

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNME Lİ BİREYLERDE SERBEST ZAMAN
AKTİVİTELERİNE YÖNELİK ERGOTERAPİ
YAKLAŞIMLARININ YAŞAM KALİTESİ VE
TOPLUMSAL KATILIMA ETKİSİ**

Uzm. Fzt. Orkun Tahir ARAN

**Ergoterapi Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2018**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNME Lİ BİREYLERDE SERBEST ZAMAN
AKTİVİTELERİNE YÖNELİK ERGOTERAPİ
YAKLAŞIMLARININ YAŞAM KALİTESİ VE
TOPLUMSAL KATILIMA ETKİSİ**

Uzm. Fzt. Orkun Tahir ARAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Hülya KAYIHAN

Ergoterapi Programı

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2018

ONAY SAYFASI


İnmeli Bireylerde Serbest Zaman Aktivitelerine Yönelik Ergoterapi Yaklaşımlarının

Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Katılıma Etkisi

Orkun Tahir Aran

Danışman: Prof. Dr. Hülya Kayıhan

Bu tez çalışması 05.07.2018 tarihinde jürimiz tarafından "Ergoterapi Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Mine Uyanık (Hacettepe Üniversitesi)	(imza) 
Üye:	Prof. Dr. Esra Akı (Hacettepe Üniversitesi)	(imza) 
Üye:	Doç. Dr. Çiğdem Öksüz (Hacettepe Üniversitesi)	(imza) 
Üye:	Doç. Dr. Bülent Elbasan (Hacettepe Üniversitesi)	(imza) 
Üye:	Doç. Dr. Deran Oskay (Hacettepe Üniversitesi)	(imza) 

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

01 Ağustos 2018


Prof. Dr. Diclehan ORHAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- X** Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

01/08/2018

Orkun Tahir ARAN



¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.**
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum tarafından verilir** *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir.** Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**

ETİK BEYANI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanının Prof. Dr. Hülya KAYIHAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Uzm. Fzt. Orkun Tahir ARAN



TEŞEKKÜR

Akademik çalışma hayatımın başından beri her türlü desteği esirgemeyen, tez çalışmam ve yazım süreci boyunca hep daha iyisini yapmaya zorlayan sayın danışmanım ve hocam Prof. Dr. Hülya KAYIHAN'a,

Tez çalışmam boyunca güler yüzleri, destekleri ve verdikleri profesyonel öneriler için sayın Prof. Dr. Mine UYANIK, Prof. Dr. Esra AKI, Prof. Dr. Gonca BUMİN ve Prof. Dr. Gamze EKİCİ'ye,

Hacettepe Üniversitesi bünyesine girdiğim andan itibaren beraber çalıştığım, şu ana kadar öğrendiğim çoğu şeyde katkıları ve destekleri olan hocalarım Doç. Dr. Çiğdem ÖKSÜZ ve Doç. Dr. Burcu Semin AKEL'e,

Tez çalışmam süresince destekleri ve yaptıkları ablalıklar için Doç. Dr. Meral HURİ ve Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ'a,

Tezimin her aşamasında verdikleri destek ile Ankara'daki ailem olan, dostlarım Tarık DEMİROK, Sedef ŞAHİN, Berkan TORPİL, Barkın KÖSE, Ramazan ŞAHİN, Erkin KARABULUT, Arzu DENKTAŞ, Gamze SAYAR, Özgün Çağrı TUNCAY, Hatice ABAOĞLU ve Ankara'da olmasa da Zeynep BAHADIR AĞCE'ye,

İsmini saymadığım bütün Hacettepe Ergoterapi bölümü çalışanlarına,

En stresli zamanlarımda, dünyada en sevdiğim aktivite olan müzikle buluşmamı sağlayan NOTES ve TARDİSS grubu üyelerine,

Beni ben yapan, gördüğüm ve düşündüğüm her şeyde, hayat bakış açımında büyük katkıları olan ve tez çalışmasını kendilerine adadığım annem Suzan ARAN, babam Nurtekin ARAN, abim Oral ARAN ve Deniz AYDENİZ ARAN'a verdikleri sonsuz destek için,

Sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Aran, O.T., İnmeli Bireylerde Serbest Zaman Aktivitelerine Yönelik Ergoterapi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesi Ve Toplumsal Katılıma Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı, Doktora Tez, Ankara, 2018. Bu çalışma kronik inmesi olan bireylere uygulanan kişi merkezli serbest zaman aktiviteleri temelli ergoterapi müdahalesinin, bireylerin toplumsal katılımları ve yaşam kaliteleri üzerine etkisini araştırmak üzere planlandı. Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü Eğitim ve Araştırma ünitelerine başvuran, en az 1 yıl önce inme geçirmiş 16 birey dahil edildi. Bireylerin tercih ettikleri serbest yaşam aktivitelerinin belirlenmesi için Kanada Aktivite Performans Ölçeği (KAPÖ); toplumsal katılım seviyelerinin belirlenmesi için Katılım Ölçeği (KÖ) ve yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi için Kısa Form 36 (MOS- SF-36) kullanıldı. Ayrıca genel sağlık algıları, aktivite tercihlerine destek olan ve engel olan etmenlerin belirlenmesi için yüz yüze görüşme yöntemi kullanıldı. Tercih edilen aktiviteler belirlendikten sonra bireylerin kısıtlılık kaynaklarının tespit edilmesi için Dinamik Performans Analizi (DPA), Fugl Meyer Üst Ekstremité Ölçeği, İz Sürme Testi A ve B (TMT-A&B), Saat Çizme Testi (SÇT), Beck Depresyon ve Kaygı Ölçekleri kullanıldı. Problemler alanların belirlenmesi ile her birey için kişiye özel ergoterapi müdahalesi planlandı ve 8 hafta boyunca haftada 2 seans uygulandı. Müdahale sonrasında bireylerin KAPÖ, KÖ ve SF-36 ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Müdahale sonrası, inmeli bireylerin fiziksel, çevresel ve psiko-sosyal becerilerinde artış olduğu görüldü ($p<0,05$). Serbest zaman aktiviteleri temelli ergoterapi müdahalesi aracılığı ile inmeli bireylerin aktivite performansları, toplumsal katılımları ve yaşam kalitelerinde iyileşmeye neden olmuştur. Aktivite performansına etki eden faktörlerin karma yöntemler aracılığıyla belirlenmesi ile inmeli bireyler için planlanan kişi merkezli ve bütüncül serbest zaman aktiviteleri temelli ergoterapi müdahalelerinin, inmeli bireylerin aktivite performansı, toplumsal katılımları ve yaşam kalitelerini artıracakı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnme, ergoterapi, yaşam kalitesi, toplumsal katılım, serbest zaman aktiviteleri

ABSTRACT

The Effects of Leisure Activity-Based Approach on the Quality of Life and Community Participation of Individuals with Stroke. Hacettepe University, Institute of Health Sciences Occupational Therapy Program, PhD Thesis, Ankara, 2018. This study was planned to investigate the effect of client-centered leisure activities based occupational therapy intervention on individuals with chronic stroke on their social participation and quality of life. The study included 16 individuals who applied to the Occupational Department, Education and Research Units of Hacettepe University Faculty of Health Sciences at least 1 year ago. The Canadian Activity Performance Scale (COPM) was used for the selection of leisure activities that individuals prefer; Short Form 36 (MOS-SF-36) was used to determine the quality of life and for the determination of social participation levels The Participation Scale (PS) was used. In addition, face-to-face interviewing was used to determine general health perceptions, factors supporting and activity preferences. Dynamic Activity Analysis, Fugl Meyer Upper Extremity Scale, Trail Making Test A and B, Clock Drawing Test, Beck Depression and Anxiety Scales were used to determine the sources of restriction after the preferred activities were identified. By identifying the problematic areas, individualized occupational therapy intervention was planned for each individual for 2 sessions per week for 8 weeks. After the intervention, there was a statistically significant difference between the COPM, PS and SF-36 measurements of the individuals ($p < 0.05$). After the intervention, it was seen that physical, environmental and psycho-social skills of stroke individuals increased ($p < 0.05$). Through occupational therapy interventions based on leisure activities, activity performance of stroke survivors has resulted in improved social participation and quality of life. By determining the factors affecting the performance of the activity through mixed methods, it is considered that occupational therapy interventions based on client-centered and holistic leisure activities planned for stroke survivors will increase the activity performance, social participation and quality of life.

Keywords: Stroke, occupational therapy, quality of life, community participation, leisure activities

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET BEYANI	iv
ETİK BEYANI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnme	4
2.2. İnmenin Etiyolojisi	4
2.2.1. Enfarktüs'e Yol Açan İskemi	4
2.2.2. Hemoraji	5
2.2.3. Geçici İskemik Atak (GİA)	5
2.3. İnme'nin Sınıflandırılması	5
2.4. İnme Risk Faktörleri	6
2.5. İnmenin Etkileri	7
2.6. İnmede Katılım ve Yaşam Kalitesi	8
2.6.1. Katılım	8
2.6.2. Yaşam Kalitesi	10
2.7. İnme ve Ergoterapi	12
2.7.1. Ergoterapi'de Teorik Modeller	13
2.8. İnmede Ergoterapi Değerlendirmesi	16
2.9. İnme Rehabilitasyonunda Ergoterapi Yaklaşımları	19
3. BİREYLER VE YÖNTEM	21
3.1. Bireyler	21
3.2. Yöntem	21

3.3. Değerlendirme	22
3.3.1. İnmeli Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	22
3.3.2. Görüşme	22
3.3.3. İnmeli Bireylerin Aktivite Performans Seviyelerinin Değerlendirilmesi	23
3.2.4. İnmeli Bireylerin Toplumsal Katılım Seviyelerinin Değerlendirilmesi	25
3.2.5. İnmeli Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi	25
3.2.6. İnmeli Bireylerin Kişisel Etmenlerinin Değerlendirilmesi	26
3.2.7. İnmeli Bireylerin Çevresel Performans Alanlarının Değerlendirilmesi	27
3.3. Ergoterapi Müdahalesi	28
3.4. İstatiksel Analiz	31
4. BULGULAR	33
4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulgular	33
4.2. İnmeli Bireylerle Yapılan Görüşmelere Ait Bulgular	33
4.2. İnmeli Bireylerin Aktivite Performanslarına Ait Bulgular	37
4.2.1. Aktivite Analizine Ait Bulgular	38
4.3. İnmeli Bireylerin Toplumsal Katılım Seviyelerine Ait Bulgular	38
4.4. İnmeli Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular	39
4.5. İnmeli Bireylerin Kişisel Etmenlerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular	40
4.5.1. İnmeli Bireylerin Motor Performans Alanlarının Değerlendirilmesine Ait Bulgular	40
4.6. İnmeli Bireylerin Kognitif Performans Alanlarının Değerlendirilmesine Ait Bulgular	40
4.7. İnmeli Bireylerin Psiko-sosyal Performans Alanlarının Değerlendirilmesine Ait Bulgular	41
4.8. İnmeli Bireylerin Çevresel Performans Alanlarının Değerlendirilmesine Ait Bulgular	41
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	59
7. KAYNAKLAR	61
8. EKLER	71
EK-1. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu	

EK-2. Demografik Bilgi ve Görüşme Formu

EK-3. Kanada Aktivite Performans Ölçümü

EK-4. Katılım Ölçeği

EK-5. SF-36

EK-6. Fugl Meyer Üst Ekstremitte Motor Değerlendirme Ölçeği

EK-7. İz Sürme Testi A & B

EK-8. Saat Çizme Testi

EK-9. Beck Anksiyete Ölçeği

EK-10. Beck Depresyon Ölçeği

EK-11. Craig Hastanesi Çevresel Faktörler Anketi

EK-12. Algılanan Aile Desteği Ölçeği

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

AADÖ	: Algılanan Aile Desteği Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
CHIEF-SF	: Craig Hastanesi Çevresel Faktörler Anketi Kısa form
DPA	: Dinamik Performans Analizi
GİA	: Geçici İskemik Atak
ICF	: İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması
KAPM	: Kanada Aktivite Performans Modeli
KAPÖ	: Kanada Aktivite Performans Ölçümü
KÇA	: Kişi -Çevre- Aktivite Modeli
KÖ	: Katılım Ölçeği
MOHO	: İnsan Aktivite Modeli
SÇT	: Saat Çizme Testi
SF- 36	: Short Form 36
SVO	: Serebro Vasküler Olay
TMT A & B	: İz sürme Testi A ve B
X ±SS	: Ortalama ± Standart Sapma

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Kanada aktivite performans modeli (KAPM)	14
2.2. İnsan aktivite-rol modeli (MOHO)	15
2.3. Kişi-Çevre-aktivite modeli	16

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
4.1. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri	33
4.2. İnmeli bireylerin serbest zaman aktivite performansları	38
4.3. İnmeli bireylerin katılım ölçeği sonuçları	39
4.4. İnmeli bireylerin yaşam kalitesi bulguları	39
4.5. İnmeli bireylerin motor performans değerlendirme sonuçları	40
4.6. İnmeli bireylerin kognitif değerlendirme bulguları	40
4.7. İnmeli bireylerin psiko-sosyal değerlendirme bulguları	41
4.8. İnmeli bireylerin çevresel etmenlerinin değerlendirme sonuçları	41
4.9. Aktivite performansını etkileyen faktörler, müdahaleler ve sonuçlar	42

1. GİRİŞ

İnme dünyada en sık görülen nörolojik problemdir (1). Katılım kısıtlılığı ve yaşam kalitesinde azalma ile sonuçlanan kognitif ve motor problemler inme klinik tablolarında çok sık görülür. Bu bozukluklar için gerekli rehabilitasyon yaklaşımlarında da ergoterapinin yeri çok önemlidir. Ergoterapi, kişileri anlamlı ve amaçlı aktivitelerle günlük yaşam aktiviteleri içerisinde iyilik halini ve sağlık halini artırmayı hedefleyen bir rehabilitasyon mesleğidir. İnmeli bireylerde anlamlı ve amaçlı aktivite ile planlanan müdahale yaklaşımları motor, kognitif becerileri artırdığı belirtilmiştir. Ayrıca sosyal ve entelektüel aktivitelere katılım kişilerin kognitif fonksiyonlarını artırdığı gösterilmiştir (2).

İnmeli bir bireyin müdahalesi öncesinde kişilerin günlük yaşam aktivitelerini etkileyen bir çok faktörün ve aktivite performansının incelenmesi gerekmektedir (3, 4). Ergoterapi bakış açısıyla, her bireyin özel olduğu göz önüne alınırsa, inmeli bireylerin değerlendirilmesi ve müdahalesi kişiye özel olmalıdır. Kişi merkezli uygulama ergoterapi felsefesi ile bütünleşikliğinin yanı sıra hizmet alan kişileri merkeze alarak değerlendirme ve müdahaleyi içeren bir yaklaşımdır (5). Kişi merkezli uygulama bireylerin özelliklerinin algılanmasını, müdahale hedeflerini birey ihtiyaçlarına göre belirlenmesini, terapist-birey iletişiminin faydalarını ortaya çıkarmayı ve bireyin yaşadığı çevreye uygun ve ulaşılabilir hizmetlerin sağlanmasını sağlar (5, 6). Kişi merkezli yaklaşımda özellikle üstünde durulması gerek konular; aktivite performansı, bireylerce belirlenen hedefler, performans bozukluğuna kişi-terapist işbirliği ile yaklaşım, bireyleri müdahaleye ve katılıma dahil etme, bireyin çevresi, bireye problem çözme fırsatının tanınması ve bireysel değerlendirmedir (4).

İnme sonrası ortaya çıkan klinik tablo ve katılım kısıtlılıkları, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Yaşam kalitesi, hemipleji ile ilgili birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler fiziksel, psiko-sosyal, emosyonel ve sosyal alanlardan oluşmaktadır. Ancak, yapılan çalışmalarda inmede yaşam kalitesini en çok etkileyen faktörün özür durumu olduğu gösterilmiştir (7).

İnme, genel olarak kişinin günlük yaşam aktivitelerini ve aktivite performansını da etkiler. Aktivite performansı, kişiler, onların aktiviteleri ve yaşam-ış-serbest zaman çevresi arasında var olan bir süreç ilişkisinin sonucu olarak tanımlanmaktadır. Bireyin aktivite performansı bu komponentlerin arasındaki denge

ile oluşmaktadır. Birey belirli bir çevrede aktiviteyle uğraşırken birey-çevre ve aktivite arasında etkileşimsel ve dinamik bir ilişki oluşur. Bu ilişkinin ürünü anlamlı aktiviteyi memnun edici şekilde gerçekleştiren bireyin yaşadığı deneyimin kalitesi, yani aktivite performansdır. Aktivite performansı birey-çevre-aktivite komponentlerinin kesişim noktası olmasıyla birlikte, bu komponentlerin ikili eşleşmeleri ve dengeleri de önemlidir. Birey-çevre etkileşimi, birey-aktivite etkileşimi ve aktivite-çevre etkileşimi de ayrı olarak aktivite performansının incelenmesinde göz önünde bulundurulmalıdır (8). Aktivite performansı söz konusu olduğunda performans komponentleri göz önüne alınmalıdır. Performans komponentleri serbest zaman, kendine bakım ve üretkenlik aktiviteleri olarak 3'e ayrılır. Bu komponentler de kognitif, motor, emosyonel, çevre ve algı gibi faktörlerden etkilenmektedir (9). Bu faktörlerdeki bozuklukların, inmeli bireylerin günlük aktivitelerinde, toplumsal katılımlarında ve yaşam kalitelerinde olumsuz yönde etki ettiği belirtilmektedir. İnmeli bireylerin ilk 6 aylık dönemde %33'ünün temel günlük yaşam aktivitelerine, %51'inin ev bakımı aktivitelerine, %50'sinin ulaşım/gezi aktivitelerine ve %53'ünün ise sosyal ve rekreatif anlamlı aktivitelerine katılımında problem yaşadıkları gösterilmiştir (10). Bu alanlardaki katılımın azalması da inmeli bireylerde psiko-sosyal durumda olumsuz yönde değişiklikler, sosyal etkileşimin azalması, toplumsal katılımın azalması ve yaşam kalitesinde düşüş ortaya çıkarmaktadır (11). Ergoterapi literatürü son yıllarda inmeli bireylerin toplumsal katılımını ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin araştırılması ve bu alanlara müdahale yaklaşımları üzerinde durmaktadır (12-15). Literatürde ergoterapi yaklaşımları inmeli bireylerin toplumsal katılımlarını artırmak için çalışmalar bulunsa da çalışmaların sayısının düşük olduğu görülmektedir. Bhogal ve arkadaşları, serbest zaman aktivitelerindeki bağımsızlık seviyesinin artmasının inmeli bireyler için sağlığın artırılması veya korunması ve sosyal izolasyonu önlemek için oldukça önemli olduğunu belirtmişlerdir (16). Çalışmamız, bu veriler ışığında inmeli bireylerde aktivite performansını, toplumsal katılımı ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik kişi merkezli ve bütüncül yaklaşımli serbest zaman aktiviteleri temelli ergoterapi müdahalesinin etkisini araştırmak amacıyla çalışmamız planlanmıştır. Bireylerin tercihleri, kognitif, motor, duyuşal ve algısal, bireysel farklılıkları dikkate alınarak seçilecek ve düzenlenecek serbest zaman

aktivitelerine müdahale sonuçlarının incelenmesi ile daha etkili ergoterapi stratejilerine yön verilmesi planlanmaktadır. Çalışmadaki hipotezlerimiz;

1. İnmeli bireylerde serbest zaman aktivitelerine yönelik ergoterapi yaklaşımlarının, bireylerin toplumsal katılımlarına etkisi yoktur.

2. İnmeli bireylerde serbest zaman aktivitelerine yönelik ergoterapi yaklaşımlarının, bireylerin yaşam kalitelerine etkisi yoktur.

3. İnmeli bireylerde serbest zaman aktivitelerine yönelik ergoterapi yaklaşımlarının, bireylerin aktivite performanslarına etkisi yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme

Dünya Sağlık Örgütü inmeyi (serebrovasküler olay – SVO); vasküler neden dışında görünürde başka bir neden olmaksızın, hızlıca yerleşip, fokal (veya global) serebral bozukluğa yol açan, 24 saat ya da daha uzun sürebildiği gibi ölümle sonuçlanabilen klinik durum olarak tanımlamaktadır (17). İnme, dünyada kalp hastalığı ve kanserden sonra en sık ölüm, erişkin nüfusta en önemli özür nedeni olarak gösterilmektedir (18).

Başka bir tanımlamada ise inme, 24 saatten uzun süren, ani ortaya çıkan ve vasküler sebepleri serebral arterlerde trombotik veya embolik enfarktüs; interserebellar veya subaraknoid arterlerde spontan rüptür ile sınırlanan klinik sendromdur (19). Isaacs ve Thompson'ın tanımlamasına göre ise inme, beynin belirli bir bölgesindeki kan akımındaki bozulmalardan dolayı vücudun bir tarafını etkileyen, ani gelişen durumdur (20, 21).

Erişkin dönemin nörolojik hastalıkları arasında inme, en sık ve en önemli hastalık grubunu oluşturur (1).

İNME sonrasında bireylerde görülen semptomlar etiyolojiye ve dolaşımı bozulan bölgenin büyüklüğüne göre değişiklik gösterse de akut dönemde görülen semptomlar genelde benzerdir. Şiddetli baş ağrısı, konuşma bozukluğu, denge kaybı gibi vücudun bir yarısında görülen motor fonksiyon kayıpları, duyu kayıpları ve görsel kayıplar gibi semptomlar akut semptomlardan bazılarıdır (22, 23).

2.2. İnmenin Etiyolojisi

2.2.1. Enfarktüs'e Yol Açan İskemi

Başlangıçta kısıtlılığa ve daha sonra serebral doku ölümüne neden olan, beynin bir bölümüne kan akımının bozulması şeklinde tanımlanmaktadır. Serebral enfarktüsün nedenleri, Akut İnme Tedavisinde Org 10172 Denemesine (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) göre sınıflandırılmıştır (24):

- Geniş arter oklüzyonu (genellikle karotis veya orta serebral arter tromboz veya emboli ile tıkanır).

- Kardiyoembolizm (kalpten kaynaklanan pıhtı, çoğunlukla atriyal apendiksler, serebral arterlere göç ederek blokaj ve inmeye neden olur).
- Küçük damar oklüzyonu (küçük serebral arterlerde tromboz veya emboli, laküner enfarktüse neden olur).
- Diğer etyolojiler (ör: yaygın serebral perfüzyon yetersizliği).

2.2.2. Hemoraji

Hemorajik inme anevrizma veya arteriyel sızıntı sebebiyle oluşur. İnme vakalarında genellikle intraserebral hemoraji görülür ancak kanama subaraknoid seviyede olabilir. İntraserebral hemorajiler yaygın olarak küçük intraserebral arterlerde hipertansiyona bağlı değişikliklerden kaynaklanır ancak anevrizmalardan (arteriyel duvarın dış hatları) veya arteriovenöz malformasyonlardan (arterler ve damarlar arasındaki anormal iletişim) da kaynaklanabilmektedir.

2.2.3. Geçici İskemik Atak (GİA)

24 saat içinde etkisi geçen inmenin belirtilerini tanımlamak için kullanılan bir terimdir. GİA tamamlanmış bir inmeyi tanımlamaz ve genellikle etkileri ilk 24 saat içinde kaybolur. Ancak bu hastaların, inmeyi tamamlama riski yüksektir ve ideal bir şekilde 24 saatlik dönemden sonra bir hekim tarafından acil olarak görülmelidir (25).

2.3. İnme'nin Sınıflandırılması

Bamford ve ark, klinisyenlerin etkilenen beynin bölümünü tanımlamasına yardımcı olmak için serebral enfarktüsün bir sınıflandırılmasını tanımlamışlardır (26). Bu sınıflandırma, hastaların yaşadığı belirti ve semptomlara dayanmaktadır. Bamford (veya Oxford) sınıflandırması aşağıdaki gibidir:

- Toplam anterior sirkülasyon inmesi
Aşağıdaki bulguların hepsinin içerilmesi gerekmektedir:
 - Yüz / kol / bacağın üçte ikisinden daha fazlasını etkileyen motor / duyu açığı.
 - Homonimus hemianopisi.
 - Yüksek kortikal fonksiyonda yeni görülen bozulma.
- Kısmi ön sirkülasyon inme
 - Toplam anterior sirkülasyon inmesi bileşeninin her ikisi.

- Veya yüksek kortikal fonksiyonun izole rahatsızlığı.
- Veya sınırlı motor / duyu bozukluğu (tek bir bacak veya yüzün tek başına etkilenmesi).
- Posterior dolaşım enfarktüsü
Aşağıdaki bulgulardan herhangi biri:
 - Kraniyal sinir paralizisi ve kontralateral motor / duysal kayıp.
 - Bilateral motor / duyu bozukluğu.
 - Konjuge göz hareketleri bozukluğu.
 - Serebellar disfonksiyon.
 - İzole edilmiş homonim hemianopsi.
- Lakunar enfarktüs
Etkilenen kol / yüz / bacağın üçte ikisinden daha fazlası:
 - Saf motor inme
 - Ya da saf duyu paralizisi
 - Ya da saf duyu-motor inme.
 - Ya da ataksik hemiparezi.

2.4. İnme Risk Faktörleri

Bireylerde inme görülme ihtimalini etkileyen faktörler değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (27).

Değiştirilemeyen risk faktörlerinin en önemlileri yaş, cinsiyet, aile öyküsü ve ırktır. Yapılan araştırmalarda yaşlara göre 55–64 yaşları arasında yıllık inme insidansı 1.7–3.6/1000, 64–74 yaşları arasında 4.8–8.9/1000, 75 yaş üzerinde 13.5–17.9/1000 olarak görülmektedir. Erkeklerde 55–64 yaş arası inme insidansı kadınlara oranla 2–3 kat daha fazladır. 85 yaşa doğru bu fark azalmaktadır (28). İnmeden ortalama etkilenme yaşı erkeklerde 70, kadınlarda ise 75'tir. İnmenin başlangıcından itibaren bir ay içindeki genel olgu ölümcüllüğü yaklaşık olarak %23'tür ve bu oran hemorajik inmede (%32- 42) iskemik inmeye (%16) göre daha yüksektir.

