
| 25 Erken yaşlanmayı önler | 27 Düşmeleri azaltır |
| 26 Ani fiziksel hastalık nedeniyle yaşam kaybını azaltır. | 28 Daha aktif bir yaşam tarzını sağlar |

Düzenli fiziksel aktivite yapmakla ilgili listede olmayan sizin için başka yararların olduğunu düşünüyor musunuz?

*

*

Bunu biliyor muydunuz?

Fiziksel aktivite programlarına katılan kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin, ruhsal olarak kendilerini daha iyi hissettikleri, ilaç tedavisine daha uyumlu oldukları, kaygılarını azalttığı, gündüz uykuyu azaltıp gece uykusunu daha kaliteli hale getirdiği gibi olumlu sonuçları olduğu saptanmıştır.

Fiziksel Aktivite Ne Sıklıkla Yapılmalı?

Yetişkin her birey için haftalık **en az 150 dakika** egzersiz önerilmektedir. Bunun için **günde 30 dakika haftada 5 gün** fiziksel aktivite yapmak (en azından tempolu yürüyüş; 4-6 km/saat) yeterlidir. Bu süre 10'ar dakikadan az olmayan bölümlere ayrılabilir.

Siz haftada kaç dakika fiziksel aktivite yaptığınızı hesapladınız mı?

*

Haftada en az 3 kere düzenli bir fiziksel aktivite yapıyorsanız,
TEBRİKLER!

Fiziksel Aktivite Türleri

Dayanıklılık Egzersizleri

Düzenli ve sık adımlarla yürüme, bisiklet sürme, yüzme, masa tenisi gibi aşırı yorucu olmayan, kalbimizi güçlendiren egzersizlerdir. Haftada **en az 3 gün, 150 dk** yapılmalıdır.



Kuvvet Egzersizleri

Ağırlık taşımak, mekik, şınav çekmek gibi kasları güçlendiren egzersizlerdir. Haftada **2 gün** yapılmalıdır.



Esneklik ve Denge Egzersizleri

Yoga, pilates, tek ayak üzerinde durma gibi denge ve esnekliği sağlayan egzersizlerdir. Haftada **3-4 kez** yapılmalıdır.



Fiziksel Aktiviteyi Arttırmak Zor Mudur?

- Fiziksel olarak aktif bir yaşam sürmek *zor ve masraflı değildir.*
- Fiziksel olarak aktif olabilmek için *çok fazla para harcamaya gerek yoktur.*
- Fiziksel olarak aktif olabilmek için *fazla zamana gerek yoktur.*
- Fiziksel olarak aktif olabilmek için *yaş önemli değildir.*



Sizin için fiziksel aktivitenizi arttırmak zor mudur? Nedenlerini yazınız.

*

*

*

*

Fiziksel Aktiviteyi Arttırmak İçin Öneriler

- Mümkün olduğu kadar yürüyüş yapın
- Kendinizi iyi hissettiren rahat kıyafetler seçin
- Aktif ve hareketli kişilerle birlikte zaman geçirin
- Sevdiğiniz aktiviteleri yaşam tarzı haline dönüştürün
- Televizyon ve bilgisayar başında geçirilen zaman azaltın
- Uzun süre telefonla konuşacaksınız yürüyerek konuşun
- Ev işlerini mümkün olduğunca kendiniz yapın
- Aç karnına fiziksel aktivite yapmayın
- Yemekten iki veya üç saat sonrasına kadar egzersiz yapmayın
- Fiziksel aktivite yaparken su tüketmeyi unutmayın
- İlerlemenizi ve başarınızı kaydetmek için egzersiz günlüğü tutun
- Egzersiz sırasında, eğer ağrı ya da acı hissederseniz dinlenin
- Egzersizin sağlığını için gerekli olduğunu düşünün
- Mevcut aktivitenizden sıkılıyorsanız, değiştirmeyi deneyin
- Tek başınıza yapıyorsanız, müzik dinleyin
- Yürüyüş yaparken pedometre (adımsayar) kullanın



Bahanelerimiz Neler ve Nasıl Yeneceğiz?

*Bence vücut ağırlığım normal,
fiziksel aktivite yapmaya
ihtiyacım yok.*

- Vücut ağırlığının normal olması sağlıklı olduğumuz anlamına gelmez.
- Sağlığınıza korumak için mutlaka düzenli fiziksel aktivite yapmalısınız.

- Yavaş adımlarla başlayın, hareketlere alıştıkça süre ve şiddeti bir miktar arttırabilirsiniz.
- Daha az güç gerektiren, alıştığınız ve sevdiğiniz fiziksel aktivite tipini seçin.

