

T.C.
KOACELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Şizofreni Hastalarına Uygulanacak 16 Haftalık Rekreatif Etkinliklerin Yaşam Kalitesine
Etkisinin İncelenmesi

Gülçin GÖZAYDIN

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Beden Eğitimi ve Spor Programı için Öngördüğü

DOKTORA TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ

2009

T.C.
KOACELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Şizofreni Hastalarına Uygulanacak 16 Haftalık Rekreatif Etkinliklerin Yaşam Kalitesine
Etkisinin İncelenmesi

Gülçin GÖZAYDIN

DANIŞMAN

Yrd. Doç.Dr. Bergün MERİÇ BİNGÜL

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Beden Eğitimi ve Spor Programı için Öngördüğü

DOKTORA TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ

2009

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE


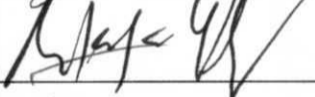


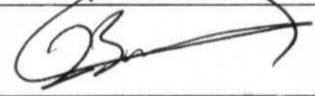
Tez Adı: Şizofreni Hastalarına uygulanacak 16 haftalık rekreatif etkinliklerin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi

Tez yazarı: Gülçin GÖZAYDIN

Tez savunma tarihi: 03/06/2009

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Bergün MERİÇ BİNGÜL

İşbu çalışma, jürimiz tarafından Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN: (DANIŞMAN)	Yrd. Doç. Dr. Bergün MERİÇ BİNGÜL	
YED. ÜYE(DANIŞMAN):	Prof. Dr. Mustafa YILDIR	
ÜYE:	Ümit KESİM Yrd. Doç. Dr.	
ÜYE:	Yrd. Doç. Dr. Mensure AYDIN	
ÜYE:	Yrd. Doç. Dr. Zekiye BAŞARAN	

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

.../.../200..

Prof. Dr. Ümit BİÇER

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu alıŐma sűrecinde bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandıđım danıŐmanım Yrd. Doç. Dr. Bergűn MERİÇ BİRĐŪL'e yardımcı danıŐmanım Prof. Dr. Mustafa YILDIZ'a destekleri ve katkıları için Yrd Doç. Dr. Zekiye BAŐARAN'a Yrd. Doç.Dr. Ūmit KESİM'e Okt. Yűksel ABDİKOĐLUNA ve Őđretim Gűrevlisi Selim YILDIZ'a teŐekkűrlerimi sunarım.

Bu araŐtırmanın yapılmasında űn ayak olan Doç.Dr. Nilay ETİLER'e Kocaeli Ūniversitesi Tıp Fakűltesine bađlı Gűndűz Hastanesi alıŐanları Ayla Erol, Reyhan Elim, Suna Candan, Dr. Őebnem Efendi'ye teŐekkűr ederim.

Ayrıca, alıŐma sűrecinde űnerilerini ve yardımlarını aldıđım arkadaŐlarıma űzel teŐekkűrlerimi sunarım.

Gülçin GÖZAYDIN

Şizofreni Hastalarına Uygulanacak 16 Haftalık Rekreatif Etkinlilerin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi

ÖZET

Bu araştırmanın amacı şizofreni hastalarına uygulanan 16 haftalık rekreatif etkinliklerin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesidir. Denek grubunu yaş ortalaması $37,4 \pm 11,7$ 8 bayan, 12 erkek, Kontrol grubunu yaş ortalaması $34,5 \pm 10,4$ 9 bayan 12 erkek olan toplam 41 şizofreni hastası oluşturmuştur. Etkinlikler, haftada 3 gün, günde 60 dakika olmak üzere toplam 16 hafta devam etmiştir. Etkinlikler öncesinde ve sonrasında deneklere WHOQOL-BREF-Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır.

Test öncesi ve sonrası gelişim farklılıklarına SPSS istatistik programında Wilcoxon testi ile bakılmıştır. Etkinliklere katılanlarda fiziksel alan, psikolojik alan, sosyal ilişkiler alanında gelişme tespit edilirken ($p < 0.05$) çevresel alanda bir gelişme bulunmamıştır ($P > 0.05$). Kontrol grubunda ise yaşam kalitesinde bir gelişme görülmemiştir ($p > 0.05$),

Anahtar Kelimeler: Rekreatif etkinlikler, Yaşam kalitesi, Şizofreni

Gülçin GÖZAYDIN

THE EFFECT OF THE QUALITY OF LIFE TO SCHIZOPHRENIA PATIENTS WHO
PARTICIPATE 16 WEEK RECREATION PROGRAMME

ABSTRACT

The aim of this study is, to examine the effect of the quality of life to the schizophrenia patients who participate 16 weeks recreation programme. The research has been made on 20 patients in experiment group average age $37,4 \pm 11,7$ and 21 patients in control group average age $34,5 \pm 10,4$ totally 41 schizophrenia patients. The activities lasted 16 weeks, three days a week and 90 minutes each day. During the 16 weeks period activities before and after the activities the schizophrenia patients were given WHO_QOL questionnaire.

The statistical data was applied by using SPSS 16.0 package programme. After the activities, experimental group has made a progress statistically ($p < 0,05$) at physical field, social field and psychological field but not at the enverimental field ($p > 0,05$). The control group has not made any progress on these parameters ($p > 0,05$).

Key Words: Leisure activities, Quality of Life, Schizophrenia.

ÖZET	I
ABSTRACT	II
TEŞEKKÜR.....	III
İÇİNDEKİLER.....	İV
ÇİZELGELER	X
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Psikoz.....	3
2.1.1. Psikozun Nedenleri.....	3
2.1.2.Psikoz Türleri	4
2.1.2.1 Şizofreni.....	4
2.1.2.2 Paranoya	4
2.1.2.3. Kısa psikoz	5
2.1.2.4. Paylaşılmış psikoz.....	5
2.2.Şizofreni.....	5
2.2.1 Şizofreni Semptomları	7
2.2.1.1Pozitif Semptomlar	7
2.2.1.1.1 Düşünce Bozukluğu.....	7
2.2.1.1.2. Hezeyanlar	7
2.2.1.1.3.Halüsinasyon.....	7
2.2.1.1.4 Davranış Bozukluğu.....	8
2.2.1.2. Negatif Semptomlar	8
2.2.1.2.1 Duygu İfadesinde Donukluk.....	8

2.2.1.2.2 Motivasyon Kaybı	8
2.2.1.2.3 Düşünce Yoksunluğu.....	8
2.2.2 Şizofreni Nedenleri	9
2.2.2.1 Genetik	9
2.2.2.2 Biyolojik	9
2.2.2.3 Psikososyal Faktörler	10
2.2.3 Şizofrenide Tedavi Çeşitleri	10
2.2.3.1 Psikososyal Tedaviler	10
2.2.3.2 Rehabilitasyon	12
2.2.3.3 Bireysel psikoterapi.....	12
2.2.3.4 Aile Eğitimi	13
2.2.3.5 Grup Terapisi	13
2.2.3.6 Davranış Terapisi	13
2.3 Egzersiz Depresyon ve Mental Sağlık.....	14
2.3.1 Egzersiz ve Depresyon	14
2.3.2 Fiziksel Aktivite Mental Sağlık İlişkisi ve Yararları.....	16
2.3.3 Mental Rahatsızlığı olan Hastalarda Fitnesin Rolü	17
2.4. Şizofreni ve Egzersiz	18
2.4.1 Şizofreniler Üzerinde etkili Egzersiz Programları.....	18
2.4.2 Şizofreni Hastalar için Etketif Egzersiz Programın Hazırlanması.....	18
2.4.3 Şizofren Hastalarının Tedavisinde Egzersizin Önemi	19
2.4.4 Egzersizin Şizofreni Hastalarının Zihinsel ve Bedensel Sağlık Parametreleri Üzerindeki Etkileri.....	20
2.5 Yaşam Kalitesi	20
2.5.1 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	21
2.5.2 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Önemi	23

2.5.3 Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR)	24
2.5.4.Tedavi Sürecinde Yaşam Kalitesine Odaklanma	25
2.5.5 Sızofrenide Yasam Kalitesinin Ölçümü :	25
2.5.6 Şızofreni ve Yaşam Kalitesi.....	27
2.6 Zaman.....	28
2.6.1 Zamannın Kullanım Şekline Göre Sınıflandırılması	29
2.6.2 Serbest Zaman	29
2.6.3 Serbest Zamanın Yapısal Özellikleri.....	29
2.6.4 Serbest Zaman ve Oyun Kavramlarının Nitelikleri.....	30
2.7 Rekreasyon.....	30
2.7.1 Rekreasyonun Özellikleri	30
2.7.2 Rekreasyona Duyulan İhtiyaçların Nedenleri	32
2.7.3 Rekreasyonun Sosyal ve Toplumsal Yararları.....	32
2.7.4 Rekreasyon Program Alanları	33
2.7.5 Rekreasyon Aktivitelerinin Sınıflandırılması.....	34
2.8 Terapötik Rekreasyon.....	34
2.8.1 Psikiyatrik Terapötik Rekreasyon Süreçleri	34
2.8.2. Psikiyatrik Rehabilitasyon Programı içinde Egzersizin Terapi Üzerine Etkisi	35
2.9 Terapötik Rekreasyon Çeşitleri	35
2.9.1 Bibliyoterapi	35
2.9.2 Sinematapi.....	36
2.9.3 Bahçecilik	36
2.9.4 Terapi Grupları.....	36
2.9.5 Komedi	36
2.9.6 Terapötik Dokunma	37

2.9.7 Gevşeme Teknikleri.....	37
2.9.8 Fiziksel Aktivite	37
2.9.9 Aroma Terapi	37
2.9.10 Qigong	37
2.9.11 Tai Chi.....	38
2.9.12 Macera Terapi	38
2.9.13 Güven Egzersizleri	38
2.9.14 Sosyal Beceri Egzersizleri.....	38
2.9.15 Bilişsel Rehabilitasyon	39
2.9.16 Hayvan Yardımıyla Terapi	39
2.9.17 Su Terapisi	39
2.9.18 Teknoloji	39
2.9.19 Yaratıcı Sanatlar	40
2.9.20 Gerçeğe Yönelim	40
2.9.21 Gerçeklik Terapisi.....	40
2.9.22 Yeniden Motive Etme.....	40
2.9.23 Yeniden Sosyalleşme	40
2.9.24 Duyusal Egzersiz	41
2.9.25 Andaç.....	41
2.10 Şizofreni Hastalarına Uygulanan Aktif ve Pasif Terapötik Rekreasyon Çeşitleri	41
2.11 Pilates.....	41
2.12 Halk Oyunları.....	42
2.13 Aerobik Dans	42
2.14 Serbest Zaman Yaşam Kalitesi ve Depresyon	43
2.14.1 Serbest Zaman Eğitimi ve Yaşam Kalitesi.....	43

2.14.2 Serbest Zaman Aktivitelerin Sınıflandırılması.....	43
2.14.3 Serbest Zaman Etkinliklerin Sağlık Üzerine Etkisi.....	44
2.14.4 Serbest Zaman ve Mental Sağlık	44
2.14.5 Yaşam Kalitesi, Serbest Zaman Değerlendirme Ve Kişi.....	45
2.14.6 Yaşam Kalitesi, Serbest Zaman Değerlendirme ve Toplum	47
2.14.7 Egzersiz ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	47
2.14.8 Serbest Zaman Fiziksel Aktivite ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	48
2.14.9 Psikolojik Rahatsızlığı olan Hastalarda Egzersiz ve Yaşam Kalitesi arasında İlişkisi.....	49
3. MATERYAL ve METOD.....	50
3.1 Araştırma Grubu.....	50
3.1.1 Deney Grubu.....	50
3.1.2 Kontrol Grubu.....	50
3.2 Araştırmanın Yöntemi.....	50
3.2.1 Çalışmanın Uygulanmasıyla İlgili Alınan İzinler ve Yapılan Toplantılar	50
3.2.2 Antrenman Yerleri ve Süresi	51
3.2.3 Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu	52
(WHOQOL-BREF-TR)	52
4.BULGULAR	54
5.TARTIŞMA	58
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	62
6.1. SONUÇLAR.....	62
6.2.ÖNERİLER.....	62
KAYNAKLAR.....	64
EKLER.....	72

EK 1. WHO Yaşam Kalitesi Anket Formu.....	72
ÖZGEÇMİŞ.....	74

ÇİZELGELER

Çizelge 4.1. Grupların alanlara göre ön-test son-test aritmetik ve standart sapma değerleri.....	58
Çizelge 4.2. Grupların Yaşam Klitesi ve Genel Sağlık Durumlarına göre ön-test son-test aritmetik ve standart sapma değerleri	59
Çizelge 4.3. Gruplar Arasındaki Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık Wilcoxon Sonuçları.	59
Çizelge 4.4. Grupların Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık Ön-Testi ve Son-Testi Bitirme Sürelerinin Mann Whitney U Sonuçları	60
Çizelge 4.5. Gruplar Arasındaki Yaşam Kalitesi Testinin Wilcoxon Sonuçları.....	61
Çizelge 4.6. Grupların Ön-Testi ve Son-Testi Bitirme Sürelerinin Mann Whitney U Sonuçları	61

1. GİRİŞ

Şizofreni hastalığı şiddetli ve yaşam boyu süren bir beyin hastalığıdır ve özellikle sinir aralığındaki ileticilerinden olan dopamin ve serotonin etkinliklerinin bozulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Cerenzia, 1999). Beyinde meydana gelen bu değişim Şizofreni semptomlarını ortaya çıkarmakta bunun sonucunda da gerçek olmayan düşünceler ve algılar, hareket kabiliyetinde bozukluk, konuşma ve duyu ifadelerinde güçlük, dikkat, hafıza ve organizasyonda dağınıklık görülmektedir (Caroline, 2005).

Şizofreni hastalarında görülen bu semptomların azaltılmasında uzun süre takip gerektiren ilaç tedavisi verilmektedir (Richardson, 2005). Ancak Blin&Micallef (2001)'e göre Şizofreni hastalarında kullanılan ilaçların aşırı kilo alımı gibi büyük sorun teşkil eden yan etkileri bulunmaktadır (Skrinal et. all, 2005). Aşırı kilo alımında Allison&Casey, (2001); Kawachi, (1999); Kurtzthaler&Fleischhacer, (2001)'e göre şizofreni hastalarını öz değerlilik, sosyalleşme ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Skrinal et. all, 2005). Ruhsal sağlığı bozuk olan kişilerin yaşam kalitesini geliştirmek, psikiyatri tedavisinde öncelik teşkil etmektedir (Priebe, 1998). Fakat ilaç kullanımı olarak değerlendirilen geleneksel tedavi yönteminin yanı sıra programda el becerileri, müzik, resim, dans folklor gibi sanat alanları ve bazı spor branşlarının olduğu rehabilitasyon programlarına ihtiyaç vardır (Köroğlu&Güleç, 2007). Nitelikli, planlanmış ve uygun bir etkinlik programının gerçekleştirilmesi, yaşam kalitesinin artmasında önemli rol oynamaktadır (Martinsen&Stephens,1994). Di Bona, (2000) sanatsal ve spor aktivitelerin halk sağlığı açısından pozitif etkileri olduğu, Kaufmann, (1998) göre kaygıyı düşürmede yardımcı olduğu Coleman and Iso-Ahola, (1993) iyi hisetmeyi sağladığı, Caldwell et al.(1992)'e göre fiziksel ve ruhsal sağlığı geliştirdiği, Shaw et al.(1996) stresle başa çıkabilmede yardımcı olduğunu belirtmişlerdir(Pagano et al. 2006).

Fiziksel aktivitenin, ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin yaşam kalitesini iki şekilde etkilediği düşünülmektedir. Birincisi, fiziksel sağlığı arttır, ikincisi de psikiyatrik ve sosyal rahatsızlığı elimine eder (Caroline, 2005).

Bizde çalışmamızda şizofreni hastalarında rekreatif amaçlı yapılan fiziksel aktivitelerin yaşam kalitelerini arttırabileceğini düşündüğümüzden, yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesini amaçladık.

Alt Problemler

1. Etkinliklere katılan şizofreni hastaların ön test-son test puanları arasında bir farklılık var mıdır?
2. Etkinliklere katılmayan şizofreni hastaların ön test-son test puanları arasında bir farklılık var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikoz

Psikoz sözcüğü ilk kez Ernst von Feuchtersleben tarafından 1845'te delilik ve maniye alternatif olarak kullanılmıştır. Sözcük Yunanca psyche ("zihin, ruh") ve -osis ("hastalıklı" veya "anormal durum")'dan türemiştir (Concise Oxford English Dictionary, 2004).

Psikoz ya da çıldırma kişinin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması, dış dünya ile sürdürülemediği olağan ilişkiden kopması, gerçek dışı düşünce, inanç ve algıların etkisinde bir çeşit şaşırma ya da çıldırma halinde olmasıdır (Yıldız,2005).

Psikoz terimi, gerçekle bağlantının koptuğu durumlarda zihinsel işlevleri etkileyen sağlık sorunlarını tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Bir kişide bu şekilde bir sağlık sorununun olması halinde bu psikotik epizod olarak adlandırılır. Psikozun genç yetişkinlerde ortaya çıkma olasılığı daha fazladır ve oldukça yaygındır. Her 100 gençten yaklaşık 3'ünde psikotik epizod görülmektedir. Bu durum psikozlu gençler arasında şeker hastalığından daha yaygın hale getirmektedir. Kişilerin çoğunda tam iyileşme görülmektedir. Psikotik hastalıklar herkeste görülebilir ve diğer hastalıklar gibi tedavi edilebilir (www.eppic.org).

2.1.1. Psikozun Nedenleri

Psikozun nedenlerine ilişkin birçok teoriler ileri sürülmektedir. Ancak, bu konuda hala çok fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Psikoza, ergenlik ya da ilk yetişkinlik döneminde kişide psikotik belirtilerin ortaya çıkması yatkınlığına neden olan ve tam anlaşılmayan biyolojik etkenlerin bir kombinasyonunun yol açtığına ilişkin bazı kanıtlar mevcuttur. Bu belirtiler, çoğunlukla hastalığa yatkın kişilerde stres, aşırı madde kullanma ya da sosyal değişikliklere tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Bazı etkenler bir kişiden diğerine göre daha önemli ya da önemsiz olabilir (www.eppic.org).

İlk-epizod psikoz belirtileri ortaya çıktığında hastalığın nedeni özellikle belirgin değildir. Bu nedenle, bilinen tıbbi nedenlerin belirlenmesi ve olabildiğince doğru tanı

konulabilmesi için kişinin tam bir muayeneden geçirilmesi gerekir. Bu genellikle hem tıbbi testlerin yapılmasını hem de bir akıl sağlığı uzmanıyla ayrıntılı görüşmeyi kapsar. Psikozun birçok türü vardır. Hastalığın seyri ve sonucu kişiden kişiye değişmektedir (www.eppic.org).

2.1.2.Psikoz Türleri

Psikoz adı verilen ruhsal bozukluğun değişik türleri var. Bunlardan başlıcaları şöyle sıralanabilir:

2.1.2.1 Şizofreni

Kişide en az bir aylık süre içinde aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin varlığı (sanrılar; varsanılar; konuşma özellikleri ve kalitesinde bozulma; aşırı ölçüde garip ve anlamsız şekilde dağılmış davranışlar; negatif belirtiler dediğimiz duygusal yüz ifadelerinde azalma, düşünce ve fikir üretimi ve yapısının kısırlaşması şeklinde tanımlanabilir(www.psikiyatrist.net).

2.1.2.2 Paranoya

Paranoya çoğu zaman şizofreni gibi psikotik hastalıklarla iç içedir. Bununla birlikte seyrek olarak, paranoyak kişilik bozukluğu gibi, psikotik olmayan, diğer durumlarda da gözlenebilir.

Paranoya, bireyin herhangi bir olay karşısında olayın oluşumundan farklı olarak gelişebileceğini kendi içerisinde canlandırma yolu ile öne sürdüğü ve sınırsız sayıda çeşitlendirebileceği hayal ürünlerinin tümüdür(www.msxlabs.org).