Değiştirilebilir risk faktörleri ise kesinleşmiş ve kesinleşmemiş risk faktörleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Sigara kullanımı, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, hiperlipidemi, diabetes mellitus, orak hücreli anemi ve asemptomatik karotis stenozu kesinleşmiş risk faktörleri olarak kabul edilirken; alkol kullanımı,

beslenme alışkanlıkları, fiziksel in-aktivite ve ilaç kullanımı kesinleşmemiş risk faktörlerinden sayılmaktadır (29, 30).

2.5. İnmenin Etkileri

İnmenin etkileri daha önce de belirtildiği gibi etkilenen beyin dokusunun lokalizasyonuna ve büyüklüğüne göre değişebilmektedir. İnme kaynaklı en sık motor problemler görülür. Motor problemler de belirli bir kas grubunun kontrol kaybı ile mobilite kısıtlılığı arasında farklı şiddet seviyelerinde bulunabilir. Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü (National Heart, Lung and Blood Institute) Framingham Kalp Çalışması'nın verilerine göre 65 yaş üstünde olan bireylerin %50'sinde hemipleji, %35 depresif semptomlar, %30'unda yürüme problemleri ve %26'sında günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık görüldüğü belirtilmiştir. Bunların yanında yutma problemleri, inkontinans, konuşma problemleri, denge problemleri, spastisite, postüral bozukluklar gibi birçok farklı semptom inme sonrasında görülebilir (31).

İnme sonrasında bireylerde ayrıca kognitif problemler de görülebilmektedir. Özellikle akut dönemde konfüzyon, yer-zaman oryantasyonu ve hafıza kayıpları gibi kognitif fonksiyonlarda problemler görülebilmektedir. İlerleyen dönemlerde davranışsal problemler, konsantrasyon bozuklukları, algı bozuklukları, duygusal problemler gibi etkilenmeler de görülebilmektedir (32).

İnme sonrasında fiziksel yapılardaki bozukluklardan aktivite katılımını ciddi oranda etkilenmektedir. İnmeli bireylerin %25 ile %74'ünde günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı veya tam bağımlı olduğu belirtilmiştir (33). Günümüzde inme rehabilitasyonunda temel yaklaşımlar akut dönemde hastanede geçirilen süreyi azaltmaya yönelikken, taburculuk sonrasında giyinme, mobilite ve banyo yapma gibi temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın kazandırılmasına yönelik olarak hedeflenmektedir. Sea ve arkadaşları, Bechinger ve Tallis çalışmalarında duygusal bozuklukların günlük yaşam aktivitelerine katılım arasında anlamlı korelasyon olduğunu belirtmişlerdir. Kognitif kısıtlılıklar, günlük yaşam aktiviteleri performansını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (34-38).

2.6. İnmede Katılım ve Yaşam Kalitesi

2.6.1. Katılım

Günlük yaşam olaylarına katılım bir bireyin yaşamında ve gelişiminde çok önemli yer tutmaktadır. Katılım aracılığı ile bireyler beceriler ve yetkinlikler kazanır, diğer insanlarla etkileşime girerler ve yaşamlarına anlam ve amaç yüklerler. Ergoterapi mesleği de yaşamı, sağlığı ve iyi olma halini aktiviteler aracılığı ile artırmayı hedeflemektedir. Meslek, bireyleri veya grupları onlar için anlamlı olan günlük aktiviteler aracılığı ile aktifleştirmeyi, yeterlilik hissini artırmayı ve arkadaşlarıyla etkileşimi artırmayı hedeflemektedir. Kısaca ergoterapinin hedefi katılımdır (13).

Katılım terimi sağlık ve rehabilitasyon alanında kullanımı Uluslararası İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF) modelinin 2001 yılında yayımlanması ile yaygınlaşmıştır. ICF katılımı “kişinin günlük yaşam olaylarına dahil olması” olarak tanımlamaktadır; burada bahsedilen “yaşam durumları” serbest zaman, sosyal ve iş aktiviteleri anlamına gelmektedir (17). Katılım sağlık ile ilişkili olup, iyi olma ve yaşam memnuniyeti üzerine pozitif etkisi vardır (13, 39). Bir birey herhangi bir şekilde yaşam durumlarına dahil olma durumunda problem yaşarsa, buna katılım kısıtlaması denir (17).

İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF) 2000 yılında daha kapsamlı hale getirilmiş ve DSÖ'nün 2001 yılında yaptığı düzenlemelerle yeni hali yayınlanmıştır. Son düzenlemede biyo-psikososyal bakış çerçevesinde bireylerin fonksiyonellik ve kısıtlılık durumları tanımlanmıştır. ICF, fonksiyon ve özürülük faktörleri ve bağlamsal faktörler olmak üzere iki bölümden oluşur (17) .

Vücut yapıları ve fonksiyonları;

Vücut yapıları vücudun anatomik bölümlerinden, vücut fonksiyonları ise vücut sistemlerinin fizyolojik işleyişinden oluşmaktadır. Bozukluk ise bu yapılarda meydana gelen kayıplar veya farklılıklardır.

Aktivite ve katılım

Aktivite, bireyin rollerini, hareketlerini veya görevlerini yerine getirmesidir. Aktivite, insanın yaşamında yer alan tüm vücut fonksiyonlarını kullanabilmesiyle ilişkilendirilen her tür bireysel fonksiyonları veya görevleri içerir. Aktivite kısıtlılığı,

kişinin aktivitelerini yerine getirmedeki zorluğu; katılım kısıtlılığı ise, kişinin sosyal hayata dahil olmasında karşılaşılan problemleri ifade eder.

Katılım teriminin ergoterapistler tarafından kullanılması ile birlikte ICF’te verilen tanımında da birtakım değişiklikler olmuştur (40). Ergoterapistler katılımı bireyin terapatik aktivitelere katılımı ve toplumsal yaşama katılım olarak kullanmaktadırlar. Forsyth ve Kielhofner 2006’da “katılım, bir bireyin iyi olma durumu için sosyokültürel çevresinde, o kişi için gerekli olan veya istenen iş, oyun ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkili olmaktır” tanımını yapmıştır (41). Polgar ve Landry katılım ve aktivite ilişkisini çift yönlü olarak incelemiş ve bu alanları “aktiviteye katılım ve yaşama katılım anlamı için aktivite” tanımlamasında bulunmuştur (42). İlerleyen yıllarda Creek “bireyin pasif uyumluluğun aksine, tedavi sürecinde aktif katılımı, seçimini, otonomisini, sonuçların sorumluluğunu ve bakımını kontrolünü artırır” tanımı ile katılımın rehabilitasyondaki öneminin altını çizmiştir (40).

Katılım 2 bölüm altında incelenmektedir: 1) yapılandırılmış aktiviteler ve 2) yapılandırılmamış aktiviteler. Yapılandırılmış aktiviteler belirli bir tasarımı olan, hedefleri, kuralları veya sonuçları belirlenmiş ve bir eğitmen, lider veya koç tarafından yapılandırılmış olan aktivitelerdir (planlanmış müzik dersleri, organize edilmiş spor müsabakaları vb). Yapılandırılmamış aktiviteler ise hiç planı olmayan veya çok az planlanmış olan ve genellikle kişinin kendi başına yaptığı aktivitelerdir (kitap okumak, arkadaşlarda vakit geçirmek vb) (43). Bu aktivitelerin anlamlı sayılabilmesi için birey için tatminkâr ve bireyin günlük rutini içinde dengeli olmalıdır (44). Aktivitede anlamlılığa ulaşabilmek için ayrıca aktivite ihtiyaçları ile kişinin becerileri arasında da bir denge gerekmektedir (45).

Katılım değerlendirmesi sırasında ergoterapistler mekân, cinsiyet, kültür ve yaşam durumları sırasında olan katılım paternlerinin farklı olabileceğini anlaması gerekmektedir. Aktivitenin gerçekleştiği ülke/şehir, aktiviteyi gerçekleştiren bireylerin yaş, cinsiyet durumları, toplumsal aktivite eğilimleri gibi birçok faktör katılım seviyesini ve aktivite tercihlerini etkileyebilmektedir. Örneğin öğrencilik döneminden çalışma hayatına geçen bir bireyin aktivite katılımında zaman kısıtlılığının oluşması, çalışma zamanının artması ve serbest zaman aktivitelerine katılımının azalması görülmektedir (13).

Yaşam boyunca insanlar farklı aktivitelere dahil olurlar ve bu süreç içerisinde belirli bir aktivite repertuarı oluştururlar. Bu süreçte adetler, gelenekler ve kültür oldukça önemli bir yer tutar (46). Ancak her bireyin bu farklılıklara rağmen yer, yaş, aile, toplum, çevresel destekler ve engel gibi farklı faktörlere bağlı olarak aktivite katılımını gerçekleştirmeye devam eder (13). Özellikle engelli bireylerde, engel sebebinin katılıma etkisi çok detaylı ve iyi bir şekilde değerlendirilmelidir (17).

Nitel araştırmalarda katılım için “benlik”, “yapmak” ve “hayatı yaşamak” kavramları arasındaki dinamik ilişkinin sosyal hayata katılımının temelini oluşturduğu belirtilmiştir. Çalışmalar inme sonrası bireylerin “kimlik” ve “varlık” kavramlarında değişiklikler olduğu ve günlük yaşam aktivitelerine katılımın etkilendiğini göstermişlerdir (11, 47). Anlamlı ve yapılmak istenen aktivitelere katılım “benlik algısı” ve “sosyal kimlik” kavramlarıyla yakından ilişkilidir. Dolayısı ile günlük aktivitelere katılımın anlamı ile inmeli bireylerin kendilerini nasıl gördüğü ve nasıl yaşadıkları birbirleri ile bağlantılıdır (48).

Inmeli bireylerde katılım son yıllarda araştırmacıların önemli odaklarından birisidir. Bu alanda yapılan bir çalışmada inmeli bireylerin %60'ının giyinme, banyoya transfer ve dışarıda yürüme aktivitelerinde bağımlı oldukları belirtilmiştir (12, 49). Mayo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise inme sonrası 6 aylık dönemde bireylerin %33'ünün temel günlük yaşam aktivitelerine, %51'inin ev bakımı aktivitelerine, %50'sinin ulaşım/gezi aktivitelerine ve %53'ünün ise sosyal ve rekreatif anlamlı aktivitelerine katılımda problem yaşadıkları gösterilmiştir (10). Her iki çalışma da inmeli bireylerin azalmış aktivite seviyesi ve sosyal izolasyon ile sonuçlanabilecek risk altında olduğunu tartışmıştır.

2.6.2. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “yalnızca bozukluk veya hastalığın olmaması değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu” olarak tanımlamaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, sağlık ve hastalık kavramlarına kişisel algı boyutunun eklenmesi olarak tanımlanmaktadır.

Tarihsel olarak, yaşam kalitesine olan ilgi üç temel kaynaktan gelmiştir: (a) bilimsel, tıbbi ve teknolojik ilerlemelerin tek başına toplumsal iyilik sağlayacağı düşüncesinden; kişisel, ailesel, toplumsal iyi olma ve bunlarla ilgili algıların ve

çevresel koşulların karmaşık kombinasyonlarının toplumsal iyilik sağlayacağı düşüncesinin yerleşmesi; (b) toplum temelli hizmetlerin, bireyin içinde bulunduğu topluluğa etkilerini ölçme hareketi; ve (c) medeni haklar hareketleriyle tüketici yetkilendirmesinin yükselişi ve insan odaklı planlamaya, kişisel sonuçlara ve insanların kendi kaderini tayin etmeye odaklanmaları. Yaşam kalitesi terimini incelediğimizde, “kalite” sözcüğü mutluluk, başarı, refah, sağlık gibi insan değerlerini; “yaşam” da insan varlığını tanımlamaktadır. Bu tanımlardan anlaşılacağı üzere, yaşam kalitesinin ergoterapi ile bağlantısı anlaşılmaktadır.

Yaşam Kalitesi Modeli’ne göre yaşam kalitesi 3 temel alanda incelenir. Bunlar “varlık”, “aidiyet” ve “oluşmak” başlıkları altında toplanır. Varlık, bireyin kim olduğu ile ilgilenir ve 3 alt başlığı vardır. *Fiziksel varlık* fiziksel sağlığı, kişisel bakımı, beslenmeyi, egzersizi, giyinmeyi ve genel fiziksel görüntüyü içerir. *Psiko-sosyal varlık* bireyin psiko-sosyal sağlığını ve uyumunu, kognitif durumunu, duygularını ve öz-benlik ve öz-varlık hakkındaki düşüncelerini içerir. *Ruhsal varlık* ise bireyin kişisel değerleri, kişisel standartları ve ruhsal inançlarını içerir. Aidiyet, bireyin çevresine uyumunu tanımlar. *Fiziksel aidiyet* bireyin ev, işyeri, mahalle, okul ve toplumdaki bağlantılarını ve ilişkilerini betimler. *Sosyal aidiyet* sosyal çevre ile ilişki ve değer verilen kişiler, aile, arkadaşlar, iş arkadaşları ve toplum tarafından kabul edilmeyi içerir. *Toplumsal aidiyet* ise gelir dağılımı, sağlık ve sosyal hizmetler, istihdam, eğitimsel ve rekreasyonel aktivitelerde eşitlik gibi toplumsal kaynaklara erişim ve katılımı içerir. Oluşmak, bireyin hedeflerine ulaşmak için katıldığı aktiviteleri içerir. *Pratik oluşum*, ücretli iş, okul ve/veya gönüllü iş aktivitelerini; *Serbest Zaman Oluşumu*, keyif için yapılan aktiviteleri; *Büyüme Oluşumu* beceri, yetenek ve bilginin gelişiminin sağlanması ve devamı ile ilgili aktiviteleri içerir (50). Yaşam kalitesi bu alanların hepsinin kesişimi ve bütünlük halinde olması ile kişinin tecrübelerinden elde ettiği tatmin ve memnuiyetten oluşur.

Yaşam kalitesi kişilerin sağlıkları ile ilgili sübjektif algılarını içerir. Yani, yaşam kalitesi kişilerin hayatları, sağlıkları ve hayatlarındaki (emosyonel ve sosyal fonksiyonlar, aile ve arkadaşlarla ilişki vb.) değerler ile ilgili hissettikleridir (51). Yaşam kalitesi tanımının rehabilitasyonla ilişkilendirilmesi için daha detaylı incelenmesi gerekmektedir (52). Uygulanan müdahalelerinin etkisini değerlendirebilmek, toplumdaki düşük yaşam kalitesine sahip grupları belirleyebilmek

ve toplumun zaman içindeki sağlık durumunu ortaya koyabilmek için sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmeleri çok önemlidir (51). Ergoterapide; bütüncül yaklaşım, yaşam boyu gelişim ve kişi-çevre-aktivite arasındaki karmaşık yapı ile ilgilendiğinden dolayı yaşam kalitesi her zaman önemli bir yer tutmuştur. Ergoterapi alanında yaşam kalitesi “umut uyandıran, motivasyon yaratan, anlam ve memnuniyet sunan, hayatın vizyonunu yaratan, sağlığı teşvik eden, güçlenmeyi mümkün kılan ve aksi takdirde yaşam kalitesini belirleyen aktiviteleri seçme ve bunlara katılma” olarak tanımlanmıştır (53).

İnmeli bireylerin yaşam kalitesi, sağlıklı topluma göre daha düşük olduğu farklı çalışmalarla gösterilmiştir (54-56). İnme sonrası süreçte yaşam kalitesinin değişiminin incelendiği çalışmalarda ise birinci ve altıncı ay arasında gelişme görülürken (57, 58), altıncı aydan sonraki süreçte yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (59). Ancak, inmede iyileşmenin heterojen ve bireysel iyileşme paternlerine bağlı olduğu düşünülürse, ortalama grupların yaşam kalitesini inceleyen çoğu çalışmanın yaşam kalitesiyle ilgili verileri limitleyebileceği ve yaşam kalitesi ile ilgili eğilimleri değerlendirmede yeterli olmayabileceği belirtilmiştir (60). Bonanno’ya göre travma sonrası yaşam kalitesinin 4 eğilimi bulunmaktadır (61);

- Direnç; yaşam kalitesinin hiç bozulmaması
- İyileşme; yaşam kalitesinde orta seviye veya kısa süreli bozulma
- Gecikmiş bozulma; yaşam kalitesinde bozulmanın, hastalığın ilerleyen seviyelerinde görülmesi
- Kronik kısıtlılık; yaşam kalitesindeki bozulma travma ile başlar ve sürekli devam eder.

2.7. İnme ve Ergoterapi

Ergoterapinin temel ilgilendiği alan kişinin aktivite kimliği ve performansıdır. Başka bir deyişle, bireylerin kendilerini ve gelecek beklentilerini, rollerini ve ilişkilerini, kendilerini fiziksel ve sosyal çevrelerinde yerine getirme konusundaki kişisel kapasiteleriyle birlikte nasıl tanımladıkları”dır. Sağlık, iyi olma hali ve yaşam doyumu sağlamak için aktivitelere katılım, fonksiyonel aktivite performansı ve pozitif aktivite kimliği gereklidir (62, 63).

İnme sonrasında bireyler aktivite katılım dengesinde problem yaşayabilirler. Aktivite performans kapasiteleri fiziksel, bilişsel ve psiko-sosyal kapasitelerini, sağlıklarını ve iyi olma hallerini etkileyecek şekilde etkilenebilir. Ergoterapistin rolü, hastaların yetkinliklerini yeniden kazanmalarını, aktivitelerine geri dönmelerini ve olumlu bir aktivite kimliği geliştirmelerini sağlamaktır (64, 65). Ergoterapi mesleğinin inme rehabilitasyonuna bakış açısının anlaşılması için ergoterapinin teorik temellerinin incelenmesi gereklidir (66).

2.7.1. Ergoterapi’de Teorik Modeller

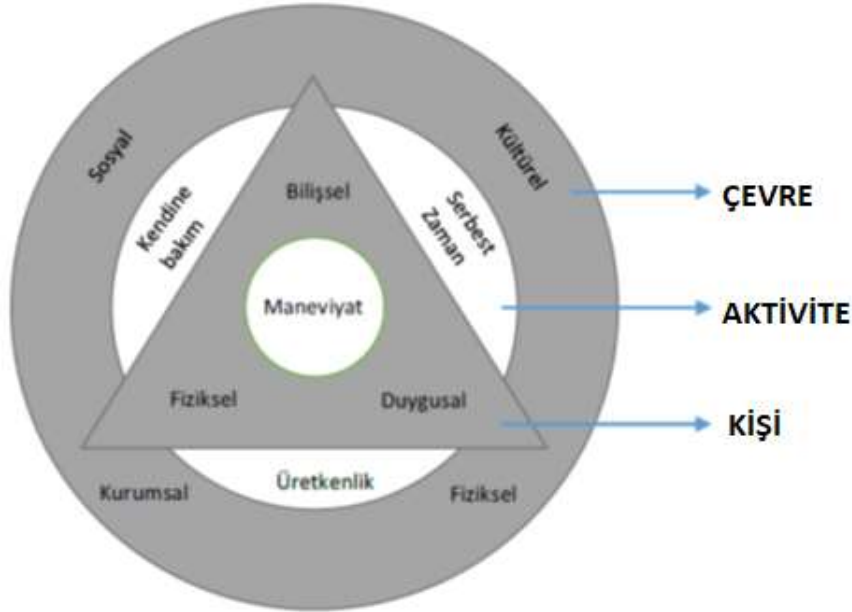
2.7.1.1 Kanada aktivite performans modeli (KAPM- Canadian occupational performance model)

Kanada Aktivite Performans Modeli (KAPM) fiziksel, kurumsal, kültürel ve sosyal çevrede gerçekleştirilen üretkenlik, kendine bakım ve serbest zaman aktivitelerinin ruhsal, fiziksel, duygusal ve kognitif komponentlerini inceleyen sosyal bir modeldir (9, 67). Modelde özellikle, Ergoterapi felsefesi ve kişi merkezli rehabilitasyon yaklaşımını temel alarak, değerlendirmeye ve müdahaleye rehberlik etmesi için geliştirilmiştir. Son yıllarda Ergoterapi modelleri genel olarak kişi, aktivite ve çevre arasındaki etkileşimi incelemeye yöneldiyse de KAPM daha çok aktiviteler yolu ile katılım üzerine yoğunlaşmıştır (66, 68).

Modelde bireyin bilişsel, ruhsal, duygusal ve fiziksel özellikleri incelenir. Her bireyin maneviyatı kendisinin temelidir ve bu temel bireylerin değerleri ve inançları ile şekillenir. Modele göre maneviyat “yaşam gücü, irade kaynağı, iç değeri ve motivasyonu ile kendi deneyiminden aldığı anlam” olarak tanımlanmaktadır. Modelin maneviyata verdiği önemden de anlaşılacağı üzere, model bakış açısı ile yapılan değerlendirme yöntemleri ve tedavi programlarının belirlenmesi sırasında bireylerin istekleri ve ilgileri büyük önem kazanmaktadır (68-70).

KAPM fiziksel, kurumsal, kültürel ve sosyal çevre içerisinde aktiviteleri inceler. Law, çevreyi kişinin dışında fakat onu direkt etkileyen bir faktör olarak tanımlamıştır (68, 71). Çevre fiziksel, sosyal, kurumsal ve kültürel olarak 4’e ayrılmaktadır. Bu çevresel içerikte gerçekleştirilen aktivite ise kişi ile çevrenin ilişkilerinin bir ürünüdür. Aktivitenin kaliteli, kişinin isteklerine uygun gerçekleşmesi ve kişinin aktivite taleplerini karşılaması sonucu aktivite performansı kavramı ortaya

çıkar. Aktivite performans alanları kişilerin temel ihtiyaçları, rol ihtiyaçları gibi birçok alanı kapsayan serbest zaman, üretkenlik ve kendine bakım alanlarında incelenir (68, 70).



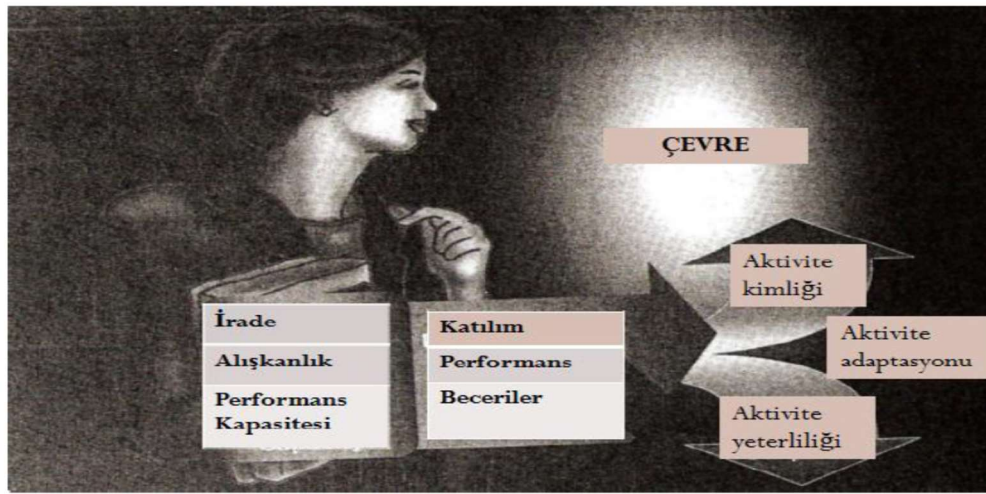
Şekil 2.1. Kanada aktivite performans modeli (KAPM).

Ergoterapi literatüründe kişi merkezli aktivite performansının artırılmasının hedeflenmesi ve aktivite performansının değişimini değerlendirmek önemli yer tutmaktadır (72). Birçok çalışma nörorehabilitasyon alanında kişi merkezli yaklaşımın algılanan performans yeterliliğinde ve danışan tatmininde artışa neden olduğunu göstermiştir (73). KAPM ve Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) bireylerin aktivite alanlarını detaylı olarak incelediği ve bireylerin aktivite performanslarını güvenilir olarak değerlendirdiği (74, 75) için çalışmamıza yön veren ergoterapi teorik modeli ve değerlendirmesi olarak kullanılmaktadır.

2.7.1.2. İnsan aktivite-rol modeli (Model of human occupation – MOHO)

İnsan Aktivite Modeli (MOHO) Kielhofner tarafından 2008’de oluşturulmuş, insan aktivitelerinin karmaşıklığını, davranışların dinamik ve çevreye bağımlı olduğunu ve aktivitelerin bireyin benlik algısını ve kimliğini şekillendirdiğini savunmaktadır. İnsanların aktivitelere katılımının, kendi iradeleri (kişisel nedensellik, değerler ve ilgiler), alışkanlıklardan (alışkanlıklar ve roller) ve performans kapasitesinin yanı sıra çevreden (fiziksel ve sosyal çevre dahil olmak üzere)

etkilendiğini öne sürmektedir. Gerçek aktivite performansı aktivite formları ve katılımını gerçekleştiren kişinin becerilerine (motor, süreç, iletişim ve etkileşim becerileri) bağlıdır. Katılım, aktivite kimliği ve aktivite ile ilgili yeterlilik duygusu yaratmaya yardımcı olur. Pozitif bir aktivite kimliği ve çevre bağlamında zaman içinde kişisel yetkinlik duygusu, aktivite adaptasyonunun inşa edilmesini mümkün kılmaktadır (41).



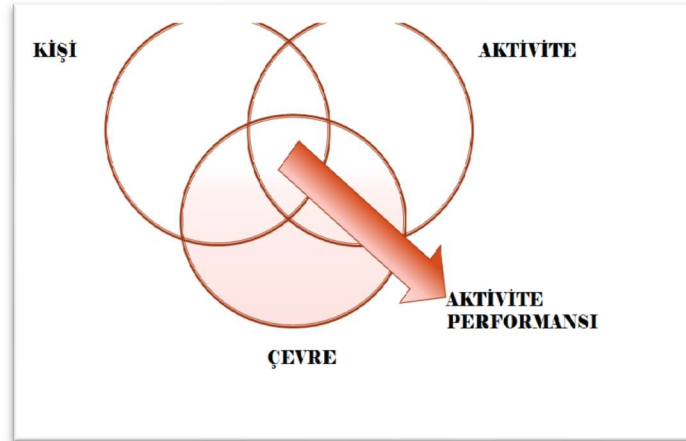
Şekil 2.2. İnsan aktivite-rol modeli (MOHO).