*Yaralanmaktan
korkuyorum.*

*Hava şartları düzenli fiziksel
aktivite yapmaya uygun değil.*

- Hava soğuk, yağmurlu, karlı olabilir.
- Evde veya kapalı alanlarda fiziksel aktiviteniz için fırsat yaratabilirsiniz.

- Arkadaşlarınızla yürüyüş grupları oluşturabilirsiniz.
- Aile bireyleri ile fiziksel aktivite zamanları oluşturabilirsiniz.

*Kendi kendime egzersiz
yaparken güvende
hissetmiyorum.*

*Psikiyatri ilaçlarım çok
uyumaya neden oluyor, ağırlık
basıyor.*

- Kendinizi sürekli uykulu hissediyorsanız olabildiğince uyanık kalmaya çalışın.
- İlacı aldıktan sonra dinlenmek için kendinize zaman ayırın fakat bu süreyi çok uzun tutmayın.
- Tehlike yaratmayacak düzeyde basit fiziksel aktiviteler yapın

- Ani pozisyon değişikliği yapmayın
- Ağır ve yorucu fiziksel aktivite yapmayın fakat hareketsiz kalmaktan da kaçının
- Tutunarak yürünmeli ve yere bakılmamalıdır.

*Psikiyatri ilaçlarım
tansiyonumu düşürüyor, baş
dönmesi, sersemlik yapıyor.*

Fiziksel Aktivite Yaparken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Fiziksel aktivite yaparken aşağıdaki durumlardan biriyle karşılaşırsanız fiziksel aktivite yapmayı durdurun ve doktorunuza danışın.

- Göğüs ağrısı başladıysa,
- Kalp ritminde bozulma veya tekleme hissediyorsanız,
- Soluk almada giderek artan zorlanma varsa,
- Egzersiz sırasında dikkat çeken bir morarma varsa,
- Baş dönmesi ve göz kararması hissediyorsanız,
- Egzersizi sürdüremeyecek kadar eklem ağrınız olduysa,
- Egzersizi sürdüremeyecek düzeyde halsizlik ve yorgunluk varsa,
- Egzersizle ortaya çıkan ve giderek artan baş ağrısı varsa

Ev ödevi: Bir sonraki oturuma kadar hedeflediğiniz adımı atmayı ve sayfa 6'daki tabloya adım sayınızı kaydetmeyi unutmayınız.

OTURUM 3

SAĞLIKLI BESLENME

Bu bölümde birlikte şu konuları tartışacağız.

- Yeterli ve dengeli beslenme nedir?
- Besin ve besin öğeleri nelerdir?
- Günlük ağırlıklı olarak tüketilen besin gruplarının fark edilmesi
- Besin grupları nelerdir?
- Beslenmemizi neler etkileyebilir ve ne yapabiliriz?

Bir önceki hafta neler yaptık, hatırlayalım. Fiziksel aktivite yaparken nelerde zorlandık neleri başardık

Zorluklarımız

Başardıklarımız

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Şimdi, beslenmenin bizim için ne anlama geldiğini tartışalım.

Beslenme, Açlık duygusunu bastırmak, karın doyurmak ya da canının çektiği besinleri yemek içmek değildir. Sağlığı korumak ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda alabilmektir.

Yeterli ve Dengeli Beslenme Nedir?

Çocukluğunuzda ne yiyeceğinizle ilgili kararların çoğunu sizden sorumlu yetişkinler vermektedir.

Şu anda, sizler birer yetişkinsiniz, ne yiyeceğiniz ile ilgili kendi kararlarınızı vermek için birçok fırsata sahipsiniz. Yiyeceklerle ilgili yaptığınız seçimler sizin için çok önemli olabilir.

Yiyecekler işte, okulda ve diğer aktivitelerinizde dayanıklılığınız, yeteneklerinizde ve sağlığınız üzerinde önemli rol oynamaktadır. Aslında, yiyecekler sağlık durumunuzda, iyi olmada önemli rol oynar.

Sağlıklı olmak için beslenmenin önemi nedir?

*

Sağlıklı olmak için yeterli ve dengeli beslenme önemlidir. Yeterli ve dengeli beslenmeden siz ne anlıyorsunuz?

*



Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli besin öğelerinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması yeterli ve dengeli beslenmedir.

Dört temel besin grubunda yer alan besinler her öğünde, yeterli miktarda tüketilmelidir.

Besin ve Besin Öğeleri Nelerdir?

Vücudun gereksinimi olan ve besinlerin bileşiminde besin öğeleri etkinliklerine göre 6 grupta toplanabilir. Bunlar; **proteinler, yağlar, karbonhidratlar, mineraller, vitaminler ve su.**

PROTEİN



Büyüme ve gelişme için gereken en önemli besin öğesidir. Vücudun savunma sisteminin, enzimlerin ve bazı hormonların temel yapı taşlarıdır.