2.1.2.3. Kısa psikoz

Kısa psikotik bozukluk, kısa süren (bir aydan az, bir günden fazla) ve bireyin premorbid işlevsellik düzeyine dönmesiyle sonuçlanan, pozitif semptomların görüldüğü ve şiddetli,birya da birkaç psikostressöre yanıt olarak gelişen bir bozukluktur. Histerik psikoz, bouffée delirant, psikojenik psikoz, reaktif şizofreni, sikloid psikoz, geçici psikoz gibi isimlerle de bilinir(<http://psikoz.in>).

2.1.2.4. Paylaşılmış psikoz

Bu bozuklukta, aslında psikotik olmayan bir kişinin, psikotik bir kişinin düşüncelerini paylaşması söz konusu. Hasta olan kişinin gerçek dışı inanç ve düşünceleri diğer aile üyeleri tarafından da gerçek olarak kabul edilmeye başlanıyor. Örneğin, komşusunun evlerine elektronik aygıtlar yerleştirdiğini ve bu yolla evlerini dinlediğini düşünen şizofrenik bir hastanın eşi de, aslında hasta olmadığı halde, giderek kocasının fikirlerini benimsemeye başlıyor (www.genetikbilimi.com).

2.2.Şizofreni

Şizofreni, beynin gelişimi ile ilgili bir rahatsızlıktır. Bilişsel ve nöromotor anormallik olarak tanımlanmaktadır. Çoğunlukla erken çocuklukta başlar (Bellack, 2004).

Şizofreni, nedeni tam olarak bilinmeyen harap edici bir beyin hastalığıdır. Daha çok yetişkinlik öncesi genç bayan ve erkeklerde rastlanmaktadır. Başlangıç nedeni çeşitlilik göstermekle beraber genetik olan ve genetik olmayan faktörlerden kaynaklanmaktadır (Noll, 2000).

Tüm ruh hastalıkları içinde şizofreni, en çok görülen rahatsızlıklar arasındadır. davranış, duygusal, düşünce ve algıda bozulma şeklinde karakterize edilebilir (Crooks et. all., 1991).

Şizofreni, nedeni iyi bilinmeyen, işlevselliği önemli ölçüde bozan, duygu, düşünce ve davranışlarda önemli bozukluklarla seyreden, adıyla bile ürkütücü bir hastalıktır. Genellikle kronik gidişlidir ve (1) prodromal (ilk silik belirtilerin görüldüğü) dönem, (2) delir (sanrı) ve/veya hallusasyonların (varsanı) bulunduğu aktif dönem, (3) arada remisyonlar görülebilen rezidül dönem olmak üzere üç kademedeyse seyreder (www.çelikkol.org).

Hastalık, 1852’de Morel tarafından ilk kez “dementia precox (erken bunama)” adıyla tanımlanmış, ergenlik döneminde başladığı ve demansla sonuçlandığı kabul edilmişti. Ancak 1911’de Bleuler, hastalığın erken yaşlarda başlamasının şart olmadığını ve bunama ile sonuçlanmadığını vurgulayarak, ürkütücü erken bunama adlandırmasını

bıraktı ve şizofreni adını önerdi. Şizofreni, “aklın bölünmesi” anlamına gelmektedir (www.çelikkol.org).

Şizofreninin ömür boyu yaygınlığı % 1-1,5’dir. Bu demektir ki, dünyaya gelen her iki yüz kişiden 2-3’ü şizofreni hastalığına yakalanacaktır. ABD’de, iki milyon şizofrenik hasta olduğu, tüm dünyada her yıl iki milyon kişinin ilk kez şizofreni tanısı aldığı hesap edilmektedir. Kırsal kesimlere oranla, kentsel kesimlerde hastalık daha yaygın ve daha şiddetli seyretmektedir. Bunun yanında, endüstrileşmemiş bölgelere göre, endüstrileşmiş bölgelerde daha yaygın ve şiddetlidir. Hastalığı ortaya çıkarmasında kadın-erkek farkı yoktur (www.çelikkol.org).

Düşük sosyoekonomik gruplarda daha yaygın görülmektedir. Ancak, sosyoekonomik sınıflar arasında incidence (belli dönemde hastalık çıkarılanların sayısı, hastalık hızı) eşittir. Başka deyişle, her sosyoekonomik grupta, hastalık eşit miktarda ortaya çıkmakta fakat her sınıftaki şizofrenik hastaları saydığımızda, alt sosyoekonomik sınıfta daha çok olduğu görülmektedir. Bunun nedeni şöyle açıklanmaktadır: Şizofreni, hastanın yaşam kalitesini düşürdüğünden, üst sosyoekonomik sınıfta doğmuş ve yetişmiş olsa bile, hastalandıktan sonra ömrünü alt sosyoekonomik grupta geçirmeye başlamaktadır. Bunun aksi görüşler de vardır (www.çelikkol.org).

Hastalık, büyük çoğunlukla 15-35 yaşları arasında başlar. (%50’si, 25 yaşın altında.) 10 yaşın altında ve 40 yaşın üstünde başlaması nadirdir. Bu durumda, şizofreninin başlaması açısından en riskli yaş, 15-25 yaşlarıdır (www.çelikkol.org).

Klinik belirtileri, seyri ve sonuçları açısından şizofreni ağır bir hastalıktır. Son 10-20 yılda şizofreninin tedavi olanakları iyice artmıştır. Örnelemek gerekirse, 1965’den 1975’e kadarki on yılda hastanelerdeki şizofrenik hasta sayısı, yarı yarıya azalmıştır. Günümüzde, bu hastaların %80’i yataksız hasta birimlerinde tedavi edilmektedir (www.çelikkol.org).

2.2.1 Şizofreni Semptomları

2.2.1.1 Pozitif Semptomlar

Entelektüel bir yıkım söz konusu değildir. Bu yüzden tedaviye daha çabuk cevap verebilmektedir (Plotnik, 1996).

Bunlar, bu bozukluğun bir sonucu olarak "eklenmiş", ancak normal olarak sağlıklı kişilerde görülmeyen psikolojik özelliklerdir (Plotnik, 1996).

2.2.1.1.1 Düşünce Bozukluğu

Düşünce yetisini güçlü biçimde zora sokan bir semptomdur. Bir konudan diğer konuya atlama, konuşmada anlamsız cümleler seçimi anlamı dışında kullanma en önemli belirtileridir (Carlson, 1990).

Düşüncenin bir konu üzerinde yoğunlaşmaması ve düşüncenin tutarsız olmasıdır (Plotnik, 1996).

2.2.1.1.2. Hezeyanlar

Kısaca yanlış inançlardan kaynaklı bir bozukluktur. Hezeyanı olan kişilerde özel güç ve yeteneklere sahip olduğuna, düşünce ve davranışlarının başkaları tarafından kontrol edildiğine inanmaktır (Carlson, 1990).

2.2.1.1.3. Halüsinasyon

Kısaca, olmayan bir uyarıyı algılamak olarak nitelendirebiliriz. En çok işitsel olarak algılanmasına karşın, diğer duyu organlarında da görülebilmektedir (Carlson, 1990).

2.2.1.1.4 Davranış Bozukluğu

Şizofreni kişiler gerçek dünyaya karşı ilgilerini yitirirler. Olaylara karşı normal dışı davranışlar gösterebilirler. Örneğin tuhaf yüz ifadeleri, amaçsız davranışlar önemli belirtileridir (Carlson, 1990).

Olaylar karşısında küçük yada hiçbir tepki vermemesi gibi anlamsız tepkiler verebilmektedir (örn., arkadaşı öldüğünde gülmesi) (Plotnik, 1996).

2.2.1.2. Negatif Semptomlar

Normal psikolojik fonksiyonlarını kaybetmiş, entelektüel bozukluğu olan konuşma eğilimleri çok az olan ve bu nedenle tedaviye reaksiyonları zayıf hasta grubudur (Plotnik, 1996).

2.2.1.2.1 Duygu İfadesinde Donukluk

İnsanın duygusal yanını ifade edebilmesi yani düşünce ve davranışlarına uygun bir duygusal tonu yaşayabilmesi yeteneğinin azalması yada kaybolması (duygulanımın yoğunluğu ve genişliğindeki kısıtlanma) ise duyulanımda donuklaşma yada küntleşme olarak tanımlanır (Yıldız, 2005).

2.2.1.2.2 Motivasyon Kaybı

Yoğunlaşma güçlüğü ve zamanında yeni bir konuya odaklanmada zorluk görülür. Dalgınlık, konu takip etme ve kavramada güçlükler olabilir. Dikkatini yoğunlaştırma, anlama ve bir konu üzerinde düşünüp fikir ileri sürebilme yeteneğinde azalma ve bozulmayla başlayıp şizofreninin faal evre belirtileri başlamadan önce sosyal mesleki ve akademik performansı bozulan hastalar görülebilir. Dikkat sorunları hastaların eğitim düzeyleri yüksek olsa bile performanslarını etkiler. Bu nedenle kısa süreli dikkat gerektiren durumlarla karşılaşmaları yeğlenebilir (Yıldız, 2005).

2.2.1.2.3 Düşünce Yoksunluğu

Düşüncenin üretilmesi azalmıştır, kişi düşünmek mantık yürütmek isteği duymaz. Düşünce fakirleşmesi (aloji), düşünce ve konuşma, söylevde bulunma işlevindeki üretkenliğin ve akıcılığın kaybolması, düşüncenin yoksullaşmasıdır (Yıldız, 2005).

2.2.2 Şizofreni Nedenleri

Şizofreninin ortaya çıkmasına neden olan etkenler kabaca doğuştan ve sonradan olarak iki grupta incelenebilir. Doğuştan kavramı anne ve babadan gelen genlerin etkisini, kişinin anne rahminde iken maruz kaldığı çevresel-fiziksel etkileri (örslenme, beslenme bozuklukları, yangı, zehirlenmeler vs), doğum esnasındaki fiziksel incinme, solunum

zorluğu-oksijen eksikliği, yangılar, kanama ve benzeri durumları kapsayan bir kavramdır. Kalıtsal nedenler ve gebelik-doğum sırasındaki olumsuzluklar bu grupta ele alınır. Sonradan kavramı da yukarıda sayılan etkenlerden bağımsız olarak ya da kısmen bağımlı olarak daha sonra ortaya çıkan yada maruz kalınan bir takım etkenler nedeniyle hastalığın ortaya çıkmasını açıklar. Doğuştan ve sonradan olan etkenler bazen birlikte iş görebilirler (Yıldız,2005).

2.2.2.1 Genetik

Şizofrenisi olan her 10 kişiden birinin yakın akrabaları arasında bu hastalık görülür.Şizofreni hastalarının ailelerinde bu hastalığın toplum ortalamasına göre daha sık görülmesi şizofrenide ailesel geçişin rolüne işaret eder. Örneğin, anne ya da babasından biri şizofreni hastası olan çocukta hastalığın görülme olasılığı % 12'dir. Kardeşlerden biri şizofreni hastası ise diğer kardeşlerde hastalık görülme olasılığı %8 dir. Toplumda her 100 kişiden birinde şizofreni görülme riski bulunmaktadır.

Hastalığın geni tam olarak bilinmiyor. Bir başka deyişle, elde edilen veriler şizofreniden tek bir geni sorumlu tutmak yerine birden fazla genin rolü olduğuna işaret ediyor.

2.2.2.2 Biyolojik

Beyinde milyarlarca sinir hücresi bulunur. Bu hücreler bir telefon şebekesi gibi birbiriyle bağlantılıdır Her hücrenin ucundan salınan bazı kimyasal maddeler komşu hücreye ulaşarak hücreler arası haberleşmeyi sağlar. Haberleşmeyi sağlayan kimyasal maddelere nörotransmitter (NTM) denir. Adrenalin, dopamin, serotonin gibi... Şizofrenisi olan kişilerde dopaminin aracılık ettiği haberleşmede bir bozukluk olduğu bilinmektedir.

Dopamin hastaların beyinde bazı bölgelerde fazla miktarda bulunmaktadır. Dopamin aracılığıyla haberleşmedeki bozukluk; hezeyan ve halüsinasyonlar, dağınık davranış ve konuşma gibi hastalık bozukluklarından sorumlu tutulmaktadır(www.donusumkonagi.net).

2.2.2.3 Psikososyal Faktörler

Tomografi gibi görüntüleme yöntemlerinde şizofreni hastalarının beyinlerinde normalde görülmeyen bazı değişiklikler olduğu saptanmaktadır.Örneğin beyinde normalde bulunun boşlukların hasta kişilerde daha geniş olduğu ve bazı beyin bölümlerinin normalden daha küçük olduğu görülüyor. Özellikle, beynin plan yapmak, sorun çözmek gibi işlevleri de yüklenen ön bölümü ve önceki deneyimleri hatırlayarak o anki duruma uygun bir davranış geliştirmekte rol oynayan hipokampus bölümünün normalden küçük olduğu saptanmıştır.

Bu bölgelerin işlevlerindeki aksama sonucunda hastalar günlük hayatta her an karşılaştığımız basit ya da karmaşık sorunları çözmekte zorlanabiliyor, örneğin yeni tanıştığımız bir kişiyle neleri konuşabileceğimiz, şehir içinde bir yerden bir yere giderken karşılaştığımız aksaklıkların üstesinden nasıl geleceğimiz gibi bize basit gelen şeyler de olabilir.

Beyin yapısındaki değişiklikler hasta kişilerin beyinlerinin normal gelişimden farklı bir yol izlediği şeklinde yorumlanır(www.donusumkonagi.net).

2.2.3 Şizofrenide Tedavi Çeşitleri

2.2.3.1 Psikososyal Tedaviler

Şizofrenisi olan kişi düşünce dizgesinde ortaya çıkan gerçek dışı, benliğe yabancı değişikliklerin etkisinde yoğun bir bunaltı yaşar. Yaşadığı bunaltı nedeniyle kişiler arası ilişki kurmayı sağlayan basit işlevleri bile yerine getiremeyebilir. Benlik bütünlüğünü koruyamadığı için başkalarına karşı kendisini savunmasız hisseder. insanlara güveninin kaybolmasıyla birlikte kendi dünyasına çekilmeye, ilişkilerini asgariye indirmeye başlar. bu farklılaşma aile ilişkileri, kişiler arası ilişkiler, okul, iş ve sosyal uyum üzerine olumsuz bir şekilde yansır(www.saglikbilgisi.com).

İşte bu noktada hem rahatsızlığı olan kişinin iç dünyasındaki karışıklığı düzeltecek hem de toplum içindeki yalnızlığını ortadan kaldıracak, giderek yitirmekte olduğu yetenek ve becerilerini ona yeniden kazandıracak, bozulmuş iletişimi yeniden

kurabilmesine olanak verecek tedavi yaklaşımlarının devreye girmesi gerekli olmaktadır. Bu nedenle şizofreni tedavisinin önemli bir bölümünü psiko-sosyal yaklaşımlar oluşturmaktadır(www.saglikbilgisi.com).

Davranış Tedavisi : Bu tedavi yöntemi rahatsızlığın nedenine yönelik değildir. işlevselliğin artırılması rahatsızlığın olumsuz gidişinin engellenmesi amaçlanmaktadır. Şizofrenisi olan kişinin sorunları işlevsel açıdan ele alınarak uyumsuz davranışın yerine uyumlu davranışın konması hedeflenir. Hem yitime maruz kalan yetiler hem de sağlam kalan davranış özellikleri ele alınır. Halihazırda sahip olunan beceri ve yetenekler aracılığıyla günlük yaşamdaki işlevsellik arttırılmaya çalışılırken, yitirilen davranışları da yeniden kazandırma stratejileri uygulanır. Şizofrenisi olan kişinin düşünce bozuklukları özellikle sanrılarla (hezeyanlarla), işitsel varsanılarla başa çıkması duygularını uygun bir şekilde dışa vurabilmeyi öğrenmesi sağlanmaya çalışılır. Bu amaçla günlük faaliyetlerin kayıt edilmesi program hazırlama ve uygulama, ev ödevlerinin gerçekleştirilmesi tedavinin önemli unsurlarındandır. Uzun süreli bir tedavi yaklaşımında tedavi, oldukça yapılandırılmış bir program dahilinde ailesel iletişimi ve şizofrenisi olan kişinin sorun olarak nitelenen davranışlarını değiştirmeye yöneliktir(www.saglikbilgisi.com).

Aile Tedavisi : Sıklıkla, şizofreni hastaları hastaneden taburcu edilip, ailelerinin bakımına girmektedir; bu nedenle, aile üyelerinin şizofreni hakkında öğrenebilecekleri her şeyi öğrenmeleri ve bu hastalıkla bağıntılı güçlükleri ve sorunları anlamaları çok önemlidir. Ayrıca aile üyelerinin, örneğin çeşitli tedaviye uyum stratejileri kullanarak hastanın nüks olasılığını minimum düzeye indirmenin yollarını öğrenmeleri ve hastane sonrası dönemde hangi ayakta tedavi ve aile hizmetlerinden yararlanabileceklerini bilmeleri de yararlı olacaktır. Çeşitli başa çıkma stratejileri ve sorun çözme becerilerinin öğretilmesini içeren aile "psiko-eğitimi" ailelerin bu hasta akrabalarıyla daha etkili biçimde uğraşmalarına yardımcı olabilir ve hasta için sonucun daha iyi olmasına katkıda bulunabilir(www.janssen-cilag.com.tr).

Grup Tedavisi : Rahatsızlığın bazı belirtilerinin ortadan kaldırılması, sosyal uyumun arttırılması, bilişsel kayıplar ve işlev yitiminin azaltılması amaçlanır. Grup dinamiklerinin bulunduğu zeminde etkileşim, eğitim ve destek olanaklarıyla ortak

yaşantıların paylaşılması, toplumsal davranışlar konusunda geri bildirim, yeni sosyal beceriler geliştirilebilmesi sağlanmaya çalışılır. Terapist burada doğal grup dinamikleri olan cesaretlendirme, öğrenme ve değişimi kullanır. Toplumsal beceri kazandırma amacıyla rol provası, model olma, yeni davranış modellerine öncülük yapma, beceri geliştirme gibi yöntemler kullanılır. Ayrıca bilişsel alandaki bozulmaları azaltmaya yönelik olarak da zihinsel işlevler, bellek, dikkat, algı, kavramsallaştırma ve duyguyu ifade edebilme gibi konular üzerinde çalışılır. Tedavide amaç iç görü kazandırmak, davranışlarda değişiklik sağlamak, toplumsal destek alanlarını çoğaltmak. boş zaman etkinliklerine katılımı arttırmak biçiminde özetlenebilir Tedaviler düzenli, planlanmış oturumlar biçiminde, sınırlı sayıda kişinin katılımıyla gerçekleşir(www.saglikbilgisi.com).

2.2.3.2 Rehabilitasyon

Katsching 2000'e göre son 15 yıl içinde şizofreni gibi şiddetli psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konusunda çalışmalar yoğunlaşmıştır. Yaşam kalitesi, bugün şizofrenide rehabilitasyon programlarında ve ilaç tedavisi başarısının değerlendirilmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır (Köroğlu ve ark., 2007).

Süreğen ruhsal hastalığı olan bireylerde en önemli sorunlardan biri de işsizlik ve işe yaramazlık duygusudur. Ya bir meslekleri olmamıştır yada hastalıklarından dolayı işlerini kaybetmiş veya malulen emekli olmuşlardır. İşsizlik durağanlık, bir işe yaramama, verimli olamama ve yaşamın hareketliliğinden kopma gibi olumsuzlukları önlemenin tek yolu uğraş ve iş rehabilitasyonudur. Kişilerin el becerilerini öğrenip gerçekleştirebilecekleri, var olan yeteneklerini ortaya koyabilecekleri çeşitli el işleri, müzik, resim, dans, folklor gibi sanat alanları ve bazı spor alanlarındaki meşguliyetleri onların zamanı iyi değerlendirmelerini sağlayacak ve kendilik doyumlarını artıracaktır (Köroğlu ve ark., 2007).