Bu model ve ilgili araçları, inme alanında çalışan ergoterapistlere kişiyi anlamak ve insan aktivitesinin bütüncül bir görüşüne odaklanmak konusunda yardımcı olur. Bununla birlikte, terapistlerin, hastanın performans kapasitesini anlamak ve ele almak için diğer çerçevelerden yararlanmaları gerekir.

2.7.1.3 Kişi-Çevre-aktivite modeli (KÇA) (Person-environment-occupation model – PEO)

Kişi, çevre ve aktivite arasındaki ilişkiyi açıklamak ve müdahalelere yön vermek amacıyla, ergoterapi referans çerçevesinde tanımlanmış uygulama modellerinden KÇA modeli kullanılmaktadır. KÇA modeli 1996 yılında Law ve ark. tarafından geliştirilen, terapistlerin, bireyleri seçilen çevrelerde anlamlı aktivitelere başarılı biçimde katılım göstermelerini sağlamak amacıyla kullandıkları bir modeldir (70).

KÇA modeli performansın dinamik doğasını anlamak için geliştirilmiştir. Modele göre insan, çevre ve aktivite birbirleriyle ilişki halindedir. Performans bu üç temel elemanın kesişmesinden ve üç eleman arasındaki uygunluk ile ortaya çıkar. KÇA; insanlar, onların aktiviteleri ve yaşam-iş-serbest zaman çevresi arasında var olan bir süreç ilişkisinin sonucu olarak aktivite performansını tanımlamaktadır (70, 76)



Şekil 2.3. Kişi-Çevre-aktivite modeli.

Bu model kapsamında katılımı etkileyen temel faktörler kişi, çevre ve aktivite olarak ele alınmaktadır(68). Birey belirli bir çevrede aktiviteyle uğraşırken birey-çevre ve aktivite arasında etkileşimsel ve dinamik bir ilişki oluşur. Bu ilişkinin ürünü anlamlı aktiviteyi memnun edici şekilde gerçekleştiren bireyin yaşadığı deneyimin kalitesi, yani aktivite performansıdır. Aktivite performansı birey-çevre-aktivite komponentlerinin ortak kesişim noktası olmasıyla birlikte, bu komponentlerin ikili eşleşmeleri ve dengeleri de önemlidir. Birey-çevre etkileşimi, birey-aktivite etkileşimi ve aktivite-çevre etkileşimi de ayrı olarak aktivite performansının incelenmesinde göz önünde bulundurulmalıdır (70).

2.8. İnmede Ergoterapi Değerlendirmesi

Değerlendirme, terapistlerin teorik bilgileri (bağlamsal modeller ve referans çerçeveler) ve klinik tecrübeleri kapsamında hangi performans alanlarının değerlendirileceğini ve değerlendirme yöntemine karar verme sürecidir. Bu süreç görevlerin analizini ve klinik gözlemini içerir (77).

Değerlendirmeye başlamadan önce, inmede de diğer hastalık gruplarında yapılan değerlendirmelerde olduğu gibi ön bilgi toplanması ve görüşme yapılmalıdır. Yapılacak olan görüşmede kullanılan tıbbi hikaye, rehabilitasyon geçmişi, kullanılan ilaçlar, radyolojik görüntüleme raporları vb. gibi temel bilgiler kaydedilmelidir (64).

Bilgilerin kaydından sonra, değerlendirme için bir plan oluşturulması gerekmektedir. Kişi merkezli yaklaşımı benimseyen ergoterapide, değerlendirmeler de kişiye özel olarak planlanmalıdır. Terapist, birey ve bakım verenler ile ilk görüşmesinde gerek gözlemsel gerek de görüşmelerden aldığı bilgi ile değerlendirme planının oluşmasına yardımcı olur. Terapistin; kişinin aktivite rollerini, performans kapasitesini, katılım problemlerini/becerilerini, motor-duyusal-kognitif becerilerini değerlendirmeyi içeren bir değerlendirme yapması gerekmektedir (64).

Ergoterapi felsefesine göre inmeli bireylerin değerlendirilmesinde kişi, aile/bakım veren ve terapistin etkili iletişim kurması çok önemlidir (78). Değerlendirme öncelik bireyin aktivite alışkanlıklarını ve terapi hedeflerini belirlemektir. Aktivite alışkanlıklarının belirlenmesinin en etkili yöntemlerinden birisi yüz yüze yapılan görüşmelerdir (79, 80). Yarı yapılandırılmış sorularla, kişinin inme öncesinde katıldığı ve önemsendiği aktiviteler belirlenmelidir. Bu süreçte önemli olan, terapist konuşmanın genel hatlarına yön verirken, bireyin yönlendirmelerine de izin vermelidir. Birey iletişimde kendisini özgür hissettiği kadar rahat olabilecektir(80). Bireyin konuşması sırasında yaşadığı zorluklar, motor hareketleri, inmeli ekstremitenin pozisyonu, ailenin yardım seviyesi, kognitif fonksiyon, psiko-sosyal durum gibi birçok parametre hakkında görüşmeler sırasında yapılan gözlem ile fikir sahibi olunabilir (2, 81).

Görüşme sırasında ailenin katkısı çok önemlidir; özellikle kognitif etkilenimi veya iletişim problemi olan bireyler için aile ile yapılan görüşmeler daha önemli hale gelmektedir. Ancak aile ile birlikte yapılan görüşmelerde en önemli eksi, aile fertlerinin birey yerine cevap vermesi veya görüşmeye fazla müdahil olmasıdır (81).

İnmeli bireyin değerlendirilmesinde birçok parametre bulunmalıdır. Değerlendirmelerin seçiminde dikkat edilmesi gereken bazı parametreler vardır. Bunlar;

- Değerlendirme standardizasyonu ile ilgili nüfus (yani, inme ya da diğer koşullar sonrasında hastalarla hangi yaşta ve hangi ortamda standardize edildiği).
- Karşılaştırma için normlara sahip geçerlilik ve güvenilirlik kanıtları olup olmadığı.
- Değerlendirmeyi yönetmenin ve puanlamanın ne kadar kolay olduğunu.
- Değerlendirmeyi kullanmak için herhangi bir ön eğitim gerekip gerekmediği.
- Testlerin uygulanmasının ne kadar kolay olduğu.
- Değerlendirmeyi yönetmek için ne kadar yer ve zaman gereklidir.
- Değerlendirmenin avantajları ve dezavantajları arasındaki denge (77)

Kişi ile ilgili faktörlerin değerlendirilmesi motor, psikososyal, kognitif değerlendirmeleri içermektedir. Motor değerlendirme sırasında ergoterapist, kişinin hareket yeteneğini, hareketini etkileyen faktörleri (spastisite, kas kuvveti vb), bileşik reaksiyonları, görülen farklılıkların normalden nasıl farklı olduğunu, seçici hareket becerisini, kavrama becerilerini, mobilitesini, oturma becerisini, transferlerini, motor bağımsızlığını, ayakta durmasını, yürümesini ve anlamlı mobilitesini değerlendirmelidir. Terapist, her bir değerlendirme maddesini ayrıntılı olarak incelemeli, problemleri detaylı bir biçimde not tutmalıdır (82, 83). Psiko-sosyal faktörlerinde özellikle inmeli bireyin duygu durumu, yorgunluk, motivasyon, depresif semptomlar, anksiyete gibi faktörler değerlendirilmelidir. Bu alanların değerlendirilmesinde interdisipliner ekibin bulunması özellikle önerilmektedir (77). Kognitif beceriler inmeli bireye yönelik ergoterapi değerlendirmesinin temel taşlarından birisidir. Bilinen bütün kognitif beceriler önemli olmakla birlikte dikkat, oryantasyon, iletişim, hafıza, problem çözme, praksis, hafıza, yürütücü fonksiyonlar, görme alanı, görme becerisi gibi becerilerin detaylı değerlendirilmesi rehabilitasyon sürecinin doğru olarak şekillenmesini sağlayabilir (32).

Aktivite değerlendirmesi öncesinde kişi için anlamlı aktivite hedeflerini belirlenmelidir. Anlamlı aktivitelerin belirlenmesinden sonra kişiye detaylı aktivite analizi yapılmalı, aktivitenin motor/duyusal/kognitif ve çevresel komponentlerini belirlemelidir. Aktivite katılımını etkileyen faktörler belirlendikten sonra, her bir faktör ayrıca değerlendirilebilir (84).

Çevre değerlendirmesi için kişi ve ailesi ile görüşme ve ev, iş yeri, sosyal çevrenin gözlemsel değerlendirme yapılmalıdır. Aile ile yapılan görüşmede özellikle aile gözünden kişinin mobilitesini, katılımını etkileyebilecek faktörler belirlenmeli, ailenin maddi durumu özellikle kaydedilmelidir. Maddi durumun ev içi düzenleme vb gibi değişiklikler önerme öncesinde bilinmesi, aileyi ve bireyi maddi ve manevi yönde yormamak açısından önemlidir (2).

2.9. İnme Rehabilitasyonunda Ergoterapi Yaklaşımları

Rehabilitasyonun temel odağı bireylerin hedefleridir (85). Her danışan bireysel olarak rehabilitasyon sürecinin merkezi olmalı ve objektif verilerden elde edilemeyen bilgiler, kişilerin sübjektif algıları ile tamamlanmalıdır (86, 87). Pollock ve arkadaşları rehabilitasyon sürecinin kişi merkezli olması durumunda bireylerin rehabilitasyon süreçlerine aktif katılımlarının arttığını belirtmişlerdir (5). Kişi merkezli yaklaşımlar kişiler tarafından tanımlanan rehabilitasyon hedefleri ve kişi ile terapist arasında iş birliğine dayalı yöntemlerdir. Ergoterapi literatüründe uzun süredir kişi merkezli yaklaşımlar yoğun olarak çalışılmaktadır (67, 72, 73)

İnme sonrası ergoterapi yaklaşımları, inmeli bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlıklarını ve toplumsal katılımlarını artırmayı kişi merkezli bir yaklaşım ile sağlamayı hedeflemektedir. Bu hedeflere ulaşmak için birçok yöntem bulunmakla beraber, yüksek terapötik ittifak sağlanması ile en uygun yöntem seçilerek mümkün olan en erken dönemde rehabilitasyon yaklaşımlarına başlanması gereklidir.

İnme rehabilitasyonunda sıklıkla kullanılan yaklaşımlar hedef odaklı tedavi, duyu/algı/motor bütünleme, kısıtlayıcı - zorlayıcı hareket tedavisi, sanal gerçeklik, adaptif yaklaşımlar, kognitif yaklaşım, nörogelişimsel tedavi, aktivite eğitimi, robotik yaklaşımlar, sanal gerçekliktir. Bu yaklaşımları tercih ederken, terapist bulunduğu klinik ortamın uygunluğunu da göz önüne almalıdır. Ayrıca unutulmamalıdır ki, seçilen yaklaşım ne olursa olsun, her terapötik yaklaşım aktivite ve toplumsal katılım hedefli olmalıdır (2, 84).

Hedef odaklı yaklaşım, aktivite eğitimi gibi güncel yaklaşımlar genel olarak kişilerin günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını ve bu aktivitelerinin kalitelerini artırma hedefli yaklaşımlardır. Tedavi aracı olarak da yine kişilerin seçtiği aktiviteleri, özellikle bozukluğu olan motor/duyusal/kognitif komponentleri kullanır. Kortikal

plastisite bilgilerine dayanarak, bu yaklaşımlar aktivitenin en küçük komponentinin günde en az 300 tekrar ile yapılmasını sağlayarak gelişme hedeflemektedir. (88)

İnme rehabilitasyonunda diğer bir ergoterapi yaklaşımı ise serbest zaman aktiviteleri eğitimidir (74). İnme sonrasında iyi bir motor iyileşme olmasına rağmen serbest zaman aktivitelerine katılım azalmaktadır (89). Serbest zaman aktiviteleri terapisi ile inmeli bireylerin fiziksel ve emosyonel fonksiyonellikleri artırılabilir (90). Nour ve arkadaşları serbest zaman aktiviteleri terapisi uyguladığı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde plasebo olarak yalnızca sosyal çevreye maruz bırakılan bireylere oranla daha fazla bağımsızlık kazandıklarını belirtmişlerdi (74, 91). Serbest zaman aktiviteleri ayrıca nöro-kognitif faydalar sağlayabilmektedir; Radomski ve Trombly anlamlı ve amaçlı serbest zaman aktivitelerine katılımın nöral plastisiteyi fasilite edebileceğini bildirmişlerdir. Ek olarak, serbest zaman aktivitelerine katılımın, bireylere anlamlı aktivitelerine katılımını etkileyen fonksiyonel kısıtlılıklarını analiz etmelerine ve bu aktivitelere tekrar katılım için strateji geliştirmelerine yardımcı olduğu belirtilmiştir (3).

Araştırmalar serbest zaman katılımının inme sonrası iyi olma halini artırdığını göstermektedir. Searle ve Mahon 8 haftalık eğitim programından sonra inmeli geriatrik bireylerde öz güven artırdığını belirtmişlerdir (92). Ayrıca serbest zaman aktivitelerini içeren toplum temelli rehabilitasyon yaklaşımları inmeli bireylerin yaşam kalitelerini artırdığı gösterilmiştir (93). Serbest zaman aktiviteleri terapisinin bireyler üzerindeki olumlu etkisi, aktivitelerin fiziksel ve emosyonel terapötik etkileri ile açıklanabileceği belirtilmiştir (74, 82, 94).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

Bu çalışma kişi merkezli serbest zaman aktiviteleri temelli aktivite eğitiminin inme sonrası en az 1 yıl geçmiş bireylerin toplumsal katılımları ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerini incelemek amacıyla planlandı. Bireyler Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü uygulama ve araştırma ünitelerinden seçildi. Planladığımız GO18/01 çalışma proje numarası ile izlenen çalışmamız tıbbi etiğe uygun bulunmuştur.

3.1. Bireyler

Araştırmaya bir yıldan uzun süredir hemipleji olan 16 birey dahil edildi (İstatistiksel güç analizi yapılarak %80 güçte, hata payı %5 olarak kabul edilmiş, örneklem sayısı 16 olarak bulundu). Çalışmaya katılımları öncesinde tüm bireylerle çalışma hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden her kişiye, çalışmayı kabul ettiklerine dair aydınlatılmış onam formu imzalatıldı.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. 18-65 yaş arasında olmak,
2. En az 1 yıl önce inme geçirmiş olmak
3. Mini Mental Durum Testi (MMDT)'nden 15 veya daha yüksek puan almak,
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

Çalışmaya dahil edilmeme kriteri;

1. Bilinen başka bir nörolojik, ruhsal kronik hastalığa sahip olmak,

3.2. Yöntem

Dahil edilme ve dahil edilmeme kriterlerine göre çalışmaya katılacak bireyler belirlendikten sonra, bireyler ilk görüşmede ortalama 60-90 dakika süren değerlendirmeye alındı. Daha sonra her bir birey, haftada 2 seans olmak üzere 8 hafta boyunca serbest zaman aktivitesi temelli, kişi merkezli müdahale programına dahil edildi.

3.3. Değerlendirme

Tüm değerlendirmeler, bireyler ve aileleri ile yapılan ilk görüşmede ve 8 haftalık aktivite eğitimi sonrasında yapıldı. Değerlendirmeler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü, Mesleki Rehabilitasyon Merkezi'nde (MRM) terapist- kişi ve ailesi (seanslara gelmeleri durumunda) ile birlikte yapıldı.

3.3.1. İnmeli Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bireylerin demografik özelliklerini belirlemek için yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanıldı. Görüşmelerde;

1. Yaş
2. Cinsiyet
3. Eğitim durumu
4. İnmeden sonraki süre (ay)
5. Hemiplejik taraf
6. Dominant ekstremite
7. Medeni hal
8. Çalışma durumu
9. Meslek bilgileri ile ilgili bilgiler kaydedildi.

3.3.2. Görüşme

Ergoterapi müdahalesi öncesi ve sonrası değerlendirmeleri için yarı-yapılandırılmış görüşme yöntemi uygulandı. Görüşmelerde aşağıdaki sorular soruldu;

- Geçirdiğiniz inme sonrası, hayatınızdaki rolleriniz ve aktiviteleriniz ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?
- Serbest zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Belirttiğiniz serbest zaman aktivitelerini yapmanızı destekleyen bedensel, psikolojik, motivasyonel ve diğer etmenler nelerdir? Aynı aktiviteleri yapmanıza engel olan etmenler nelerdir?
- Sosyal çevrenizin, ailenizin, akrabalarınız, iş ve sosyal çevrenizin aktivite katılımınız süresince tutumları/davranışları nelerdir? Bu davranışların hangilerinin size engel veya destek olduğunu düşünüyorsunuz?

- Aktivitelere katılımınızı destekleyen veya etkileyen fiziksel çevresel etmenler (evde, ev dışında mimari durum, ulaşım gibi) nelerdir? Olumlu ve/veya olumsuz etmenleri belirtiniz.

Müdahale programı bitiminde ise bireylere aşağıdaki soru soruldu;

- İlk görüşmemizde belirttiğiniz aktiviteleriniz ile ilgili hayatınızda geçtiğimiz 2 ayda neler değişti?

3.3.3. İnmeli Bireylerin Aktivite Performans Seviyelerinin Değerlendirilmesi

Bireylerin aktivite performansı ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmek için Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) kullanıldı. KAPÖ bireyin aktivite performans problemlerini belirlemek ve performans memnuniyetini ölçmek için kullanılan standart bir ölçüm aracıdır (9). Bu değerlendirme ölçeği, yarı yapılandırılmış görüşme yöntemiyle aktivite performansı alanında bireylerin karşılaştığı problemlerini belirleyen bir ölçektir (95). Bireylerin aktivite tercihlerini yine kendisi tarafından verilen performans ve memnuniyet puanları ile değerlendirir (44). Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün geçerlilik ve güvenilirliği "Multipl Skleroz'lu Bireylerde Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe Kültürel Adaptasyonu, Geçerlilik ve Güvenilirliği" isimli tez ile gösterilmiştir. Cronbach alfa değeri 0.9-1 aralığında bulunmuştur (96). Ayrıca KAPÖ'nün inmeli bireylerde de kullanılabilirliği gösterilmiştir (73). Çalışmamızda, bireylerin yalnızca serbest zaman aktiviteleri sorgulandı ve kaydedildi. Müdahale planı içerisinde de KAPÖ aracılığı ile belirlenen serbest zaman aktivitelerinden bireylerin en önemli olarak seçtikleri aktivite üzerinde çalışıldı.

İlk basamakta, bireylerden günlük rutinlerinde yaptığı, yapmak istediği veya yapmaktan kısıtlandığı kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarındaki kısıtlanma yaşadıkları aktiviteleri belirlemesi istenilir. Bir sonraki basamakta, bireylerin belirledikleri aktivitelerin her birisine likert skalasına göre 1-10 arası bir önem değeri vermesi istenilir (1-Hiç önemli değil, 10-çok önemli). Son basamakta ise bireylerden kendileri için en önemli olduğunu düşündükleri 1 ile 5 arasında aktiviteyi seçip, seçilen her bir aktivite için 1-10 arası performans ve memnuniyet puanı

belirlemesi istenir. Elde edilen puanlar toplanıp, bireyin önemli bulduğu aktivite sayısına bölerek ayrı ayrı performans ve memnuniyet puanları elde edilir (9).

Daha gerçekçi ve birey odaklı hedeflerin belirlenmesine ek olarak, KAPÖ'nün iyileşme algısında ve rehabilitasyon sürecinde tercih edilen aktiviteye odaklanılmasında da artışa neden olduğu düşünülmektedir (97). Aynı zamanda, bireyin KAPÖ'nün tedavi planlanırken, bireyin kendi önceliklerinin farkında olma durumunu, hedefini belirlemesine yardımcı olduğunu ve bireyle iletişimi kolaylaştırdığını gösteren çalışmalarda da bulunmaktadır (98, 99).

3.3.3.1. Aktivite analizi

KAPÖ aracılığı ile belirlenen aktivitelere, kişi-aktivite uyumunun ve bireylerin aktivite katılım kısıtlılıklarının anlaşılabilmesi için kapsamlı analiz yapıldı. Aktivite analizi için Polatjko tarafından tanımlanmış Dinamik Performans Analizi (Dynamic Performance Analysis – DPA) yaklaşımı kullanıldı (100). Sonuçların ortaya çıkarılmasında aşağıdaki sıra izlendi;

- Aktivite performansı yapılabildi mi?
- Performansın temel olarak olumsuz yönde etkilendiği bölümler nelerdi?
- Kişi, aktivite ile ilgili ne yapması gerektiğini biliyor muydu?
 - Aktivitenin hangi bölümünde ne yapması gerektiğini biliyor muydu?
 - Bölümlerdeki gereklilikleri yapabildi mi?
 - Aktivite ile ilgili ihtiyaçlar nelerdi? Aktivite ile ilgili destekler yeterli miydi?
 - Aktivite ile ilgili çevresel ihtiyaçlar nelerdi? Destekler yeterli miydi?

DPA'nin ikinci basamağı olan “Performansın temel olarak olumsuz yönde etkilendiği bölümler nelerdi?” bölümünde, kişilerin aktivite performansını olumsuz yönde etkileyen sebepler belirlendi ve sonraki basamaklara belirlenen sebepler detaylandırıldı.

3.2.4. İnmeli Bireylerin Toplumsal Katılım Seviyelerinin Değerlendirilmesi

Bireylerin toplumsal katılım seviyelerini değerlendirmek için Katılım Ölçeği (KÖ) kullanıldı. KÖ, 18 maddeye dayanan temel sosyo-ekonomik yaşam alanlarında algılanan sorunları değerlendirmek için bir araçtır (101). Bu ölçeğe ilişkin sorular, bilgi ve becerilerin öğrenilmesi ve uygulanması, genel görevler ve talepler, iletişim, hareketlilik, öz-bakım, ev içi yaşam, kişilerarası etkileşimler ve ilişkiler, ana yaşam alanları ve toplum, sosyal ve sivil hayat başlıklarını içermektedir.

Katılım ölçeği 5 puanlık derecelendirme sistemi kullanmaktadır (0- önemli kısıtlama yok; 1- hafif kısıtlama söz konusu; 2-orta seviyeli bir kısıtlama mevcut; 3- ciddi bir kısıtlama mevcut ve 5 -aşırı düzeyde bir kısıtlama mevcut). Puanlar toplanarak 0 ile 90 arasında değişen toplam puan elde edilir. Bu final puanı katılım kısıtlaması puanlarını verir. Olası dereceler, hafif kısıtlama (0-12 puan), orta kısıtlama (13-22 puan), şiddetli kısıtlama (33-52 puan) ve aşırı kısıtlama (53-90 puan) olarak belirlenir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Altuntaş ve arkadaşları tarafından yapılmış ve ICC değeri 0,81 olarak bulunmuştur (102).

3.2.5. İnmeli Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini değerlendirmek için Kısa Form – 36 (Short Form 36- SF-36) kullanıldı. Yaşam kalitesini ölçmekte kullanılan en yaygın ölçeklerden biri olan SF-36 fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları, sosyal fonksiyon, ruhsal sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanmasını içeren 8 alt başlıktan oluşur. Kısa sürede doldurulması, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ile diğer ölçeklerden ayrılır. SF 36 test sonuçlarını yukarıda bahsedilen alt başlıklar için ayrı ayrı vermekte ve 0-100 arasında yapılmaktadır (103, 104). Pınar ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik analizi yapılmış (Cronbach alfa 0,73 ile 0,76 arasında) ve Demiral ve arkadaşları tarafından sağlıklı örnekleme Türkiye Normları belirlenmiştir (105).

3.2.6. İnmeli Bireylerin Kişisel Etmenlerinin Değerlendirilmesi

3.2.6.1 İnmeli bireylerin motor performans alanlarının değerlendirilmesi

Bireylerin motor performanslarının değerlendirilmesi için Fuyl Meyer Üst Ekstremité Ölçeği kullanıldı. İnmeye özgü, performans temelli bir ölçek olup her bir parametre 0; başarısız, 1; kısmi başarılı ve 2; tamamen başarılı performans şeklinde puanlanmaktadır. Twitchell ve Brunnstrom' un motor iyileşme evreleri esas alınarak hazırlanmıştır. Test üst ekstremité motor fonksiyonunu refleks aktivite, fleksör sinerji, ekstansör sinerji, kombine sinerjist hareketler, sinerji dışı hareketler, el bileği değerlendirilmesi, el değerlendirilmesi ve koordinasyon ve hız değerlendirilmesi alanlarında değerlendirir. Test sonuçları toplam 66 puan üzerinden değerlendirilir (106, 107).

3.2.6.2 İnmeli bireylerin kognitif performans alanlarının değerlendirilmesi

İnmeli bireylerin kognitif performans alanlarının değerlendirilmesinde İz Sürme Testi A ve B (Trail Making Test – TMT) ve Saat Çizme Testi (SÇT) kullanıldı.

İz sürme testi A ve B

Bireylerin görsel tarama hızını, yönetimsel fonksiyonlarını, görsel-motor algıyı, motor fonksiyonu, planlamayı, organizasyonu, soyut düşünme ve tepki kısıtlılığını değerlendirmek için kullanıldı. Test A ve B olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır. A bölümünde, bireyden 1'den 25'e kadar olan sayıları birleştirmesi istenir ve tamamlama süresi kaydedilir. B bölümünde ise birey sırasıyla bir rakam ve bir harfe denk gelecek şekilde sıralamayı tamamlar, tamamlama süresi kaydedilir (108). Cangöz ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerliliği yapılmış ve ICC değerleri sırası ile 0,73 ve 0,93 olarak bulunmuştur (109).