YAĞ



Vücut yağı, insanın başlıca enerji deposudur. Enerji harcaması, enerji alımından az olduğunda vücutta yağlar depolanır ve yağ oranı artar. Deri altı yağ dokusu vücut ısının hızlı kaybını önler.

KARBONHİDRAT



Başlıca görevi enerji sağlamaktır. Vücutta kullanılan günlük enerjinin çoğu karbonhidratlardan sağlanır.

MINERAL



Mineraller vücudun çalışmasını düzenleyen enzimlerin bileşiminde yer alırlar ve vücudun savunma sisteminde kullanılırlar

VİTAMİN



B grubu, enerji oluşması ile ilgili metabolik olayları düzenler. D vitamini; kalsiyum ve fosfor gibi minerallerin kemik ve dişlerde yerleşmesine yardımcıdır. A, C ve E vitaminleri; vücutta hücre hasarını önler.

SU



Besinlerin sindirimi, dokulara taşınması ve hücrelerde kullanılması, zararlı artıkların vücuttan uzaklaştırılması ve vücut ısının düzenlenmesi için gereklidir. Yaşam için zorunludur.

Besin Grupları Nelerdir?

Besin piramidi, besin grupları arasında önerilen dengeyi göstermek ve sağlıklı olmak için günlük yeme alışkanlığı kurmanıza yardımcı olmak için geliştirilmiştir.



Siz bu besinlerden en sık hangilerini tüketiyorsunuz?

- *
- *
- *

Süt ve Süt Ürünleri Grubu

Süt, yoğurt, ayran, cacık, sütlü tatlılar, peynir, çökelek...



Önemi;

- ✓ Büyüme gelişme
- ✓ Dokuların onarımı
- ✓ Kemik ve diş gelişimi
- ✓ Sinir ve kasların düzenli çalışması
- Kalsiyum
- Protein
- B2 ve B12 vitamini

Önerilen: günlük 2-3 porsiyon

1 porsiyon

1 su bardağı süt
veya
1 küçük kase yoğurt
veya
2 küçük kase cacık
veya
2 su bardağı ayran
veya
1 kibrit kutusu kadar peynir

Bir günde ne kadar süt ve süt ürünleri tükettiğinizi yazınız.

*

*

Süt Grubu Tüketimi İçin Öneriler

- ❖ Yağ ve tuz içeriği az olan peynirler tercih edin.
- ❖ Pastörize edilmiş (günlük süt) veya UHT (uzun ömürlü süt) sütlerin tercih edin, sokak sütlerini satın alınmayın.
- ❖ Tatlılarda krem veya dondurma yerine yoğurt kullanın
- ❖ Sütlü tatlı pişirilirken şeker ilavesini ocaktan alındıktan sonra yapın.
- ❖ B2 vitamin kaybını önlemek için yoğurt suyunu süzmeyin.

Et, Yumurta, Kurubaklagil Grubu

Et, tavuk, balık, **yumurta**, kurufasulye, nohut, mercimek, ceviz, fındık, fıstık gibi yağlı tohumlar



Önemi;

- ✓ Büyüme gelişme
- ✓ Hücre yenilenmesi
- ✓ Kan yapımı
- ✓ Sinir, sindirim sistemi ve deri sağlığı
- Protein
- Demir, çinko, magnezyum
- B6, B12, tiamin, A vitaminleri, posa

Önerilen: günlük 2 porsiyon

1 porsiyon =

Et, tavuk, balık
50-60 g (ki ızgara köfte kadar)

Kurubaklagiller
90 g (bir çay bardağı kadar)

Yağlı tohumlar
30 g

Yumurta
Haftada 3-4 adet tüketilmelidir.
2 yumurta 2-3 köfteye eş değer

Bir günde ne kadar et, yumurta ve kurubaklagil tükettiğinizi yazınız.

*

*

Et, Yumurta ve Kurubaklagil Tüketimi İçin Öneriler

- Yağsız kırmızı et, derisiz tavuk tercih edin.
- Balığı haftada en az 2-3 kez tüketin.
- Salam, sosis, sucuktan uzak durun.
- Etleri kızartarak tüketmekten kaçının.
- Çiğ yumurta tüketmeyin. Taze yumurta tüketin.
- Bir yumurta aynı büyüklükteki et ile eş değerdir.
- Hasarlı ve kirli yumurtaları satın almayın.