2.2.3.3 Bireysel psikoterapi

Bireysel psikoterapi, danışan ile terapist arasındaki etkileşime dayanan, danışanın duygusal, sosyal ve davranışsal sorunlarını anlamasını ve bunlara çözüm üretmesini

sağlayan profesyonel bir çalışmadır. Psikoterapi ile birey, güçlü ve zayıf yanlarının, düşüncelerinin, davranışlarının farkına varması, farklı bakış açıları ve içgörü kazanması hedeflenir. Böylece ruhsal sorunlarından kurtularak daha sağlıklı, güvenli ve verimli yaşamayı öğrenir. Psikoterapinin bir diğer hedefi bireyin, psikoterapi sonlandırıldıktan sonra da öğrendiklerini karşılaştığı sorunlara sağlıklı çözüm yolları üretebilmek için kullanmayı sürdürmesidir. Şizofreni hastaları, bu konuda eğitilmiş empatik bir kişiyle deneyimlerini paylaşarak (kendi dünyaları hakkında dışarıdan birisiyle konuşarak), yavaş yavaş kendileri ve sorunlarını daha fazla anlayabilirler(www.etkilesim.org).

2.2.3.4 Aile Eğitimi

Aile bireylerin hastalık hakkında bilgi sahibi olmaları hastane sonrası tedavinin devamlılığı açısından son derece önemlidir. Aile bireylerinin farklı tedavi çeşitlerini kullanabilmeleri, stratejik yaklaşım göstermeleri ve sorun çözme becerilerine sahip olmaları hastalığın nüks etmesine karşı yönlendirebilecek becerilere sahip olması son derece önem arz etmektedir (NIMH, 2007).

2.2.3.5 Grup Terapisi

Bu alan, ailelerle birlikte hastaların katıldığı son dönemlerde yaygın hale gelen terapi yöntemidir. Profesyonel terapistin olmadığı bir ortamda grup üyelerinin birbirleriyle iletişim halinde olduğu, ve bunun sonucunda rahatladığı bir ortamdır. Ayrıca grup üyelerinin ortak problemi olması kendilerini açıkça ifade etmelerine ve ortamdan izole olmalarını engellemekte ve bunun sonucunda da sosyal etkileşim göstermektedirler (NIHM, 2007).

2.2.3.6 Davranış Terapisi

İlaç kullanımıyla birlikte semptomları dizginlemede kullanışlı bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Davranış terapisi, şizofreni hastanın düşüncelerini ve algısını kontrol etmek için kullanılan bir yöntemdir. Gerçek dışı seslerin görüntülerin duyulmaması için yapılan bir çalışmadır. Ayrıca bu tür semptomların etkisini azalttığı gibi, olabilecek risklerin tekrarlanmasını da önemli derecede azaltmaktadır (NIHM, 2007).

2.3 Egzersiz Depresyon ve Mental Sağlık

2.3.1 Egzersiz ve Depresyon

Depresyonun azaltılmasında egzersizin yadsınamaz özelliği vardır, aerobik ve dayanıklılık egzersizlerin depresyonu tedavisinde ve psikoterapötik çalışmalarla aynı önem derecesine sahiptir (Fox, 1999).

“Egzersiz, birçok bedensel rahatsızlıkta sağladığı yararlar yanında, daha iyi ruh sağlığına kavuşmada, stresin olumsuz etkilerini azaltmada, depresyon ve anksiyetenin iyileşmesinde, bu nökslerin önlenmesinde yararlıdır ve tedaviye eklenmesi tavsiye edilmektedir (Çelikkol, 2007).

Ayrıca, başka psikiyatrik bozukluklarda da egzersizin doğrudan olmasa da dolaylı etkileri, yararları olduğu konusunda çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bunların yanında, süregelen nitelikte bir bozukluk olan şizofreni rehabilitasyonunun da yararları göden geçirilmiştir (Çelikkol, 2007).

Richardson ve ark. (2005), ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalar, sedanter bir yaşam sürdürdükleri için diyabet, kardiyovasküler hastalık gibi kronik hastalıklar konusunda daha büyük risk altındadır. Yazarlar özellikle yürüme gibi orta zorluktaki egzersizlerin bu hastalıkları olumlu etkilediğini ve tedavinin en önemli komponenti olarak görüldüğünü vurgulamış ve bu hastalara kanıta dayalı fiziksel aktivite uygulamasını tavsiye etmişlerdir (Çelikkol, 2007).

Yapılan çalışmaların çoğu egzersizin halk sağlığı açısından hem ucuz hem de yararlı bir etkinlik olduğu, kişisel algıyı, yaşam memnuniyetini, sosyal etkileşimi ve yaşam kalitesini geliştirdiği gibi depresyon, kaygı ve stres tedavilerinde de etkili olduğu bilinmektedir (Fox, 1999).

Egzersizin terapötik özelliği olduğu, minör depresyonda olan kişilerinde aerobik egzersizlerin pozitif etkileri görülmüştür (Klein et al., 1985; Sexton, Maere, &Dahl, 1989).

Fiziksel aktivite gelişmekte olan depresyonu önemli derecede düşürmektedir. Yapılan çalışmalara göre aerobik ve dayanıklılık çalışmaları depresyon tedavisinde psikoterapi kadar etkili olabilmektedir. Egzersizin depresyona mani olmada yardımcı

olabildiği gibi depresyonlu kişileri tedavi etmede ve ruhsal sağlığı oluşturmada önemli katkıları olduğu yapılan araştırmalarda kanıtlanmıştır (Fox,1999).

Egzersiz bugünkü toplumlarda önemi gün geçtikçe artmaktadır. Çalışmalar fiziksel aktivitelerin olumlu etkisi bakımından ruh sağlığını iyileştirici etkisi olduğunu göstermektedir. Fiziksel aktivitelerin diğer yandan sosyal etkileşim ve iletişim açısından yararı olduğu düşünülmektedir. Egzersiz yeni bir bakış açısı getirerek tedavi yöntemlerine katkıda bulunabilmektedir. Egzersiz yapmak kişilerin aktif olmalarını sağlarken diğer insanlarla yakın ilişkiler kurmayı kolaylaştırmaktadır (Eack, 2007).

Hesso ve Serenson'a göre egzersiz insanlara psikolojik ve sosyal engelleri kaldırarak toplumla insanları özdeşleştiren bir süreçtir (Eack,2007).

Egzersiz, ruhsal sağlığı bozuk olan ve ilaç kullanan kişilerin tedavisine katkıda bulunduğu yapılan araştırmalar sonucu desteklenmektedir (Eack,2007).

Egzersiz yaşam tarzımızı olumlu yönde geliştirici etkisi olmaktadır. Kişisel yeteneklerin artması, öğrenme, iş yapabilme örnek olarak gösterilebilir (Eack,2007).

Egzersiz, öz benlik, stresle başa çıkma, sosyal etkileşim, anksiyete, depresyon, motivasyon, uyku, günlük yaşamı idame etme ve öz imajı olumlu yönde etkilemektedir (Eack,2007).

Genelde ruh sağlığı bozuk olanlar pasif yaşamı tercih etmektedirler. Bunun en önemli nedeni geleneksel tedavi yöntemlerinde fiziksel aktivitelerin yer almaması olarak düşünülmektedir. Son yıllarda ruh sağlığı bozuk kişilerin popülasyona oranla daha yüksek ölüm oranına sahip olduğu bilinmektedir. Bunun nedeni kardiovasküler rahatsızlıklar, obezite, yüksek tansiyon ve diyabet olarak sıralayabiliriz. Araştırmalara göre ruhsal sağlığı bozuk kişilerin sağlıkla ilişkili problem riskleri yüksektir. Bu durum, artan psikolojik, duygusal ve fiziksel olumsuzluktan kaynaklanmaktadır (Eack, 2007).

Egzersiz depresyona ait semptomları hafiflettiği bilinmektedir. 1900 dan beri araştırmacıların ilgisini çekmiştir; depresyon ve egzersiz arasındaki ilişki. Uygun yoğunlukta yapılan egzersizin ruh halleri üzerinde olumlu sonuçlar doğurduğu

bilinmektedir. Fiziksel iş kapasitesi ve depresyon arasında ilişkinin var olduğu da bilinmektedir (Lynette, 2004).

Ancak bu ilişki vaka yolu ile ya da çapraz seçimli çalışmalar sonucu elde edilmiş değildir. Şöyle ki; araştırmacılar egzersizin antidepresant etkilerini ve bu çalışmayı ilişkilendirilebilecek dizaynlardan yararlanmak, ilgilerini çekmektedir (Lynette, 2004).

Bisiklet erg. haftada 4 kez ile 30 dk. 6 hafta çalışmışlar ve sonucunda aerobik çalışmalar yapanların yapmayanlara göre 14,4 puan düşüş kaydedilmiştir. Başka bir çalışmaya göre yürüyüş bandında 10 gün süre ile 30 dakika çalışma istatistik olarak depresyon semptomlarının önemli derecede azaltmaktadır (Lynette, 2004).

Beck Depresyon Envanteri ile yapılan değerlendirme sonucunda, aerobik çalışmalar ve anaerobik çalışmalar karşılaştırılmış ve her iki çalışmada depresyonu düşürdüğü tespit edilmiştir. Benzer bir çalışma Martinsen ve arkadaşları 90 depresif hastaya aerobik (jog, yürüyüş)ve anaerobik(kuvvet, koordinasyon, stretching) çalışmayı haftada 3 kez 60 dak. 8 hafta süreyle uygulamıştır. İki grup karşılaştırıldığında her iki çalışma tipinin depresyonu azalttığı tespit edilmiştir (Lynette, 2004).

2.3.2 Fiziksel Aktivite Mental Sağlık İlişkisi ve Yararları

Ruhsal sağlığı bozuk olan Kanadalılar üzerinde yapılan çalışmaya göre fiziksel aktivitenin kronik stresi, yaşamsal stresi, iş stresini önlediği saptanmıştır (Iwasaki, 2001).

Egzersiz, genel sağlık açısından değerlendirildiğinde, kişisel algı, duygudurum, yaşam memnuniyeti, sosyalleşme ve yaşam kalitesini arttırdığı bilinmektedir (Fox,1999).

Fiziksel aktivite ister hasta olsun ister hasta olmasın, kişilerin yaşam kalitesini yükseltmektedir (Aurélio,2005).

Fiziksel aktivitenin ruh sağlığı üzerindeki yararları konusunda önermeler şu şekilde açıklanmaktadır.

1. Eğlence; Olumsuz yaşamdan eğlenceye yönelme, ruh halini egzersiz sırasında ve sonunda geliştirmektedir.

2. Kişisel Yarar; İlgi duyulan bir aktivitede bulunmak, yapabilmek ve düzenli katılım duygu durumunu ve öz güveni geliştirmektedir.
3. Sosyal Etkileşim; Fiziksel aktivite sırasında sosyal ilişki söz konusudur. Bunun yanında egzersiz sırasında bireylerin birbirine olan desteği, egzersizin ruh sağlığı üzerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Aurélio,2005).

Plante ve Rodin, (1990)'a göre egzersiz ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi şu şekilde açıklamıştır.

1. Egzersiz sırasında vücut sıcaklığının artması, kısa süreli yatıştırıcı etkiye sahiptir
2. Düzenli egzersiz yaparak stresle başa çıkılabilmektedir. Çünkü salgılanan adrenalin sonucu steroid rezervlerini artırır.
3. Kas çalışmaları tansiyonu düzenler
4. Egzersiz, Nörotransmitter olan nöradrenalin, norepinefrin, serotonin ve doppamini artırarak, duygu durumunu geliştirmektedir(Brugman, 2002).

2.3.3 Mental Rahatsızlığı olan Hastalarda Fitnessin Rolü

Egzersizin psikolojik faydaları psikofizyolojik temele dayandırıldığında, aerobik egzersizin önemli bir uyarıcıya sahip olduğu savunulabilir (Haskell, 1987). Egzersiz ve depresyon kaynaklara göre bakıldığında yapılan anaerobik ve aerobik egzersizler, yapılan psikolojik ölçümler sonucunda benzer düşüşlerin meydana geldiği görülmüştür (Craft&Landers, 1998; Martinsen, 1990). Bu durum psikofizyolojik mekanizmalara karşı referans olabilir. Araştırmalar, aerobik egzersizden sonra ve anaerobik egzersizden sonra kimyasal ve fizyolojik adaptasyonların meydana geldiğini belirtmektedirler (Stein&Motta, 1992). Psikolojik olarak egzersize dahil olmak önemli bir husus olarak görülmektedir (Martinsen, 1995). Nitelikli programlanan farklı tip egzersizlerin günlük yaşama dahil edilmesi, kişilerin normale dönme sürecinde etkili olabileceği belirtilmiştir (Faulkner, 1999).

Düzenli yapılan egzersizler tedavide kolay, ekonomik faydalı bir yoldur. Aerobik egzersizde olduğu kadar anaerobik egzersizlerde depresyonu düşürebilmektedir. Ayrıca

yıkıcı davranışları azaltmakta ve çalışma kapasitelerini de arttırmaktadır. Düzenli yapılan egzersizler vücuttaki kronik ağrı sıklığını ve şiddetini azaltmaktadır. Düzenli yapılan egzersizler davranışsal bilişsel terapi kadar etkilidir (Tkachuk,ve ark., 1999).

2.4. Şizofreni ve Egzersiz

2.4.1 Şizofreni Hastalar Üzerinde etkili Egzersiz Programları

Genel toplum içerisinde egzersizin sağlık ve iyi olma durumlarına pozitif yönde etkisi olduğu kanısı geniş yer tutmaktadır.

Hastanede tedavi gören psikiyatri hastalarının düzenli olarak haftada 2 kez 1-2 saat egzersiz yapmaları, ruh sağlığına pozitif yönde etkili olduğu düşünülmektedir. Hastanın depresyonu, kaygısı, kızgınlığı, yoksunluğu ve asabiyeti gibi semptomlarında düşüş gösterdiği de verilerle kanıtlanmıştır. Dikkatle hazırlanmış fitness programıyla psikiyatri hastalarında pozitif yönde davranış değişikliği göstermektedir. Birçok araştırmaya göre egzersizin insan psikolojisini olumlu yönde geliştirdiği bilinmektedir. Egzersizin psikiyatri hastalar üzerinde terapötik faydaları olduğu bilinmektedir (Pelham et al.1993).

2.4.2 Şizofreni Hastalar için Efektif Egzersiz Programın Hazırlanması

Egzersiz şizofreni hastasına tavsiye edilmişse eğer o zaman ideal bir egzersiz dozuna ihtiyaç vardır. Egzersizin şiddeti, sıklığı ve süresinin, mental sağlığın kazanılması amacıyla yapılandırılması gerektiğini, nedeni olarak da egzersize verilen duysal ve bilişsel cevapta düşüşler görülebilmektedir (Faulkner, 1999).

Mental sağlıkla ilişkili olarak betimselliğin dışına çıkmada öngörün olmaması zorlukları da beraberinde getirmektedir. Şizofrenilerin çoğu sedanter oldukları bilinmektedir. Bu yüzden minimum egzersiz şiddetini uygulamak önem taşımaktadır (Faulkner, 1999).

Herhangi bir egzersiz programı Sağlık Bilimlerinin önerileriyle uygulanmalıdır. Sağlık bilimleri kişinin haftada en az 5 kez 30 dk. fiziksel aktivite yapmasını önermektedir. Aktivite dönemleri düzenli ve haftalık programlar şeklinde düzenlenmelidir. Örneğin sedanter kişi haftada 2 kere 30'ar dk. egzersiz yapması uygun görülmektedir. Aktiviteleri

bir yaşam tarzı olarak yaşayan bir kişinin de fiziksel sağlık, kalp dolaşım sistemi ve kan basıncı gibi özelliklerin geliştiği görülmektedir (Faulkner, 1999).

2.4.3 Şizofren Hastalarının Tedavisinde Egzersizin Önemi

Egzersizin, klinik hastalar üzerinde terapi etkisi olduğu her geçen gün araştırmalarla desteklenmektedir. Özellikle kaygı ve depresyonu belirgin olarak azalttığı bilinmektedir.

Şizofreni ile başa çıkma ağırlıklı olarak ilaçla tedavi şeklinde süregelmektedir. Bunların içinde atipik psikotik ilaçlar, kabul görmüş değerlendirme ölçeği olan bilişsel davranış terapi ölçeği, aile değerlendirme anketleri gibi diğer stratejik yaklaşımlar ise kişinin kötüye gidişini düşürecek ölçme yöntemleri ve şizofreniyle alakalı pozitif ve negatif semptomları azaltmaktır (Pelham et al., 1993).

Geleneksel psikiyatri tedavi süreci ve masraflar göz önüne alındığında, alternatif terapi tekniklerinin önemi üzerinde ısrarla durulmaktadır (Pelham et al., 1993).

Geleneksel tedavi olan antipsikotik ilaçlar kişiye sakinleştirici etkisi vermekte ve cinsel gücü azaltmaktadır. Hastanın fiziksel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmamaktadır. Bununla birlikte şizofreni hastaların diğer psikoz hastalara ve normal popülasyona oranla düşük egzersiz yaptıkları bilinmektedir. Amerika Spor Hekimliği aerobik egzersizlerin koroner kalp rahatsızlığını obeziteyi diyabeti, hiper tansiyonu sırt ağrılarını önemli derecelerde azalttığını açıklamaktadır (ACSM, 1995).

Şizofreni hastalarının diğer popülasyona oranla doğal olmayan ölümleri 2 kat daha fazla olmaktadır. Bu oran kalp krizinin bayan hastalarda daha yoğun olduğu açıklanmaktadır. Bu durumun en güçlü sebepleri arasında fiziksel ve psikiyatrik ihtiyaçların bütünü bir arada düşünülmemektir. Hastalık derecesini düşürmek için düzenli egzersizin yapılması tedavi açısından geçerli bir sebep olduğu bilinmektedir. Bu da yeni uğraşı terapi alanının bu sektörde varlığına imkan sağlamaktadır. Genel bir değerlendirme yapılacak olursa egzersiz, şizofreni tedavisinde olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (Faulkner, 1999).

2.4.4 Egzersizin Şizofreni Hastalarının Zihinsel ve Bedensel Sağlık Parametreleri Üzerindeki Etkileri

Araştırma, zihinsel sağlık popülasyonunda en genel hastalık türlerinin damar tıkanıklıkları ve diyabet, hipertansiyon, solunum yoluyla ilgili hastalıklar ve obeziteye bağlı hastalıklar olduğunu belirtmektedir. Dixon, daha yüksek oranda bedensel sağlık problemlerinin varlığının bedensel sağlık durumunun daha kötü algılanmasına ve daha şiddetli piskoz ve depresyonlara katkıda bulunduğunu belirtmiştir. Genel popülasyonda sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi, yanlış diyet ve egzersiz eksiklikleri hastalık ve ölüm oranlarını yükseltmektedir. Ruhsal hastalık genel popülasyonun %25'iyle karşılaştırıldığında %60 ile %90 arasında sigara kullanım oranına sahiptir. Maddeyi kötüye kullanm da önemli bir problemdir, şizofren hastalarının %20 ila %70'i hayatları boyunca en azından bir kere bu kötüye kullanımı deneyimlemişlerdir. Hızla gelişmekte olan bilince rağmen ruhsal hastalıklı insanlar için egzersiz ve fiziksel aktivite seviyeleri genel popülasyona göre önemli ölçüde daha düşük olarak gösterilmiştir (O'Sullivan, 2006).

Araştırma dahili yağ oranının fazla oluşuyla karakterize edilen kondisyon olarak bilinen Metabolik Sendrom, şizofren hastalarda daha yüksek rakamlarda ortaya çıkmaktadır. Bunun asıl sebebi hala belirsiz olsa da sendromun varlığı damar hastalıkları ve diyabet riskini arttırdığı kesindir ve pasif yaşam stili, yüksek oranda yağ alımı, aşırı derecede sigara ve alkol tüketimi ve stresle başa çıkmada karşılaşılan zorluklarla bu sorunlar daha da ilerlemektedir. Bedensel sağlık/düşük hastalık oranı ve ruhsal sağlık arasındaki bağlantıyı göz önünde bulduran pek çok öznel yorum varken bu konuda hakkındaki klinik araştırmalar oldukça kısıtlıdır. Fiziksel aktivitelerin ruhsal sağlık popülasyonunda hastalık oranını düşürdüğü aşikardır. Araştırma, ayrıca, şizofreni hastalarındaki tedirginlik ve depresyon gibi psikoz semptomlarının düşüşünde de rol oynadığını belirtmektedir. Fiziksel aktivitenin ayrıca bireyin sağlık ve refah duygusunu geliştirdiği de görülmüştür (O'Sullivan, 2006).