Saat çizme testi

Görsel uzaysal işlevler ile yürütücü işlevleri değerlendirmeye yarayan Saat Çizme Testi (SÇT) kısa zamanda, kolaylıkla uygulanabilir oluşu nedeniyle sıkça kullanılmaktadır. Saat Çizme Testi ile ilgili ilk sistematik çalışma Goodglass ve Kaplan tarafından 1983'te yapılmıştır. Saat Çizme Testi için genel olarak iki

uygulamadan bahsedilmektedir. Bunlardan ilki serbest saat çizme yöntemi olup, katılımcılardan bir saat çizmeleri istenmektedir. Buna karşın, bazı araştırmacılar bireyler tarafından çizilen dairenin yeterince büyük ve simetrik olmaması, daire biçiminde çizilmemesi gibi durumlarda SÇT'nin uygun biçimde değerlendirilemediğini öne sürmekte ve önceden çizilmiş bir daire kullanılmasının daha uygun olduğunu belirtmektedirler (110). Araştırmamızda SÇT, hazır verilmiş daire içine rakamların, akrep ve yelkovanın çizilmesi ve saat 11:10'u belirterek yapılmıştır. SÇT'nin geçerlilik çalışması Can ve arkadaşları tarafından yapılmış ve ICC değeri 0,95 olarak bulunmuştur (111).

3.2.6.3. İnmeli bireylerin psiko-sosyal performans alanlarının değerlendirilmesi

Çalışmamızda, psiko-sosyal performans alanlarının değerlendirilmesi için Beck Depresyon (BDÖ) ve Anksiyete (BAÖ) Ölçekleri kullanıldı. Beck tarafından 1961'de geliştirilen (112) ve ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, Hisli tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeği karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır (113). Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir.

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan Beck Anksiyete Ölçeği kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir (114). Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (115).

3.2.7. İnmeli Bireylerin Çevresel Performans Alanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin performans alanları üzerine etkisi olabilen çevresel etmenler Craig Hastanesi Çevresel Faktörler Anketi Kısa form (CHIEF-SF) ve Algılanan Aile Desteği Ölçeği (AADÖ) ile değerlendirildi.

3.2.7.1. Craig hastanesi çevresel faktörler anketi kısa-form (CHIEF-SF)

Çalışmamızda çevresel faktörler açısından sosyal çevre, politik bariyerler, fiziksel bariyerler, hizmet/yardım bariyerleri, iş/okul bariyerleri incelenmiştir. Bu faktörleri değerlendirmek için Craig Hastanesi Çevresel Faktörler Anketi- Kısa Form (Craig Hospital Inventory of Environmental Factors- Short Form - CHIEF-SF) kullanıldı. CHIEF-SF, bireylerin fiziksel, tutumsal, çevresel ve politik engellerinin birey gözünden boyutunu ve bu engellerin bireylerin hayatında ne sıklıkta ortaya çıktığını değerlendirir. CHIEF-SF; politikalar, fiziksel/yapısal çevre, iş/okul, tutumlar/destek ve hizmet/yardımlar olmak üzere çevresel engelleri 5 alt grupta, 12 soru ile inceler. Çevresel faktör engellerinin sıklığını 0-4 arası likert skalası ile puanlama (0= hiç, 1= ayda birden az, 2= her ay, 3= her hafta, 4= hergün), engellerin büyüklük derecesini ise 0-2 arasında likert skalası ile puanlayarak (0=sorun yok, 1= küçük sorun, 2= büyük sorun) değerlendirir. Anketin toplam puanı, her soru için engel sıklığı ve engel büyüklük derecesine verilen puanların çarpımlarının toplamıyla elde edilir (116).

3.2.7.2. Algılanan aile desteği ölçeği (AADÖ)

Orijinal ölçek Procidana ve Heler (1983) tarafından geliştirilmiştir. Eskin (1993) tarafından ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerliği çalışılmıştır. Testin doğru/yanlış olarak yanıtlanan 20 sorusu vardır. Bireyin ölçeklerden düşük puan alması, bireyin aile sosyal desteğini düşük olarak algıladığını göstermektedir (117).

3.3. Ergoterapi Müdahalesi

İnmeli bireylere uygulanacak ergoterapi müdahalemiz kişi merkezli ve bütüncül bakış açısı ile düzenlendi. Müdahalede öncelikle bireyler durumları hakkında bilgilendirildi. Kişi için serbest zaman performans alanında anlamlı, amaçlı ve ilgili olduğu aktiviteler aracılığıyla aktivite ve rol performanslarının geliştirmesi, dolayısı ile toplumsal katılımının ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlandı.

KAPÖ'de belirtilen serbest zaman aktivitelerinden bireyler için en önemli olanının seçilmesi ile mevcut aktiviteye ilişkin analiz ve değerlendirmeler gerçekleştirildi. Müdahalelerde, hem nitel hem de nicel verilerden elde edilen

bulgular ışığında aktivite performansını etkileyen etmenlere odaklandı. Müdahaleler 8 hafta boyunca, haftada 2 seans olmak üzere devam etti.

Nitel görüşmelerden bireylerin serbest zamanlarında yaptıkları ve yapmak istedikleri aktivite performanslarını kolaylaştıran ve kısıtlayan kişisel ve çevresel etmenleriyle ilgili algıları ile ilgili bilgilere ulaşıldı. Destek ve bariyer algılarını (kişisel, çevresel) içeren bilgilere ulaşıldı. Değerlendirmeler aracılığıyla bireylerin aktivite performansına etki eden fiziksel, psiko-sosyal ve çevresel komponentleri belirlendi. Değişim oluşturulması hedeflenen alanlarda problem çözme yöntemi ile müdahaleler planlandı. Müdahaleler, seçilen aktivitelerin klinik simulasyon ortamında başlatıldı ve kişilerin doğal çevrelerinde eğitime devam edilerek ilerlendi.

Tüm bireylere bilgilendirme ve farkındalık eğitimi verildi. Bu yaklaşımda aşağıdaki basamaklar kullanıldı;

- Aktivite performansını etkileyen faktörlerin bireyler ile paylaşılması, terapatik hedef belirleme
- Aktivite performansı, toplumsal katılım ve yaşam kalitesi kavramlarının bireylere ve eğer varsa ailelere anlatılması
- Serbest zaman aktiviteleri hedefli müdahalenin bireylere anlatılması
- Aile eğitimi (inmeli bireylerin yapabilirlikleri, güvenlik önlemleri, koruyucu davranışın zararlar vb)
- Aktivite performansını etkileyen kişisel, ailesel ve çevresel faktörlerden mevcut bireyi etkileyen alanları birey ile paylaşmak, hedef oluşturmak ve müdahale programına entegre etmek.
- Aktivite performansı için gerekli becerilerin artırılması

Bu bağlamda bireylerin rehabilitasyonu için kullanılan birey merkezli yaklaşımlar aşağıdaki gibidir;

Kişisel faktörler ile ilgili müdahaleler:

- Motor beceri eğitimi (aktiviteler aracılığı ile beceri geliştirme)
 - o Kavrama eğitimi: pozisyonlama, fonksiyonel kavrama ve bırakma çalışması, iş-beceri-kavrama modülleri ve aktivite eğitimi
 - o Reaksiyon zamanı: Sürücü simülasyon cihazında vites, direksiyon kullanma sırasında nöromusküler hız geliştirme, aktivite sırasında görsel takip ve motor cevap eğitimi

- Denge ve Koordinasyon eğitimi: kişinin tercih ettiği aktiviteler sırasında eğitim (ör: bilgisayar oyunu sırasında hız ve koordinasyonu derecelendirme, balık tutma simülasyonu aktivitesinde propriyoseptif ve vestibular uyarı ile eğitim)
- Spastisite kontrolü: Aktivite sırasında anti-spastik paternde çalışma, aktiviteyi spastisiteyi artırmayacak şekilde düzenleme (hız, kuvvet gibi aktivite ile ilgili faktörlerin düzenlenmesi)
- Psiko-sosyal beceri eğitimi
 - Aktivite yapmada istekli olmayan bireylerle yapılan görüşmede, örnek aktivite seçilerek bireylerin yapabilirlikleri ve kuvvetli yanlarıyla ilgili (yapabilirlikleri, destekleri, hedefleri) farkındalık yaratmak, “iyileşme” teriminin anlatılması, fonksiyonel hedeflerin öneminin anlatılması
 - Motivasyonel görüşme: içsel motivasyon kaynaklarının belirlenmesi ve terapötik fayda sağlama amacı ile ön plana çıkarma, terapist-birey işbirliğinin oluşturulması, otomatik düşüncelerin yönlendirilmesi, gerçekçi olmayan hedeflerin belirlenmesi ve beklenti-hedef uyumunun tartışılması, problem alanlarının bölümlenerek hiyerarşik olarak belirlenmesi ve basamak yöntemi ile çözüm oluşturmak,

Aktivite ile ilgili faktörlere uygulanan müdahaleler;

- Aktivite uyumlandırma
 - Aktivite uygulama paterninin değiştirilmesi ve yeni paternin eğitimi
 - Örneğin: Araba kullanma aktivitesi eğitimi (katılım engeli ulaşım olan bireylere uygulandı)
 - Sürücü simülatöründe farklı senaryolarda araç kullanmak
 - Sürücü simülatöründe direksiyon ve fren reaksiyon zamanı eğitimi
 - Sürücü davranışı eğitimi (otomatik vites, güvenlik önlemlerinin tanımlanması, risk alma vb.)
 - Risk algısı eğitimi
 - Örneğin: Balık tutma aktivitesi eğitimi
 - Kavrama paternlerinin ve kısıtlılıkların belirlenmesi, mevcut paternin değiştirilmesi

- Hız reaksiyon gereken aktivite bölümlerinin uyumlandırılması
- Spastisiteyi artırabilecek aktivite bölümlerinin belirlenmesi, kişi eğitiminin yapılması veya aktivite bölümünün değiştirilmesi (ör; olta atma sırasında dirsek kontrolünün eğitimi veya olta atma paterninin değiştirilmesi)

Çevresel faktörler ile ilgili müdahaleler;

- Aile farkındalık ve davranış eğitimi için bireysel görüşme: İnmeli bireylerin yapabilirliklerini gösterme, risk oluşturacak durumların aileye anlatılması, etik sınırlar dahilinde diğer inmeli bireylerin gerçekleştirebildiği fonksiyonel aktiviteler ile ilgili eğitim, kısıtlama davranışının inmeli bireylerin psiko-sosyal durumlarına etkisi hakkında bilgilendirme, “iyileşme” teriminin fonksiyonel anlamının anlatılması.

Yukarıdaki müdahale yaklaşımların hepsi her bireye uygulanmamış olup, aktivite analizi, kişisel-çevresel-aktivite ile ilgili faktörlerin değerlendirilmesi ile ortaya çıkan problem alanlarına göre kişiye özel olarak tercih edildi. Müdahaleler özellikle bireylerin tercih ettikleri aktivitelerin alt parametreleri aracılığı ile yapıldı ve elde edilen kazanımların aktiviteye aktarımı hedeflendi.

3.4. İstatiksel Analiz

İstatistiksel analizler “IBM SPSS for Windows” versiyon 21 yazılımı kullanılarak yapıldı. Görsel ve analitik yöntemlerle verilerin normal dağılıma uygunluğu incelendi. Tanımlayıcı istatistiklerde nümerik değişkenler için ortalama ve standart sapma ($X \pm SS$), ordinal değişkenler için frekans tablosu olarak verildi.

Ergoterapi müdahalesi öncesi ve sonrası yapılan değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılmasında verilerin normal dağılım parametrelerinin yerine getirilmediği sonucuna varıldı ve non-parametrik testler tercih edildi ve Wilcoxon eşleştirilmiş iki örneklem testi kullanıldı. Tüm istatistiklerde p anlamlılık değeri 0,05 olarak alındı (118).

Niteliksel verilerin analizinde içerik analizi yapılmıştır. Verilerin analizinde kodlama yöntemi kullanılmıştır. Verilerin kodlaması yapılırken hem daha önceden belirlenmiş hem de verilerden çıkarılan kavramlara göre yapılan kodlamaların

birleşimlerinden oluşan üçüncü bir yöntem olan genel bir çerçeve içerisinde yapılan kodlama biçimi kullanılmıştır (119).

4. BULGULAR

Çalışmamıza, en az 1 yıl önce inme geçirmiş toplam 16 birey dahil edildi. Bireyler 8 hafta ara ile (tedavi öncesi ve sonrası) değerlendirildi ve elde edilen değerlendirme sonuçları karşılaştırıldı.

4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Çalışmaya inme tanısı almış toplam 16 birey katıldı (5 kadın, 9 erkek). Çalışmaya katılan 16 inmeli bireyin MMDT ortalamaları $28,87 \pm 2,18$ olarak belirlendi ve çalışmaya katılmaları uygun bulundu. Bireylerin yaş ortalaması $46,62 \pm 13,19$ yıl olarak hesaplandı. Bireylerin hemiplejik taraf, inme sonrası geçen süre, eğitim durumu, medeni hal ve çalışma durumu ile ilgili bilgiler Tablo 4.1.'de verildi.

Tablo 4. 1. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri.

Yaş (yıl)	46,62 ± 13,19 yıl			
Cinsiyet (n)	5 kadın		11 erkek	
Hemiplejik taraf (n)	12 sağ		4 sol	
İnme sonrası geçen süre (ay)	50,31 ± 44,72			
Eğitim durumu (n)	İlk okul	Orta okul	Lise	Üniversite
	4	2	3	7
Medeni hal	3 bekar		13 evli	
Çalışma durumu	7 çalışıyor		9 çalışmıyor	
Meslek	3 öğretmen 2 Memur (masa başı çalışan) 2 Serbest meslek			

4.2. İnmeli Bireylerle Yapılan Görüşmelere Ait Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerle yapılan görüşmeler sonucunda, bireylerin büyük çoğunluğu inme sırasında gelişen durumlarıyla birlikte günlük hayatlarına devam etmeye çalıştıklarını ve zamanla sağlıklarının daha iyiye gideceğini düşündüklerini

belirttiler. Ancak bireyler, inme sonrasında görülen motor problemlerden, psiko-sosyal nedenlerden, toplumun önyargılı tutumlarından ve insansız çevrenin etkilerinden (mimari, kurumsal çevre vb.) dolayı rol ve aktiviteleri ile ilgili kısıtlandığını düşündüklerini belirttiler. Bu bulgulara örnek olarak bazı katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir;

“Genel olarak hayatıma, işime ve günlük hayatıma devam edebiliyorum. İnme geçireli çok uzun süre olduğu için inmeyle birlikte yaşamayı öğrendim. Ancak bazı işlerimi tek başıma yapmada ve sol elimi kullanmak sıkıntılar yaşıyorum. İş yerimde ise genel olarak elimi saklama eğiliminde oluyorum.” K.1.

“Kendi başıma idare etmeye çalışıyorum. Özellikle elimde olan durumdan dolayı yavaş kalıyorum bu da arkadaşlarımla yaptığım aktivitelerden geri kalıyorum” K.2.

“Çok şükür, çevremde inme geçiren çok fazla kişi vardı; onlara göre durumum çok daha iyi. Çoğu işimi kendim halledebiliyorum, sağlık durumum da çok iyi. İstediklerimi yapabiliyorum, ancak ailem fazla sık boğaz ediyor beni.” K.9.

Katılımcılardan bazıları ise inmenin hayatlarını ciddi oranda etkilediğini belirttiler.

“Beyin kanamamdan sonra 19 gün yoğun bakımda kalmışım. O günden beri ne ellerimi istediğim gibi kullanabiliyorum ne de eskisi gibi yürüyebiliyorum. Bir yere gitmek istediğimde eşimden veya kızımdan yardım istiyorum. Zaten onlarla gittiğimde de tekerlekli sandalyede oluyorum. Sağlığım eskisinden iyi değil, bu durumdan dolayı mutsuzum. Eşim her şeye karışıyor. Ne yapacağıma ne yiyeceğime her şeye. Felç benden çok şey götürdü.” K.6.

“Felç geçirmem beni ciddi oranda etkiledi. İşim çok yoğun, sürekli davalarla uğraşyoruz. Ancak dosya takip etmek vs işleri tek elimle yapmam çok zor. Rehabilitasyona da yeterli zaman ayıramıyorum. Hayat çok zor geçiyor. Neredeyse hiçbir sosyal bağlantım yok, içimden yapmak gelmiyor.” K.13.

Katılımcılar serbest zamanlarında alış-verişe çıkmak, çocuklarıyla birlikte gezmek, Cami'ye gitmek, arkadaşlarla buluşmak için evden çıkmak (oyun oynama, kafeteryaya gitmek, yemek, bir şeyler içmek), doğa yürüyüşü yapmak, balık tutmak ve bahçe işleri yapmak gibi farklı aktiviteler yaptıklarını ve/veya yapmak istediklerini belirttiler. Özellikle ev dışında mobilite gereken aktiviteler için büyük çoğunluğun ulaşım açısından sorun yaşadığı belirlendi.

“Evde olduğum zaman gazete okuyup TV izliyorum. Ama günde 5 kez egzersizlerimi tekrar ediyorum. Evden dışarı çıktığımda ise kahve gibi alışkanlığım olmadığı için genelde yürüyüş yapıyorum. Önceden hafta en az 1 balık tutmaya giderdik, evimize çok yakın bir göl var Bolu'da. Şimdi oltayı hiç tutmayı denemedim, ama biraz çalışırsam yapabileceğime inanıyorum. Tekrar bu işe geri dönebilirim çok mutlu olacağım.” K.12.

“İçimden hiçbir şey yapmak gelmiyor. Sürekli evde boş ve yalnız kalmak istiyorum. Şu an tek hedefim işime tam anlamıyla geri dönmek. Bu durumdan çok geriliyorum.

Ek soru: *Peki inme geçirmeden önce serbest zamanlarınızda neler yapıyordunuz?*

İnmeden önce haftada 1-2 gün arkadaşlarımla poker- briç günü yapardık. Şimdi iskambil kağıtlarını tutamıyorum elimde. Tek elle oynamak da çok zor.” K.13.

“Evimizin önünde az bir alanda bahçe var. İnme öncesinde ben ilgileniyordum, birkaç komşum daha yardımcı oluyor bana. Engelli bir çocuğum olduğu için çok boş zamanım olmuyor ama bahçede kafa dağıtabiliyorum baya.” K.14.

Katılımcılar tercih ettikleri aktiviteye katılımlarını destekleyen etmenleri olarak dini inançlar, iç motivasyon yüksekliği, insanlı çevre desteği olarak belirtirken, bu aktivitelere katılımlarını olumsuz etkileyen etmenlere de inmeden dolayı fiziksel olarak etkilenen becerilerinin yetersiz olacağı düşüncesi, psiko-sosyal durum (bir şey yapma isteğinin olmaması, başarısızlık korkusu vb.) ve insanlı çevrenin olumsuz tutumları olarak belirttiler.

“Allah sayesinde çok ağır durumdan kurtuldum. Doktorların yaşayamaz dediği durumdan çıktım şimdi de Allah’ın izniyle hiçbir şeye ihtiyacım olmadan yürüyeceğim. Ayağım yukarıya iyi kalkmıyor, bir de elimle yürüteci iyi tutamıyorum. Ayağım kalkmadığı için de takılıyorum.” K.4

“Elimin durumu beni rahatsız eden tek şey. Bazen kendimi aktivitelerden geri çekiyorum. Ancak ben çok hırslı birisiyimdir. Yapmak istediğimi yapmak için uğraşırım. Bugüne kadar elde ettiğim gelişmelerde bu özelliğimin çok büyük etkisi olduğunu düşünüyorum.” K.7.

“Aslında bu işleri/aktiviteleri yapmaktaki en büyük problemim inmeden sonra onları hiç denememiş olmam. Elimin ve ayağımın durumundan dolayı birisine zarar veririm diye düşünüyorum. Ailem, iş arkadaşlarım ve yakınlarım her türlü kararında, yapmak istediğim aktivitede yanımda ve çok destekleyici.” K.8.

Çalışmamıza katılan bireylerin büyük çoğunluğu aktivite tercihlerinin ve katılımlarının aileleri, çevreleri tarafından olumlu olarak desteklendiğini belirtti. Ancak aile desteklerinin yetersiz olduğunu belirten bireyler asıl olarak ailelerinin ciddi oranda kısıtlayıcı davranışlarına maruz kaldıkları belirlendi. Ailelerin ve yakınların genel olarak koruma amacıyla bireylerin tercihlerini kısıtlama veya yönlendirme eğiliminde olduğu bireyler tarafından belirtildi.

“Ailem sürekli evde oturmamı istiyor, ben de evdeyim hep zaten. Ablamın çocuklarıyla ilgileniyorum. Durumumdan önce de böyleydi zaten, pek değişiklik olmadı hayatımda. Önceden de evde zaman geçirirdim” K.11.

“Sürekli evde otursam ve sadece tedaviye gitsem hiç şikayetçi olmayacaklar. Evden ne zaman çıksam sürekli telefon ediyorlar. Benim iyi olduğumu, hayatımdan memnun olduğumu bir türlü kabul etmiyorlar. Hatta gittiğim hastanedeki fizyoterapist de durumumun çok iyi olduğunu anlattı karıma ama hala davranışında bir değişiklik olmadı. Hem ben fizik tedaviye gittiğimde orada çok sıkılıyorum, hep yapabildiğim kolay egzersizler yapılıyor.” K.9.

“Yaşadığım yer aslında tam istediğim gibi bir yer. Kaldırımlar bazen sorun oluyor ama evimin merkezi olması, doğal alanlara yakın olması çok iyi benim

için. Ben çok şehir kalabalığını sevmiyorum. Onun için çevrem benim için çok değerli.” K.12.

“Evin önünün yokuş olması sorun ama taşınacak durumda da değilim. Kış vakti kar yağdığında da yerler çok kaygan oluyor. O zamanlar nerdeyse hiç çıkamıyorum oğlan gelmeden. Kar olmadan da yürümemin biraz daha iyileşmesi lazım, yanımda birisi yürütece destek verirse rahatlıkla yürüyebiliyorum istediğim yere. Camii’ye gelince de otururken biraz zorlanıyorum ama çok da sorun olmuyor. Abdest alıp namaz kılmakta hiç problemim olmuyor.” K.4.

Müdahale programının bitiminden sonra inmeli bireylerle yapılan görüşme sonuçları aşağıdaki verilmiştir:

“Beraber çalışmaya başladıktan sonra, elimin kullanımına verdiğiniz öneriler ile devam ettim. İlk başlarda zorlandım hatta bir süre yapamadım. Şimdi elimi daha rahat kullanıyorum günlük hayatımda. Ama asıl değişiklik araba kullanmada oldu. Şimdi çok yoğun olmayan trafikte araç kullanabiliyorum. Tabii şu an arabamız otomatik vites değil, görümcemin aracını kullanıyorum ama arabamızı zaten değiştirmek istiyorduk. Bu da vesile olmuş olur.” K.1.

“Ailem artık yapmak istediklerime daha az karışıyor. Beni sürekli evde oturtma çabaları da eskisine göre çok azaldı. Sizin de dediğiniz gibi, sanırım benim bir şeyleri yapabildiğimi hatta kendime zarar vermeden yapabildiğimi görmelerinden sonra zamanla yumuşadılar sanırım. Biraz daha zamanla daha da iyi olacaklarını gördüm ben.” K.9.

“Aslında pek bir şey değişmedi, eşim hala her işime karışıyor. Zaten yıllardır böyle devam etti adam hayatına. Bazı şeylerde -ev içinde yürümek gibi, dışarda geçirdiğim zaman gibi, işlere daha az karışıyor. Ancak hala istediğim gibi komşu gezmesine yalnız gidemiyorum” K.5.

4.2. İnmeli Bireylerin Aktivite Performanslarına Ait Bulgular

Bireylerin tercih ettikleri aktivitelerin müdahale öncesi ve sonrası performans ve tatmin puan ortalamaları Tablo 4.2’de verilmiştir.

KAPÖ performans bölümündeki gelişme $3,61 \pm 2,41$ ve tatmin bölümündeki gelişme ise ortalama $3,28 \pm 2,28$ olarak bulundu. Bulgular ışığında, serbest zaman aktiviteleri temelli kişi merkezli ergoterapi müdahalesinin bireylerin aktivite performanslarını arttırdığı görülmektedir.

Tablo 4.2. İnmeli bireylerin serbest zaman aktivite performansları.

Değerlendirme	Müdahale Öncesi (X ± SS)	Müdahale Sonrası (X ± SS)	p	z
KAPÖ – Performans	2,34 ± 2,58	5,65 ± 2,76	0,001*	-3,302
KAPÖ- Tatmin	2,56 ± 2,60	5,65 ± 2,84	0,001*	-3,424

*p<0,05, KAPÖ: Kanada Aktivite Performans Ölçümü

4.2.1. Aktivite Analizine Ait Bulgular

Bireyler tarafından tercih edilen aktiviteler, DPA ile analiz edildi. Aktivite performans problemi tespit edilen bireylerin, problem alanları motor beceri (n=8) (kavrama becerisinin yetersizliği, koordinasyon bozukluğu, spastisite, denge problemleri), aktivite ile ilgili faktörlerden (n=3), psiko-sosyal problemler (n=2) ve çevresel faktörlerden (n=2) kaynaklı olarak belirlendi.

Bireylerin aktivite gerekliliklerini tanımlama ve belirleme açısından herhangi bir problem saptanmadı. Bireylerin aktivite bölümünün gerekliliklerini yapma aşamasında ise problemler yaşadıkları belirlendi. Motor problemi olan bireylerle aktivite üzerinde motor beceri eğitimi ve uyumlandırma, aktivite ile ilgili faktörlerde problemi olan bireylere aktivite uyumlandırma, psiko-sosyal problemi olan bireylerle bireysel görüşme ve çevresel faktörlerde problemi olan bireylere de aile/çevre görüşmesi ve eğitimi uygulandı (Bkz Bölüm 3.3. Ergoterapi Müdahalesi).