Sebze ve Meyve Grubu

Sebzeler: ıspanak, marul, lahana, semiz otu, taze fasülye, pırasa, havuç

Meyveler: portakal, mandalina, elma, kayısı, şeftali



Önemi;

- ✓ Büyüme gelişme
- ✓ Hücre yenilenmesi
- ✓ Kan yapımı
- ✓ Diş ve diş eti sağlığı
- ✓ Deri ve göz sağlığı
- ✓ Hastalıklara karşı direnç

- A, C ve B12 vitaminleri
- Folik asit, Demir
- Posa

Önerilen: günlük 5 porsiyon (400 gr)

1 porsiyon
Meyve

=

1 küçük boy elma
1 orta boy portakal
1 büyük boy portakal
1 avuç kuru üzüm
10 adet yeşil Erik
4 adet kayısı
1 küçük boy ya da yarım büyüklükte muz
12 adet çilek v.b.

Bir günde ne kadar sebze ve meyve tükettiğinizi yazınız.

*

*

“Çeşitli renk ve türde sebze ve meyve tüketin!”

Sebze ve Meyve Tüketimi İçin Öneriler

- Sebze-meyveleri mevsiminde, bol ve ucuz bulunduğu dönemlerde, taze tüketin.
- Sebze-meyve suları yerine posa açısından zengin sebze-meyvenin kendisi tüketin.
- Ana yemeklerinizin yanında salata olarak muhakkak sebzeler tüketin.
- Kabukları yenilebilenleri soymadan tüketin.
- Taze sebzeleri bol su altında iyice yıkadıktan sonra doğrayın.
- Konserve sebze ve meyve tüketmemeye çalışın.

Ekmek ve Tahıl Grubu

Buğday, pirinç, mısır, çavdar ve yulaf gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, bulgur, yarma, gevrek...



Önemi;

- ✓ Vücudun temel enerji kaynağı
- ✓ Hastalıklara karşı direnç
- ✓ Sinir, sindirim sistemi ve deri sağlığı
- B1 (tiamin) vitamin
- Niasin vitamini
- Protein, Posa

Önerilen günlük 4-5 porsiyon

4-6 küçük dilim ekmek
+
1 küçük kase pilav-makarna (6-8 yemek kaşığı)
veya 1 orta dilim börek
+
1 kase kadar çorba

DİKKAT!!!

Eğer kilonuz olması gerekenden fazla ve daha çok oturarak zaman geçiriyorsanız bu grupta yer alan besinleri daha az tüketmeniz gerekir...

Bir günde ne kadar ekmek ve tahıl tükettiğinizi yazınız.

*

*

Ekmek ve Tahıl Tüketimi İçin Öneriler

- Tam tahıl (buğday, arpa, yulaf, çavdar, arpa vb) ürünleri tüketin.
- Tam tahıl ürünleri her öğünde tüketin.
- Protein ve vitamin içeriğini arttırmak için tahıl grubu besinleri diğer besinlerle (kurubaklagiller, süt ve ürünleri) birlikte tüketin.

Beslenmemizi Neler Etkileyebilir?

Sağlıksız beslenme, fiziksel sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Sağlıklı beslenmeyi sınırlı bütçe, yiyecek seçimi, psikiyatrik ilaç yan etkileri, sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları gibi birçok faktör etkileyebilir.

Beslenmeyi Olumsuz Etkileyen Faktörler



Sağlıksız Beslenme Alışkanlıkları.	Psikiyatrik İlaç Yan Etkileri
✓ Günde sadece bir öğün yemek ✓ Yüksek doymuş yağ besinlerini tüketmek ✓ Yüksek şekerli içecekleri tüketmek ✓ Düşük lifli besinleri tüketmek ✓ Beslenmelerine ekstra tuz ilave etmek ✓ Meyve sebzeyi minimum düzeyde tüketmek ✓ Her gün fast food, tuzlu atıştırmalıklar ve tatlı tüketmek	➤ Kabızlık ➤ İştah artışı ➤ Bulantı-kusma ➤ İsteksizlik ➤ Ağız kuruluğu

Sizin sağlıklı beslenme alışkanlığınıza engel olan durumlar var mı? Sağlıklı beslenmenizi engelleyen durumları yazınız.

- *
- *
- *

Beslenmemizi Neler Etkileyebilir ve Ne Yapabiliriz?