2.5 Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, kişinin kendi sağlık durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimidir. Yaşam kalitesi subjektif ve objektif olmak üzere 2 bölüme ayrılmıştır. Subjektif yaklaşım; sosyo-psikolojik elementlerden oluşmaktadır. Bunlarda davranışsal,

bilişsel/düşünme ve etkileşim/hissetme, kişisel beceri ve kaliteden bahsedildiğinde ise anlayış, bütünlük, özsaygı ve karşılıklı sevgi düşünülmektedir.

Objektif yaşam kalitesi, yaşanan çevrenin kalitesini ölçmeyi amaçlar. Örneğin çevre düzenlemesi, ağaçlandırma, beslenme, temel ihtiyaçların giderilmesi, iletişim, ulaşım, okuma-yazma oranı, çocuk ölüm oranı. Yaşanabilirlik, örneğin hava kirlilik oranı, su kirliliği, iklim, trafik, rekreasyon imkanları bu alanı temsil etmektedirler. Objektif yaşam kalitesi, yaşanan coğrafya ve popülasyonla ilgilidir. Serbest zamanla ilgili önemli sorular daha çok subjektif bölümde daha baskındır. Örneğin başarı, sosyal etkileşim, kişilerin serbest zaman kaynakları hakkındaki düşünce ve tutumlardır (Kathy,1996).

Şizofreni hastalarının tedavi sürecinde, sosyal ve patolojik açıdan desteklemek, o hastaların yaşam kalitesi bakımından önem teşkil etmektedir.

Şizofreni, psikiyatrik bir yetersizliktir, tedavinin nöroleptik ve psikososyal boyutuyla ele alındığında semptomların azaldığı görülmekte ve şizofreni hastaları için bu yöntemler günden güne geliştirilmektedir.

Şizofreni için yaşam kalitesi değerlendirildiğinde;

Objektif Yaşam Kalitesi: İnsanın sağlık durumu ve fırsat ile değerlendirmelerin artması.

Subjektif Yaşam Kalitesi: İnsanın yaşamında sağlıklı ve hoşnut hissedebilmesidir.

Şizofreni hastalarında yaşam kalitesini etkileyen kaygı ve depresyon en önemli 2 semptomlardır. Bu semptomları kontrol edilebilir hale getirerek yaşam kalitesini arttırmak gerekmektedir (Eack, 2007).

2.5.1 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır. Tanımlama konusunda belirli bir fikir birliği olmasa da, araştırmacıların çoğu sağlıkla ilgili yaşam

kalitesinin çok boyutlu, öznel ve dinamik bir kavram olduğunda birleşmektedirler (Aldinç ve ark.,2003).

Çok boyutluluk: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı içinde birbiriyle çok yakından ilgili üç temel boyut bulunmaktadır; fiziksel, psikolojik ve sosyal. Bu boyutlar daha sonra kendi içlerinde alt gruplara ayrılmaktadır. Fiziksel boyut, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal boyut, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Psikolojik boyut içinde ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar bulunmaktadır (Aldinç ve ark.,2003).

Öznellik: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireyin düşünceleri, duyguları, beklentileri ve algılamalarına bağlıdır. Bu nedenle kişinin kendi sağlığı ve esenliği hakkındaki değerlendirmesi yaşam kalitesi çalışmalarının anahtar faktörlerinden biridir. Hasta ve özürlü kişilerin kendi yaşamları ile ilgili olarak duygularını, algılamalarını ifade ederken kullandıkları kelimelere, tanımlamalara bakıldığında, bunların hastalık ya da özürülük derecesinin sağlık çalışanı tarafından yapılan ölçüm sonuçlarından ne kadar farklı olduğu dikkati çekmektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının öznel bir değerlendirme olduğu daha iyi anlaşılacaktır. Ancak, öznellik kavramından, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümlerinin amacının sadece öznel esenlik duygusunun belirlenmesi olduğu anlamı çıkarılmamalıdır. Bununla birlikte, bu konuda geliştirilen ölçeklerin bir çoğunda öznel esenlik duygusunun ölçümüne de yönelik sorular, bölümler bulunmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı açıklanırken sıklıkla başvurulan kaynaklardan biri Campbell'in çalışmasıdır. Donovan ve arkadaşları, Campbell'in bu çalışmasında yaşam kalitesini "bir bütün olarak bugünkü yaşam deneyiminden kaynaklanan, kişinin özel esenlik duygusu" olarak tanımladığını belirtmektedirler (Aldinç ve ark.,2003).

Özel Esenlik ise kişilerin kendi yaşamlarının nasıl değerlendirdiğini açıklamak için kullanılan bir terimdir. Öznel esenlik kavramının üç temel ögesi, tatmin, olumlu affekt ve olumsuz affektir. Tatmin; boş zamanları değerlendirme, sevgi, evlilik, arkadaşlık gibi alt gruplara ayrılabilir. Neşe, duygulanım, gurur duyma gibi özel emosyonlar olumlu affektin; utanma, suçluluk, üzüntü ve anksiyete ise olumsuz affektin alt gruplarıdır. Buna karşın

sağlık, zenginlik, konfor gibi objektif durumlar öznel esenlik duygusu üzerinde olası etkileri olan, ama bu duygunun içinde mutlaka bulunması gerekmeyen faktörlerdir (Aldinç ve ark.,2003).

Dinamiklik: Handan ve ark.,(2003)'e göre Karmaşık yapılar zaman içerisinde devamlı değişime uğrarlar. İnsanoğlu yeryüzündeki en karmaşık yapıdır. Bireyin doğrudan kendisinde ya da çevresinde olan değişimler onun yaşam kalitesini ifade edişini de değiştirir. Herhangi bir tedaviden önce ve sonra düzenli aralıklarla yapılacak yaşam kalitesi ölçümleri ile kişinin genel yaşam kalite düzeyinde ya da kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçęęi kullanılıyorsa hangi alt ölçek(ler)de değişim olduğu izlenebilir (Aldinç ve ark.,2003).

2.5.2 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Önemi

İnsan dünyaya mutlu olmak için gelmiştir. Aral, Schmidt'ten alıntı yaparak mutluluğu, gerçekleşmesi anlamlı etkinlik ve etkileşimle ulaşılabilecek bir ideal olan yetkin bir doyum durumu, arzu ve isteklerin tümüyle karşılanması olarak tanımlamıştır. Bir şey değerlerle ilişkili olduğu, değerlerin gelişmesine hizmet ettiği ölçüde anlam kazanır (Aytar ve ark, 2004).

Yaşama anlam veren değerlerin başında sağlık gelmektedir. Sağlık sektörü ve sağlık hizmetlerinin amacı ise, yaşama anlam katan bu değerın korunması ve geliştirilmesidir. Bireysel açıdan baktığımızda hastalara uygulanan tedavinin üç temel amacı bulunmaktadır. Uyguladığımız tıbbi girişimlerin sonucunda, hastalarımızın yaşam sürelerinin uzayacağına, ileride sağlık durumlarının bozulmasını önleyeceğimize ve onların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacağımıza inanırız. Bu üç amaçtan ilk ikisine ne kadar ulaştığımızı ölçmek nispeten kolaydır. Ancak tıbbi girişimlerdeki amaçlarımıza bir bütün olarak baktığımızda bu tip bir değerlendirmenin eksik olacağı açıktır. Bu nedenle kişilerin bir hastalık nedeniyle ya da uygulanan tedavi sonrası kendilerini nasıl hissettiklerinin, günlük yaşam aktivitelerini ne derece yapabildiklerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir(Aytar ve ark, 2004).

Özellikle son yıllarda batılı toplumların sağlık sistemlerinde hastaların da sağaltım seçiminde söz sahibi olması gerekliliği yönünde artan eğilim ve hasta gruplarının bu yöndeki yoğun baskısı hasta odaklı sağlık hizmetlerini gündeme getirmiştir. Sağlık

hizmetlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde hastanın bakış açısını merkeze alma eğilimindeki bu yaklaşımda, yaşam kalitesi ölçümleri kullanılarak fonksiyonel kapasite, iyilik ve hoşnutluk bir arada değerlendirilmeye çalışılmaktadır (Aytar ve ark, 2004).

Toplumda kronik hastalıkların giderek artmasına karşın, bu hastalara sunulan sağaltım seçeneklerinin çoğunun tam iyileşmeden çok, bulguları hafifletici etkilerinin olması, ayrıca bazı hastalıklar için önerilen ve sınırlı yarar sağlayan sağaltım yöntemlerinin (örneğin kemoterapi) olası toksik etkileri ile birlikte değerlendirilmesi zorunluluğu da son zamanlarda yaşam kalitesi çalışmalarına verilen önemin artmasına neden olmuştur (Aytar ve ark, 2004).

Yeni ve pahalı sağlık teknolojilerinin ülkelerin kısıtlı sağlık bütçelerini zorlaması nedeniyle, sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemleri son yıllarda giderek önem kazanmıştır. Yaşam kalitesi ölçütleri ekonomik değerlendirmelerde maliyet zarar analizinin temel verisini oluşturmaktadır. Başını İngiltere, Avustralya ve Kanada'nın çektiği bir çok ülke sağlık sistemlerinde yeni ilaç ve diğer sağlık teknolojilerinin sağlanmasına karar verirken, bu teknolojilerin ekonomik değerlendirilmesinin maliyet yarar analizleri temelinde ya da diğer deyişle yaşam kalitesi bazında yapılması koşulunu uygulamaktadır. İngiltere'de 1998 yılından beri işlev veren National Institute for Clinical Excellence (NICE) buna iyi örnek oluşturur. Bu değişime ayak uydurmak amacıyla, çokuluslu ilaç şirketleri son yıllarda yeniden yapılanmaya giderek araştırma geliştirme grupları içinde ürünlerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini ve buna paralel olarak da maliyet yarar analizlerini değerlendirmekle görevli özel birimler oluşturmuş, pazarlama stratejilerini de bu yönde geliştirmeye başlamışlardır (Aytar ve ark, 2004).

2.5.3 Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR)

WHOQOL-BRE: World Health Organization Quality Of Life Questionnaire Abbreviated Version (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Versiyonu).

Yaşam Kalitesi : Yaşam kalitesi kompleks bir kavramdır ve bir bütünlük ifade eder. Bu kavram içinde yer alan en önemli faktörlerden biri sağlıktır. Ancak sağlık durumu kadar kişinin ekonomik durumu, aile ve arkadaşları ile olan ilişkileri, iş imkanları, boş zamanlarını ya da yaşam tarzını belirlemedeki özerkliği, eğitim fırsatları, yaşadığı yer ve

çevresi, çevre şartları gibi birçok faktör o kişinin yaşam kalite düzeyi üzerinde belirleyici olmaktadır (Aldinç ve ark., 2004).

Algılanan Sağlık : Algılanan sağlık bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini ve ne yeterlilikte yerine getirdiklerini gösteren, kişinin sağlık statüsünü açıklamak için kullanılan bir kavramdır. Kişilerin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ancak güçlü bir göstergedir ve bir toplumun sağlık düzeyini belirlemede sağlığı ölçmenin kolay bir yoludur (Aldinç ve ark., 2004).

2.5.4.Tedavi Sürecinde Yaşam Kalitesine Odaklanma

Mental sağlık hizmetler, amaçları bakımından zaman içerisinde farklı yaklaşımlar sergilemektedirler. Herkes tarafından kabul edilen, nelerin ruh sağlığını oluşturduğu hakkında kesin bir görüş yoktur. Bu bağlamda Leberman, 1983'e göre tekrar hastaneye yatmaları ve semptomları önlemek amacıyla sınırsız sağlık hizmetleri amaçlanmış, kişilerin fonksiyonlarını genişleterek sosyal bütünleşmeyi hedeflemişlerdir Hastaların yaşam kalitesini yükseltmek artık sağlık kuruluşlarının yeni paradigması haline gelmektedir. teknolojik gelişmelerden faydalanarak, hastaların sağlıklarına ilişkin mantıksal temellere dayalı seçimler yapıp onların en etkili biçimde yaşam standartlarına ulaştırmak gerekmektedir(Mccabe at al.,2002).

Tedavinin amaçları arasında yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu da hastaların İş, ev, Finans, serbest zaman aktiviteleri, hayattan zevk alma, karşılıklı ilişkiler gibi ihtiyaçlarını iyileştirmekle mümkün olmaktadır(Mccabe at al.,2002).

2.5.5 Sızofrenide Yasam Kalitesinin Ölçümü :

Şizofreni hastalarının yaşam kalitesini ölçmede kullanılan ölçeklerin bir kaç aşağıda sıralanmıştır. Bunlar;

- Heinrich-Carpenter'in Yasam Kalitesi Ölçeği
- Lechman'in Yasam Kalitesi Ölçeği
- DSÖ - Yasam Kalitesi Ölçeği (WHO-QOOL)

- WHOQOL-BREF-Türkçe Yasam Kalitesi Ölçegi Kısa Formu (WHO Quality of Life Brief Form, Türkçe Versiyonu)

Whoqol-Bref Özellikleri

- Geçerlilik (0,62) ve Güvenilirlik (0,83)
- Self-report, 26 soru

Boyutları

- Fiziksel
- Psikolojik
- Sosyal ilişkiler
- Çevre

Fiziksel Boyut

- Gündelik işleri yürütebilme
- Çalışabilme gücü
- Canlılık ve bitkinlik
- İlaçlara ve tedaviye bağımlılık
- Ağrı ve rahatsızlık
- Uyku ve dinlenme

Psikolojik Boyut

- Olumlu ve olumsuz duygular
- Benlik saygısı
- Beden imgesi

- Dış görünüş
- Kişisel inançlar
- Dikkat

Sosyal İlişkiler Boyutu

- Diğer kişilerle ilişkiler
- Sosyal destek
- Cinsel yaşam

Çevre Boyutu

- Ev ortamı
- Fiziksel güvenlik ve emniyet
- Maddi kaynaklar
- Sağlık hizmeti alabilme
- Bos zamanları değerlendirme
- Fizik çevre
- Ulaşım olarak sınıflandırılmıştır (Alptekin ve ark., 2004).

2.5.6 Şizofreni ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi olarak tanımlanmıştır.. Çeşitli kişisel ve sosyal değişkenler yaşam kalitesi üzerine etkili olabilir. Şizofreni hastalarında bu değişkenlerin etkisinin tanımlanması yaşam kalitesinin artırılması çalışmaları açısından önem taşımaktadır (Eren ve ark. 2007).

Şizofrenili hastaların psiko-sosyal işlevselliklerinin, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için egzersizin yararları ve gerekliliğine işaret etmiştir. Kronik akıl hastalarının yaşam kalitelerini geliştirmek, psikiyatrik tedavinin en önemli amaçları arasındadır bu nedenle, çoğu çalışmalar bunun üzerinde odaklanmaktadır. Gelecek çalışmalar bazı semptomları açıkça hedef almalı ve egzersizin depresyon, özdeğerlilik, kaygı ve sosyal etkileşim seviyeleri üzerinde etkisini değerlendirmelidir (Çelikkol, 2007).

Tedavi sürecinde en önemli amaç yaşam kalitesini yükseltmektir. Semptomların azalması yaşam kalitesini yükseltmede önemli rol oynamaktadır. Yaşam kalitesi; yaşam statüsü, finans, iş, eğitim, günlük aktivite ve fonksiyonlar, aile ve sosyal ilişki gibi kavramlardan oluşmaktadır. Şizofrenide bu yaşamsal kavramları doğrudan etkileyen semptomlara sahip bir hastalıktır (Paker, 1997).

2.6 Zaman

Zaman, bir nesnenin uzaydaki bir noktadan başka bir noktaya geçtiği aralıktır. Zaman, insanların kendilerini planlamak, hayatlarını organize etmek ya da organize edilen planlara uyum sağlamak için kullanılan hayatımızdaki en önemli kavramdır (Mirzeoğlu, 2003).

Sözcük anlamı olarak zaman bir iş veya oluşun içinde geçtiği, geçeceği veya geçmekte olduğu süre veya vakittir. Zaman kavramının başlıca özellikleri şunlardır;

1. Zaman ödünç alınamaz,
2. Kiralanamaz,
3. Satın alınamaz,
4. Çoğaltılamaz,
5. Depolanamaz,
6. Tasarruf edilemez,
7. İyi değerlendirilmediğinde insanlarda stres yaratır (Hazar, 2003).

2.6.1 Zamanın Kullanım Şekline Göre Sınıflandırılması

1. Temel gereksinimlerin giderilmesine ayrılan zaman (uyku, temizlik, giyinme, yemek pişirme ve yeme vb.),
2. Çalışma ve buna bağlı etkinlikler ve görevler için ayrılan zaman (iş, yolculuk, ödev, öğrenim için geçen süre vb.),
3. Rekreasyona ayrılan zaman (eğlence, spor, dinlenme vb.) (Mirzeoğlu, 2003).

2.6.2 Serbest Zaman

Serbest zaman, bireylerin serbest zamanlarında kendileri için yaptıkları eğlence, kişisel gelişim amaca ulaşmak için herhangi bir kazanç düşünülmeden yaptıkları aktivitelerdir (Lloyd et al.2001)

2.6.3 Serbest Zamanın Yapısal Özellikleri

Boş zaman faaliyeti; kişinin dinlenme, geniş anlamda oyalanma ve kişiliğini geliştirme amacı ile yapılır. Boş zaman özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür:

1. Boş zamanların sorumluluk taşıyan bir görev olması,
2. İş hayatının ortaya çıkardığı, bedensel yoğunluğu ve zihinsel gerilimi azaltma olanağı veren dinlenme ve boş vakit geçirme işlevi olması,
3. Tek düzelikten kaçıp kurtulmayı sağlayan, eğlenme ve boşalma işlevi olması,
4. Fiziksel, zihinsel ve ruhsal kapasitenin gelişmesine uygun yeni koşullarda kişilik geliştirme işlevi olmasıdır.

Bu özellikleri gerçekleştiren kişiler kendi istek ve hür iradelerine göre çaba harcarlar. Dışarıdan bu faaliyeti yapanlara zorlama yapılamaz. Kişi yaptığı her şeyden kendini sorumlu tutar, zamanı ve yeri kendisi belirler (Karaküçük, 1999).

2.6.4 Serbest Zaman ve Oyun Kavramlarının Nitelikleri

1. İnsanlar, yaşamları için sahip oldukları enerjinin kullanılmayan kısmını boş zamanı değerlendirme veya oyun yoluyla dışarı atarak rahatlarlar, gerginliklerini azaltırlar.
2. Çocuklar, oyun yoluyla (savaş oyunu, dramatik oyun, toplumsal oyun, taklit oyunları vb.) yaşamlarının ileri dönemlerindeki eylemlerle ilgili deneyim kazanarak hayata hazırlanırlar.
3. İnsanlar, boş zamanı değerlendirme ve oyun aracılığıyla kültürel eylemleri tekrarladıklarından, kültür aktarımını gerçekleştirirler.
4. Oyun bastırılmış duyguların dışarı çıkmasını sağlayarak, insanların deşarj olmasını sağlar.
5. İnsanlar, oyun yoluyla başarıya ulaşma, paylaşma, yaratıcılık, kendini tanıtma, takdir edilme ve saygınlık görme ihtiyaçlarını karşılarlar.
6. Oyun, iş ortamı ve yaşam mücadelesinin sıkıntılarından kurtulmak için zevk verici, doyum sağlayıcı boş zaman değerlendirme etkinliğidir.
7. Oyun, fizyolojik ihtiyaçların dışında tüm yaşamı kapsar. Bu özelliğinden dolayı bireyin toplumda uygarlaşma sağlama fonksiyonunu oluşturur.
8. İnsanlardaki oyun güdüsü, insan davranışını ve kültürel başarıları harekete geçirir.
9. İnsanların boş zamanlarını oyun yoluyla değerlendirmeleri insan olmanın bir gereğidir (Hazar, 2003).