4.3. İnmeli Bireylerin Toplumsal Katılım Seviyelerine Ait Bulgular

Bireylere uygulanan KÖ sonuçları incelendiğinde 8 haftalık ergoterapi müdahalesi sonrasında bireylerin katılım seviyelerinde artış bulundu (p< 0,05). Bireylerin müdahale öncesi katılım kısıtlılıkları dağılımı ise %6 (n=1) hafif düzeyde kısıtlama, %25 (n=4) orta seviyede kısıtlama, %31 (n=5) ciddi kısıtlama ve %38 (n=6) aşırı düzeyde kısıtlama olarak bulundu. Müdahale sonrasında ise katılım kısıtlılığı dağılımı %6 (n=1) hiç kısıtlama yok, %31 (n=5) hafif seviyede kısıtlama, %19 (n=3)

orta seviyede kısıtlama, %25 (n=4) ciddi seviyede kısıtlama ve %19 (n=3) aşırı düzeyde kısıtlama olarak bulundu.

Tablo 4.3. İnmeli bireylerin katılım ölçeği sonuçları.

Değerlendirme	Müdahale Öncesi (X ± SS)	Müdahale Sonrası (X ± SS)	p	z
Katılım Ölçeği	45,37 ± 21,81	34,25 ± 19,70	0,001*	-3,183

*p<0,05

4.4. İnmeli Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular

Bireylerin yaşam kalitesi değerlendirme sonuçları, müdahale sonrası istatistiksel karşılaştırmalarına ait bulgular Tablo 4.4'te verildi. Ergoterapi müdahalesi sonrasında bireylerin yaşam kalitesi algısında olumlu yönde gelişmeler olduğu görüldü (p<0,05).

Tablo 4.4. İnmeli bireylerin yaşam kalitesi bulguları.

Değerlendirme	Müdahale Öncesi (X ± SS)	Müdahale Sonrası (X ± SS)	p	z
SF-36 Fiziksel Fonksiyon	57,25 ± 31,18	64,75 ± 30,34	0,005*	-2,803
SF-36 Fiziksel Rol	57,81 ± 23,66	68,75 ± 25,00	0,008*	-2,646
SF-36 Ağrı	78,93 ± 22,48	84,31 ± 15,44	0,018*	-2,371
SF-36 Emosyonel Rol	68,78 ± 25,70	77,10 ± 23,79	0,039*	-2,060
SF-36 Genel Sağlık	68,12 ± 16,66	74,56 ± 12,91	0,002*	-3,084
SF-36 Yorgunluk	65,31 ± 17,93	73,75 ± 14,20	0,001*	-3,220
SF-36 Sosyal Rol	46,87 ± 23,49	58,59 ± 23,61	0,002*	-3,133
SF-36 Mental Sağlık	69,12 ± 22,86	74,75 ± 20,38	0,007*	-2,714

*SF-36: Short Form -36, *p<0,05

4.5. İnmeli Bireylerin Kişisel Etmenlerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

4.5.1. İnmeli Bireylerin Motor Performans Alanlarının Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Bireylerin motor performans alanlarının değerlendirilmesinin sonuçlarına göre Fugl Meyer Üst Ekstremité ölçęđi ortalamaları müdahale sonrasında arttığı ve bireylerin motor kapasitelerinde artış olduğu görüldü.

Tablo 4.5. İnmeli bireylerin motor performans değerlendirme sonuçları.

Değerlendirme	Müdahale Öncesi (X ± SS)	Müdahale Sonrası (X ± SS)	p	z
Fugl Meyer Üst Ekstremité Ölçeği	37,26 ± 15,56	45,31 ± 14,42	0,001*	-3,436

*p<0,05

4.6. İnmeli Bireylerin Kognitif Performans Alanlarının Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Bireylerin kognitif performans alanlarının değerlendirilmesi için TMT ve SÇT uygulandı. Bulgulara göre çalışmamıza katılan bireylerin kognitif fonksiyonlarında etkilenme bulunmadığı görüldü.

Tablo 4.6. İnmeli bireylerin kognitif değerlendirme bulguları.

Değerlendirme	Müdahale Öncesi (X ± SS)	Müdahale Sonrası (X ± SS)	p	z
İz Sürme Testi A (sn)	44,84 ± 26,27	41,60 ± 24,58	0,003*	-2,975
İz Sürme Testi B (sn)	79,28 ± 62,48	76,75 ± 60,27	0,0001*	-3,66
Saat Çizme Testi	5,86 ± 0,60	5,86 ± 0,60	1	0,00

*p<0,05

4.7. İnmeli Bireylerin Psiko-sosyal Performans Alanlarının Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Bireylerin psiko-sosyal performans alanlarının değerlendirilmesinde Beck Depresyon ve Kaygı Ölçekleri kullanıldı. Bireylerde, müdahale öncesi ve sonrası düşük seviyede depresif belirtiler ve hafif düzeyde kaygı bozukluğu olduğu belirlendi. Müdahale sonrasında hem depresif belirtilerde hem de kaygı düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Müdahaleye alınana bireylerin depresyon ve kaygı düzeylerinde anlamlı azalma oldu.

Tablo 4.7. İnmeli bireylerin psiko-sosyal değerlendirme bulguları.

Değerlendirme	Müdahale Öncesi (X ± SS)	Müdahale Sonrası (X ± SS)	p	z
Beck Depresyon Ölçeği	16,43 ± 16,19	14,12 ± 14,40	0,001*	-3,205
Beck Kaygı Ölçeği	9,87 ± 9,17	8,75 ± 7,97	0,011*	-2,534

*p<0,05

4.8. İnmeli Bireylerin Çevresel Performans Alanlarının Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Çevresel performans alanlarının değerlendirilmesi için kullanılan AADÖ sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, CHIEF-KS sonuçları incelendiğinde müdahale sonrasında bireylerin lehine gelişme olduğu görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görüldü.

Tablo 4.8. İnmeli bireylerin çevresel etmenlerinin değerlendirme sonuçları.

Değerlendirme	Müdahale Öncesi (X ± SS)	Müdahale Sonrası (X ± SS)	p	z
Algılanan Aile Desteği Ölçeği	30,50 ± 13,24	33,87 ± 9,80	0,018*	-2,371
CHIEF-SF	10,25 ± 7,03	8,56 ± 4,35	0,1	-1,597

CHIEF-SF: Craig Hastanesi Çevresel Faktörler Ölçeği- Kısa Form, *p<0,05

Tablo 4.9. Aktivite performansını etkileyen faktörler, müdahaleler ve sonuçlar.

Bireyler tercih edilen aktiviteleri	Görüşme bulguları	Aktivite Performansını Destekleyen Kuvvetli Faktörler	Aktivite Performansını Kısıtlayan Faktörler	Müdahale İçeriği	Sonuç
K1. Çocukları ile dışarda zaman geçirmek (alış – veriş merkezi, sinema vb)	<ul style="list-style-type: none"> - İnme sonrası hayatına devam etmeye çalışıyor, iş hayatında ve sosyal hayatında elini saklıyor - El kullanımında problem belirtiyor - Araba kullanmayı, ev dışında yapmak istediği aktivitelere temel etken olarak tanımlıyor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aile ve sosyal çevre desteği - Mimari çevresel faktörler 	<ul style="list-style-type: none"> -Motor komponentlerde (kavrama, bilateral el kullanımı vb) problem olduğu görüldü -Aktivite ile ilgili öz güven eksikliği vardı. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sürücü simülasyonu ile otomatik vites araç kullanımı -Direksiyonun kavranması, araç içi kontrollerin sağlanması, -Farklı trafik durumlarına adaptasyon -Trafığın yoğun olmadığı saatlerde ve yerlerde aktivitenin gerçekleştirilmesi -Aile desteği yardımı ile motivasyon artırılması 	<ul style="list-style-type: none"> - Otomatik vitesli aracı kullanabiliyor, - Dışarı çıkarken daha rahat olduğunu, yakınlarına yük olmayacağı için rahatladığını belirtti.
K2. Arkadaşlarıyla sosyal buluşmalara katılmak, iskambil oynamak	<ul style="list-style-type: none"> - Kendi başına idare etmeye çabılıyor. - Özellikle elinin durumundan rahatsız, aktivitelerin gerçekleştirilme hızını etkiliyor - Ulaşım sorun yaşıyor (araba kullanma) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aile ve sosyal çevre desteği - Yeni aktiviteler yapmak için motivasyonu yüksek - Fiziksel, çevresel etkilenimi az 	<ul style="list-style-type: none"> -Motor komponentlerde problem (kavrama, spastisite) -Ev dışında yapılan aktivitelere katılmak için araba kullanmak becerilerinde problem 	<ul style="list-style-type: none"> -Kavrama eğitimi, spastisite kontrollü, koordinasyon eğitimi -Sürücü rehabilitasyonu – direksiyon kavrama, reaksiyon zamanı eğitimi, 	<ul style="list-style-type: none"> - Kavrama eğitimi ile iskambil kağıtlarını daha rahat kavıyor. Hızında artış olduğunu ancak yine de yavaş kaldığını düşünüyor. - Aktif trafik saatlerinde araba kullanamıyor, ancak sakin saatlerde yavaş bir şekilde güvenli araç kullanabiliyor.
K3. Arkadaşlarıyla sosyal buluşmalara katılmak, oyun konsolu ile oyun oynamak	<ul style="list-style-type: none"> - Eski yaşantısına göre daha az aktif - Konsol oyunları oynayamıyor - El durumu yüzünden arkadaş aktivitelerinde çok aktif olamıyor - Araba kullanmak istiyor - Yürüme mesafesi eskiye oranla düşmüş 	<ul style="list-style-type: none"> -Arkadaş ve aile desteği çok yüksek -Yüksek motivasyona sahip, psiko-sosyal durumu iyi -Aktivite katılım isteği yüksek, -İyileşmeye inancı yüksek 	<ul style="list-style-type: none"> -Motor becerilerinde problem (kavrama, spastisite, bilateral el koordinasyonu, izole parmak hareketlerinde azalma) 	<ul style="list-style-type: none"> -Joypad kullanım eğitimi (yavaşlatılmış aktivite eğitimi, hız-reaksiyon eğitimi, izole hareketler) -Üst ekstremitte propriyosepsiyon eğitimi (el bileği, parmaklar ağırlıklı) -El bileği stabilizasyonu eğitimi 	<ul style="list-style-type: none"> - Elinin durumundaki kısmi düzelme ile arkadaşlarının ortamlarına daha fazla katılıyor, eskisinden daha iyi olduğu için önceki kadar kullanmama eğiliminde olmadığını belirtiyor. - Joypad kullanımında hız gereken durumlara iyi cevap veriyor ancak rekabetçi oyun için yeterli değil.

Tablo 4.9. (Devam) Aktivite performansını etkileyen faktörler, müdahaleler ve sonuçlar.

Bireyler tercih edilen aktiviteleri	Görüşme bulguları	Aktivite Performansını Destekleyen Kuvvetli Faktörler	Aktivite Performansını Kısıtlayan Faktörler	Müdahale İçeriği	Sonuç
K4. Camiye gitmek	- İnme sonrası fiziksel durumundan dolayı hayatının çok değiştiğini belirtiyor - Evde namaz kılmak istemediğini, Camiye gitmek istediğini belirtiyor. - Kanedyen koltuk değneği kullanıyor	-Motivasyonel ve ruhsal destekleri yüksek -Fiziksel durumunun psiko-sosyal durumunu etkilemesine izin vermiyor. -Mobilitesini sağladıktan sonra abdest alma ve namaz kılmayı yapabiliyor.	-Kanedyen koltuk değneği ile mobilite seviyesi düşük -Evden camii'ye gitmek için kullandığı yol eğimli, düşme riskini artırıyor.	-Yürüme yardımcısı uyumlandırılması -Koltuk değneği ile problemliler olarak sağlanan mobilite için bireye walker önerildi. -Walker kullanım eğitimi (ev içi kullanım, ev dışı kullanım, pozisyonlanma, kavrama ve kuvvet kullanımı)	- Kişi walker kullanarak evden dışarı çıkıp Camiye gidebiliyor. Ev çevresi karlı ve yağmurlu havalarda düşme riski taşıdığı için yalnızca iyi hava koşullarında evden çıkmayı tercih edeceğini belirtti.
K5. Parka gitmek	- İnme, hayatını çok etkilememiş, - Ailesinin koruyucu olmasından şikayetçi - Emekliliğinden sonra evinin çevresindeki parklarda yürüyüş yapıp, insanlarla sohbet etmeyi tercih ediyor.	-Fiziksel, psiko-sosyal becerileri yüksek -Öz güveni yüksek -	-Ailenin korumacı yaklaşımı kısıtlayıcı -	-Aile eğitimi ve farkındalığının artırılması (dış çevre yürüyüşlerine aile ile birlikte katılmak, birey aktiviteleri gerçekleştirirken aileye kişinin becerilerini anlatmak, güvenlik eğitimi)	- Birey ailesinin seanslar sonrasında daha az karıştığını belirtti, - Aile ile yapılan görüşmede bireye daha az karışacaklarını ve daha az korktuklarını bildirdiler
K6.Komşu ziyareti	- İnme sonrasında ellerini istediği gibi kullanamıyor, ev içinde duvardan veya eşyalardan destek alarak yürüyor - Komşulara yanında birisi olmadan gidemiyor	-Bağımsız ev dışına gitmek konusunda motivasyonu yüksek	-Aile aşırı korumacı yaklaşıma sahip -Motor becerilerinde yetersizlik (denge, kavrama) -Depresif semptomların varlığı	-Aile eğitimi (güvenlik, bağımsızlık) -Walker kullanımı eğitimi (kavrama, walker içi denge vb.)	- Aile kısıtlayıcı yaklaşımlarının devam etmesi, beceri gelişimi sağlanamaması nedeniyle sonuçlarda değişiklik görülmedi
K7. Arkadaşları ile dışarıda buluşmak – yemek yemek	- Arkadaşlarıyla buluşup yemek yemeyi istiyor. İnme sonrasında bu aktivitelere katılımda sorun yaşıyor – elinin gizleme eğiliminde - Yemeklerde bardak tutmakta ve çatal kaşık kullanmakta sıkıntı yaşadığını belirtiyor	-Hırslı, yapamadıklarını özellikle deniyor. -Bütün aktivitelerini bağımsız yapmaya çabalıyor.	-Motor becerilerinde problem (kavrama , spastisite, bilateral el koordinasyonu, izole parmak hareketlerinde azalma)	-İzole parmak hareketi eğitimi, kavrama eğitimi -Üst ekstremitte propriyosepsiyon eğitimi (el bileği, parmaklar ağırlıklı) -El bileği stabilizasyonu eğitimi -Elinin durumu ile ilgili görüşme – saklamaması, aktif kullanması vb. -Yemek yeme aktivitesinin çalışılması– çatal, bıçak gibi ekipmanların kavrama paternlerinin değiştirilmesi ve eğitimi,	- El becerilerinde artış görüldü ve bardak kullanımı daha az eforla sağlandı. Çatal ve bıçak kullanımında yeterli kuvveti veremiyor ancak sert olmayan besinleri tüketebiliyor. - Elini saklama eğiliminin azaldığını belirtiyor.

Tablo 4.9. (Devam) Aktivite performansını etkileyen faktörler, müdahaleler ve sonuçlar.

Bireyler tercih edilen aktiviteleri	Görüşme bulguları	Aktivite Performansını Destekleyen Kuvvetli Faktörler	Aktivite Performansını Kısıtlayan Faktörler	Müdahale İçeriği	Sonuç
K8. Arkadaş ziyareti	- Elinin durumundan rahatsız, aktivitelerin gerçekleştirilme hızını etkiliyor - Ulaşımında sorun yaşıyor (araba kullanma)	- Aile ve sosyal çevre desteği - Yeni aktiviteler yapmak için motivasyonu yüksek - Fiziksel, çevresel etkilenimi az	- Motor komponentlerde problem (kavrama, spastisite) - Ev dışında yapılan aktivitelere katılmak için araba kullanmak becerilerinde problem	- Kavrama eğitimi, spastisite kontrollü, koordinasyon eğitimi - Sürücü rehabilitasyonu – direksiyon kavrama, reaksiyon zamanı eğitimi,	- Aktif trafik saatlerinde araba kullanmıyor ancak sakin saatlerde yavaş bir şekilde güvenli araç kullanabiliyor.
K9. Arkadaş ziyareti-kahveye gitmek	- İnme, hayatını çok etkilememiş, - Ailesinin koruyucu olmasından şikayetçi - Ev dışında yürümeyi, torun ziyareti yapmayı, Pazar alış-verişi yapmayı tercih ediyor.	- Fiziksel, psiko-sosyal becerileri yüksek - Öz güveni yüksek	- Ailenin korumacı yaklaşımı kısıtlayıcı	- Aile eğitimi ve farkındalığının artırılması (dış çevre yürüyüşlerine aile ile birlikte katılmak, birey aktiviteleri gerçekleştirirken aileye kişinin becerilerini anlatmak, güvenlik eğitimi)	- Aile ile yapılan görüşmede bireyi daha az kısıtlayacaklarını ve daha az korktuklarını bildirdiler - Birey seanslar sonrasında daha iyi olduğunu belirtti, ailesinin baskısının azaldığını belirtti.
K10. Alış-veriş yapmak	- İnme sonrası hayatı çok etkilenmemiş - Araba kullanmak istediğini, kendisine ait otomatik vitesli bir arabası olduğunu belirtti	- Aile desteği yüksek - Aktivite çevresi destekleyici - İnme sonrası fiziksel etkilenim az	- Az da olsa, üst ekstremitte becerilerinde etkilenim var (kavrama, reaksiyon zamanı)	- Sürücü simülasyonu ile otomatik vites araç kullanımı - Direksiyonun kavranması, araç içi kontrollerin sağlanması, - Farklı trafik durumlarına adaptasyon - Trafik yoğun olmadığı saatlerde ve yerlerde aktivitenin gerçekleştirilmesi - Aile desteği yardımı ile motivasyon artırılması	- Arabası ile evinden çıkarak, alış-veriş yapmaya, arkadaşları ile buluşmaya gidebiliyor.
K11. Yeğenleri ile parka gitmek	- Ailesinin koruyucu olmasından şikayetçi - Aktivite yapmak için motivasyonu yok, bir şeyler yapmak istemiyor.	- Fiziksel becerileri yüksek -	- Ailenin korumacı yaklaşımı kısıtlayıcı - İnme öncesinde de aktivite portföyünün az olması tercih edebileceği aktivite sayısını kısıtlıyor, - Kendi yapabilirliği hakkında farkındalığı yok	- Yapabilirlikleriyle ilgili farkındalık eğitimi - Aktivite ve katılım ile ilgili bilgilendirme ve eğitim - Bireyin katılabileceği aktivitelerin araştırılmasının öğretilmesi, - Aile eğitimi ve farkındalığının artırılması (dış çevre yürüyüşlerine aile ile birlikte katılmak, birey aktiviteleri gerçekleştirirken aileye kişinin becerilerini anlatmak, güvenlik eğitimi)	- Aile eğitimi aracılığı ile evlerinin yakınında bulunan parka yeğenleri ile gitmeye başladı - Dışarda arkadaşı bulunmadığı için belediyenin hizmet verdiği merkezlere nasıl ulaşacağını öğrendi, seansların sonunda bunlara da katılmak istediğini belirtti.

Tablo 4.9. (Devam) Aktivite performansını etkileyen faktörler, müdahaleler ve sonuçlar.

Bireyler tercih edilen aktiviteleri	Görüşme bulguları	Aktivite Performansını Destekleyen Kuvvetli Faktörler	Aktivite Performansını Kısıtlayan Faktörler	Müdahale İçeriği	Sonuç
K12.Balık Tutmak	- İnme, hayatını çok etkilememiş, - Emekliliğinden sonra evinin çevresindeki parklarda yürüyüş yapıp, insanlarla sohbet etmeyi tercih ediyor.	- Hırslı, yapamadıklarını özellikle deniyor. - Bütün aktivitelerini bağımsız yapmaya çabalıyor. - Aile desteği yüksek - Aktivite çevresi destekleyici	- Motor becerilerinde problem (kavrama, bilateral el koordinasyonu, izole parmak hareketlerinde azalma) -	- Oltayı kavrama eğitimi (birey sol hemiplejik olduğu için, sol elinin stabilizasyon becerisi artırılması hedeflendi) - Proksimal stabilizasyon eğitimi (omuz) - Olta atma reaksiyonu ve spastisite kontrolü eğitimi - Sağ el ile oltayı sararken, sol el stabilizasyonun sağlanması	- Seanslar sonunda kişi balık tutmayı genel hatlarıyla bağımsız olarak yapabildi. - Özellikle olta atma sırasında ortaya çıkan birleşik reaksiyonlar için tez çalışması sonrasında çalışılmaya devam edilecek - Oltayı uzağa atmadan balık tutabileceği ortamlarda aktiviteyi başarılı bir şekilde tamamlıyor.
K13.İskambil oynamak	- İnme sonrası fiziksel durumundan dolayı hayatının çok değiştiğini belirtiyor - Tek eli ile aktiviteleri yapması çok zor - Arkadaşları ile Briç oynamaya geri dönmek istiyor. Tek el ile oynamanın çok zor olduğunu belirtiyor.	- Sosyal çevre desteği - İşine devam ediyor	- Üst ekstremitte fonksiyonunda ciddi etkilenme (spastisite, kavrama yetersizliği, izole hareket kısıtlılığı) - Aktivitelere katılım için motivasyonu düşük	- Kavrama eğitimi, spastisite kontrolü, koordinasyon eğitimi - İzole parmak hareketi eğitimi, kavrama eğitimi - Üst ekstremitte propriyosepsiyon eğitimi (el bileği, parmaklar ağırlıklı) - El bileği stabilizasyonu eğitimi - Aktivite adaptasyonu (kavrama paterninin değiştirilmesi, değiştirilmiş aktivitenin eğitimi, hız ve reaksiyon çalışması)	- Seanslar sonunda kişi genel hatlarıyla iskambil kağıtlarını kavrayabildi - Kağıtları sağ eliyle kavrama yapmasına yönelik eğitimi takiben, sol eli ile kullanmak istediği kağıtları almasını başarabildi. Ancak kağıtları istemli bırakmada zorluk yaşamaya devam ediyor.
K14.Alış-verişine çıkmak	- Elinin durumundan rahatsız, aktivitelerin gerçekleştirilme hızını etkiliyor - Ulaşımında sorun yaşıyor (araba kullanma)	- Bütün aktivitelerini bağımsız yapmaya çabalıyor. - Aile desteği yüksek - Aktivite çevresi destekleyici	- Araç debriyaj pedalını kullanmakta zorluk yaşıyor, vites değiştirirken sol eli ile direksiyonu kontrol etmekte problem yaşıyor	- Sürücü simülasyonu ile Direksiyonun kavranması, araç içi kontrollerin sağlanması, - Farklı trafik durumlarına adaptasyon - Trafik yoğun olmadığı saatlerde ve yerlerde aktivitenin gerçekleştirilmesi	Arabası ile evinden çıkarak, alış-veriş yapmaya gidebiliyor. Yoğun trafikte araç kullanma ile ilgili çalışıldı ancak, ilerleyen dönemlerde daha yoğun olarak çalışılması gereklidir.

Tablo 4.9. (Devam) Aktivite performansını etkileyen faktörler, müdahaleler ve sonuçlar.

Bireyler tercih edilen aktiviteleri	Görüşme bulguları	Aktivite Performansını Destekleyen Kuvvetli Faktörler	Aktivite Performansını Kısıtlayan Faktörler	Müdahale İçeriği	Sonuç
K15. Yazı yazmak – arkadaşlarıyla tartışmak – edebiyat toplantılarına katılmak	- İnme sonrası fiziksel durumunda çok etkilenme olmamış, yazı yazma aracılığı ile arkadaşlarıyla düzenlediği edebiyat günlerine yazıları ile katılmak istiyor. Yazı yazmakta zorlandığı için yazmayı azaltmış.	- Yüksek motivasyon - Sosyal destek - Fiziksel, psiko-sosyal fonksiyonel seviye	- Kalem kavramasında problem - Yazı yazmanın rotasyonel komponentinde yetersizlik	- Aktivite uyumlandırması - Kullanılan kalem tipini değiştirme - Sesli yazım yardımcılarını kullanma	- Kalem tipinden bağımsız olarak, kişi istediği yazı yazma becerisine ulaşamadı - Google sesli klavye yardımcısı aracılığı ile telefonu aracılığı ile yazılı metin oluşturabiliyor.
K16. Komşu ziyareti	- Kendisi ile iletişime geçmek çok zordu, soruları çoğunlukla eşi cevapladı. Aynur hanım inme sonrası içine kapanmış, anti depresan tedavisine başlamış ve beklenti içinde değildi. - Eksiden yaptığı aktiviteler sorgulandı. Komşu ziyareti, günlere gitme aktivitelerini tercih etti.	- Motor becerileri yüksek - Eş desteği kuvvetli -	- İletişim becerileri zayıf - Aktivite yapma isteği çok düşük - İnme geçirmiş olmaktan utanıyor, bundan dolayı da evden pek çıkmadığını belirtti. - İnme öncesi katıldığı aktivite portföyü zayıftı	- Farkındalık eğitimi (yapabilirlikleri, aktivite eğitimi) - Simüle sosyal ortamlara katılım, - Aktivite ve katılım eğitimi -	- Seanslar sonunda kişinin aktivite katılımında fazla bir değişiklik olmadı, ancak motivasyonel seviyesinde ve neler yapabileceği ile ilgili farkındalığı arttı - Yakın komşu ziyaretlerini gerçekleştirebileceği görüldü.

5. TARTIŞMA

Kişi merkezli serbest zaman aktiviteleri temelli müdahalelerin kronik inmeli bireylerin aktivite performansları, toplumsal katılımları ve yaşam kalitelerine etkisini inceleyen çalışmamızda bireylerin serbest zaman aktivite performanslarının, toplumsal katılımlarının ve yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür.