Kabızlık

- Posalı (lifli) yiyecekler tüketelim
- Hareket edelim
- Günde 8-10 bardak su tüketelim
- Uzun süren kabızlıkta hekime bilgi verelim

Ağız Kuruluğu

- Psikiyatrik ilaçlar ağız kuruluğuna neden olabilir
- Dişleri ve dili düzenli fırçalayalım
- Ağız sık sık su ile çalkalayalım
- Dudaklara nemlendirici sürebiliriz
- Diş protezi yoksa şekersiz sakız çiğneyebilirsiniz
- Şekerli gıdalardan uzak duralım

İştah Artışı

- Psikiyatrik ilaçlar iştah artışına neden olabilir
- Yağ, şeker, un kullanımını kısıtlayalım
- Kızarmış yiyecekleri, tuzlu atıştırmalıkları, şekerlemeyi azaltalım
- Daha küçük porsiyonlar tüketelim
- Sınırlı ve şekersiz kahve ve çay tüketelim
- Fiziksel aktivite yapalım
- Ara ara kilo takibi yapalım

Bulantı-Kusma

- Yağlı besinlerde uzak duralım
- Az ve sık beslenelim
- Su içelim
- Kola ve çay içmeyelim
- Nane limon içilebilir
- Temiz hava alın

Sınırlı Bütçe

- Marketlerde toptan satılan daha büyük paketli indirimli ürünlerden alın
- Dondurucunuz varsa bu ürünleri dondurucuda saklayın
- Mağaza markalı ürünler diğer markalı ürünlere kıyasla daha uygundur.
- Et, balık gibi bütçeyi zorlayan besinler ile eş değer daha uygun besinleri tercih edin.
- Meyve ve sebzeleri mevsiminde daha uygun alabilirsiniz.

OTURUM 4

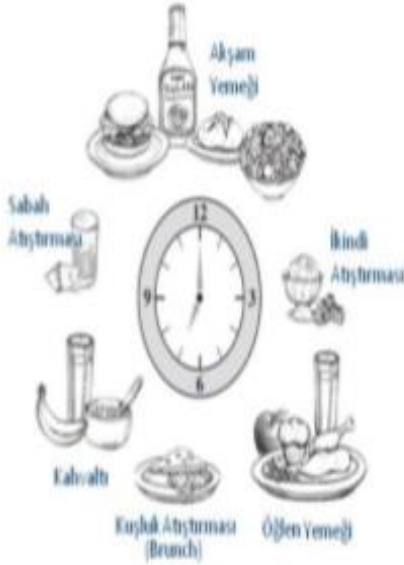
SAĞLIKLI BESLENME

BESİN GÜVENLİĞİ

Bu bölümde birlikte şu konuları tartışacağız.

- Öğünler ve Önemi Nedir?
- Fazla Tüketimi Sakıncalı Olan Besinleri Nasıl Azaltabiliriz?
- Besin Güvenliği Nedir ve Nasıl Sağlamalıyız?
- Sağlıklı Atıştırmalık Nasıl Hazırlanır?

Şimdi, öğünlerin ne anlama geldiğini tartışalım.



24 saatlik zaman diliminde vücudumuz belli bir düzen ve sistemde çalışır. Bu süreçte belirli zamanlarda uyumamız, beslenmemiz ve hareket etmemiz gerekmektedir.

Sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenme, vücudumuzun sağlıklı bir şekilde çalışması için çok önemlidir. Dolayısıyla sağlıklı ve dengeli beslenmenin gün içerisinde sağlanmasında öğünler büyük öneme sahiptir.

Siz günde kaç öğün besleniyorsunuz?

*

Öğünler ve Önemi Nedir?

- 3 ana, 3 ara öğün
- Kısa aralıklarla küçük porsiyon tüketin
- Öğün atlamayın

Ana öğünler sabah kahvaltısı, öğle ve akşam yemeğini içermektedir.

Ana öğünlerde dört besin grubunun keyfini çıkarın !

Ana öğünler



Sabah Kahvaltısı

4-5 saat ara



Öğle Yemeği

4-5 saat ara



Akşam Yemeği

Kan şekerinin düzenlenmesine yardımcı olarak çabuk acıkmayı ve bir sonraki öğünde gereksinimden fazla besin tüketimini engeller.



Sabah Kahvaltısı

4-5 saat ara



Öğle Yemeği

4-5 saat ara



Akşam Yemeği

Ara öğün

Ara öğün

Ara öğün

Ara Öğünlerde Ne Tüketelim?

- Aşırı yağlı, salçalı, tuzlu, şekerli besinlerden uzak durun
- Sindirimi kolay besinler seçin

Ara öğün örnekleri;

- Yoğurt
- Süt
- Cacık
- Çiğ ceviz, Çiğ fındık
- Meyve (1 adet elma vb)

Sizin öğün atlama nedenleriniz nedir?

- *
- *
- *

Ara öğün alışkanlığını nasıl kazanabiliriz?

- ✓ Ana öğünleri zamanında almaya özen gösterin.
- ✓ Ara öğün saatlerini unutmamak için hatırlatıcı kullanabilirsiniz.
- ✓ Ara öğün saatlerinde dışarı iseniz çantanızda ara öğünleri bulundurmayı unutmayınız.