2.7 Rekreasyon

2.7.1 Rekreasyonun Özellikleri

Çok çeşitlilik arz eden, kişilerin ilgi, dürtü, amaç ve katılım şekillerine ve daha birçok faktörlere göre değişik anlayışlar sergileyebilen rekreasyonun temel özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür;

1. Rekreasyon faaliyetlerinin seçimi gönüllü olmalıdır,

2. Özgürlük hissi verir,
3. Faaliyetlere devam ve iştirak etme zorunluluğu bulunmamalıdır,
4. Rekreasyon, boş zamanda yapılır,
5. Her yaştaki ve cinsteki insanların faaliyetlere katılımlarına imkân verir,
6. Rekreasyon faaliyetlerinde “inisiyatif” kişinin kendisine bırakılmalıdır,
7. Rekreasyonel faaliyetler, her türlü açık veya kapalı alanlar ile her mevsim ve iklim şartlarında uygulanabilmektedir,
8. Rekreasyon bir faaliyeti gerektirir,
9. Rekreasyon çok çeşitli faaliyetler içerir,
10. Rekreasyon haz ve neşe sağlayan bir faaliyettir,
11. Rekreasyon evrensel olarak uygulanmaktadır,
12. Rekreasyon, kişinin kendisini ifade edebilme ve yaratıcı olabilmesine imkân sağlayan faaliyetler içermelidir,
13. Rekreasyonun her kişiye göre bir amacı vardır,
14. Rekreasyon el faaliyetlerin katılımcıya kişisel ve toplumsal özellikler kazandırması beklenir,
15. Rekreasyon, toplumun geleneklerine, törelerine ahlaki ve manevi değerlerine uygun olmalı ve sosyal değerlere ters düşmemelidir,
16. Rekreasyon, bir faaliyet yapılırken, ikinci veya daha fazla faaliyetlere de ilgi duyma veya gerçekleştirme imkânı verir,
17. Rekreasyon etkinlikleri, rekreasyonistler tarafından üstlenilir,
18. Rekreasyon eylemi, planlı veya plansız, beceri sahibi kişilerle veya beceri sahibi olmayan kişilerle ya da organize veya olmamış mekânlarda yapılabilmektedir,

19. Rekreasyon, rekreatif etkinliklere katılma sonucu ortaya çıkan bir deneyimdir (Karaküçük, 1999).

2.7.2 Rekreasyona Duyulan İhtiyaçların Nedenleri

Rekreasyona duyulan ihtiyaç, rekreasyon faaliyetlerinin kişisel ve toplumsal olarak sağladığı faydalardan ileri gelmektedir.

a. Kişisel Yönden; fiziki sağlık gelişiminin yaratılması, ruh sağlığı kazandırılması, insanı sosyalleştirmesi, yaratıcılığın geliştirilmesi, kişisel beceri ve yeteneğin geliştirilmesi, çalışma ve iş verimliliğine etkisi, ekonomik hareketlilik, insanı mutlu etmesi vb. şekilde sıralanmaktadır.

b. Toplumsal Yönden; toplumsal dayanışma ve bütünleşmeyi sağlaması ve demokratik toplum yaratılması vb. şekilde sıralanmaktadır (Karaküçük, 1999).

Bu noktadan hareketle, rekreasyon aktivitelerine katılan insanın, rutin hayatının terk edilmesi anlamına gelen **kaçış** ve beklentileri ifade eden **yöneliş** anlayışındaki şu temel motifler üzerinde gruplaştırabilen ihtiyaçlara cevap aradığını söyleyebiliriz:

1. Fiziksel gücün yenilenmesi, bedeni sağlığın kazanılması anlamında fiziksel motifler,
2. Rutin hayattan uzaklaşma, oyalanma, doğaya yönelme, değişik ve macera arzusu anlamında psikolojik motifler,
3. Diğer insanlarla tanışma, eğlenme, sosyalleşme anlamında sosyal motifler,
4. Yabancı insanlara, toplumlara, onların geleneklerine, dillerine ve sanata duyulan ilgi anlamında kültürel motifler (Karaküçük, 1999).

2.7.3 Rekreasyonun Sosyal ve Toplumsal Yararları

Rekreasyon ve sporun sosyal ve toplumsal davranışların gelişmesinde olumlu etkileri vardır. Takım çalışması, grup uyumu, centilmenlik, ulusal ruhun güçlendirilmesi ve buna benzer örnekler verilebilir. Böylece rekreasyon ve spor faaliyetleri güçlü toplumsal değerlere ulaşmak için fırsat olarak görülebilmektedir. Bunlar;

1. Sosyal uyum (ulusal hemfikirlik),
2. Toplum yaşamında gelişme (yaşam niteliğinin toplumca güçlenmesi),
3. Aile bağlarının güçlenmesi,
4. Toplumsal önceliklerde yükselme,
5. Yaşlıları kabul (ilgi alanları oluşturarak kendilerini yararlı hissetmeleri),
6. Kadınlara yararları (kadınların kazandığı statüler, yönetici, oyuncu, antrenör vb.) (Mirzeoğlu, 2003).

2.7.4 Rekreasyon Program Alanları

Fonksiyonel rekreasyon program alanları:

Sanat: Grafik, Boyama, Fotoğraf, Basım, Kroki Çizimi, Heykel Traş

El Sanatları: Seramik, Ev Yapımı, Kuyumculuk, Dericilik, Kağıtçılık, Dokumacılık, Ağaç Oymacılık

Dans: Bale, Modern Dans, Halk Oyunları, Popüler Dans, Gösteri Dansları, Tap Dans, Eşli Danslar

Drama: Yaratıcı Drama, Yazarlık, Film, Oyunlar, Dil Etkinlikleri, Pantomim ve Palyaçoluk, Kukla, Okuma, Eşli Aktiviteler

Çevre Aktiviteleri: Kamping, Doğa aktiviteleri, Outdoor Yaşam Becerileri, Konserve Becerileri, Outdoor Macera Becerileri

Müzik: Enstrümantal, Vokal, Koro

Spor ve Oyunlar: Takım Oyunları, Bireysel ve eşli oyunlar, Rekreatif Oyunlar, Fitness Aktiviteleri

Sosyal Rekreasyon: Kutlamalar ve Festivaler, Kolay Ekipmanlı Oyunlar, Tahmin ve Sihirbaz Oyunları, Hobiler, Grup Oyunları, Partiler, Etkileşim Oyunları, Masa ve Elektronik Oyunlar.

Gönüllülük: Engellilerle Çalışma, Korunması gereken Yapılarda veya Müzelerde görev alma, Bahçelerde Çalışma, Koçluk, Bir amaç için para toplama, örnek olarak gösterilebilir (Farrell et al., 1999).

2.7.5 Rekreasyon Aktivitelerinin Sınıflandırılması

2.8 Terapötik Rekreasyon

Terapötik rekreasyon sosyalleşme sürecinde önemli rol oynadığı gibi eğlenceyle birlikte kişisel iletişimi arttırdığı ve olumlu tedavide önemli bir ilişkisi olduğu görünmektedir (Lloyd et al., 2001).

2.8.1 Psikiyatrik Terapötik Rekreasyon Süreçleri

Dünya Sağlık Örgütü (2001) nün yapmış olduğu açıklamasına göre dünyaca depresyon, en önemli ikinci sağlık problemi olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durum psikiyatri hastalarının tedavisinde alternatif tedavi yöntemleri geliştirme çabalarını da arttırmaktadır. Bu konuda tüm kaynaklar seferber edilmekte ve bu konuyla ilgili spor ve egzersiz bilim adamları akıl sağlığı uzmanları bir arada çalışmaktadır (Rudnick, 2005).

Fiziksel aktivite fiziksel sağlığı geliştirmede en önemli araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin; hipertansiyonu ve aşırı kilo alımını düşürmesi, kardiovasküler sistemin gelişmesi bunlardan birkaçıdır. Psikiyatrik rehabilitasyon açısından değerlendirildiğinde fiziksel aktivitelerin, hastalık ve ölüm oranlarını düşürdüğünü ve bu kavramın, kazanmak ilkesini taşıdığını belirtmişlerdir. Psikiyatride terapötik rekreasyon süreçlerinde öncelikli Amaç; Keşfetmek, planlama, ve uygulama olmak üzere 3 kısımdan oluşmaktadır. Planlama ve uygulamada amaç; hastalara beceri kazandırmak ve destek olmaktır, içerik olarak bakıldığında da hastaların yanlışlarını düzeltme ya da eksiklerini telafi etmektir. Bunu yaparken de vücudun daha çok kuvvet özelliği kullanılmaktadır. Psikiyatri hastasının, seçmiş olduğu aktiviteyi, gerekli beceri ve desteği elde etmesi açısından uzman, amacına uygun düzenler. Son olarak da plan gerçekleştirilerek amacına uygun olarak uygulamaya geçilir (Rudnick, 2005).

2.8.2. Psikiyatrik Rehabilitasyon Programı içinde Egzersizin Terapi Üzerine Etkisi

Şizofren hastaların tedavi ve rehabilitasyonunda sporun rolü üzerine yazılı kaynaklar yetersizdir ve konu hakkında sistemli pedagojik incelemeler bulunmamaktadır. Özgüven, vücut farkındalığı ve tüm fiziksel aktiviteleri geliştiren boş zamanı değerlendirme aktivitelerini organize edebilme yetisini gösteren, kronik psikiyatri hastalarının idaresinde sporun rolünü araştıran bir proje modelinden oluşturulmuş uygulamalı deneyimler üzerinde durulması önem tartışmaktadır. Kronik psikiyatri hastaların bakımının bir parçası olan spor oldukça etkilidir ve hem uygulamada hem de araştırmada daha çok ilgi görmelidir (Langle ve ark. 2000).

Aerobik egzersizin yaşlı psikiyatri hastalar üzerinde hem fiziksel hem de psikolojik açıdan pozitif yönde değişimler olduğunu belirtmişlerdir. Plante (1996)'a göre egzersizin psikiyatrik rehabilitasyon çalışmalarında tedaviye destek olduğunu, psikiyatrik hastaların duygudurum, kaygı ve psikotik hastalarda, egzersiz; depresif semptomları hafiflettiği, panik hastalarında ve diğer kaygı hastalarında kaygıyı düşürdüğü görülmüştür. Psikolojik semptomlarının azalması yanında egzersizin bu tür psikiyatri hastalarında da risk faktörü olan, kan basıncını da optimal düzeyde seyretmesini sağladığını da açıklamıştır (Pelletier, 2005).

2.9 Terapötik Rekreasyon Çeşitleri

Bazı hastalıkların iyileştirilmesinde çeşitli sanat dallarından yardımcı tedavi yöntemleri olarak yararlanıldığı bilinmektedir. Özellikle ruhsal kaynaklı hastalıkların iyileştirilmesi sürecinde müzik, resim, seramik çalışmaları en fazla kullanılan tedavi yöntemleridir (Ruben, 2007).

2.9.1 Bibliyoterapi

Bu terim ilk kez 1916 yılında Samuel Crotes tarafından kitap terapisi olarak, kendi sorunlarını anlamada hastalara yardımcı olmak amacıyla kitap önerilmesi şeklinde kullanılmıştır. Bu tarihten itibaren ABD'de ruhsal sorunları ve rahatsızlıkları olan insanların sorunların çözümünde ve rahatsızlıkların iyileştirilmesinde edebiyatın terapötik etkisinden yararlanılmaktadır (Ruben, 2007).

Bibliyoterapi, okumak için hikaye, roman, kısa öyküler gibi araçlardan yararlanır ve hastalara hizmet etmeye çalışır. Bu tip kitaplar hastaların yalnız olmadığı, aynı hastalıktan muzdarip kişilerin de var olduğunu anlatarak hastaları depresyondan uzaklaştırarak etkili bir tedavi olmaktadır (Austin, 2004).

2.9.2 Sinematapi

Sinema terapi, film terapi, video terapi, ve video çalışmalarının tümü terapötik amaca hizmet etmektedirler. Bu hizmetler; hastaya umut ve cesaret, problemler üzerine gitmeyi, güçlü yanlarını tanımayı, iletişimi güçlendirdiği, duyguları olumlu yönde tetiklediği, görülmektedir (Austin, 2004).

2.9.3 Bahçecilik

Bahçecilik bitkilerle uğraşılan bir aktivite türüdür. Bahçecilik bilindiği gibi basit olabileceği gibi karmaşık programları da içermektedir. Bahçe bitkileri kapalı alanda ışıklı bir ortamda yetişebildiği gibi geniş bir bahçede de yetiştirilebilmektedir. Bu tip aktiviteler etkin tedavi olarak tüm Avrupa da geniş yer tutmaktadır. Bu tür terapötik yaklaşımlar psikiyatri hastanelerinde, toplum ruh sağlığı merkezlerinde, okullarda uygulanmaktadır (Austin, 2004).

2.9.4 Terapi Grupları

Duygu ve davranış problemleri olan hastaları küçük gruplar halinde uygulanan bir yöntemdir. Bu yöntem büyük hastanelerde, psikiyatri servislerinde kullanılmaktadır. Kennard(1998)'e göre informal bir ortam oluşturularak hastaların kendilerini ev ortamında hissetmeleri, günlük yaşamla ilgili konulara odaklanmaları ve topluma ayak uydurmaları r.Hastaların, birbirlerini terapötik roller oynayarak etkiledikleri, spor etkinliklerini ve sosyal olayları paylaştıkları, toplumla iç içe olduklarına inandıkları bir ortam sağlamak amaç edinilmiştir (Austin, 2004).

2.9.5 Komedi

Gülmek, neşelenmenin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Uyumsuzluğu ortadan kaldırmanın en önemli yöntemidir. Adler (1989)'a göre keyifsizlik; beklenmeyen, anlaşılması güç, yersiz ve mantıksız bir durumdur. Gülmek ve komedi sağlıklı olmada ve

sağlığı kazanmada etkilidir (Austin, 2004).

2.9.6 Terapötik Dokunma

Dolores Krieger tarafından 1970 lerde ortaya çıkmıştır. Terapist tarafından hastanın vücuduna dokunmadan enerji transferi yaparak elde edilen bir tedavi olarak karşımıza çıkmaktadır. Freeman 2001, Krieger ve diğerlerinin yapmış olduğu araştırmalara göre terapötik dokunuşun, kişinin hemoglobin miktarı üzerinde artışlar gözlemlemiştir. Özetle sağlıklı insanın varolan enerjisini hastaya aktarımıyla ilgili bir tedavidir (Austin, 2004).

2.9.7 Gevşeme Teknikleri

Stres, günlük yaşantımızda tansiyonla birlikte karşımıza çıkan en önemli rahatsızlıklardan biridir. Hastalığı %70 oranında tetiklemektedir. Gevşeme teknikleri de tansiyonu düzenleyerek stresi azaltmak amacıyla yapılan tedavi şeklidir. Bir çok gevşeme teknikleri vardır. Bunlar: derin nefes alma, gevşeme egzersizleri, hayal kurma, meditasyon, yoga, biofeedback, ve masaj olarak sıralanabilir (Austin, 2004).

2.9.8 Fiziksel Aktivite

Phillips, Kieran, ve King (2001)'e göre fiziksel aktivite; iskelet kasın kasılmasıyla enerji rezervlerini kullanarak vücudun hareket etmesi olarak tanımlamışlardır. Bu yüzden fiziksel aktivite geniş bir alanı kapsamaktadır. Bu bahçede uğraşmak olduğu gibi çevrede yürümek olarak da içine almaktadır (Austin, 2004).

2.9.9 Aroma Terapi

Esans kullanarak yapılan tedavi olarak bilinmektedir. Kokulu yada aromalı bitki yağları kullanılarak tedavi amacıyla yapılmaktadır. Bütünsel yaklaşıma göre, hastalığa sebep olan semptomları tedavi ettiği ayrıca ruhsal dengeyi, fiziksel ve manevi sağlığı koruduğu bilinmektedir (Austin, 2004).

2.9.10 Qigong

Qigong, nefes alma teknikleri ile meditasyon temel teknikleri oluşturmaktadır. Bu tür egzersizlerle fiziksel ve mental sağlığı optimum seviyede korumak amaçlanmaktadır.

Qigong da egzersizler yavaş, yumuşak ve ritmiktir. Sadece kuvveti geliştirmekle kalmayıp bir bölgeden diğer bölgeye enerji akışını gerçekleştirmektedir (Austin, 2004).

2.9.11 Tai Chi

Tai Chi en eski egzersiz formlarından biridir. Yaklaşık 800 yıl önce çin de başlayan tai chi şimdilerde Avrupa, Avusturalya, ve Amerika da geniş yer tutmaktadır. Tai chi, yumuşak, devamlılığı olan sakin hareketlerle akıcı biçimde dans etmektir. Tai chi çalışanlar fiziksel, mental, ve duygusal açıdan terapötik geribildirim özelliğine sahiptir. Fiziksel olarak dayanıklılığı arttırmakta, kuvveti geliştirmekte, esnekliği arttırmakta, dengeyi, kan dolaşımını hızlandırdığı, yavaş kalp atımı sağladığı ve tansiyonu düşürdüğü bilinmektedir. Ruhsal olarak, sakin ve iyi olma hali, ruhsal olarak pozitif düşünceyi oluşturduğu, depresyon, kaygıyı düşürdüğü bilinmektedir (Austin, 2004).

2.9.12 Macera Terapisi

Başlangıcı 1940 yılında Outward Bound tarafından atılmıştır. Özellikle gençlerle bu alanda çalışmıştır. Bu terapide amaç yeni beceri ve bilgiler edinmek, stresle başa çıkabilmeyi öğrenmek, fiziksel aktivitelere katılmalı ve alışık olmadık bir çevrede yaşayabilmektir. Bu terapi daha çok risk altındaki gençlere ve engelli gruplara uygulanmaktadır (Austin, 2004).

2.9.13 Güven Egzersizleri

Güven Tekniği egzersizleri bir anlamda davranış terapisi olarak da adlandırılabilir. Bu terapi sosyal ilişkilerde kendine güvenen, seksüel anlamda ifade edebilen, işle ilgili etkileşimlerde yada sosyal konumda anlatıma sahip olabilmeyi amaçlamaktadır. Güven çalışmaları kişilere, korkularından vazgeçmeye ya da istenmeyen davranışları değiştirmede yardımcı olur. Kendi haklarının arkasında durmaya yada başkalarının haklarına saygı duymayı öğretir. Bu çalışmalar sonucunda da kendilerini iyi hissetmelerini ve böylelikle kişisel özgüvenlerinin gelişmesini sağlamaktadır (Austin, 2004).

2.9.14 Sosyal Beceri Egzersizleri

Sosyal Psikolog Michael Argyle, Sosyal Beceri egzersizleri davranışsal yaklaşım teorisinden geldiğini belirtmektedir. Psikiyatrik problemler ile soysal yetenekler arasında

bir iletişim olduğu üzerinde araştırmalar yapılmış ayrıca sosyal psikoloji, iletişimin sözlü ya da sözsüz yanlarını araştırmıştır. Bu egzersizlere ihtiyacı olan bireyler çoğunlukla, ruhsal yıkıma uğramış, uzun süre hastanede kalmış, depresif ve şizofreni hastalar, ve öğrenme güçlüğü çeken çocuklardan oluşmaktadır. Bu çalışmalara örnek olarak; başkalarıyla etkili etkileşim kurabilme, dinleme ve katılma, konuşma, diğerlerini destekleme, problem çözüme ve öz kontrol gibi sıralanabilir (Austin, 2004).

2.9.15 Bilişsel Rehabilitasyon

Beyin hasarı görmüş hastalar için kullanılan bir yaklaşımdır. Özellikle beyin travması geçiren hastalar içindir. Nöropsikolojik olarak durumu iyileştirmeye yardımcı olmaya yöneliktir. Matter 2001'e göre kişinin bu durumu atlatabilmesi için günlük fonksiyonlarını yerine getirmesi gerektiğini belirtmiştir. bu tür hastalarda hatırlama ve dikkat öğeleri kadar plan, organizasyon yapabilme ve davranışlarını kontrol etme gibi beceriler önemlidir (Austin, 2004).

2.9.16 Hayvan Yardımıyla Terapi

Tüm yaşta hastalar için kullanılan bir terapi çeşididir. Hastanelerde ve rehabilitasyon merkezlerinde, geniş kullanıma sahip bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi genellikle içedönük hastalarda etkili olduğu görülmektedir. Genel olarak, yalnızlık çeken kendi izole etmiş kişiler üzerinde yapılmaktadır (Austin, 2004).

2.9.17 Su Terapisi

Rehabilitasyon ve tedavi için suyu kullanan bir yöntemdir. Bu tedavi yüzmenin ötesinde bir eylemdir. Havuzda pasif ve aktif motor aktivitelerini yükseltmeyi amaçlamıştır. Su terapisi fiziksel ve psikososyal yapıyı geliştirmektedir (Austin, 2004).