Bhagal ve arkadaşları 10 randomize kontrollü çalışmayı inceledikleri sistematik derlemelerinde serbest zaman katılımının, inmeli bireyler için sağlığın artırılması veya korunması ve sosyal izolasyonu önlemek için oldukça önemli olduğunu belirtmişlerdir (16). Ancak inme sonrasında bireylerin aktivite tercihleri değişebileceği belirtilmektedir. Bireylerin, inme geçirdikten sonra zamanlarının çoğunu uyku, kişisel bakım ve fiziksel gereksinimleri düşük olan serbest zaman aktiviteleri ile geçirmekte oldukları ve ev içi yapılan aktivitelere dışarıda yapılan aktivitelere göre daha fazla zaman ayırdıkları farklı çalışmalarda gösterilmiştir (15, 120). Bu çalışmalardan, Jongbloed ve Morgan çalışmalarında, 20 inmeli bireyin serbest zaman aktivitelerine katılım süre ve miktarlarını; Katz Uyarlama Endeksi, Serbest Zaman Aktiviteleri Seviyesi ölçeği, Serbest Zaman Aktivitelerinden Tatmin ölçeği ve 26 serbest zaman aktivitesine son hafta içerisinde katılım sürelerinin sorgulanması aracılığı ile incelemişlerdir. Çalışmamızda, inmeli bireylerin inme sonrasında ev etrafında çalışmaya, bahçe işlerine ve hobi aktivitelerine katılımlarının ciddi oranda düştüğü bulunmuştur.

Aktivitelere katılmaya devam eden inmeli bireylerin aktiviteleri sağlıklı bireylere oranla daha uzun sürede yaptıklarını, bu sebeple serbest zaman ve toplumsal aktivitelere katılımın az olduğunu belirtilmiştir (120). Teasdale ve Engberg 60 kronik inmeli bireyin serbest zaman aktivitelerine katılım sürelerinin ve seviyelerinin Fonksiyonel Durum Değerlendirmesi aracılığı ile inme sonrasındaki değişimini inceledikleri çalışmalarında ev dışı aktivitelere (kamp, araba kullanmak, balık tutmak vb.) katılımın %80 oranında, sosyal aktivitelere (dini aktivite, toplum içi aktiviteler, dışarıda yemek yeme vb.) katılımın %85 oranında azaldığını ve bunun yanında ev içi aktivitelerin %60 arttığını belirtmişlerdir (121). O'Sullivan ve Chard 5 inmeli birey ile yaptıkları nicel çalışmada bireylerin sosyal çevresi ile ev dışında görüşmek yerine, inmeli bireyin evine ziyaret edilmesi şeklinde değiştiğini belirtmişlerdir (122). Çalışmamızda ise literatürden farklı olarak, inmeli bireylerin tercih ettikleri aktiviteler

ev dışında ve sosyal çevre ile etkileşimi içeren aktiviteler olarak bulundu. Bu farklılığın nedeni incelendiğinde, bu çalışmalarda katılımcılara belirli bir aktivite grubu içerisinde seçim yapmalarını sağlayan Barthel İndeksi, Katz GYA ölçeği ve Serbest Zaman Aktivite Seviye Ölçeği gibi yapılandırılmış ölçeklerin kullandığı görülmektedir (12, 15, 120-122). Bu çalışmalarda bireylerin aktivite tercihleri yerine belirlenmiş aktivitelere katılım seviyelerinin incelendiği görülmektedir. Ancak bireylerin problem alanlarının belirlenmesi ve rehabilitasyona kişi merkezli bakış açısıyla yön verebilmek için KAPÖ gibi yarı yapılandırılmış ölçümlerin kullanılması önerilmektedir (5, 123). Çalışmamızda bireylerin aktivite tercihlerinin belirlenmesi için KAPÖ kullanıldı. İnmeli bireylerin tercih ettikleri aktiviteler iskambil oyunu oynamak, arkadaşlar ile dışarıya çıkmak, doğa yürüyüşü yapmak, evden dışarı çıkmak için araba kullanma olarak belirlendi. Sonuçlarımıza göre bireylerin serbest zaman aktivite tercihlerinin diğer çalışmalardaki sonuçlara göre farklı olduğu görülmektedir. Mevcut farklılığın nedeni ise kullandığımız değerlendirme yöntemlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bireylerin kültürel, yaş, cinsiyet gibi faktörlerle ilişkili olarak yapmak istediği aktivitelerin belirlenmesi ergoterapinin temel bakış açısını oluşturmaktadır. Ergoterapinin bu bakış açısı ile inmeli bireylerin değerlendirilmesinde KAPÖ aracılığı ile bireylerin tercih ettikleri aktivitelerin belirlenmesi ile kişi merkezli bir yaklaşım kullanılması önerilmektedir.

KAPÖ'de 2 puan ve üzerindeki gelişmenin orta-yüksek seviyede klinik gelişme sağladığı ve inmeli bireylere ve ailelerine göre ciddi performans değişikliğini yansıttığı belirtilmektedir (124, 125). KAPÖ sonuçlarına göre müdahale sonrası bireylerin aktivite performans ve tatmin puanlarında sırası ile 3,61 ve 3,28 puanlık artış görüldü. Çalışmamızda bulunan 2 puandan daha yüksek olan gelişme, kişi merkezli serbest zaman aktiviteleri temelli müdahale yaklaşımı ile inmeli bireylerin serbest zaman aktivite performanslarında etkili değişim sağlanabileceğini göstermektedir.

Kişi merkezli ve bütüncül yaklaşımli olarak uygulanan müdahalemizde aktivite performansındaki değişimler nicel değerlendirmeler ve derinlemesine görüşme yöntemi aracılığı ile incelendiğinde kişisel, çevresel ve aktivite ile ilgili faktörlerin aktivite performansını etkileyebileceği görüldü:

Kişisel faktörler Amerikan Ergoterapi Derneği'nin (AOTA-American Occupational Therapy Association) tanımlamasına göre motor ve duyuşsal beceriler,

ilgiler ve yaşam tecrübesi olarak tanımlanmaktadır (90). Löfgren ve arkadaşlarının 57 inmeli bireyi 3 yıl süre ile takip ettikleri çalışmalarında Katz GYA ölçeği, Mini Mental Durum Ölçeği ve Fugl Meyer Üst Ekstremité Değerlendirmesi ile inmeli bireylerin motor becerilerinde düşüş olduğunu belirtmişleridir (126). Çalışmamızda, bireylerin bazılarının aktivite performansının ağırlıklı olarak motor becerilerdeki yetersizliklerden dolayı etkilendiği bulundu. Bu bireylerin, 8 haftalık müdahale sonrası motor beceri değerlendirme sonuçlarında gelişme olduğu görüldü. Motor gelişimin sağlanması aracılığı ile de bu bireylerin tercih edilen aktivitelerinin performanslarında artış olduğu düşünülmektedir.

Chau ve arkadaşları inmeden 12 ay sonra bireylerin öz güven durumunun, depresif semptomların varlığının, fonksiyonel seviyenin ve sosyal destek seviyesinin katılım seviyesine etkisini Yol (Path) analizi inceledikleri çalışmada sosyal destek dışındaki bütün parametrelerin inmeli bireylerin katılım seviyelerini etkilediğini bulmuşlardır (127). Kaygı, depresyon, ajitasyon gibi psiko-sosyal bulguların inmeli bireylerin basit görevleri yerine getirmesini, motivasyonunu sağlanması, iletişim becerilerini, günlük rutinine geri dönmelerini/kazanmasını etkileyebileceği söylenmektedir (128). Kapoor ve arkadaşlarının 270 kronik inmeli birey ile yaptıkları çalışmada fiziksel, kognitif ve psiko-sosyal durumu ve katılım kısıtlılığını incelemiştir. Çalışmada, inmeli bireylerde depresyon semptomlarının yüksek olduğunu ve sosyal hayata dahil olamadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, fiziksel problemlerin çözülmesine rağmen inmeli bireylerde depresif bulgular görülebileceğini ve sosyal hayata katılımı etkileyebileceğini göstermişlerdir (128). Ayrıca Maclean ve arkadaşlarının inmeli bireylerin motivasyon kaynaklarını araştırdıkları nitel araştırmada, inmeli bireylerin ailelerinin aşırı korumacılığından, diğer inmeli bireylerle kendilerini karşılaştırmaktan, sağlık profesyonelleri tarafından verilen bilgiden ve kendi durumları ile ilgili bilgi ihtiyacından dolayı motivasyonel durumlarının değişebileceği belirtilmiştir (129). Raju ve arkadaşları inmeli bireylerin yaşam kalitesi, psiko-sosyal durum ve fonksiyonel bağımsızlık seviyelerini inceledikleri çalışmada 62 inmeli bireye değerlendirme yapılmıştır. Çalışmada fonksiyonel seviyesinde düşüşler olan inmeli bireylerde depresyon ve kaygı bulgularının arttığını, dolayısı ile bireylerin psiko-sosyal durumlarında etkilenme olduğunu belirtilmiştir. Ayrıca psiko-sosyal durum bozukluklarının çok az oranda

görüldüğü inmeli bireylerde bile fonksiyonel seviyenin etkilendiği gösterilmiştir (130). Çalışmamıza katılan inmeli bireyler aile tutumlarının tüketici etkisi, sağlık durumu öngörüsü, yakınlarla yük olma düşüncesi, dini aktivitelerden uzak kalmak ve herhangi bir aktivite yapmak için isteğinin olmaması olmak üzere farklı psiko-sosyal problemler belirttiler. Bu bulgular literatürde verilen psiko-sosyal problemlerle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda bu problemlere yönelik, aileler ile inmeli bireylerin yapabilirlikleri ile ilgili farkındalık eğitimi, stresle baş etme eğitimi, inmeli bireyin durumu ile ilgili farkındalık eğitimi gibi psiko-sosyal yaklaşımlar uygulandı. Yapılan 8 haftalık müdahale sonrası bireylerin çoğunda psiko-sosyal durumlarında olumlu yönde gelişme görüldü. Araştırmamızda uyguladığımız, kişi merkezli serbest zaman aktiviteleri temelli ergoterapi müdahalesi aracılığı ile inmede görülen psiko-sosyal problemlerde iyileşme sağlandığı düşünülmektedir. Psiko-sosyal durum aile desteği, motor beceri, iyileşme beklentisi ve gerçekleşen iyileşme, toplumsal katılım gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Çalışmamızda motor beceri, aktivite ile ilgili yaklaşımlar uygulanıp, psiko-sosyal rehabilitasyon yaklaşımlarının kullanılmadığı bireylerin de psiko-sosyal durumlarında olumlu yönde değişiklik olduğu görüldü. Bireylerin motor, ailesel ve aktivite ile ilgili etmenlerin değişmesi ile bireylerin psiko-sosyal durumlarının olumlu yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Bakım veren, aile desteği ve sosyal destek toplumsal katılımı ciddi oranda etkileyen etmenlerdendir (10). Bhogal ve arkadaşlarının yaptıkları bir sistematik derlemede iyi bir sosyal desteğin rehabilitasyon sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini gösterilmiştir. Çalışmada, sosyal destek, bakım veren psiko-sosyal durumu, aile içi etkileşim, serbest zaman eğitimini içeren 10 randomize kontrollü çalışma incelenmiştir. İncelemeler sonucunda sosyal desteğin artırılmasının müdahale sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini gösteren orta seviyede kanıt ulaşılmıştır (16). Glass ve arkadaşları inmeli bireylerde, sosyal desteğin fonksiyonel seviyeye etkisini inceledikleri çalışmada düşük sosyal desteğin ve sosyal izolasyonun fonksiyonel seviyeyi etkileyebileceği, ayrıca sosyal desteğin az olduğu bireylerde iyileşmenin yavaşladığı ve iyileşme durumunda plato seviyesine erken ulaşıldığı belirtilmiştir. (131). Villain ve arkadaşları 44 inmeli bireyin akut dönemdeki sosyal desteklerinin depresyon bulgularına ve aktivite katılımına etkisini inceledikleri çalışmalarında, erken dönem sosyal desteğin bireylerin depresyon seviyelerini azalttığını ve aktivite

katılımını artırdığını belirtmişlerdir (132). Bu çalışmanın aksine Beckley 95 innmeli bireyin sosyal destek seviyesinin ve kalitesinin toplumsal katılıma etkisini incelediği çalışmasında, sosyal desteğin toplumsal katılıma etki etmediğini belirtmiştir. Beckley bu sonucun bireylere günlük yaşam içinde yardım edilmesinden kaynaklanabileceğini belirtmiştir (133). Çalışmamızda aile desteği, sosyal destek ve sosyal çevrenin korumacı davranışları gibi çevresel faktörler bireylerin aktivite performanslarını etkileyen faktörler olarak bulundu. Çevresel etmenler içerisinde bireylerin karşılaştığı aile ve sosyal çevre tutumları aktivite performanslarını ciddi olarak etkilemektedir. Çalışmamıza katılan bazı innmeli bireyler aile ve sosyal çevre tutumları ile ilgili aşağıdakileri söyledi;

“Sürekli evde otursam ve sadece tedaviye gitsem hiç şikayetçi olmayacaklar. Evden ne zaman çıksam sürekli telefon ediyorlar. Benim iyi olduğumu, hayatımdan memnun olduğumu bir türlü kabul etmiyorlar...” K.9.

“Ailem sürekli evde oturmamı istiyor...” K.11.

Bu ifadelerden de anlaşılabilceği gibi ailelerin aşırı koruyucu yaklaşımları kişilerin toplumsal katılımlarını cesaretlendirmemektedir. Çalışmamızda da aile ve sosyal desteği yetersiz veya az olan bireylerin toplumsal katılım seviyeleri düşük bulundu. Elde ettiğimiz bu veriler literatürle benzerlik gösterip, literatüre destek sağlar niteliktedir. Sekiz haftalık aile eğitimi müdahalesi sonrasında aile ve sosyal destek yetersizliği tespit edilen bireylerden 3’ünün aktivite performanslarının arttığı bulundu. Bu durumun sebebinin ise ailelerin rehabilitasyon aracılığı ile bireylerin yapabilirliklerini daha net gördükleri ve güvenliklerinden daha az endişe etmeleri olarak belirttiler.

“...Artık eskisi kadar karışmaz oldular. Ara ara karşıyorlar hala ama buna da şükür...” K.5.

Katılımcı 5’in yakınıyla yapılan ilk görüşmede;

“...Ancak bizi korkutan düşmesi ve yolunu kaybedebilir düşüncesi. Daha önce 2 kere düştü, Allah’tan ciddi bir şey olmadı. Kendine çok güveniyor aslında yürürken çok sendelediğini görüyorum ben. Ayağı düzgün olmayan bir yerde

takılabilir. Özellikle yoldan karşı karşıya geçerken yani acele içinde yürüdüğü zaman bu sendelemeler daha net görünüyor...” ifadelerini kullandı.

Ancak rehabilitasyon sonrasında “...aslında babamın yürüyüşünün çok tehlikeli olmadığını gördüm. Düşme riski tabii ki de var ama düşündüğümüz kadar ciddi değilmiş.” ifadesi ile değişen düşüncelerini ve tutumlarını belirtmiştir.

Aktivite uyumlandırması inmeli bireylerde aktivite fonksiyonunun devamını, artırılmasını ve korunmasını içeren süreçtir. Bu süreç, aktivite fonksiyonunu kişi (motor, duyuşsal, kognitif, psiko-sosyal sistemler) ve aktivite çevresi (iş, serbest zaman ve kültürel çevre gibi) arasındaki dinamik sürecin sonucudur (82). Gibson ve arkadaşları inmeli bireylere taburculuk öncesinde uyguladıkları aktivite uyumlandırma müdahalelerinin, bireylerin fonksiyonel bağımsızlığına olumlu yönde etki ettiğini göstermiştir (134). Kielhofner, aktivite uyumlandırmasının yaşam boyu sürdüğünü, yaşamda görülebilen değişiklikler ve engel oluşması sonrasında ortaya çıktığını belirtmiştir (63). Çalışmamızda aktivite uygulama paternlerinin değiştirilmesi, kullanılan yardımcı cihazların değiştirilmesi ve yardımcı cihazların kullanılma yöntemlerinin değiştirilmesi aracılığı ile aktivite uyumlandırılması yapılan bireylerin aktivite performanslarının arttığı bulundu. Çalışmamızdaki bireyler;

“...oltayı bu şekilde tutunca daha sağlam kavradığımı hissediyorum. Geçen haftasonu zaten denedim balık tutmayı, eskisi kadar iyi olmasa da hiç yapamamaktan iyidir...”K.7.

“...bu kadar basit bir şeyle tekrar balık tutabileceğimi düşünmezdim...” K.12. ifadeleri ile aktivite uyumlandırma sonrası performanslarındaki artışı belirtmişlerdir.

Tae Im Yi ve arkadaşlarının kronik inmeli bireylerin serbest zaman aktivitelerine katılımını incelediği çalışmasında araba kullanmanın bireylerin aktivite katılımını etkilediği belirtilmiştir (15). Araba kullanmanın ve ulaşımın sağlanmasının, yalnızca mobilite becerisi olarak düşünülmemesi gerektiği, ayrıca öz-benlik algısının gelişmesi, otonomi ve öz-değer aracılığı ile bağımsızlık ve özgürlükle de ilişkilendirilebileceği belirtilmiştir (135). Ayrıca, araba kullanma becerisinin kaybının serbest zaman ve toplumsal aktivitelere katılımı etkilediği birçok çalışmada

belirtilmiştir (14, 120). Türkiye’de Engelli bireylerin rehabilitasyonunda motor-duyu-kognitif alanda uygulanan tedavilerde izole eklem hareketleri, yürüme becerileri gibi genel fiziksel eğitim verilmektedir. Ancak araba kullanma gibi birden çok faktörün etkilediği aktiviteye özel rehabilitasyon hizmetlerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir (136). Çalışmamızda bireylerin çoğunluğunun toplumsal katılımını ve aktivite performansını etkileyen problem toplu taşıma – ulaşımın gerçekleştirilememesi olarak belirtildi. Çalışmamızdaki bireylerde araba kullanma ile ilgili;

“...araba kullanma konusunda kendime güvenmediğim için eşimin kardeşinden yardım istemem gerekiyor. Onun da günlük yaşamını bu şekilde engellediğimi düşünüyorum – kendisi her ne kadar bu konuda rahatsız olmadığını söylese de. ... Toplu taşımanın yetersiz olması aslında beni en çok rahatsız eden şey...” K.1

“Dışarı çıktığım aktivitelerde arkadaş ve aile ziyareti benim için çok önemli. Ancak araba kullanamam hem işimi hem de önem verdiğim kişilerle zaman geçirmemi engelliyor.”K.8. ifadelerini kullandılar.

Müdahale sonrasında bireylerin araba kullanma ile ilgili ifadeleri aşağıdaki gibi değişiklik gösterdi;

“...eşimin kardeşinin otomatik arabasını alabiliyorum artık, en azından biz arabamızı değiştirtinceye kadar beni rahatlatıyor. Şimdi kendi başıma çocukları alıp alış-veriş merkezine, arkadaşlarının evine gidebiliyoruz. Hem ben de işim ve ailem dışındaki insanlarla görüşmüş oluyorum...” K.1.

Toplumsal katılım, başarılı bir iyileşmenin en önemli temel sonuçlarından biri olarak kabul edilir (137), ancak inme sonrası bireyler, sosyalleşme, mobilite ve seyahat gibi bazı yönlerini geliştirme yeteneklerinden duydukları memnuniyetsizliği tanımlamışlardır (138). ICF, işlevselliğin, sağlık ve çevresel önlemler ile kişisel faktörler arasındaki karmaşık etkileşimlerin sonucu olduğunu düşünmektedir. Bazı yazarlar fonksiyonel değişimlere, aktivite kısıtlılıklarına ve çevresel ve kişisel faktörlerin etkisine bağlı kısıtlamalar gibi çeşitli faktörlerin toplumsal katılımı etkileyebileceğini belirtmektedir (12, 138). Searle ve Mahon serbest zaman aktivitelerinin tanımlanması, birey için öneminin belirlenmesi, bireysel ihtiyaçların

belirlenmesi, serbest zaman davranış paternlerinin belirlenmesi, bireylerin serbest zaman aktivitelerine katılım zamanlarının belirlenmesi, ihtiyaçların belirlenmesi ve bireyin özel çevresine göre hedef belirlenmesi, toplumsal bağlantı kurmanın önemini belirtmesi, karar verme becerileri eğitimi ve son seansta verilen eğitimi gerçek yaşam durumlarında kullanabilmek için eylem planı oluşturulması basamaklarını içeren 8 haftalık serbest zaman eğitiminin, 55 yaş ve üzerindeki inmelilerde öz benlik ve iç kontrol duygusunu artırdığını belirtmişlerdir (92). Desrosiers ve arkadaşları inmeli bireylerde serbest zaman eğitim programının uygulandığı randomize kontrollü çalışmalarında, bireyleri 8-12 hafta arası, hafta 60 dk'lık 1 seans olmak üzere programa dahil etmişlerdir. Serbest zaman eğitim programının amacı bireylerin serbest zaman farkındalıklarını artırmak, öz-farkındalığı artırmak ve yetkinlik geliştirilmesi olarak hedeflenirken, kontrol grubu ise aynı frekanslarda terapistler tarafından evde ziyaret edilerek serbest zaman dışı aktiviteler hakkında tartışmalar yapılmıştır. Çalışmada, müdahale programı sonrasında deney grubunun serbest zaman katılımlarında ve bu aktivitelerden tatmin seviyelerinde artış olduğu bulunmuştur (137). Jongbloed ve Morgan inmeli bireylerin zaman içerisinde aktivite değişimlerini inceledikleri çalışmalarında, bireylerin inme öncesine göre inme sonrasında serbest zaman aktivitelerine ayırdıkları zamanda ve katılımlarında ciddi düşüş olduğunu belirtmişlerdir (120). Literatürde serbest zaman hedefli rehabilitasyon yaklaşımlarının bu aktivitelerle katılımı ve psiko-sosyal fonksiyonu artırdığı gösterilmektedir. Nour ve arkadaşları serbest zaman eğitimi alan inmeli bireylerin yalnızca sosyal destek alan plasebo grubuna göre kişisel günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık seviyelerinin daha yüksek çıktığını belirtmişlerdir (91). Serbest zaman aktiviteleri temelli müdahaleler ile ilgili Dorystn ve arkadaşlarının yaptığı meta analizde, serbest zaman eğitiminin inmeli bireyleri sağlıklı ve aktif yaşam tarzına yönlendirdiği ve sosyal izolasyonu azalttığı belirtilmiştir. Aynı meta analizde serbest zaman eğitiminin kısa süreli psikolojik ve serbest zaman sonuçlarını olumlu etkilediği bildirilmiştir (74). Çalışmamızda serbest zaman aktivite katılımının desteklenmesiyle toplumsal katılımı artırmak hedeflenmiştir. Müdahalede inmeli bireylerin serbest zaman aktivite performanslarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi sonrasında bireylere sürücü rehabilitasyonu, motor beceri eğitimi, aktivite uyumlandırma yaklaşımları, aile görüşmeleri ve eğitimi uygulandı. Bireylerin tercih ettikleri serbest zaman

aktivitelerinin performanslarını etkileyen kişisel, çevresel ve aktivite ile ilgili faktörleri geliştirmek için uyguladığımız 8 haftalık kişi merkezli ve bütüncül bakış açılışı ergoterapi müdahalesinin bireylerde aktivite performanslarını ve toplumsal katılımlarını artırdığı bulundu ve literatürdeki mevcut verilere destek olabilecek sonuçlar ortaya koyulduğu düşünülmektedir.

Serbest zaman aktivitelerine katılımın ve bu aktivitelerden tatminin artmasıyla yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir (15). Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda kendi iyi olma halini ve fonksiyonel becerilerini nasıl algıladığıdır. Çalışmalar sağlıklarında bozulma olan bireylerin daha düşük yaşam kalitesi algıladıklarını belirtmektedir. Bu durum özellikle inmeli bireylerde akut dönemden kronik döneme kadar sürebilmektedir. İnmeli bireylerin yaşam kalitesi fiziksel durum, fonksiyonel bağımsızlık ve iyileşme seviyesi, psiko-sosyal durum, inmenin süresi, fiziksel bozukluklara adaptasyon seviyesi gibi birçok faktörden etkilenmektedir (51). SF-36 yaşam kalitesini fiziksel fonksiyon ve rol, emosyonel rol, genel sağlık gibi fiziksel ve psiko-sosyal alanda inceler (103). Çalışmamıza katılan inmeli bireylerin bütün SF-36 ile değerlendirilen fiziksel ve psiko-sosyal yaşam kalitesi parametrelerinde olumsuz yönde etkilenme olduğu görüldü. Bireylerin özellikle sosyal rol ve fiziksel fonksiyon ile ilgili yaşam kalite seviyelerinde etkilenme olduğu görüldü. Demiral ve arkadaşlarının (105) SF-36 Türkiye norm çalışması sonuçları ile çalışmamıza katılan bireylerin yaşam kalitesi seviyeleri incelendiğinde, çalışmamızdaki inmeli bireylerin yaşam kalitesinin sağlıklı bireylere oranla düşük olduğu görüldü. Literatürde yaşam kalitesinin inme sonrasında fiziksel fonksiyondan, depresyon, anksiyete gibi psiko-sosyal durum göstergelerinden, iyileşme beklentisi ve değişen sağlık durumuna uyum gösterememe gibi genel sağlık algısını etkileyen faktörlerden etkilendiği gösterilmiştir (139-141).