Fazla Tüketimi Sakıncalı Olan Besinleri Nasıl Azaltabiliriz?

- ❖ Alışverişe gitmeden önce yemek yemiş olun.
- ❖ Bu şekilde aburcubur ya da sağlıksız besinleri satın alma olasılığınız azalacaktır.
- ❖ Ayrıca sağlıklı besinlerin yer alacağı bir alışveriş listesi yapın ve bu listeye uymaya çalışın

Daha az şeker tüketin!!!

- Şekersiz çay, kahve ve meyve suyu içmeyi deneyin.
- Şurup yerine doğal meyve suyu tüketin.
- Reçel, marmelat ve bal miktarını azaltın.
- Şekersiz ya da çok az şekerli kahvaltılık yemeyi deneyin.
- Kola, gazoz yerine ayran tüketin
- Çikolata, gofret, pasta vb sınırlandırın



Daha az tuz tüketin!!!

- Yemeklerinizi tuzsuz veya az tuzlu pişirin.
- Sofrada yemeklere tuz eklemeyin.
- Sebze ve meyve tüketimini arttırın. Sebze ve meyveler tuz ve enerji içeriği düşük besinlerdir.
- Hazır besinlerin etiketleri okunmalı ve az tuzlu veya tuzsuz olanlar tercih edilmelidir



Uzak durulması gereken yiyecekler: kola, cips, çikolata, asitli içecekler, dondurulmuş hazır gıdalar, konserveler, tatlandırıcılar.

Besin Güvenliği Nedir ve Nasıl Sağlamalıyız?

Besinler, üretim-tüketim zincirinin (tarladan-sofraya) her aşamasında besin güvenliğini bozan etmenlerle karşılaşabilir.

Besin güvenliğini neler bozar?

Fiziksel	Biyolojik	Kimyasal
Cam parçası, sap, kabuk, saç, tımak, sigara, sigara külü, taş, kibrit, tel, raptiye, kemik kırıkları ve tüy	Besinlerin uygun koşullarda depolanmaması, hijyenik koşulların sağlanmaması nedeniyle hızlı üreyen mikroorganizmalar (küfler, parazitler, virüsler, bakteriler)	Ağır metaller, plastikler, tarım ilaçları, radyoaktif maddeler, izin verilmeyen veya önerilen miktarın üzerinde kullanılan gıda katkı maddeleri, deterjanlar,
		

Besin güvenliği sağlamada temel ilke yiyecek ve içeceklerin satın alınmasından tüketimine kadar geçen tüm aşamalarda hijyenin (mikroplardan arınması) sağlanmasıdır.

Satın Alırken, Saklarken, Pişirirken ve Servis Yaparken Nelere Dikkat Etmeliyiz?

Satın Alırken Nelere Dikkat Edelim?	Saklamada Nelere Dikkat Edelim?	Pişirme ve Serviste Nelere Dikkat Edelim?
*Güvenilir yerlerden satın alın, açıkta satılan besinleri almayın *Ambalajlı besinlerin, ambalajın bozulmamış, yırtılmamış olmasına dikkat edin *Besin ambalajının etiket bilgileri okuyun. *Mevsimine uygun sebze ve meyveler tercih edin. *Küflü kurubaklagil almayın. *Konservelerin alt ve üst kapakları şişkin, kutusu hasar görmüş olan kutuları almayın. *Son kullanma tarihi geçmiş olanları almayın.	*Çiğ et, tavuk ve balık gibi besinleri ayrı paketlerde buzdolabında veya derin dondurucuda saklayın. *Çiğ et, tavuk, balık gibi besinler ile pişmiş yiyecekler ayrı raflarda tutun. *Kıyma, küçük parça etler ve balık buzdolabında 1-2 günden, büyük parça etleri ise 3-4 günden fazla bekletmeyin. *Yumurtaları kullanımdan hemen önce yıkayın.	*Besin hazırlama, pişirme ve servisiyle ilgilenenlerde el hijyeni önemlidir. *Besinin hazırlandığı ve pişirildiği alanların, kullanılan araç ve gereçlerin temizliğini sağlayın. *Dondurulmuş sebzeleri çözündürmeden doğrudan sıcak pişirme ortamına ekleyin. *Çözündürülmüş besinleri kesinlikle tekrar dondurmayın. *Bozulduğundan kuşku duyduğunuz besini tatmadan atın.

Sağlıklı Atıştırmalık Nasıl Hazırlanır?

Acıktığınızda sizi tok tutacak, fazla bütçe gerektirmeyen, kilo almanızı engelleyecek, kısa zamanda hazırlayabileceğiniz, sindirimi kolay ve zahmetsiz birçok atıştırmalık olabilir.