2.9.18 Teknoloji Yardımıyla Terapi

Teknolojiyi terapi olarak kullanmak, terapi rekreasyonunda gelişmekte olan bir tedavi olarak görünmektedir. Teknolojiyi tedavi amacıyla kullanan çok az sayıda kaynak olmasına karşın bu alanda çalışmalara başlanmıştır (Austin, 2004).

2.9.19 Yaratıcı Sanatlar

Nathan ve Mirviss (1998)'e göre Yaratıcı süreç kişisel ve duygusal gelişim açısından sanatın önemini vurgulamaktadır. Yaratıcı sanat dalları, terapötik model oluşturmaktadır. Kişinin hoşlandığı bir durumu kağıda dökmesi onun duygusal iyi olma haline yardımcı olabilmektedir (Austin, 2004).

2.9.20 Gerçeğe Yönelim

Bu teknik James Folsom'a göre yaşlılar üzerinde etkili bir yöntem olduğunu vurgulamıştır. Bu yöntemle içe çekilme ve karışık düşünceleri en aza indirmeye yönelik bir çalışmadır. Bu yöntemde tekrar önemlidir. Günlük olaylar, ad, bulunduğu yer, yani temel gerçekler sık sık tekrar edilir (Austin, 2004).

2.9.21 Gerçeklik Terapisi

Neomi Fell tarafından 1970 yılında unutkanlık hastalığına yakalanmış bir yaşlıyla çalışmaya başladıktan sonra keşfedilmiş bir yöntemdir. Burada temel kişiye gerçeklik kazandırmak yada davranış geliştirmektir (Austin, 2004).

2.9.22 Yeniden Motive Etme

Dorothy Haskins Smith tarafından keşfedilmiştir. Karışık düşüncelere sahip yaşlı insanlara yönelik bir çalışmadır. Yukarıda bahsetmiş olduğumuz Gerçeğe Yönelim Programını başarıyla tamamlayan kişileri arttırmak amacıyla kullanılmaktadır. Bu program etkileşim sürecini içermektedir (Austin, 2004).

2.9.23 Yeniden Sosyalleşme

Geriatri hastalarının tekrar sosyal fonksiyonlarını yerine getirmeye çalışmaktır. Kendisine ve diğerlerine saygı duymak, diğer hastalara yardım ederek ilişkileri ve arkadaşlığı oluşturmak ve yeni ilgi alanları keşfetmek başlıca amaçlar arasındadır. Grup süreci içerisinde kendilerini izole etmiş bireyler tekrar kendi potansiyellerine ve değerlerine, çevrelerine kazandırılmaya çalışılır (Austin, 2004).

2.9.24 Duyusal Egzersiz

Algı problemleri olan çocuklar için kullanılan bir yöntemdir. Bu tedavi psikiyatri bölümlerinde içe dönmüş, duyguları karışık yaşlılar içinde kullanılmaktadır. Bu tedavi içe dönmüş hastaların fonksiyonlarını yapılandıracak ve geliştirecek 5 duyu organının birlikte çalışmasını sağlayacak uyarıcı programlarla çalışmaktadır (Austin, 2004).

2.9.25 Andaç

Weiss (1989)' e göre kişinin geçmişi hatırlaması olarak tanımlanmaktadır. Yani kişinin geçmiş önemli deneyimleriyle ilişkilidir. Andaçla kişi, objeleri, yerleri ve kişileri anımsayacaktır. Günlük tutmak yaşlı kişiler için sağlıklı bir süreç olabilmektedir (Austin, 2004).

2.10 Şizofreni Hastalarına Uygulanan Aktif ve Pasif Terapötik Rekreasyon Çeşitleri

Auchus ve ark 1999; Bosscher, 1993; Chamove, 1986; Finocchiaro ve ark. ,1984; Freund ve ark.,1882'e göre, Aktif terapötik rekreasyon, doğada yada kişinin kullanabileceği geniş alanlarda motor hareketliliğini başarıyla gerçekleştirdiği aktivitelerdir. Pasif terapötik rekreasyon ise daha çok küçük hareket gerektiren yada bilişsel becerileri kapsamaktadır (Morris ve ark ,1999).

Aktif terapötik rekreasyon olarak aerobik ve anaerobik aktivitelerdir. Yürüyüş, koşu, toplu oyunlar, bisiklete binme, ağırlık kaldırma, dans etmeyi örnek olarak gösterebiliriz (Morris ve ark ,1999).

Pasif terapötik rekreasyon olarak masa oyunlarını gösterebiliriz bunlar daha çok kişilerin sözlü konuşma becerilerini geliştirmektedir (Morris ve ark ,1999).

2.11 Pilates

Doğru nefes alma tekniği ile vücut ağırlığı kullanılarak yapılan statik ve dinamik çalışmalarla kaslarımızı kontrol etmeyi ve sıkılaştırmayı ve aynı zamanda vücut duruşu sağlar (www.bilkent.edu.tr).

2.12 Halk Oyunları

Halk oyunları düğünlerde, nişanlarda, askere uğurlamada, yaylaya çıkış ve inişte, doğumda, dini ve milli bayramlarda, kazanılan zaferin sonucunda, ferfene, barana, sıra gezmesi, yaren sohbeti gibi toplantılarda oynanmaktadır. Oyunlar genellikle oyun oynamaya elverişli açık alanlarda oynandığı gibi kapalı yerlerde oynanır (www.kultur.gov.tr)

Halk oyunları, en eski çağlardan bu yana insanların hayatında önemli bir yer tutmuş ve o zamandan bugüne kadar gelmiştir. İlkel zamanlarda yaşamış insanlar yaban hayvanlarından korunmak, onlar avlamak, birbirleriyle savaşmak mecburiyeti içinde zor bir yaşama mücadelesi veriyorlardı. Çoğu zaman zor, tehlikeli ve yorucu geçen bu uğraşılardan sonra zaferle dönen insanlar sevinçlerini tepinerek, sıçrayıp hoplayarak, coşkun hareketlerle anlatıp büyük zevk duymuşlardır. İşte oyunun ilk ve ilkel şekli budur (Ş. Ünal ve ark., 2004)

2.13 Aerobik Dans

Aerobik dans, yürüme ve koşma figürlerinin dansla birleşiminden oluşan ve müzik eşliğinde yapılan eğlenceli ve sağlıklı bir spordur. 1969 yılında Jacki dans çalışmalarının fiziksel uygunluğa etkilerini keşfetmiş ve aerobik dansı ortaya çıkarmıştır. Dansçı olmayanlar için bir fitness programı geliştirmiş ve bu hızlı bir şekilde popüler olmaya başlamıştır (Hopkins, 1998).

Aerobik dans 1960'lardan önce popüler olmasına rağmen (Lynne, 1996), 60'ların sonlarında televizyon programlarında yer almaya başlamıştır. Koşu, yüzme ve bisiklete alternatif olarak aerobik dans hızlı bir şekilde popüler olmaya başlamıştır (Weekend Workout). 1980'lerde ise fitness çılgınlığının bir sembolü haline gelmiştir ve aerobik dansta büyük bir patlama olmuştur. Halen bütün dünyada formda kalmanın en popüler yollarından biridir (Lynne, 1996).

2.14 Serbest Zaman Yaşam Kalitesi ve Depresyon

2.14.1 Serbest Zaman Eğitimi ve Yaşam Kalitesi

Uzmanların Yaşam kalitesi ile ilgili 2 önemli unsur vardır. İlk önemli unsur, fiziksel çevredir. Bu konu planlama teşkilatının, sosyologların ve çevre mühendislerin içinde bulunması gereken bir konudur. İkinci unsur da kişi yaşamının psiko sosyal faktörleridir. Bu faktörler, sosyal, duygusal, fiziksel, etik maddi ve manevidir. Bu unsurlar psikososyal alanda olduğu kadar davranışsal biliminin de temellerini oluşturmaktadırlar. Ayrıca da kişinin Yaşam Kalitesi bireysel perspektifle de alakalıdır. Her iki alanda da yaşam kalitesi değişime açık ve serbest zaman etkinliklerinde uzmanlara yeni bir perspektif kazandırabileceği düşünülmektedir (Mundy, 1998).

Kişiler günlük aktivitelere katılarak olumlu değerler elde edebilir ve pozitif deneyimler kazanırlar.

Fredericson (2002)'e göre pozitif duygular pozitif yaşamdan meydana gelir demiştir. Olumlu yaşamı keşfetmek önemli terapötik etkilere neden olabilmektedir. Örneğin depresif durumdan sağlıklı duruma gelinebilmektedir.

Serbest zaman değerlendirirken kişiler kendilerini, sosyal kimliklerini ifade ederek öz benliğini beslerler. Serbest zaman aktiviteleri, sosyal ve kültürel etkileşimin yanı sıra çevresel etkileşimle birlikte ahenk içindedir. Sosyal ve çevresel etkileşim aktivitelere katılımı geliştirirken, yaşam kalitesini ve hayatın anlamlılığını desteklemektedir (Hongzhou,2006).

2.14.2 Serbest Zaman Aktivitelerin Sınıflandırılması

Serbest zaman aktivitelerini 2 şekilde ele alabiliriz.

1. Spor, örn. Yüzme

Spiritual (ruhani) aktiviteler, örn. Kutsal Kitaplar

Oyunlar, örn, Satranç

Sanat, örn. Seramik

Eğlence, örn. Dans

Dinlenme, örn. Televizyon izleme

Diğer aktiviteler, örn. Evcil Hayvan Bakımı

2. Fiziksel veya Mental aktiviteler ya da her ikisini kapsayan aktiviteler

Pasif ve Aktif aktiviteler. Örn. Bulmaca çözme

Sosyal aktiviteler ya da Bireysel aktiviteler(Rudnick, 2005).

2.14.3 Serbest Zaman Etkinliklerin Sağlık Üzerine Etkisi

Serbest zaman aktiviteleri, sağlık açısından faydaları bilinmektedir. Özellikle aerobik egzersizlerin kalp damar sağlığı açısından faydalı bir etkinlik olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra sadece fiziksel aktivitele değil, diğer etkinliklerde ölüm oranlarını azalttığı bilinmektedir (örn. Kalp damar ameliyatlarından sonraki dönemde evcil hayvan bakımı).

Aerobik aktivitelerin özellikle şizofreni hastalarında ciddi faydaları bulunmaktadır. Çünkü şizofreni hastalarının kullandığı ilaçların yan etkisi aşırı kilo almalarıdır. Bunu da aerobik aktivitelerle en aza indirebilmektedir. Diğer yandan sosyal aktivitelerin bilişsel fonksiyonları ve özgüveni geliştirdiği tespit edilmiştir. Tüm bunlar düşünüldüğünde serbest zaman aktivitelerin sağlık açısından son derece önemli olduğu görülmektedir (Rudnick, 2005).

2.14.4 Serbest Zaman ve Mental Sağlık

Serbest zaman çalışılması gereken önemli bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır, en büyük nedeni de kişilerin artık çalışma saatlerinin düşmesi ve böylece serbest zamanlarının artmış olmasıdır. Bu durum da fiziksel ve mental sağlık açısından önemli bir kaynak oluşturmaktadır (Lloyd et al., 2001).

Serbest zaman değerlendirme psikolojik ve fizyolojik yararları açısından doğası itibarıyla doyurucudur. Psikolojik, fizyolojik ve sosyal ihtiyaçlar açısından serbest zaman değerlendirme kullanışlı bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Mental sağlığı bozuk olanların çoğunlukla kendilerini değersiz ve fonksiyonel performanslarında bir düşüş,

ilişkilerinde ve sosyal etkileşimlerinde zorluk yaşadıkları gözlenmektedir (Lloyd et al., 2001).

Serbest zaman aktivitelerine katılımda düşük motivasyon gösterdikleri, öz güvenlerinin olmadığı görünmektedir, ayrıca uygun davranış ve sosyal becerileri de gösteremedikleri bilinmektedir. Ruh sağlığı yerinde olan kişilerle karşılaştırıldığında, ruhsal sağlığı bozuk olan kişilerin yaşamın anlamını yitirdikleri ve sosyal çöküntü içinde oldukları belirtilmiştir (Lloyd et al., 2001).

Rekreatif etkinliklere katılım psikiyatrik tedavilerde son derece önemli olduğu belirtilmiştir. ayrıca iletişim, güven, sosyal fonksiyonlarında, kişisel gelişiminde ve kendini ifade edebilmede artışlar gözlenmektedir (Lloyd et al., 2001).

Fiziksel aktivite ve egzersiz kişinin alkolizm ve uyuşturucu bağımlılığını en alt seviyeye indirerek kişisel imaj, sosyal beceri, bilişsel yapısını etkileyerek kaygı durumunu en alt seviyeye indirmektedir (Taylor, 1985).

2.14.5 Yaşam Kalitesi, Serbest Zaman Değerlendirme Ve Kişi

Iso-Ahola ve Weissinger (1984) serbest zaman değerlendirme yaşam memnuniyeti açısından önemli bir faktördür, çünkü beceri kazanmada ve bunu kullanmada motive gerekmektedir. Bu nedenle sosyal etkileşim, kişilik gelişimi ve rahatlamak için bir fırsat elde edilmektedir. Serbest zaman memnuniyeti yaşam kalitesi açısından önemli bir prediktör görevindedir (Kathy, 1996).

Kelly ve Ross(1989)'a göre yapılan sosyal ve serbest zaman aktiviteleri ile ileriki hayattan alınacak zevk arasında pozitif yönde ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Kelly ve ark.(1987) yapmış oldukları çalışmaya göre 40 yaş ve üstünün serbest zaman aktivitelerinin subjektif iyi olmada, iletişimi ve etkileşimi geliştirmede önemli bir rol oynadığını belirtmiştir. Feather 1989' a göre işsiz erkeklerin davranışlarında kötü yönde değişimler olduğunu, aktivitelerle sosyal iletişim içinde olarak yaşam memnuniyetini ve psikolojik açıdan iyi yönde gelişim gösterdiğini belirtmiştir (Kathy, 1996).

Anlamlı bir hayat 4 bölüme ayrılır. Birincisi amaç; bu alan şu anki zaman ile gelecek zaman arasındaki bağlantıyla açıklanır. Hedef ve icra amacın önemli

elementlerindedir. İkincisi değerlerdir. Değer iyiliğin yada yaşamın pozitifliğidir. Buda harekete geçmemiz için gerekli motivasyonu sağlamaktadır. Üçüncüsü algılarımızdır. Herhangi bir olay farkındalık yaratabilir ve yaşamı kontrol altına alır. Dördüncüsü öz değerdir.

Baumeister ve vohs (2002)' e göre hayatta amacın olması acıyı kederi azaltmakla mümkün olduğunu belirtmişlerdir. Amaç güç ister ve kötü yolu azaltarak iyi yolu çoğaltmakla mümkün olmaktadır.

Serbest zamanları etkin değerlendirmek, yaşam kalitesine önemli katkılar sağlamaktadır. Örneğin dans, kareoke, Tai-chi, resim çizmek gibi aktiviteler kişilere canlılık getirir ve buda yaşam kalitelerini arttırabilmektedir.

Serbest zaman aktivitelerine katılım, kişilerin bireysel, kollektif veya kültürel güçleri ortaya koyar. Birçok bireysel ve kültürel grupla özdeşleşmek ve iyi yaşamı değerlendirmek, bireyleri ve toplumu optimal faal olmaya cesaretlendirmektedir.

Kültürel faktörler yaşamın anlamını etkilemekte güçlük çekmektedir ve iyi yaşamı tanımlamakta zorlanırlar, çünkü herbireyin farklı kültürü bağımsızlığı ve geniş toplumla etkileşim halindedir. Yaşama bağlanmak insanlığın güçlü yönleri, yaşam şekilleri yaşam kalitesinin özünden bahsetmektedir.

- Pozitif duygular elde etmek
- Pozitif özdeşlik ve özdeğerlilik
- Sosyal ve kültürel etkileşim ve ahenk geliştirmek
- Kişisel gelişim ve öğrenme

Dünyadaki tüm insanlar serbest zaman etkinliklerine katılarak hedef belirleme ve yaşam kalitelerini arttırmaya başlamışlardır. Serbest zaman etkinliklerine katılımın ne denli önemli olduğunu farkına varmışlar ve bu sayede kültürel ve sosyal gelişime katkıda bulunmaya başlamışlardır (Hongzhou,2006).

2.14.6 Yaşam Kalitesi, Serbest Zaman Değerlendirme ve Toplum

Allen (1990) toplum memnuniyetini iki yönde araştırmıştır. Birinci olarak kavramsal ve toplumun katıldığı rekreasyon ve serbest zaman değerlendirme tutumlarında ekolojik yaklaşımın önemini araştırmıştır.

Serbest zaman değerlendirme boyutları park ve oyun alanları yada rekreasyon alanları (Christenson,1976); iş dışı aktiviteler (Marans ve Rodgers, 1975); klup, oranizasyonlar, açık hava aktiviteleri, eğlence alanları (Blake ve ark. 1975); rekreasyon ve serbest zaman değerlendirme alanları (Fitzsimmons, ve Ferb, 1977); açık ve kapalı alan aktiviteleri (Trent ve ark. 1984); özel gruplar için rekreasyon (Gaudy, 1977) gibi hizmetler toplumun yaşam memnuniyeti ile doğrudan ilişkilidir. Headey (1988) yapmış olduğu çalışmaya göre arkadaşlık ve serbest zamanda yapılan aktiviteler Avusturalya toplum memnuniyeti açısından önemli bir boyut kazanmıştır. Yaşam kalitesi için ödemiş oldukları vergi, halkın serbest zamanları değerlendirme değerleriyle önemli ve pozitif yönde ilişkilidir (Kathy, 1996).

2.14.7 Egzersiz ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Fiziksel aktivite sağlığı koruduğu gibi hastalığı da önlemede etkilidir. Çalışmalar, fiziksel aktivite ile mental sağlık arasındaki ilişkiyi, fiziksel aktivite ruh sağlığını geliştirdiği, kısmen depresyon ve kaygıyı düşürdüğü şeklinde açıklamaktadırlar. Bir çok çalışma klinik olanla klinik olmayan popülasyonda terapötik etkiye sahip olduğunu açıklamıştır. Bu durumda hasta gruplara uygulatılan terapötik programa egzersiz programlar dahil edilmiştir (Schmitz et al., 2004).

Düzenli egzersiz yapanlarda; kişisel değerde artış, negatif kaygılardan uzak, sosyal iletişimle birlikte insanlardan pozitif geribildirim, fizyolojik yapıya bağlı stres, duygusal gerilim ve nörotransmitterlere yararlı etkileri olduğu bilinmektedir (Schmitz et al., 2004).

Egzersizle sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde ve fiziksel iyi olma durumunda etkili olduğu görülmüştür. Bu ilişki klinik ve klinik olmayan ortamlarda örnek olarak gösterilebilir (Schmitz et al., 2004).

Mental rahatsızlığı olsun yada olmasın herkes için fiziksel aktivite ile sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Fiziksel olarak aktif olmayan denekler, düşük yaşam kalitesi parametreleri göstermektedirler.

Özet olarak; bundan önceki çalışmalar fiziksel egzersizin hastalık riskine karşı faydalı etkileri olduğu, somatik hastalar üzerinde fiziksel aktivite ile sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki olduğu, görülmüştür (Schmitz et al., 2004).

Yaşam kalitesini arttırmak için yapılacak en önemli adımlardan biri üstün, planlanmış ve uygun bir egzersiz deneyiminin gerçekleştirilmesi, bu hedefe ulaşmada cesaretlendirici olacaktır (Martinsen&Stephens, 1994).

Yaşam kalitesi, yaşamın çok çeşitli boyutlarıyla değerlendirilmesi anlamına gelmektedir. Egzersizin ortaya çıkardığı canlılık ve enerjik yaşam kalitesini yükseltmede doğrudan ilişkilidir (Ellingson, 2000).

Egzersizin yaşam kalitesine etkisi iki bileşkedен oluşmaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon ve iyi olma durumudur. Ayrıca egzersiz, hastalığa karşı direnmede, fonksiyonel bağımsızlığı kazanmada, ölüm oranını düşürmede, diyabet ve kalp rahatsızlığını önlemede etkilidir(Ellingson, 2000).