Kim ve arkadaşları 68 inmeli bireyde GYA bağımsızlığının ve yaşam kalitesinin ilişkisini Fonksiyonel bağımsızlık ölçeği ve SF-36 parametrelerinin regresyon analizi aracılığıyla inceledikleri çalışmalarında mobilite seviyesinin ve sosyal kognitif becerinin yaşam kalitesi düzeyini yüksek derece etkilediğini belirtmişlerdir (139). Lynch ve arkadaşları inmeli bireylerin sosyal ilişkilerinin yaşam kalitelerine etkisini inceledikleri nitel çalışmalarında sağlıklı sosyal ilişkinin hem inmeli bireyler hem de bakım veren/aile açısından en önemli ve göze çarpan etki

kaynağı olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmada, inmeli bireylerin yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörleri sosyal destek, bağımlı olma durumu ve iletişim problemleri olduğu gösterilmiştir (140). Carod-Artal ve arkadaşları inme sonrası 1 yıllık süre içinde 118 bireyin yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında, bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık seviyelerinin 1 yıl içinde artmasına rağmen, inme öncesi bağımsızlık seviyelerine dönemedikleri için yaşam kalitesi seviyelerinde düşüş olduğunu belirtmişlerdir (141). Çalışmamızda müdahale sonrası inmeli bireylerin yaşam kalitesi seviyelerinde yükselme görüldü. Yaşam kalitesi alt başlıklarına bakıldığında en çok etkilenmiş olan sosyal rol ve fiziksel fonksiyonda artış görülmesine rağmen, müdahale sonrası sosyal rolde gelişme görülse de diğer yaşam kalitesi alt başlıklarına göre daha düşük bir seviyede olduğu görülmektedir. Serbest zaman aktiviteleri eğitimi uyguladığımız çalışmamızda, bireylerin tercih ettikleri ilk aktivite üzerine çalışıldı. Ancak bireylerin sosyal rolleri birçok aktivite ve sosyal etkileşimden oluşur; müdahalemizde sosyal roller üzerine daha fazla ağırlık verilmiş olsaydı sonuçların daha farklı olabileceği düşünülmektedir. Genel olarak yaşam kalitesi seviyeleri incelendiğinde 8 haftalık serbest zaman aktiviteleri temelli müdahale sonrasında inmeli bireylerin yaşam kalitelerinde anlamlı değişiklikler gerçekleştirilebileceği sonucu ortaya çıktı.

Kim ve arkadaşları yaşam kalitesini etkileyen fiziksel fonksiyonun mobilite olduğunu ve fiziksel fonksiyonu düşük olan bireylerin bakım verene bağlı olduklarını, dolayısı ile de bireylerin yaşam kalitelerinin düştüğünü belirtmişlerdir (139). Çalışmalarda yaşam kalitesini ciddi olarak etkileyen diğer faktör de psiko-sosyal fonksiyon olduğu belirtilmiştir. Carod-Artal ve arkadaşları, bireylerin psiko-sosyal yaşam kalitelerinin inme öncesindeki fiziksel kapasitelerine dönememelerinden, inme gibi çok kapsamlı bir sağlık durumuna uyum gösterememelerinden ve iyileşme seviyelerinin kişilerin beklentilerine uymamasından dolayı bozulduğu belirtilmektedir (141). Lynch ve arkadaşları, inmeli bireylerin yaşam kalite seviyelerine toplumsal katılımın etkisini araştırdıkları nitel çalışmalarında sağlıklı sosyal ilişkilerin bireylerin yaşam kalite seviyelerinde en önemli etmen olarak bulmuşlardır (140). Çalışmamızda bireylerin yaşam kalitesindeki azalmanın nedeninin fiziksel fonksiyondaki etkilenmeler, aile desteği seviyesi, aktivite performansı seviyesi ve psiko-sosyal faktörler olabileceği düşünülmektedir;

“Hayatım elimi kullanımı dışında eskisi gibi devam ediyor. Elimi kullanma konusunda sorunlar yaşıyorum, hala sosyal hayatıma devam etmeme rağmen sol elimle bardak tutarak bir şey içme konusunda sıkıntı yaşıyorum. Ayrıca küçük işler yapmakta da sorun yaşıyorum.” K.7.

“...Karım ve kızlarım az daha rahat davransa, beni rahat bıraksa o zaman yapamayacağım hiç bir şey yok...”K.9.

“...Önceden hafta en az 1 balık tutmaya giderdik, evimize çok yakın bir göl var Bolu’da. Şimdi oltayı hiç tutmayı denemedim...”K.12.

“...İçimden hiçbir şey yapmak gelmiyor. Sürekli evde boş ve yalnız kalmak istiyorum. Şu an tek hedefim işime tam anlamıyla geri dönmek. Bu durumdan çok geriliyorum...”K.13.

Bu ifadelerden de anlaşılacağı gibi inmeli bireylerde yaşam kalitesinin azalması fiziksel fonksiyon, psiko-sosyal durum gibi kişiye ait sebeplerden etkilenebildiği gibi aile, arkadaş gibi çevresel faktörlerden de etkilendiği görülmüştür. Bu nedenle ergoterapi müdahalelerinde kişi, çevre ve aktivite bileşenlerinin bütüncül bir bakış açısıyla dikkate alınmasının önemi bir kez daha ortaya çıktığı görülmektedir.

Serbest zaman aktiviteleri genellikle ev dışı sosyal etkileşimi içeren aktivitelerdir. Bu aktiviteler inmeli bireylerin toplumsal katılım isteklerinin önemli göstergeleriydi. Bireylerin yapmak istedikleri aktivitelerde performanslarını artırmak toplumsal katılımlarının artması anlamına geldi. Hem performansın hem de katılım ile ilgili değerlendirme sonuçlarının artış göstermesi, kişi merkezli bütüncül bakış açılı ergoterapi yaklaşımlarının önemini bir kez daha ortaya çıkardı. Ayrıca, yaşam kalitesindeki artış da aktivite performansı ve toplumsal katılımın artışından etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bazı limitasyonlar bulunmaktadır. Çalışmamızda kontrol grubunun bulunmaması müdahalenin etkinliğini göstermede yüksek düzeyde kanıt oluşturmamızı etkilediği düşünülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri ülkemizde bulunan inmeli bireylerin demografik özellikleri ile benzerlik gösterme durumu ülkemizdeki istatistiksel verilerden farklı olmasından dolayı örneklem grubumuzun dağılımı ülke dağılımını yansıtmayabileceği düşünülmektedir. İnmeli bireylerin fonksiyonel sınıflamasının yapılması, ilaç kullanım bilgilerinin

olmaması da limitasyon olarak düşünölmektedir. Çalışmamızda inmeli bireylerin aktivite performanslarını, toplumsal katılımlarını ve yaşam kalitelerini etkileyen kişisel, çevresel ve aktivite ile ilgili faktörler değeriendirildi. Bu değeriendirmeler sırasında hem nitel hem de nicel analiz yöntemleri karma olarak kullandıysa da müdahaleye yön verilmesi için depresyon ve kaygı bulguları dışındaki motivasyon, öz yeterlilik gibi psiko-sosyal faktörlerin; denge, koordinasyon, duyuusal beceri gibi motor becerilerin değeriendirilmesi ile aktiviteye etki eden faktörler hakkında daha kapsamlı veri elde edilebileceğı düşünölmektedir. Kullanılan değeriendirmeler ile ilgili diğeri bir limitasyon dinamik performans analizinin uygulanma koşullarının kişilerin gerçeki çevreleri olmamasından dolayı sonuçlarını etkilenmiş olabileceğı düşünölmektedir. Diğeri bir limitasyon ise, çevresel faktörleri bireylerin algıladığı fiziksel, kurumsal ve ailesel çevresel bariyerler kapsamında değeriendirilmesidir. Çevre değeriendirmesi her durum için oldukça kapsamlı yapılması gereken bir değeriendirme alanıdır. Çalışmamızda çevresel faktörlerin etkisi, çevre değeriendirmesinin çok katmanlı ve kapsamlı yapısından dolayı bütün faktörleri yansıtmayabileceğı düşünölmektedir.

Çalışmamız inmeli bireylerle bireysel görüşmelerle aktivite performansı, katılım ve yaşam kalitesi algısının değeriendirilmesi ve tercih edilen serbest zaman aktivitelerinin belirlenmesi; bu faktörleri ve aktiviteleri etkileyen kişisel, çevresel (insanlı ve insansız) ve aktivite ile ilgili faktörlerinin değeriendirilmesi aracılığıyla kişi merkezli serbest zaman temelli Ergoterapi müdahalesinin planlanıp uygulanması sonucunda kronik inmeli bireylerin aktivite performanslarında, toplumsal katılım seviyelerinde ve yaşam kalitesi seviyelerinde gelişme elde edildiğini göstermektedir. Sonuçlarımız ışığında, inmeli bireylerin rehabilitasyonunda toplumsal katılımın ve yaşam kalitesinin artırılması hedeflendiğinde kişi merkezli, serbest zaman aktiviteleri eğitimi yaklaşımının kullanılması önerilmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

İnmeli bireylerde, kişi merkezli serbest zaman aktiviteleri temelli Ergoterapi müdahalesinin toplumsal katılım ve yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmamıza katılan inmeli bireylerin tercih ettikleri serbest zaman aktivitelerinin ev dışı aktivitelerinden oluşmaktadır. Bu aktivitelere yönelik uygulanan kişi merkezli serbest zaman aktiviteleri müdahalesi ile bireylerin toplumsal katılımlarının arttığı bulundu. Bu sonuç, serbest zaman aktiviteleri ile toplumsal katılımının artırılabilceği gösterdi.
- Serbest zaman aktiviteleri temelli müdahale yaklaşımları aracılığı ile inmeli bireylerin yaşam kalitelerinde artış görüldü. Yaşam kalitesi fiziksel, çevresel ve psiko-sosyal alanlar gibi birçok faktörden etkilenebilen bir bulgu olduğundan dolayı, yaşam kalitesini artırma amaçlı planlanan ergoterapi müdahalelerinde inmeli bireylerin fiziksel, psiko-sosyal, çevresel ve aktivite gibi faktörleri içine alan bütüncül ergoterapi yaklaşımlarının kullanılmasının olumlu sonuçlara yol açtığı görüldü.
- Serbest zaman aktiviteleri temelli müdahale yaklaşımları aracılığıyla inmeli bireylerin fiziksel, psiko-sosyal ve iyi olma ile ilgili algılarının olumlu yönde geliştiği sonucuna varıldı. İnmeli bireylerde rehabilitasyon programlarıyla elde edilen kazanımların devam etmesi için serbest zaman ile ilgili aktivite katılımlarının sağlanması ve gerçek yaşama uyumlandırılmasının yaşam kalitesini artırmada önemli bir etkisi olduğu gösterdi.
- Çalışmamızda inmeli bireylerin aktivite tercihlerinin ev içi aktiviteler yerine ev dışında ve diğer bireylerle birlikte topluma katılarak yapılan aktiviteler olduğu belirlendi. İnmeli bireylerin tercih ettikleri aktivitelerdeki performanslarının ve bu performanslarındaki tatmin düzeylerinin belirlenmesi için bütüncül ve kişi tercihlerini ön planda tutan değerlendirme yaklaşımlarının kullanılması; bu değerlendirmeler yanında aktivite performansını etkileyen fiziksel, psiko-sosyal, çevresel ve aktivite ile ilgili faktörlerin karma yöntem ile değerlendirilmesinin önemi çalışmamızda bir kez daha ortaya çıktı.

- Bireyler için özel olarak planmış serbest zaman aktiviteleri temelli müdahale aracılığı ile fiziksel ve psiko-sosyal becerilerde, aile ve sosyal çevrenin yaklaşımlarında olumlu yönde gelişmeler elde edilerek aktivite performansının arttırdı.
- Çalışmamızda inmeli bireylerin toplumsal katılım gerektiren aktiviteleri gerçekleştirmelerini etkileyen önemli bir faktör olarak araba kullanma becerisi ortaya çıktı. Toplumsal katılımı, aktiviteler farklı da olsa tercih edilen aktivitelere erişimin sağlanması için ulaşımın dikkate alınmasının önemli olduğu sonucuna varıldı. İnmeli bireylerin aktivitelere ulaşma haklarının sağlanması için ulaşım ile ilgili erişilebilirliğin artırılmasını amaçlayan sürücü rehabilitasyonu yaklaşımlarının kullanılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Granger CV, Sherwood C, Greer D. Functional status measures in a comprehensive stroke care program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1977;58(12):555-61.
2. Edmans J. Introduction. *Occupational therapy and stroke*: John Wiley & Sons; 2011. p. 1-23.
3. Radomski MV, Latham CAT. *Occupational therapy for physical dysfunction*: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
4. Filiatrault J, Arsenault AB, Dutil E, Bourbonnais D. Motor function and activities of daily living assessments: a study of three tests for persons with hemiplegia. *American Journal of Occupational Therapy*. 1991;45(9):806-10.
5. Pollock N. Client-centered assessment. *American Journal of Occupational Therapy*. 1993;47(4):298-301.
6. Roberts PS, Vegher JA, Gilewski M, Bender A, Riggs RV. Client-centered occupational therapy using constraint-induced therapy. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2005;14(3):115-21.
7. King RB. Quality of life after stroke. *Stroke*. 1996;27(9):1467-72.
8. Bethoux F, Calmels P, Gautheron V. Changes in the quality of life of hemiplegic stroke patients with time: A Preliminary Report1. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 1999;78(1):19-23.
9. Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1990;57(2):82-7.
10. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Co'te R, Durcan L, Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2002;83(8):1035-42.
11. Fallahpour M, Jonsson H, Taghi Joghataei M, Nikbakht Nasrabadi A, Tham K. " I Am Not Living My Life": Lived Experience of Participation in Everyday Occupations After Stroke in Tehran. *Journal of rehabilitation medicine*. 2013;45(6):528-34.
12. Hartman-Maeir A, Soroker N, Ring H, Avni N, Katz N. Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and rehabilitation*. 2007;29(7):559-66.
13. Law M. Participation in the occupations of everyday life. *American Journal of Occupational Therapy*. 2002;56(6):640-9.
14. McKenna K, Liddle J, Brown A, Lee K, Gustafsson L. Comparison of time use, role participation and life satisfaction of older people after stroke with a sample without stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2009;56(3):177-88.

15. Yi TI, Han JS, Lee KE, Ha SA. Participation in leisure activity and exercise of chronic stroke survivors using community-based rehabilitation services in seongnam city. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2015;39(2):234-42.
16. Bhogal SK, Teasell RW, Foley NC, Speechley MR. Community reintegration after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2003;10(2):107-29.
17. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of hypertension*. 2003;21(11):1983-92.
18. Bonita R. Epidemiology of stroke. *The Lancet*. 1992;339(8789):342-4.
19. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J, Smirnov VE, Strasser T. Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bulletin of the World Health Organization*. 1980;58(1):113.
20. Isaacs B. Identification of disability in the stroke patient. *Modern Geriatrics*. 1971;1:390-402.
21. Thompson S. A stochastic model of cerebrovascular accident prognosis: Portsmouth Polytechnic; 1987.
22. Karaduman A, Aksu S. Hemipleji Rehabilitasyonunda Nörofizyolojik Yaklaşımlar. *Serebrovasküler olay Ankara: Dizayn Ofset: Otman S, Karaduman A, Livanelioğlu A, eds. . ; 2001. p. 1-15.*
23. Rode G, Tiliket C, Boisson D. Predominance of postural imbalance in left hemiparetic patients. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*. 1997;29(1):11-6.
24. Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*. 1993;24(1):35-41.
25. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke. London: Royal College of Physicians; 2012.
26. Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Warlow C, Burn J. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *The Lancet*. 1991;337(8756):1521-6.
27. Midi İ, Afşar N. İnme risk faktörleri. *Klinik Gelişim*. 2010;10(1):1-14.
28. Ropper AH, Brown RH. *Serebrovasküler hastalıklar*. Çoban O BNÇe, editor2006.
29. Schneider AT, Pancioli AM, Khoury JC, Rademacher E, Tuchfarber A, Miller R, et al. Trends in community knowledge of the warning signs and risk factors for stroke. *Jama*. 2003;289(3):343-6.
30. Wolf PA. Risk factors for stroke. *Stroke*. 1985;16(3):359-60.

31. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. *Circulation*. 2005;112(17):2735-52.
32. Edmans J. Management of Cognitive Impairments. Occupational therapy and stroke: John Wiley & Sons; 2011. p. 144-57.
33. Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2010;41(10):2402-48.
34. Rubio KB, Van Deusen J. Relation of perceptual and body image dysfunction to activities of daily living of persons after stroke. *American Journal of Occupational Therapy*. 1995;49(6):551-9.
35. Bernspång B, Viitanen M, Eriksson S. Impairments of perceptual and motor functions: Their influence on self-care ability 4 to 6 years after a stroke. *The Occupational Therapy Journal of Research*. 1989;9(1):27-37.
36. Lincoln N, Drummond A, Berman P, Group SS. Perceptual impairment and its impact on rehabilitation outcome. *Disability and rehabilitation*. 1997;19(6):231-4.
37. Titus MND, Gall NG, Yerxa EJ, Roberson TA, Mack W. Correlation of perceptual performance and activities of daily living in stroke patients. *American Journal of Occupational Therapy*. 1991;45(5):410-8.
38. Mitcham M. Brief: Visual perception and its relationship to an activity of daily living. *OTJR*. 1982;2(4):245.
39. Mayo NE, Bronstein D, Scott SC, Finch LE, Miller S. Necessary and sufficient causes of participation post-stroke: practical and philosophical perspectives. *Quality of life research*. 2014;23(1):39-47.
40. Creek J. The core concepts of occupational therapy: A dynamic framework for practice: Jessica Kingsley Publishers; 2010.
41. Kielhofner G. A model of human occupation: Theory and application: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
42. Polgar JM, Landry J. Occupations as a means for individual and group participation in life. *Introduction to occupation: The art and science of living*. 2004:197-220.
43. Law M, King G, Rosenbaum P, Kertoy M, King S, Young N. The participation of children with physical disabilities. Bethesda: National Institutes of Health. 2000.
44. Christiansen CH, Backman C, Little BR, Nguyen A. Occupations and well-being: A study of personal projects. *American Journal of Occupational Therapy*. 1999;53(1):91-100.

45. Moneta GB, Csikszentmihalyi M. The effect of perceived challenges and skills on the quality of subjective experience. *Journal of personality*. 1996;64(2):275-310.
46. Stone L. Cultural influences in community participation in health. *Social Science & Medicine*. 1992;35(4):409-17.
47. Eriksson G, Tham K. The meaning of occupational gaps in everyday life in the first year after stroke. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2010;30(4):184-92.
48. Baker DA, Palmer RJ. Examining the effects of perceptions of community and recreation participation on quality of life. *Social Indicators Research*. 2006;75(3):395-418.
49. Hackett ML, Duncan JR, Anderson CS, Broad JB, Bonita R. Health-related quality of life among long-term survivors of stroke: results from the Auckland Stroke Study, 1991–1992. *Stroke*. 2000;31(2):440-7.
50. Raphael D, Rukholm E, Brown I, Hill-Bailey P, Donato E. The quality of life profile—adolescent version: Background, description, and initial validation. *Journal of Adolescent Health*. 1996;19(5):366-75.
51. Van Mierlo M, van Heugten C, Post MW, Hoekstra T, Visser-Meily A. Trajectories of health-related quality of life after stroke: results from a one-year prospective cohort study. *Disability and rehabilitation*. 2018;40(9):997-1006.
52. Post M. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*. 2014;20(3):167-80.
53. Yerxa EJ. Health and the human spirit for occupation. *American Journal of Occupational Therapy*. 1998;52(6):412-8.
54. Kauhanen M-L, Korpelainen JT, Hiltunen P, Nieminen P, Sotaniemi KA, Myllylä VV. Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2000;81(12):1541-6.
55. Haley WE, Roth DL, Kissela B, Perkins M, Howard G. Quality of life after stroke: a prospective longitudinal study. *Quality of Life Research*. 2011;20(6):799-806.
56. De Wit L, Theuns P, Dejaeger E, Devos S, Gantenbein AR, Kerckhofs E, et al. Long-term impact of stroke on patients' health-related quality of life. *Disability and rehabilitation*. 2017;39(14):1435-40.
57. Rønning OM, Stavem K. Determinants of change in quality of life from 1 to 6 months following acute stroke. *Cerebrovascular Diseases*. 2008;25(1-2):67-73.
58. Robinson-Smith G, Johnston MV, Allen J. Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2000;81(4):460-4.
59. Hopman WM, Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*. 2003;34(3):801-5.

60. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *The Lancet*. 2011;377(9778):1693-702.
61. Bonanno GA, Mancini AD. The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*. 2008;121(2):369-75.
62. Christiansen C, Baum C, Bass-Haugen J. Person-environment-occupation-performance: An occupation-based framework for practice. *Occupational Therapy: Performance, Participation, Well-Being*. 2005:242-67.
63. Kielhofner G. *Conceptual foundations of occupational therapy practice*: FA Davis; 2009.
64. Duncan EA. *Foundations for Practice in Occupational Therapy-E-BOOK*: Elsevier Health Sciences; 2011.
65. Craik J, Davis J, Polatajko H. *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. 2007.
66. Edmans J. *Theoretical Basis. Occupational therapy and stroke*. 24-49: John Wiley & Sons; 2011.
67. Fearing VG, Law M, Clark J. An occupational performance process model: Fostering client and therapist alliances. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1997;64(1):7-15.
68. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1996;63(1):9-23.
69. Kielhofner G. *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. Kielhofner G, editor. Philadelphia: FA Davis Company; 2009.
70. Strong S, Gruhl KR. Person-Environment-Occupation Model. In: Brown C, Stoffel, VC, editor. *Occupational Therapy in Mental Health*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2011. p. 31-46.
71. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian journal of occupational therapy*. 1996;63(1):9-23.
72. Law MC, Baum CM, Dunn W. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*: Slack Incorporated; 2005.
73. Phipps S, Richardson P. Occupational therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian Occupational Performance Measure. *American Journal of Occupational Therapy*. 2007;61(3):328-34.
74. Dorstyn D, Roberts R, Kneebone I, Kennedy P, Lieu C. Systematic review of leisure therapy and its effectiveness in managing functional outcomes in stroke rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2014;21(1):40-51.
75. Lipsey MW, Wilson DB. *Practical meta-analysis*: Sage Publications, Inc; 2001.
76. Canada Association of Occupation Therapists. *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT publications ACE; 1997.

77. Edmans J. Occupational Therapy Process. Occupational therapy and stroke: John Wiley & Sons; 2011. p. 49-64.
78. Peloquin SM. The patient–therapist relationship in occupational therapy: Understanding visions and images. *American Journal of Occupational Therapy*. 1990;44(1):13-21.
79. Clark F. Occupation embedded in a real life: Interweaving occupational science and occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. 1993;47(12):1067-78.
80. Asher IE. Occupational therapy assessment tools: An annotated index: American Occupational Therapy Association; 1996.
81. Laidler P. Stroke Rehabilitation: Springer; 1994.
82. Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JC, Cup EH, van den Ende CH. Occupational therapy for stroke patients: a systematic review. *Stroke*. 2003;34(3):676-87.
83. Pedretti LW, Early MB. Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction: Mosby London; 2001.
84. Warlow C, Van Gijn J, Dennis MS, Wardlaw JM, Sandercock PA, Rinkel G, et al. Stroke: practical management. 2008.
85. Harris JE, Eng JJ. Goal priorities identified through client-centred measurement in individuals with chronic stroke. *Physiotherapy Canada Physiotherapie Canada*. 2004;56(3):171.
86. Wressle E, Eeg-Olofsson A-M, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *Journal of rehabilitation medicine*. 2002;34(1):5-11.
87. Whiteneck GG. Measuring what matters: key rehabilitation outcomes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1994;75(10):1073-6.
88. Dobkin BH. Strategies for stroke rehabilitation. *The Lancet Neurology*. 2004;3(9):528-36.
89. Drummond A, Walker M. A randomized controlled trial of leisure rehabilitation after stroke. *Clinical Rehabilitation*. 1995;9(4):283-90.
90. Roley SS, Barrows CJ, Susan Brownrigg OTR L, Sava DI, Vibeke Talley OTR L, Kristi Voelkerding B, et al. Occupational therapy practice framework: domain & process 2nd edition. *American Journal of Occupational Therapy*. 2008;62(6):625.
91. Nour K, Desrosiers J, Gauthier P, Carbonneau H. Impact of a home leisure educational program for older adults who have had a stroke (Home Leisure Educational Program). *Therapeutic Recreation Journal*. 2002;36(1):48.
92. Searle MS, Mahon MJ. Leisure education in a day hospital: The effects on selected social-psychological variables among older adults. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2009;10(2):95-109.

93. Parker C, Gladman J, Drummond A. The role of leisure in stroke rehabilitation. *Disability and rehabilitation*. 1997;19(1):1-5.
94. Graven C, Brock K, Hill K, Joubert L. Are rehabilitation and/or care coordination interventions delivered in the community effective in reducing depression, facilitating participation and improving quality of life after stroke? *Disability and rehabilitation*. 2011;33(17-18):1501-20.
95. Law M. *The environment: A focus for occupational therapy*. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 1991.
96. Torpil B. Multipl Skleroz'lu Bireylerde Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe Kültürel Adaptasyonu, Geçerlilik ve Güvenilirliği. 2017.
97. Chen YH, Rodger S, Polatajko H. Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occupational Therapy International*. 2002;9(3):167-84.
98. Colquhoun H, Letts L, Law M, MacDermid J, Edwards M. Feasibility of the Canadian Occupational Performance Measure for routine use. *British Journal of Occupational Therapy*. 2010;73(2):48-54.
99. Pollock N, Baptiste S, Law M, McColl MA, Opzoomer A, Polatajko H. Occupational performance measures: a review based on the guidelines for the client-centred practice of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1990;57(2):77-81.
100. Polatajko HJ, Mandich A, Martini R. Dynamic performance analysis: A framework for understanding occupational performance. *American Journal of Occupational Therapy*. 2000;54(1):65-72.
101. Van Brakel WH, Anderson AM, Mutatkar R, Bakirtzief Z, Nicholls PG, Raju M, et al. The Participation Scale: measuring a key concept in public health. *Disability and rehabilitation*. 2006;28(4):193-203.
102. Altuntaş O, Özkan E, Köse B, Aran OT, editors. Katılım ölçeğinin türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Uluslararası Kapanış Kongresi Ergoterapi ve Rehabilitasyon; 2017; İstanbul: Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.
103. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;473-83.
104. McHorney CA, Ware Jr JE, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical care*. 1993:247-63.
105. Demiral Y, Ergor G, Unal B, Semin S, Akvardar Y, Kıvırcık B, et al. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC public health*. 2006;6(1):247.
106. Berglund K, Fugl-Meyer AR. Upper extremity function in hemiplegia. A cross-validation study of two assessment methods. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*. 1986;18(4):155-7.