Sizin kendinize hazırladığınız sağlıklı bir atıştırmalık var mı?

.....

Hadi birlikte birkaç tane sağlıklı atıştırmalık tarifine bakalım

Meyveli yoğurtlu atıştırmalık tarifi

Hazırlanışı: Bir kâse yoğurdun içine muz, çilek yada evdeki meyvelerden içine ekleyerek kendinize sağlıklı tok tutan bir atıştırmalık kolayca hazırlayabilirsiniz. İsterseniz içine yulaf da ekleyebilirsiniz.



Elma cipsi atıştırmalık tarifi

Hazırlanışı: Kırmızı elmaların kabuklarını soymadan güzelce cips inceliğinde dilimler olacak şekilde kesin. Kestiğiniz elma dilimlerini limon suyu ile birlikte hafifçe ovalayın. Sonra üzerlerine az tarçın serpip yağlı kağıt serdiğiniz fırın tepsisinin içine birbirine değmeyecek şekilde dizin. 100 derecede yaklaşık bir saat pişirin.

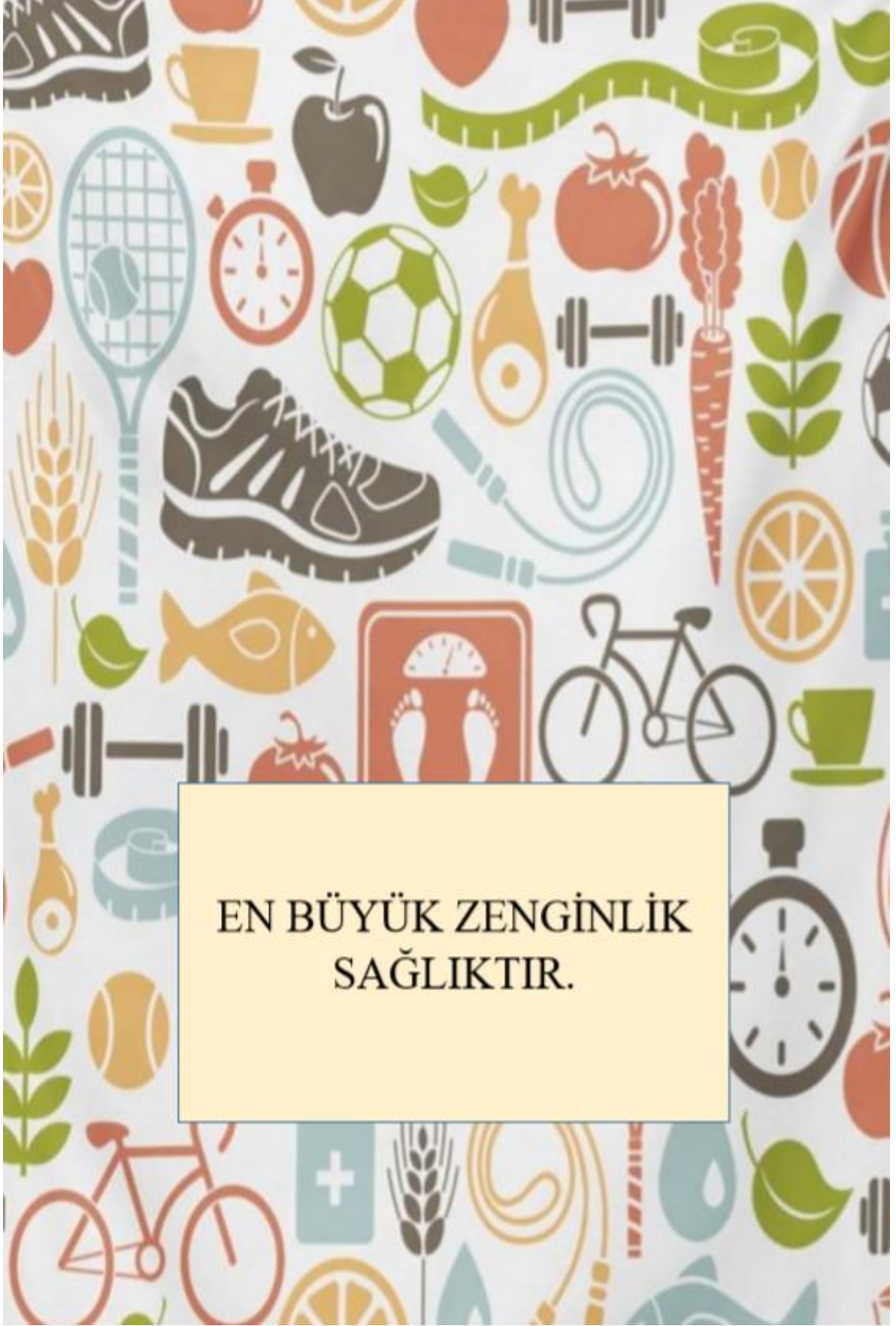


Kaynaklar

- Agency of Clinic Inovation (ACI, 2013). ACI Nutrition Standards for Consumers of Inpatient Mental Health Services in NSW. https://www.aci.health.nsw.gov.au/data/assets/pdf_file/0013/201091/ACI-Nutrition-Mental-Health-Inpatients-web-final.pdf
- Bengi G, Yalçın M, Akpınar H (2014). Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji, 18(1); 72-88
- Bilici S, Uyar MF, Beyhan Y, Sağlam F (2008). Besin Güvenliği. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Ankara
- Can S, Arslan E, Ersöz G (2014). Güncel Bakış Açısı İle Fiziksel Aktivite. Ankara Üniv Spor Bil Fak, 12 (1), 1-10
- Dietary Guidelines Advisory Committee (DGAC 2015a). Systematic Reviews of the Individual Diet and Physical Activity Behavior Change Subcommittee. Chapter 2. Eating outss; what is the relationship between eating out and/or take away meals and body weight in children and adults?1-629 https://www.cnpp.usda.gov/sites/default/files/usda_nutrition_evidence_flibrary/2015DGAC-SR-BehaviorChange.pdf
- Dietary Guidelines Advisory Committee (DGAC, 2015b). Systematic Reviews of the Dietary Patterns, Foods and Nutrients, and Health Outcomes Subcommittee. Chapter 6. Dietary patterns and risk of depression. p. 104. https://www.cnpp.usda.gov/sites/default/files/usda_nutrition_evidence_flibrary/2015DGAC-SR-DietaryPatterns.pdf
- Eli Lilly & Co (Ireland). Solution for wellness. Workbook.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC 2013b) Australian dietary guidelines educator guide. Canberra: National Health and Medical Research Council. Ss.1-61
- National Health and Medical Research Council (NHMRC, 2013a) Australian dietary guidelines: Providing the scientific evidence for healthier Australian diets. Canberra: National Health and Medical Research Council. Ss.1-226