Sosyo ekonomik durum Yaşam kalitesini etkilemektedir. Egzersizde dolaylı olarak sosyo ekonomik durumu etkilemektedir. Örneğin sağlık harcamaların azalması dolaylı olarak olumlu yönde ekonomik durumu etkileyebilmektedir (Ellingson, 2000).

2.14.8 Serbest Zaman Fiziksel Aktivite ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Fiziksel aktiviteyle sağlık birbirleriyle pozitif yönde ilişkileri vardır. Yapılan araştırmalara göre fiziksel aktivite sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini etkili olduğu ve 2 kavram üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir bunlar; fiziksel fonksiyon ve iyi olma durumu. Ancak fiziksel olarak aktif birinin mi yaşam kalitesi iyi, yoksa iyi bir yaşam kalitesine sahip bireylerin fiziksel olarak aktif oldukları henüz netlik kazanmamıştır (Wendel-Vos et al., 2004).

Yapılan araştırmalarda serbest zamanlarını fiziksel açıdan aktif olarak geçirenlerin sosyal fonksiyonlarında artış görülmüştür. Ayrıca erkekler arasında fiziksel olarak serbest

zamanlarında aktif olanların vücut ağırları diğerlerine oranla düşük olduğu görülmüştür (Wendel-Vos et al., 2004).

2.14.9 Psikolojik Rahatsızlığı olan Hastalarda Egzersiz ve Yaşam Kalitesi arasında İlişkisi

Mental sağlık sorunları olan bireylerin, genel popülasyona oranla yaşam kalitelerinde düşük olduğu gözlemlenmiştir. Buna neden olan finansal problemler, işsizlik, sosyal aktivitelere katılamamaktır (Chan. 2004).

Ruhsal hastalar tarafından uygulanan düzenli fiziksel aktiviteler, yaşam kalitesini artırır, duygu durumunun iyi olmasını sağlar. Şizofreni hastalarının ikinci semptomları olan depresyon, düşük öz güven, ve sosyal içe kapanmaları hafiflettiği bilinmektedir. Bazı araştırmalar şizofreni hastalarında pozitif semptom olan halüsinasyonu azalttığı belirtilmiştir. Fiziksel aktivite ayrıca sosyal izolasyonu azaltmada önemli rol oynamaktadır (Caroline et al.,2005).

3. MATERYAL ve METOD

3.1 Araştırma Grubu

Araştırma grubunu, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Gündüz Hastanesinde tedavi gören yaş ortalamaları $35,4 \pm 10,06$ olan 17 bayan 24 erkek toplam 41 şizofreni hasta oluşturmuştur.

3.1.1 Deney Grubu

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Gündüz Hastanesinde tedavi gören etkinliklere katılımı yazılı olarak kabul eden yaş ortalaması $37,4 \pm 11,7$ olan 8 bayan 12 erkek toplam 20 şizofreni hastası oluşturmuştur.

Deney grubu oluşturulurken hastanın alevlenme döneminde olmaması, ilaç tedavisine devam ediyor olması, daha önce sportif etkinliklere katılmamış olması ve etkinliklere katılabilecek işlevsellik ve uyumluluğa sahip olması kriterleri dikkate alınmıştır.

3.1.2 Kontrol Grubu

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Gündüz Hastanesinde tedavi gören araştırma kriterlerine uygun, etkinliklere katılımı kabul etmeyen ancak anketleri cevaplamayı kabul eden yaş ortalaması $34,5 \pm 10,4$ olan 9 bayan 12 erkek toplam 21 şizofreni hastası oluşturmuştur.

3.2 Araştırmanın Yöntemi

3.2.1 Çalışmanın Uygulanmasıyla İlgili Alınan İzinler ve Yapılan Toplantılar

Çalışmanın yapılmasıyla ilgili Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığından onay alındıktan sonra Gündüz Hastanesinde hem deney hem de kontrol grubuna dahil olan kişilere çalışmanın yeri, içeriği ve süresi ile ilgili bilgilendirme toplantısı düzenlenmiştir.

Aktivitelere katılmayı kabul eden hastalardan yazılı olarak onay alınmıştır. Bu aktivitelere katılımın gönüllük esasına dayandığı ve isterlerse çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılacakları konusunda denekler bilgilendirilmişlerdir.

Aktiviteler başlamadan önce hastaların fizyolojik ve psikolojik özelliklerini öğrenmek ve hastalara uygulanacak aktivitelerin uygunluğunu değerlendirmek amacıyla gündüz hastanesinde görev yapan psikolog ve hemşirelerle, aktiviteleri yaptıracak eğitmenlerin katıldığı bir toplantı düzenlenmiştir.

Çalışmanın yapılmasıyla ilgili tüm işlemler tamamlandıktan sonra Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Etik Kuruluna araştırma başvuru dosyası hazırlanmış ve sunulmuştur. Etik kurul, çalışmanın yüksek etik standartlarına uygun olduğu kararına vararak çalışmayla ilgili ön onay vermiştir.

3.2.2 Antrenman Yerleri ve Süresi

Adaptasyonu sağlamak, organizasyonda oluşabilecek eksiklikleri görebilmek ve etkinliklerin hasta motivasyonu açısından geribildirimlerini almak amacıyla, 2 hafta boyunca yetkililer gözetiminde deneme yapılmış eksikler tamamlandıktan sonra etkinlikler başlatılmıştır.

Deney grubu ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı Gündüz Hastanesinde Salı, Çarşamba ve Cuma günleri bir saat, haftada üç kez olmak üzere toplam on altı hafta, Halk oyunları, pilates ve aerobik dans aktiviteleri düzenlenmiş, uygulayıcı olarak, Kocaeli Üniversitesi Bölümünde görev yapan insan ilişkilerinde ve iletişimde başarılı 1 Öğretim Elemanı ve 2 öğrenci görev almıştır. Aktivitelere gözetmen olarak kurum psikologları ve hemşireler alınmıştır.

Aerobik Dans: 16 hafta boyunca deney grubuna haftada 1 gün ve iki haftada bir 5 dakika artırmalı 10:00-11:00 saatler arası aerobik dans çalışması uygulandı. Aerobik dans öncesi 10 dakika ısınma ve aerobik dans sonunda da 10 dakika esnetme ve gerdirme hareketlerinin verilmesine dikkat edildi.

Halk Oyunları: Ata barı, Bar, El çırpma, Evlerinin Önü, Düz Horon oyunları öğretilmiştir. Bu oyunların seçimini yaparken kadınlı erkekli karma halinde oynanıyor olması, sade figürlü çeşitleri olması ve seçkin oyuncu aranılmayıp herkesin oynayabileceği düzeyde oyunlar dikkate alınmıştır. Haftada 1 gün 10:00-11:00 saatler arası uygulanmıştır.

Pilates: 16 hafta boyunca deney grubuna 1 gün 10:00-11:00 saatleri arasında pilates çalışması uygulandı. Pilates, dayanıklılığı arttırıcı, metabolizmayı hızlandırıcı özelliği olması nedeniyle çalışmamıza dahil edilmiştir.

3.2.3 Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

(WHOQOL-BREF-TR)

Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. WHOQOL-100 içinden seçilen 26 soru ve 4 alanı kapsamaktadır. Bu 4 alan fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır. Ölçek likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Sorularda kişinin öznelliği ön plandadır. Kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu ve kapasitesini içermektedir. Ölçek kişi tarafından doldurulmak üzere hazırlanmıştır. Fiziksel alanda gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan, olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır.

Ankette fiziksel alanı kapsayan soruları; 3,4,10,15,16,17,18 Psikolojik alanı kapsayan sorular; 5,6,7,11,19,26 Sosyal İlişkiler alanı kapsayan soruları; 20,21,22 Çevresel Alanı kapsayan soruları ise 8,9,12,13,14,23,24,25 temsil etmektedir.

3.3 Verilerin Analizi

Elde edilen verilere SPSS 16,0 paket programında tanımlayıcı istatistiksel işlemler(Ortalama, Standart Sapma) uygulandıktan sonra gruplar arasındaki farklar Wilcoxon testi ile değerlendirilmiştir. Bu testten sonra fiziksel alan, psikolojik alan, sosyal

ilişkiler ve çevresel alan arasındaki farkları tespit etmek için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak 0,05 alınmıştır.

4.BULGULAR

Çizelge 4.1. Grupların alanlara göre ön-test son-test aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

GRUPLAR	FİZİKSEL ALAN		PSİKOLOJİK ALAN		SOSYAL İLİŞKİLER ALANI		ÇEVRESEL ALAN	
	AO± SS		AO ±SS		AO± SS		AO± SS	
	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test
KONTROL	11,6±1,8	12,2±3,3	13,2±2,8	13,9±2,7	11,7±3,7	12,9±4,1	13,3±1,4	13,8±1,8
DENEY	11,3±2,2	13,8±2,3	12,0±2,4	10,4±2,7	12,5±3,9	10,6±2,4	13,8±1,9	13,9±2,0

Kontrol grubun fiziksel alan ön test aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri 11,6±1,8 ve son test değerleri 12,2±3,3 bulunmuştur. Psikolojik alan ön test aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri 13,2±2,8 ve son test değerleri 13,9±2,7 bulunmuştur. Sosyal ilişkiler alanı ön test aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri 11,7±3,7 ve son test değerleri 12,9±4,1 bulunmuştur. Çevresel alan ön test aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri 13,3±1,4 ve son test değerleri 13,8±1,8 bulunmuştur.

Deney grubun fiziksel alan ön test aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri 11,3±2,2 ve son test değerleri 13,8±2,3 bulunmuştur. Psikolojik alan ön test aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri 12,0±2,4 ve son test değerleri 10,4±2,7 bulunmuştur. Sosyal İlişkiler alanı ön test aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri 12,5±3,9 ve son test değerleri 10,6±2,4 bulunmuştur. Çevresel alan ön test aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri 13,8±1,9 ve son test değerleri 13,9±2,0 bulunmuştur.

Çizelge 4.2. Grupların Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık Durumlarına göre ön-test son-test aritmetik ve standart sapma değerleri

GRUPLAR	YAŞAM KALİTESİ		GENEL SAĞLIK	
	AO± SS		AO ±SS	
	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test
KONTROL	2,95±1,20	3,19±0,98	2,95±1,16	2,95±0,97
DENEY	3,05±0,81	3,85,±1,22	2,75±1,06	3,7±1,12

Çizelgede görüldüğü gibi kontrol grubun yaşam kalitesi ön-test ortalama ve standart sapma değerleri 2,95±1,20 son test 3,19±0,98 bulunmuştur. Kontrol grubun genel sağlık ön-test ortalama ve standart sapma değerleri 2,95±1,16 son test 2,95±0,97 bulunmuştur.

Deney grubun yaşam kalitesi ön-test ortalama ve standart sapma değerleri 3,05±0,81 son test 3,85,±1,22 bulunmuştur. Deney grubun genel sağlık ön-test ortalama ve standart sapma değerleri 2,75±1,06 son test 3,7±1,12 bulunmuştur.

Çizelge 4.3. Gruplar Arasındaki Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık Wilcoxon Sonuçları

GRUPLAR	N	YAŞAM KALİTESİ			GENEL SAĞLIK
		P Değeri	Anlam Düzeyi	P Değeri	Anlam Düzeyi
KONTROL	21	,519	P>0,05	,826	P>0,05
DENEY	20	,033	P<0,05	,012	P<0,05

Çizelgede görüldüğü gibi yaşam kalitesi ve genel sağlık kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0,05$). Deney grubunda ise yaşam kalitesi ve genel sağlık parametrelerinde $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Çizelge 4.4. Grupların Yaşam Kalitesi ve Genel Sağlık Ön-Testi ve Son-Testi Bitirme Sürelerinin Mann Whitney U Sonuçları

GRUPLAR	YAŞAM KALİTESİ		GENEL SAĞLIK	
	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test
P Değeri	,891	,047	,559	,012
Anlam Düzeyi	$P>0,05$	$P<0,05$	$P>0,05$	$P<0,05$

Çizelgede görüldüğü gibi yaşam kalitesi ön-test parametresinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0,05$). Yaşam kalitesi son-test parametresinde $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Genel sağlık ön-test parametresinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0,05$). Genel sağlık son-test parametresinde $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Çizelge 4.5. Gruplar Arasındaki Yaşam Kalitesi Testinin Wilcoxon Sonuçları

GRUPLAR	N	FİZİKSEL ALAN		PSİKOLOJİK ALAN		SOSYAL İLİŞKİLER ALANI		ÇEVRESEL ALAN	
		P Değeri	Anlam Düzeyi	P Değeri	Anlam Düzeyi	P Değeri	Anlam Düzeyi	P Değeri	Anlam Düzeyi
KONTROL	21	,459	$P>0,05$,317	$P>0,05$,177	$P>0,05$,272	$P>0,05$
DENEY	20	,004	$P<0,05$,097	$P<0,05$,061	$P<0,05$,344	$P<0,05$

Kontrol grubun Fiziksel alan, Psikolojik Alan, Sosyal İlişkiler Alanı ve Çevresel Alanlarda istatistiksel olarak $p>0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Deney grubunda ise Fiziksel alan, Psikolojik Alan, Sosyal İlişkiler Alanında ise $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuşken Çevresel alanda bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.6. Grupların Ön-Testi ve Son-Test Mann Whitney U Sonuçları

GRUPLAR	FİZİKSEL ALAN		PSİKOLOJİK ALAN		SOSYAL İLİŞKİLER ALANI		ÇEVRESEL ALAN	
	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test	Ön Test	Son Test
P Değeri	,496	,032	,115	,004	,148	,054	,183	,260
Anlam Düzeyi	$P>0,05$	$P<0,05$	$P>0,05$	$P<0,05$	$P>0,05$	$P<0,05$	$P>0,05$	$P>0,05$

Grupların Fiziksel Alan, Psikolojik Alan, Sosyal İlişkiler Alanında ön test sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamışken ($p>0,05$), Fiziksel alan son test sonucunda $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Her iki Grubunda Çevresel Alan ön test ve son test sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

5.TARTIŞMA

Terapötik egzersiz çalışmaları, medikal terapi yönteminde kullanılması gereken en faydalı çalışmalardır. Egzersiz çalışmaları kardiyoyu geliştirdiği gibi iskelet kasları üzerinde de faydalı etkilere sahiptir. Ayrıca sistemli yapılan fiziksel aktivite kaygıyı düşürüp, iyi olmayı geliştirerek yaşam kalitesini arttırır. Fiziksel sağlığı geliştirmek, yaşam kalitesi için en büyük hedefler arasındadır(Koukouvou, 2004).

Tek başına uygulanan ilaç tedavileri, iyi planlanmış rehabilitasyon programlarına göre tedavide daha az etkili olmaktadır(Lenroot,2003).

Skinar ve Cross(1999) ciddi depresyon geçiren hastalarda düzenli yapılan egzersizler kardiovasküler sistem, öz değerlilik, üzerinde olumlu gelişmeleri olduğunu saptamıştır(Faulkner,1999).Egzersizin depresyon semptomlarını düşürdüğü sonucuna ulaşan farklı bir çok çalışma vardır. Lynette (2004) rastgele seçilen 30 depresif bay ve bayan üzerine yaptığı araştırmada 6 hafta boyunca 3 gün yapılan egzersizlerin depresyon semptomlarını düşürdüğünü tespit etmiştir. Yine Martinsen ve arkadaşları 90 depresif hastaya yaptıkları 8 hafta süren aerobik (jog, yürüyüş) ve anaerobik (kuvvet, koordinasyon, stretching) egzersizler sonucunda her iki grubun depresyon düzeylerinin azaldığını saptamıştır.

Babyak et al.(2000) 156 majör depresif deneği, egzersiz grubu, antidepresan ilaç kullanan ve her iki programa dahil olan grup olarak 3'e ayırmış ve araştırma sonucunda egzersiz grubunda antidepresan ilaç kullanan gruba göre psikotik semptomların tekrar nüksetmesinde önemli düşüşler tespit etmiştir(Eack, 2007).

Şizofreni hastalarının genel populasyona oranla sağlıksız bir yaşam sürdürdükleri ve hastalıklarından dolayı da ölüm oranlarının yüksek olduğu görülmektedir (Brown, 1999). Özellikle hastalarda ilaçların yan etkisi olan aşırı kilo alımı en büyük sorundur. (Allison&Casey, 2001;Kawachi,1999; Kurzthaler&Fleischhacker, 2001). Araştırmalar ruh sağlığı bozuk olan kişilerin rekreatif etkinliklere katılımın tedavileri üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermektedir(Lloyd et al., 2001).

Düzenli egzersiz yapan hastalarda psikiyatrik semptomlarda azalma görülmektedir.(Çelikkol,2007).

Şizofreni hastaları üzerinde Deimel (1980)'in yapmış olduğu 14 haftalık bir çalışma sonucunda hastaların motor, duygusal ve sosyal davranışlarında önemli değişimler görülmüştür.

Bizim çalışmamızda da etkinliklere katılan grupta psikolojik alan ve sosyal alanda anlamlı bir gelişme bulunmuştur($p<0,05$).

Chamove (1986)'a göre de psikotik semptomlar gün içerisinde, egzersiz yapanlarda az görülmektedir ve Faulkner&Sparks (1999)'ın yapmış olduğu çalışmalarda halüsinasyonun geçici belirtiler olduğu ve egzersizin bu kronik psikotik semptomları hafiflettiğini desteklemektedir(Faulkner, 1999).

Burbach (1997) ve Scully et al.(1998) depresyon ve kaygının şizofreni hastaları için genel bir rahatsızlık durum olduğunu belirtmişlerdir. Tüm araştırmaların ortak sonucu depresyonun düştüğü yönünde referansların olduğudur. Bu bağlamda klinik olarak depresyonun ve kaygının düşürülmesinde, egzersizin pozitif etkisinin olduğu belirtilmektedir(Faulkner, 1999). Plante (1993)'e göre egzersizin psikotik hastaların kaygı, depresyon düşük öz saygılarını hafifletmede, halüsinasyon gibi psikotik rahatsızlıkların azalmasından daha etkilidir(Faulkner,1999).

Ruhsal bozukluk, yaşam içerisinde kişiye ciddi sıkıntılar yaratabilmektedir. Yaşamdaki engeller düşük yaşam kalitesine sebep olmaktadır. Bu durum karşısında kendi ailesi ve çevresi de önemli derece etkilenmektedir. Fiziksel aktivite, sağlık parametreleri açısından yardımcı görevindedir. Yapılan çalışmalarda aktif olmayan hastaların yaşam kalitelerinde düşüş görülmüştür. Ruh sağlığı bozuk olan bireyler toplumla olan etkileşimlerinde zorluk yaşamaktadırlar. Bu yüzden aktivitelere katılarak yaşam memnuniyetini sağlamaları gerekmektedir(Lloyd et al., 2001).

16 haftalık Egzersiz öncesi ve egzersiz sonrası kullanılan SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinde anlamlı farklılığın ruh sağlığında olduğu görülmüştür (Pelletier, J.,2005). Crone (2007) fiziksel aktivite programlarına katılan ruh sağlığı bozuk kişilerin yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkileri olduğunu saptamıştır.

Skriner ve ark. (2005) 12 hafta boyunca 20 (9 deney 11 kontrol) psikotik hastaya uyguladığı programda, deney grubunun genel sağlığının kontrol grubuna oranla önemli derecede yüksek olduğunu ($d=1.99$) bulmuştur.

Yaptığımız araştırma sonucunda ise Genel sağlık egzersiz grubunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmüştür($p<0,05$).

Hutchinson ve ark., (1999) ve Plante&Rodin, (1990)'ın yaptığı çalışmada hastaların, sağlık parametrelerinde önemli derecede pozitif değişimler görülmüştür. Bunlar depresyon ve yaşam kalitesini direkt etkilemektedir. Egzersize katılım, psikolojik iyilik açısından diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir(Skrinar,2005).

Yine Brand,(2005)'in yaptığı çalışmada, 13 haftalık egzersiz program sonucunda yaşam kalitesi parametreleri değerlendirildiğinde fiziksel ve psikolojik parametrelerin arttığı görülmüştür. Lee ve Rusell (2003) 3 yıl boyunca egzersiz yapan psikoz hastaların psikolojik ve fiziksel alanda olumlu etkilerin olduğu, şizofreni egzersiz programlarına katılımın depresyon tedavisinde önemli katkıları olduğunu belirtmiştir(Saxena,2005).

Bizim çalışmamızın sonucu da fiziksel sağlık ve psikolojik sağlığın arttığı yönündedir($p<0,05$). Ayrıca grup egzersizleri kişilerin sosyalleşmesinde önemli rol oynayarak bu alanda da hastaların gelişimine katkı sağlamaktadır($p<0,05$).

Araştırmalar, iyi bir görünüm ve psikolojik iyi halin, ancak fiziksel egzersizle mümkün olabileceğini göstermektedir Egzersizle ruh ve fiziksel sağlık arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirtilmektedir(Skrinar,2005).

2005 yılında Pelletier ve arkadaşları tarafından 16 hafta süren bir araştırmada 17 şizofreni hastası üzerinde egzersizin etkileri araştırılmış ve sonuç olarak aerobik kapasiteyi, genel sağlığı, ruh sağlığı, sosyal beceri bizim çalışmamızda olduğu gibi arttırdığı tespit edilmiştir($p<0.05$).

Şizofreni hastaları, genel popülasyona göre lifli yiyecekler yerine yağ oranı yüksek diyetleri ve daha fazla sigara ve alkol tüketmekte ve günlük boş zamanlarını değerlendirirken daha çok pasif aktiviteleri tercih etmektedirler(Roick ve ark., 2007).

Şizofreni ve benzer psikotik bozukluklarda kullanılan antipsikotik ilaçlar yan etki olarak kilo aldırıldığından, diyetle birlikte fiziksel egzersiz tavsiye edilmektedir(A. Çelikkol, 2007).

31 şizofreni hastasına uygulanan yoga programı ve 30 fiziksel aktivite programına katılan 61 şizofreni hastası üzerinde yapılan çalışma sonucunda, yoga programına katılan hastaların fiziksel aktivite programına katılan hastalara göre yaşam kalitelerinde artış tespit edilmiştir(Duraiswamy,2007).

Egzersiz çalışmaları, kaygı ve depresyonu düşürüp ve genel bir iyi olma durumu sağlamakta sosyal etkileşimi ve diğer yaşam kalitesi parametrelerini geliştirmektedir(Koukouvou, 2004).

Bizim de egzersiz grubumuzun antrenman süreci bitiminde yaşam kalitesinde istatistiksel olarak artış görülmüştür($p<0,05$). Düzenli yapılan egzersizler yaşam kalitesini, fiziksel, ruhsal, sosyal alan parametrelerini geliştirmektedir.

Uygulanan egzersiz tiplerinin grup etkileşimini sağlayacak aktivitelerden seçilmesinin sosyal gelişimi de desteklediği çalışmamızın bir başka sonucudur.

Bütün bulgular planlı olarak uygulanacak rekreatif aktivitelerin şizofreni hastalarında yaşam kalitesini arttıracığını göstermektedir.

Şizofreni hastalarını kendi iç dünyalarından çıkartarak dış dünya ile kaynaştıracak aktiviteleri yaptırmak toplum yapısına da katkı sağlayacaktır.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 SONUÇLAR

Çalışmaya katılan toplam 41 şizofreni hastasına ait denekler istatistiksel olarak değerlendirildiğinde;

1. Deney grubunda Fiziksel alan, Psikolojik Alan, Sosyal İlişkiler Alanında ise $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuşken Çevresel alanda bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise Fiziksel alan, Psikolojik Alan, Sosyal İlişkiler Alanı ve Çevresel Alanlarda istatistiksel olarak $p>0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
2. Grupların Fiziksel Alan, Psikolojik Alan, Sosyal İlişkiler Alanında ön test sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamışken ($p>0,05$), Fiziksel alan son test sonucunda $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Her iki Grubunda Çevresel Alan ön test ve son test sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).
3. Yaşam kalitesi ve Genel sağlık, kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Deney grubunda ise yaşam kalitesi ve genel sağlık parametrelerinde $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur.
4. Yaşam kalitesi son-test parametresinde $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Genel sağlık ön-test parametresinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Genel sağlık son-test parametresinde $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

6.2 ÖNERİLER

1. Sosyal etkileşimi kişisel güveni ön plana çıkaracak aktivitelerin uygulaması ruh sağlığı açısından örnek teşkil edebilir.
2. Uygun egzersiz programları geliştirecek planlamaları hayata geçirmek, ülke ekonomisine katkı sağlayabilir.
3. Şizofreni hastalarında uygulanan egzersizin hastalık semptomlarını düşürdüğü göz önüne alındığında rehabilitasyon teknolojileri içerisinde yer alması faydalı olabilir.

4. Hastaların hobileri ve spor geçmişlerini araştırmak, uygulanacak egzersiz programının işlevliliği açısından önem teşkil edebilir.
5. Rekreasyon uzmanlarının model oluşturması egzersiz dönemlerinin başlarında hastaların motivasyonu açısından değer kazandırabilir.
6. Spor yapmayı bir yaşam tarzı haline getirecek stratejiler geliştirmek faydalı olabilir.
7. Çevre şartlarını kullanarak işlevsel hale getirmek spor yapmayı cazip hale getirebilir.

KAYNAKLAR

Aldinç, H., Aytar B., Demetçi M., Seçen A.E., Şahin A., Yılmaz H. (2004) Ankara İlinde Seçilen Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 18 Yaş ve üzeri Kişilerin Medikososyal Özelliklerine göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Tez (Phd) Ankara.

Aurélio, M., Peluso M., Guerra de andrade, LH. (2005) The Association Between Exercise And Mood Physical Activity And Mental Health.; 60(1):61-70.

Austin, D.R. (2004) Therapeutic Recreation. Process and Techniques. Fifth Edition. Sagamore Publishing.

Beebe, LH., Tian, L., Morris, N., Goodwin, A., Allen, SS., Kuldau, J. (2005) Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. Issues Ment Health Nurs.; 26(6):661-76. University of Florida, College of Nursing, Gainesville, 32610, USA. lbeebe@ufl.edu (Ulaşım: 18 Mayıs 2009).

Bellack, A.S. (2004) Skills Training For People With Severe Mental Illness. Psychiatric Rehabilitation Journal.;27(4):375-91.

Brand, R., Schlicht W., Grossmann K., Duhnsen R. (2005) Effects of a physical exercise intervention on employees' perceptions of quality of life.

Broocks, A, Meyer, TF, George, A, Pekrun, G, Hillmer-Vogel,U, Hajak, G, Bandelow, B, Ruther, E. (1997) Value of sports in treatment of psychiatric illness Psychother Psychosom Med Psychol.;47(11):379-93.

Brown, S., Birtwistle, J., Roe L., Thompson, C. (1999) The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. Psychol Med. May;29(3):697-701. Department of Psychiatry, University of Southampton

Brugman, T., Ferguson, S. (2002) Physical Exercise an Improvements in Mental Health. Journal of Psychosocial Nursing&Mental Health Services.;40;8.

Carlson, N.R. (1990) Psychology, The Science of Behavior 3th Edition. A division of Schuster Inc.

Caroline, R., Richardson, M.D., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar Gary, S., Hutchinson, Dori S., Piette, John D. (2005) Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*.; Vol. 56 No. 3

Cerenzia, T. (1999) Learning about Schizophrenia, Schizophrenia Society of Canada.

Craft, L.L. (2005) Exercise and Clinical Depression: Examining two psychological mechanisms. *Psychology of Sport and Exercise*.; 6 151-171.

Crone, D. (2007) Walking Back to health. *Issues in Mental Health Nursing* vol. 28 issue 2. P 167-183.

Crooks, R. L., Stein, J. (1991) *Psychology Science, Behavior and Life* 2 nd. Edition. Sounders College Publishing.

Çelikkol A. (2007) *Kronik Psikiyatrik Bozukluklarda Egzersiz*.

Deimel, H.(1980) Sport therapy with psychiatric patients. *Psychiatr Prax*, 7(2):97-103.

Duraiswamy, G., Thirthalli, S., Nagendra, H., Gangadhar, B. (2007) Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Vol.116 Issue 3. P226-232

Duston, M., Jaclyn C., Anthony, M. (1999) Active And Passive Therapeutic Recreation Activities: Comparison of Appropriate Behaviors of Individuals with Schizophrenia. *Therapeutic Recreation Journal*.

Eack, S.M., Newhill C.E., Anderson, C. M., Rotondi, A. J. (2007) Quality Of Life For Persons Living With Schizophrenia: More Than Just Symptoms.. *Psychiatric Rehabilitation Journal*.; vol. 30 No 3, 219-222.

Ellingson, T., Conn, V.S. (2000) Exercise and Quality of Life in Elderly Individuals
Journal of Gerontological Nursing.;26;3.

EPPIC Bilgilendirme yayınları, (2000) www.eppic.org.au

Eren, İ., Şimşek, D., Çalışkan, A.M. (2007) Şizofreni Hastalarında Yetiyitimi ve Belirti Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi.

Farrell, P., Lundegran H.M.. (1999) The Process of Recreation Programming.
Theory and Technique Third Edition. Venture Publising.

Faulkner, G.,& Biddle, S. (1999) Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia
Journal of Mental Health 8, 5, 441± 457: A review of the literature Department of Physical
Education, Sports Science & Recreation Management, Loughborough University,
Loughborough, Leicestershire, UK.

Fogarty, M., Happell, B., Pinikahana, J. (2004) The Benefits Of An Exercise
Programme For People With Schizophrenia. Psychiatric Rehabilitation Journal; 28:2;
Healthand medicine Complete pg.173.

Fox, K. (1999) The Influence of Physical activity on Mental well-being.
Department oExercise and Health Sciences.

Fox, K. (1999) The Influence of Physical activity on Mental well-being.
Department of Exercise and Health Sciences.

Goodwin, R.D. (2003) Association between physical activity and mental disorders
among adults in the United States, Preventive Medicine.; 36 698–703.

Halk Oyunlarının Oynanış Nedeni, Yeri, OyuncuSeçimi, OyuncuHazırlığı Erişim:
www.kultur.gov.tr

Hazar, M. (2003) Beden Eğitimi ve Sporda Oyunla Eğitim. Ankara.

Iwasaki, Y., Zuzanek, J., Mannell, RC.(2001) The effects of physically active
leisure on stress-health relationships. Canadian J Public Health.; 92(3):214-8.

Karaküçük, S. (1999). *Rekreasyon Bağırğan Yayınevi*. Ankara. s.: 23, 59, 66-93, 305-315.

Kathy, L. (1996) *Planning For Leisure: Issues of Quality of Life.. Social Alternatives.*;Vol. 15, Issue 2.

Koukouvou, G., Kouidi, E., Lacovides, A., Konstantinidou, E., Kaprinis, G., Deligiannis, A. (2004) Quality of life, Psychological and physiological changes following exercise training in patients with chronic heart failure. *J Rehabil Med*; 36:36-41

Köroğlu, E., Güleç, C. (2007) *Psikiyatri Temel Kitabı*, HYB Basım Yayın, Ankara.

Lenroot, R., Bustillo R., Lauriello, J., Keith J. (2003) Integration of Care: Integrated Treatment of Schizophrenia and Samuel, M.D. *Psychiatr serv.*; 54:1499-1507.

Levendoğlu, F., Altintepe L., Okudan, N., Ugurlu, H., Gökbel, H., Tonbul, Z., Güney, I., Türk, S. (2004) Twelve week exercise program improves the psychological status, quality of life and work capacity in hemodilysis patients. *JN*; Vol.17 n.6:826-832A.

Levendoğlu, F., Altintepe, L., Okudan, N., Ugurlu, H., Gökbel, H., Tonbul, Z., Güney I. Türk, S. (2004) ; Vol.17 n.6:826-832.

Lloyd, C., King R., Lampe, J., Mcdougal, S. (2001) The Leisure Satisfaction Of People With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal.*; 25(2):107-13.

Lynette, L. Craft., Frank, M. Perna. (2004) The Benefit of Exercises For The Clinically Depressed.; 6: 104-111.

Margaret, F., Happell, B.(2005) Exploring The Benefits Of An Exercise Program For People With Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing.*; 26:341–351.

Mccabe, R., Priebe, S. (2002) Focusing on Quality of Life in Treatment.. *Internation Review of Psychiatry.*; 14, 225-230.

Mirzeoğlu, N.(2003) *Spor Bilimlerine Giriş Bağırğan Yayınevi*. Ankara.

Morris, D., Card, C., Menditto, A.(1999) Active and Passive Therapeutic Recreation Activities: A Comparison of Appropriate Behaviors of Individuals with Schizophrenia. Therapeutic Recreational Journal.

Mundy, J. (1998) Leisure Education Theory and Practice. Sagamore Publishing.

National Institutes of Mental Health(2007) Schizophrenia. NIH Pulication No. 06-3517

Noll, R. (2000) The Encyclopedia of Schizophrenia and Other Psychiatric disorders. Scnd Edition.,

O'Sullivan, J., Gilbert, J., Ward, W. (2006) Addressing the health and lifestyle issues of people with a mental illness: the healthy living programme Australasian Psychiatry.;

Volume 14 Page 150.

Packer, S., Husted, J., Cohen, S., Tomlinson, G. (1997) Psychopathology and Quality of Life in Schizophrenia.

Pagano, I.S., Barkhoff, H., Heiby, E.M., Schlicht, W. (2006) Dynamical Modeling of the Relations Between Leisure Activities and Health Indicators. Journal of Leisure Research.; Vol. 38, No 1 pp 61-77.

Pelham, T.W., Campagna, P.D., Ritvo, P.G., Birnie, William A. (1993) The Effects of exercise Therapy on Clients in a Psychiatric Rehabilitation Program Psychosocial Rehabilitation Journal.;01475622, Vol. 16, Issue 4.

Pelletier, J.R., Nguyen, M., Bradley, K., Jhonsen, M., McKay, C. (2005) A study of a Structured Exercise Program with Members of an ICCD Certified Clubhouse: Program Design, Benefits, and Implications for Feasibility. Psychiatric Rehabilitation Journal.;Vol. 29 No 2.

Plotnick, R. (1996) Introduction to Psychology 4th Edition. Cole Publishing Company.

Promoting Community Inclusion and Quality of Life Through Recreation.
[http://www.upennrrtc.org/var/tool/file/83-CI%20Tools%20\(FS\)%20-%20Leisure%20&%20Recreation.pdf](http://www.upennrrtc.org/var/tool/file/83-CI%20Tools%20(FS)%20-%20Leisure%20&%20Recreation.pdf). (Ulaşım: 19 Ağustos 2008).

Psychosis. Concise Oxford English Dictionary, (2004) Oxford University Press.

Renee, D. G. (2003) Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine.*; 36 698–703.

Roick, C., Fritz-Wieacker, A., Matschinger, P., Heider, D., Schindler, J., Riedel-Heller, S., Angermayer, M. Soc psychiatry psychiatr epidemol. Health Habits of Patients with Schizophrenia 2007

Roshel Lenroot, M.D., Juan R. Bustillo, M.D., John Lauriello, M.D. and Samuel J. Keith, M.D. *Psychiatr serv.* 54:1499-1507, November 2003

Röder-Wanner, Ute-Ulrike., Priebe, S. (1998) Objective and subjective quality of life of first-admitted women and men with schizophrenia.

Ruben, E. (2007) Yardımcı Bir Tedavi Yöntemi Olarak Okuma Terapisi.

Rudnick, A. (2005) Psychiatric Leisure Rehabilitation: Conceptualization and Illustration. *Psychiatric Rehabilitation Journal.*;V:29 N.1.

Sally, C., Yu, I. W. (2004) Quality of life of clients with schizophrenia *Journal of Advanced Nursing.*; 45(1), 72–83.

Saxena, S., Ommeren, M., Tang, T.C., Amstrong, T.P. (2005) Mental health benefits of physical activity. *Journal of Mental Health* 14(5): 445-451.

Schmitz, N., Kruse J., Kugler, J. (2004) The association between physical exercises and health-related quality of life in subjects with mental disorders. *Preventive Medicine* 39 1200– 1207.

Skrinar, G., Huxley, N.A., Hutchinson D., Menninger, E., Glew, P. (2005) The Role Of A Fitness Intervention On People With Serious Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*;29,2; *Healthand Medicine Complete* pg.122.

Taylor, CB., Sallis, JF., Needle, R. (1985) The relation of physical activity and exercise to mental health. Public Health Rep.; 100(2):195-202.

Tkachuk, G.A Martin, G.L.(1999) Exercise Therapy for Patients With Psychiatric Disorders. Professional Psychology: Research and Practice, Vol. 30, No. 3, 275-282.

Ünal, Ş., Anlıtamer F. (2004) Seçilmiş Halk Oyunları Teori ve Pratiği. Beyaz yayınları. İstanbul.

Wendel-Vos, G.C.W., Schuit, A.J., Tijhuis, M.A.R, Kromhout, D. (2004) Leisure Time Physical activity and health related quality of life Quality of Life Research., 13: 667–677.

World Leisure Consensus Symposium, World Leisure Expo 2006, Hongzhou, China.

Yıldız, M., Tural, Ü., Kurdoğlu, S., Önder, M.E (2003) Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile ve Gönüllülerle Yürütülen Bir Kulüp-Ev Denemesi; 14(4): 281.

Yıldız, M. (2005) Şizofreni Hastalığını Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek. Okuyan Us Yayın, İstanbul.

Bireysel Psikoterapi www.etkilesim.org/bireyselTerapi.asp Ulaşım: (27 mayıs 2009)

Psikozlar. www.genetikbilimi.com/genbilim/psikozlar.htm Ulaşım: (27 mayıs 2009)

Şizofreni nedir? www.psikiyatrist.net/sizofreni.htm (Ulaşım: (27 mayıs 2009)

Paranoya nedir? www.msxlab.org/forum/psikoloji-ve-psikiyatri/8873-paranoya-nedir.htm Ulaşım: (27 mayıs 2009)

Kısa psikoz bozukluk <http://psikoz.in/kisa-psikotik-bozukluk/> Ulaşım: (27 mayıs 2009)

Şizofreni nedir?

<http://www.donusumkonagi.net/makale.asp?id=1251&baslik=nedenleri> Ulaşım: (27
mayıs 2009)

Şizofrenide

Psikososyal

Tedaviler

<http://www.saglikbilgisi.com/makale/%C5%9Eizofrenide+Psiko-Sosyal+tedaviler>

EKLER

EK 1. WHO Yaşam Kalitesi Anket Formu

1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?
()Çok kötü ()Biraz kötü ()Ne iyi ne kötü ()Oldukça iyi ()Çok iyi
2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Çok
3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Aşırı
4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Aşırı
5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Aşırı
6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Aşırı
7. Dikkatinizi toplamakta ne kadar başarılısınız?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Son derece
8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Son derece
9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Son derece
10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz varmı?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Tamamen
11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Tamamen
12. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Tamamen
13. Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Tamamen
14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Tamamen
15. Bedensel hareketlilik, etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme becerileriniz nasıldır?
()Çok kötü ()Biraz kötü ()Ne iyi ne kötü ()Oldukça iyi ()Çok iyi
16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Çok
17. Günlük uğraşları yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Çok
18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Çok
19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Çok
20. Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Çok
21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
()Hiç ()Çok az ()Orta ()Epeyce ()Çok
22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

- Hiç Çok az Orta Epeyce Çok
23. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?
Hiç Çok az Orta Epeyce Çok
24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?
Hiç Çok az Orta Epeyce Çok
25. Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz?
Hiç Çok az Orta Epeyce Çok
26. Ne sıklıkla hüzün ümitsizlik bunaltı çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?
Hiç Nadiren Ara sıra Sıklıkla Her zaman
27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir.
Hiç Çok az Orta Epeyce Aşırı

ÖZGEÇMİŞ

1975 yılında Gölcük’de doğdu. İlk, orta öğrenimini Özel Seymen Lisesinde Lise öğrenimini Gölcük Barbaros Hayrettin Lisesinde tamamladı. 1995 yılında Kocaeli Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bölümünden 1999 yılında mezun oldu. Aynı yıl Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalında yüksek lisansa başlayarak 2000 yılında Araştırma görevlisi oldu. 2003 yılında yüksek lisansını tamamladı ve 2003 yılında Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalında doktora programına başladı.