- National Institutes of Health (NIH, 2017). Aim for a Healty Weight: [healthy eating plan](https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/index.htm) and be physically active. https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/index.htm
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2010). Constipation in children and young people: diagnosis and management. Clinical guideline. Ss. 22
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2015). Preventing excess weight gain. Clinical guideline. Ss.9
- Palmenter K (2001a). Changing health behaviours: weight control. Bandolier extra: evidence-based health care, December. www.ebandolier.com
- Palmenter K (2001b). Starting to exercise. Bandolier extra: evidence-based health care, December. www.ebandolier.com
- Tudor-Locke, C., Burkett, L., Reis, J. P., Ainsworth, B. E., Macera, C. A., & Wilson, D. K. (2005). How many days of pedometer monitoring predict weekly physical activity in adults? *Preventive Medicine*, 40(3), 293–298. doi:10.1016/j.ypmed.2004.06.003
- Türk G, Eşer İ (2007). Ortostatik hipotansiyonun önlenmesi. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11 (1); 32-37
- Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi (TFAR, 2004). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı. Yayın no, 940, 2. Baskı, Ankara.
- Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi (TOBR, 2015). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, yenilenmiş 1. Baskı, Temmuz, Ankara

- Warburton D, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SD (2010). A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7:39 <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-39>
- WHO (2011). Factsheet on physical activity guidelines for adults (19-64 years). <http://www.nhs.uk/Livewell/fitness/Documents/adults-19-64-years.pdf>
- WHO (2011). Global Recommendations on Physical Activity for Health 18 - 64 years old. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf?ua=1>
- WHO (2006). BMI classification. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- WHO (2015). Healthy diet. Fact sheet N°394. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>
- Zengin Alpözgen, A., & Razak Özdiğer, A. (2016). Fiziksel aktivite ve koruyucu etkileri: derleme. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 66. doi:10.17681/hsp.18017





EN BÜYÜK ZENGİNLİK
SAĞLIKTIR.

EK 13. Katılımcı Belgesi

	
KATILIM BELGESİ	
Sayın.....	
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN ile Araş.Gör. Sevecen ÇELİK İNCE tarafından 07-28 Mayıs 2018 tarihlerinde yürütülen Fiziksel Aktiviteyi Arttırma ve Sağlıklı Beslenme Programı'nı başarıyla tamamlamıştır.	
Araş.Gör.Sevecen ÇELİK İNCE	Doç.Dr.Neslihan GÜNÜŞEN