107. Duncan PW, Propst M, Nelson SG. Reliability of the Fugl-Meyer assessment of sensorimotor recovery following cerebrovascular accident. *Physical therapy*. 1983;63(10):1606-10.
108. Reitan RM. Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and motor skills*. 1958;8(3):271-6.
109. Cangoz B, Karakoc E, Selekler K. Trail Making Test: normative data for Turkish elderly population by age, sex and education. *Journal of the neurological sciences*. 2009;283(1):73-8.
110. Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, et al. Clock drawing in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1989;37(8):725-9.
111. Can SS, Gencay-Can A, Gunendi Z. Validity and reliability of the clock drawing test as a screening tool for cognitive impairment in patients with fibromyalgia. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53(1):81-6.
112. Beck AT. A systematic investigation of depression. *Comprehensive Psychiatry*. 1961;2(3):163-70.
113. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 1988;6:112-26.
114. Beck AT, Steer R. Beck anxiety inventory (BAI). *BiB* 2010. 1988;54.
115. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*. 1998;12(2):163.
116. Dijkers M, Yavuzer G, Ergin S, Weitzenkamp D, Whiteneck G. A tale of two countries: environmental impacts on social participation after spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2002;40(7):351.
117. Eskin M. Reliability of the Turkish version of the perceived social support from friends and family scales, scale for interpersonal behavior, and suicide probability scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1993;49(4):515-22.
118. Wilcoxon F. Individual comparisons by ranking methods. *Biometrics bulletin*. 1945;1(6):80-3.
119. Baxter P, Jack S. Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*. 2008;13(4):544-59.
120. Jongbloed L, Morgan D. An investigation of involvement in leisure activities after a stroke. *American Journal of Occupational Therapy*. 1991;45(5):420-7.
121. Teasdale TW, Engberg AW. Psychosocial consequences of stroke: A long-term population-based follow-up. *Brain Injury*. 2005;19(12):1049-58.
122. O'Sullivan C, Chard G. An exploration of participation in leisure activities post-stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2010;57(3):159-66.

123. Öksüz Ç, Akel BS, Aran OT, Sığırtmaç İC, Leblebicioğlu AG. Do hand outcome measures reflect cultural influences? *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*. 2017;51(4):325-30.
124. Law M, Polatajko H, Pollock N, Mccoll MA, Carswell A, Baptiste S. Pilot Testing of the Canadian Occupational Performance Measure: Clinical and Measurement Issues. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1994;61(4):191-7.
125. Sanford J, Law M, Swanson L, Guyatt G, editors. Assessing clinically important change as an outcome of rehabilitation in older adults. American Society on Aging Conference, San Francisco, CA; 1994.
126. Löfgren B, Nyberg L, Mattsson M, Gustafson Y. Three years after in-patient stroke rehabilitation: a follow-up study. *Cerebrovascular Diseases*. 1999;9(3):163-70.
127. Chau JP, Thompson DR, Twinn S, Chang AM, Woo J. Determinants of participation restriction among community dwelling stroke survivors: a path analysis. *BMC neurology*. 2009;9(1):49.
128. Kapoor A, Lanctôt KL, Bayley M, Kiss A, Herrmann N, Murray BJ, et al. "Good Outcome" Isn't Good Enough: Cognitive Impairment, Depressive Symptoms, and Social Restrictions in Physically Recovered Stroke Patients. *Stroke*. 2017;48(6):1688-90.
129. Maclean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A. Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *BMJ: British Medical Journal*. 2000;321(7268):1051-4.
130. Raju RS, Sarma PS, Pandian JD. Psychosocial problems, quality of life, and functional independence among Indian stroke survivors. *Stroke*. 2010;41(12):2932-7.
131. Glass TA, Matchar DB, Belyea M, Feussner JR. Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke*. 1993;24(1):64-70.
132. Villain M, Sibon I, Renou P, Poli M, Swendsen J. Very early social support following mild stroke is associated with emotional and behavioral outcomes three months later. *Clinical Rehabilitation*. 2017;31(1):135-41.
133. Beckley MN. The influence of the quality and quantity of social support in the promotion of community participation following stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2007;54(3):215-20.
134. Gibson JW, Schkade JK. Occupational adaptation intervention with patients with cerebrovascular accident: A clinical study. *American Journal of Occupational Therapy*. 1997;51(7):523-9.
135. Whitehead BJ, Howie L, Lovell RK. Older people's experience of driver licence cancellation: A phenomenological study. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2006;53(3):173-80.
136. Aran OT. Engelli sürücülerin aktivite performanslarını etkileyen kişisel, çevresel ve aktiviteye ait faktörlerinin İncelenmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2012.

137. Desrosiers J, Noreau L, Rochette A, Carbonneau H, Fontaine L, Viscogliosi C, et al. Effect of a home leisure education program after stroke: a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2007;88(9):1095-100.
138. Obembe AO, Eng JJ. Rehabilitation interventions for improving social participation after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2016;30(4):384-92.
139. Kim K, Kim YM, Kim EK. Correlation between the activities of daily living of stroke patients in a community setting and their quality of life. *Journal of physical therapy science*. 2014;26(3):417-9.
140. Lynch EB, Butt Z, Heinemann A, Victorson D, Nowinski CJ, Perez L, et al. A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships. *Journal of rehabilitation medicine*. 2008;40(7):518-23.
141. Carod-Artal J, Egido JA, González JL, De Seijas EV. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke*. 2000;31(12):2995-3000.

8. EKLER

EK-1. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 — 208

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 31 OCAK 2018 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2018/03
Proje No : GO 18/01 (Değerlendirme Tarihi: 02.01.2018)
Karar No : GO 18/01-13

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Hülya KAYIHAN' ın sorumlu araştırmacı olduğu ve Orkun Tahir ARAN' ın doktora tezi olan, GO 18/01 kayıt numaralı, “*Kişi Merkezli Ergoterapi Yaklaşımının Hemiplejik Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Toplumsal Katılımları Üzerine Etkisi*” başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZUGLU (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 7. Prof. Dr. Ayşe İ Hale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

EK-2. Demografik Bilgi ve Görüşme Formu

Katılımcı Numarası	
Değerlendirme tarihi:	
Telefon:	
Yaş:	
Öğrenim Durumu:	
Medeni Hal:	
Çalışma Durumu:	
Geçirdiğiniz inme sonrası, hayatınızdaki rolleriniz ve aktiviteleriniz ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?	
Serbest zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	
Belirttiğiniz aktiviteleri yapmanızı destekleyen bedensel, psikolojik, motivasyonel ve diğer etmenler nelerdir?	
Aynı aktiviteleri yapmanıza engel olan etmenler nelerdir?	
Sosyal çevrenizin, ailenizin, akrabalarınız, iş ve sosyal çevrenizin aktivite katılımınız süresince tutumları/davranışları nelerdir? Bu davranışların hangilerinin size engel veya destek olduğunu düşünüyorsunuz?	
Aktivitelere katılımınızı destekleyen veya etkileyen fiziksel çevresel etmenler (evde, ev dışında mimari durum, ulaşım gibi) nelerdir? Olumlu ve/veya olumsuz etmenleri belirtiniz.	
Müdahale sonrası; İlk görüşmemizde belirttiğiniz aktiviteleriniz ile ilgili hayatınızda geçtiğimiz 2 ayda neler değişti?	

EK-3. Kanada Aktivite Performans Ölçümü

Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) yüksek kaliteli, kişi merkezli, aktivite temelli uygulamaları destekler. KAPÖ, zaman içinde bireyin aktivite performansı açısından algısındaki değişiklikleri saptamak için tasarlanmış, bireyselleştirilmiş bir ölçümdür. KAPÖ sonuç ölçümü olarak kullanılır. Hedefleri belirlemek için müdahalenin başlangıcında uygulanabildiği gibi ilerleme ve sonucu saptamak için de uygulanabilir.

KAPÖ:

- aktivite performansındaki problemleri alanları belirlemek;
- bireyin aktivite performansındaki bireyin önceliklerinin derecelendirilmesini sağlamak;
- bu problemleri alanlarla ilişkili performansı ve memnuniyeti değerlendirilmek;
- hedef belirlemek için temel oluşturmak ve, -ergoterapi müdahalesi boyunca bireyin aktivite performansıyla ilişkili algısındaki değişiklikleri ölçmek için kullanılmaktadır.

KAPÖ 5 adımda tamamlanır:

1. Aktivite performans problemlerini belirlemek.
Problemin tanımında:
KİŞİNİN YAPMAK İSTEDİĞİ, YAPMASI GEREKEN veya YAPMASI BEKLENEN; FAKAT YAPAMADIĞI, YAPMADIĞI veya YAPTIĞINDAN MEMNUN OLMADIĞI occupationlardır.
2. Aktivite performansındaki özel problemler belirlendiğinde, bireyin bunların herbirinin kendi yaşamındaki **ÖNEMLİ** açısından her bir ifade için derecelendirmesi istenir. Önemlilik düzeyi 10 puanlık bir ölçek üzerinde derecelendirilir.
1= hiç önemli değil 10 = son derece önemli
3. Bireyden yapılan derecelendirmeleri kullanarak en öncelikli veya önemli görülen 5 problemi seçmesi istenir.
4. Puanlama: PERFORMANS (Şu an bu aktiviteyi yapma şeklinizi nasıl derecelendirirsiniz ?) ve MEMNUNİYET (Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz ?)
5. Tekrar değerlendirme için tarih belirlenir.

BİREY İLE İLGİLİ BİLGİLER

Katılımcı No: _____

Terapist Adı: _____

İlk Değerlendirme: _____

Tekrar Değerlendirme: _____

KENDİNE BAKIM

Kendine bakım, gün içindeki ve güne hazırlanmayı amaçlayan aktiviteleri içerir. KAPÖ'de kendine bakımın 3 alanını değerlendiririz: kişisel bakım, fonksiyonel mobilite ve toplumda kendini idare etme.

Kişisel Bakım

Fonksiyonel Mobilite

Toplumda Kendini İdare etme

ÖNEMLİ

ÜRETKENLİK		ÖNEM
<p>Üretkenlik, bireyin hayatını kazanmayı, evini ve ailesini geçindirmeyi, kişinin yeteneklerini geliştirmeyi ve/veya diğerlerine hizmet vermeyi sağlayan aktiviteleri içerir. KAPÖ üretkenlik aktivitelerinin 3 tipini değerlendirir: Ücretli veya ücretsiz iş, ev idaresi, okul/oyun.</p>	<p>Ücretli veya ücretsiz iş</p>	
	<p>Ev idaresi</p>	
	<p>Okul ve/veya oyun</p>	
SERBEST ZAMAN		ÖNEM
<p>Serbest zaman bireyin üretken olma zorunluluğu olmaksızın birey tarafından yapılan aktiviteleri içerir. KAPÖ sessiz rekreasyon, aktif rekreasyon ve sosyalleşmeyi kapsar.</p>	<p>Sessiz rekreasyon</p>	
	<p>Aktif rekreasyon</p>	
	<p>Sosyalleşme</p>	

PUANLAMA					
<p>PERFORMANS (Şu an bu aktiviteyi yapma şeklinizi nasıl derecelendirirsiniz?) 1 = hiç yapmıyorum ⇒ 10 = son derece iyi yapıyorum</p>					
<p>MEMNUNİYET (Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz?) 1 = hiç memnun değilim ⇒ 10 = son derece memnunum</p>					
TARİH 1: / /					
TARİH 2: / /					
AP Problemleri	Önem	Performans T.	Memnuniyet T.	Performans T.	Memnuniyet T.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		Toplam Performans T.	Toplam Memnuniyet T.	Toplam Performans T.	Toplam Memnuniyet T.
TOPLAM PUAN					
		Ortalama Performans T.	Ortalama Memnuniyet T.	Ortalama Performans T.	Ortalama Memnuniyet T.
ORTALAMA PUAN (Toplam puan / problem sayısı)					
				Performanstaki Değişiklik	Memnuniyetteki Değişiklik
PUAN DEĞİŞİKLİĞİ (T2 - T1)					
<p>İlk Değerlendirme</p>					
<p>Tekrar Değerlendirme</p>					

EK-4. Katılım Ölçeği

Numara	Katılım Ölçeği	Belirtilmemiş	yanıtlanmamı			İlgisiz	Problem	YOK	Az	Orta	Çok	PUAN
		Evret	Bazen	Hayır								
1	İş bulma konusunda akranlarınız ile eşit fırsatlara sahip misiniz?											
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?											
2	Akranlarınız kadar fazla çalışıyor musunuz? (aynı saatler, iş tipi, vs.)											
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?											
3	Akranlarınıza benzer şekilde ev gelirine katkıda bulunuyor musunuz?		0			0						
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?						1	2	3	5		
4	Köyünüzün/mahallenizin dışına akranlarınız kadar sık çıkıyor musunuz? (tedavi harici) öm. semt pazarları, mağazalar		0			0						
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?						1	2	3	5		
5	Akranlarınız gibi siz de önemli kutlama veya ritüellerde yer alıyor musunuz? (örn. düğünler, cenazeler, dini etkinlikler)		0			0						
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?						1	2	3	5		
6	Eğlence etkinlikleri / sosyal etkinliklerde akranlarınız kadar yer alıyor musunuz? (örn. spor, sohbet, toplantılar)		0			0						
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?						1	2	3	5		
7	Sosyal olarak akranlarınız kadar aktif misiniz? (örn. dini/toplumsal ilişkiler)		0			0						
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?						1	2	3	5		
8	Toplum içerisinde akranlarınız kadar saygı görüyor musunuz?		0			0						
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?						1	2	3	5		
9	Kendiniz ile ilgilenebilme (görünüş, beslenme, sağlık, vs.) hususunda akranlarınız kadar fırsata sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?		0			0						
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?						1	2	3	5		
10	Bir eş ile uzun süreli bir ilişkiye başlamak veya bu tür bir ilişkiyi sürdürmek için akranlarınız ile aynı fırsatlara sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?		0			0						
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?						1	2	3	5		
11	Toplumdaki diğer insanları akranlarınız kadar sık ziyaret ediyor musunuz?		0			0						
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?						1	2	3	5		

Numara	Katılım Ölçeği	Belirlenmiş, yanıtlanmamış	Evet	Bazen	Hayır	İlgisiz, isteniyor, zorunlu değil	Problem YOK	Az	Orta	Çok	PUAN
12	Evin içinde ve dışında, köyün/mahallenin çevresinde diğer kişiler gibi hareket edebiliyor musunuz?		0			0					
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?						1	2	3	5	
13	Köyünüzde / mahallenizde, kamusal alanları diğer insanlar kadar sık ziyaret ediyor musunuz? (Örn. okullar, mağazalar, ofisler, pazar ve çay/kahve yerleri)		0			0					
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?						1	2	3	5	
14	Evinizde, ev işi yapıyor musunuz?						1	2	3	5	
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?		0			0					
15	Ailesel tartışmalarda fikrinize önem veriliyor mu?						1	2	3	5	
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?		0			0					
16	Diğer kişilere yardım ediyor musunuz (komşular, arkadaşlar, akrabalar)?						1	2	3	5	
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?		0			0					
17	Yeni insanlar ile tanışırken kendinizi rahat hissediyor musunuz?						1	2	3	5	
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?		0			0					
18	Yeni şeyler öğrenirken kendinize güveniyor musunuz?						1	2	3	5	
	[yanıt bazen veya hayır ise] Bu sizin için ne kadar büyük bir sorun teşkil ediyor?		0			0					

Yorum:

TOPLAM

Katılımcı No:

Yaş: Cinsiyet:

Mülakatı Gerçekleştiren:Mülakat tarihi: //

Katılım kısıtlamaları seviyesi

Önemli bir kısıtlama yok	Hafif bir kısıtlama söz konusu	Orta seviyeli bir kısıtlama mevcut	Ciddi bir kısıtlama mevcut	Aşırı düzeyde bir kısıtlama mevcut
0 – 12	13 – 22	23 – 32	33 – 52	53 – 90

Beyan: Katılım Ölçeği, Katılım Ölçeği Geliştirme Ekibi'nin fikri mülkiyet hakları ile korunmaktadır. Katılım Ölçeği'nin kullanımından doğan sonuçlardan Ekip veya sponsorlar sorumlu tutulamaz.

SF-36 SAĞLIK TARAMASI

YÖNERGE: Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır.

Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyin.

1.Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

(Birinin etrafına daire çizin)

- Mükemmel.....1
Çok iyi.....2
İyi.....3
Fena değil.....4
Kötü.....5

2.Geçen seneyle karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

(Birinin etrafına daire çizin)

- Bir yıl önceye göre çok daha iyi.....1
Bir yıl önceye göre daha iyi.....2
Hemen hemen aynı.....3
Bir yıl önceye göre daha kötü.....4
Bir yıl önceye göre çok daha kötü.....5

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

<u>FAALİYETLER</u>	Evet, Oldukça Kısıtlı-yor	Evet, Biraz Kısıtlı- yor	Hayır, Hiç Kısıtla- mıyor
a. Kuvvet gerektiren faaliyetler , örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
b. Orta zorlukta faaliyetler , örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
c. Çarşı-pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden birşey almak	1	2	3
g. Bir kilometre'den fazla yürümek	1	2	3
h. Bir kaç yüz metre yürümek	1	2	3
ı. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak ya da giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş ya da diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak.	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
c. İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak	1	2

6. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu ?

(Birinin etrafına daire çizin)

hiç.....1
biraz.....2
orta derecede.....3
epeyce.....4
çok fazla.....5

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?

(Birinin etrafına daire çizin)

hiç.....1
çok hafif.....2
hafif.....3
orta hafiflikte.....4
aşırı derecede.....5
çok aşırı derecede.....6

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

(Birinin etrafına daire çizin)

- hiç olmadı.....1
biraz.....2
orta derecede.....3
epey.....4
çokfazla.....5

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı-

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Epeyce	Arada Sırada	Çok Ender	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kıtı oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbirteyın sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemleriniz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

(Birinin etrafına daire çizin)

- Her zaman.....1
Çoğu zaman.....2
Bazen.....3
Çok ender.....4
Hiçbir zaman.....5

11. Aşağıdaki herbir ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ?

(her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çok kere Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
b. Ben de tanıdığım her kes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmeldir	1	2	3	4	5

EK-6. Fugl Meyer Üst Ekstremité Motor Değerlendirme Ölçeği

Fugl- Meyer Üst Ekstremité Motor Değerlendirme Ölçeği Fugl-Meyer Upper Extremity Assessment

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Skor	Maks.	Test	Skorlama
Oturma Pozisyonu	4	I. Refleks aktivite	Skor
		Biceps	Skor 0: Refleks aktivite yok
	Triseps	Skor 2: Refleks aktivite fleksörlerde ve/veya ekstansörlerde ortaya çıkarılabilir	
	12	II. Fleksör sinerji	Skor
		1. Omuz Eleasyonu	Skor 0: Herhangi bir hareket yapılamıyor
		2. Omuz Retraksiyonu	
3. Omuz Abduksiyon (90°'ye kadar)		Skor 1: Hareketler kısmen yapılıyor	
4. Omuz Rotasyonu			
5. Dirsek Fleksiyonu (90°'ye kadar)		Skor 2: Hareketler normal olarak yapılabiliyor	
6	III. Ekstansör sinerji	Skor	
	1. Omuz Addüksiyonu/iç rotasyonu	Skor 0: Herhangi bir hareket yapılamıyor	
	2. Dirsek Ekstansiyonu	Skor 1: Hareketler kısmen yapılıyor	
3. Ön kol Pronasyonu	Skor 2: Hareketler normal olarak yapılabiliyor		
6	IV. Kombine sinerjist hareketler	Skor	
	1. El lomber omurgaya doğru	Skor 0: Hareket yok	
		Skor 1: Elin spina ilake anterior superioru geçebilmesi	
		Skor 2: El lomber omurgaya değebilmesi	
	2. Dirsek 0°'de iken Omuzun 90°'ye Fleksiyonu (Önkol pronasyonuna izin verilir)	Skor 0: Omuz doğrudan abdukte olur veya hareket başlangıcında dirsek fleksiyonu ortaya çıkar	
		Skor 1: Hareketin geç fazında amuzabduksiyonu veya dirseğin fleksiyonu ortaya çıkar	
		Skor 2: Hareketler normal olarak yapılabiliyor	
	3. Omuz 0°'de ve Dirsek 90° fleksiyonda iken ön kolun pronasyon/supinasyonu	Skor 0: Pronasyon ve supinasyon yapılamaz veya gerekli amuz ve dirsek pozisyonu sağlanamaz	
		Skor 1: Gerekli amuz ve dirsek pozisyonu sağlanırken sınırlı aktif pronasyon ve supinasyon yapılabilir	
		Skor 2: Hareketin normal yapılabilmesi	
6	V. Sinerji dışı hareketler	Skor	
	1. Dirsek 0° fleksiyonda ve ön kol pronasyonda iken omuzun 90° lik abduksiyonu	Skor 0: Hareketin başlangıcında dirsek fleksiyonu ortaya çıkar veya ön kol pronasyonunu koruyamaz	
		Skor 1: Hareket kısmen yapılabilir veya hareket esnasında dirsek fleksiyonu ortaya çıkar veya ön kol pronasyonunu koruyamaz	
		Skor 2: Hareketin normal yapılabilmesi	
	2. Dirsek 0° fleksiyonda iken omuzun 90°'den 180°'ye fleksiyonu	Skor 0: Hareketin başlangıcında dirsek fleksiyonu veya amuzabduksiyonu ortaya çıkar	
		Skor 1: Hareket kısmen yapılabilir veya hareket esnasında dirsek fleksiyonu veya amuz abduksiyonu ortaya çıkar	
		Skor 2: Hareketin normal yapılabilmesi	
	3. Omuz 30°-90° fleksiyonda ve dirsek 0° fleksiyonda iken ön kolun pronasyon/supinasyonu	Skor 0: Pronasyon ve supinasyon yapılamaz veya gerekli amuz ve dirsek pozisyonu sağlanamaz	
		Skor 1: Gerekli amuz ve dirsek pozisyonu sağlanırken sınırlı aktif pronasyon ve supinasyon yapılabilir	
	Skor 2: Hareketin normal yapılabilmesi		
6	VI. Normal refleks aktivite (Sadece 5. basamaktan tam puan alan hastalar için uygulanır)	Skor	
	1. Biceps refleksi	Skor 0: Değerlendirilen üç refleksden iki tanesi hiperaktif ise	
	2. Triseps refleksi	Skor 1: Değerlendirilen üç refleksden bir tanesi hiperaktif veya iki tanesi canlıysa	
	3. Parmak fleksörlerine hızlı germe	Skor 2: Bir refleksde canlılık veya normal refleksler	

Fugl - Meyer Üst Ekstremité Değerlendirmesi Sayfa - 2

El bileği Değerlendirilmesi	VII. El bileği değerlendirilmesi	Skor	1. El bileği dorsofleksiyonu (Omuz 0° abduksiyon ve dirsek 90°lik fleksiyonda)	Skor 0: Hasta 15° lik el bileği dorsofleksiyonunu yapamaz	
			Skor 1: Dorsofleksiyonu tamamlar ama dirence karşı koyamaz		
			Skor 2: Hafif bir direnç karşısında pozisyonunu korur		
			Skor 0: İstenilen pozisyonda hareket oluşturulamaz		
			Skor 1: İstenilen pozisyonda EHA boyunca hareket sũrdũrũlemez		
10	2. El bileği fleksiyon-ekstansiyonu (Omuz 0° abduksiyon ve dirsek 90° fleksiyonda iken)	Skor 0: Hasta 15° lik el bileği dorsofleksiyonunu yapamaz	Skor 1: Dorsofleksiyonu tamamlar ama dirence karşı koyamaz		
			Skor 2: Hafif bir direnç karşısında pozisyonunu korur		
			Skor 0: İstenilen pozisyonda hareket oluşturulamaz		
			Skor 1: İstenilen pozisyonda EHA boyunca hareket sũrdũrũlemez		
			Skor 2: İstenilen pozisyonda hareket tamamlanır		
3. El bileği stabilitesi (Omuz 30° fleksiyonda ve dirsek 0° iken)	Skor 0: Hasta 15° lik el bileği dorsofleksiyonunu yapamaz	Skor 1: Dorsofleksiyonu tamamlar ama dirence karşı koyamaz			
		Skor 2: Hafif bir direnç karşısında pozisyonunu korur			
		Skor 0: İstenilen pozisyonda hareket oluşturulamaz			
		Skor 1: İstenilen pozisyonda EHA boyunca hareket sũrdũrũlemez			
		Skor 2: İstenilen pozisyonda hareket tamamlanır			
4. El bileği fleksiyon-ekstansiyonu (Omuz 30° fleksiyonda ve dirsek 0° iken)	Skor 0: Hareket yapılamaz	Skor 1: Dũzensiz veya tamamlanamayan sirkũmdũksiyon			
		Skor 2: Hareket akıcı olarak tamamlanır			
		5. El bileği sirkũmdũksiyonu (Omuz 0° abduksiyon ve dirsek 90° fleksiyonda ön kol pronasyonda iken)	Skor 0: Parmaklarda fleksiyon yok	Skor 1: Kısmi parmak fleksiyonu hareketi tamamlıyamaz	
				Skor 2: Tam aktif fleksiyon mevcut	
				VIII. El değerlendirmesi	Skor
Skor 1: Aktif fleksiyondaki eli çözebilir					
Skor 2: Tam aktif ekstansiyon mevcut					
3. Kavrama: MKF eklemler ekstansiyonda, PIF ve DIF'ler fleksiyonda iken (2-3-4 üncü parmaklarla) kavrama	Skor 0: Kavrama yapılamaz	Skor 1: Zayıf kavrama			
		Skor 2: Dirence karşı kavrama mevcut			
		4. Kavrama: Başparmak addũksiyonu ile (1. parmakta KMK eklemler ve Interfalangeal eklemler 0° de iken)	Skor 0: Kavrama yapılamaz	Skor 1: Zayıf kavrama (Kajih tutabılır fakat çekmeye karşı koyamaz)	
				Skor 2: Dirence karşı kavrama mevcut	
				5. Kavrama: Kalem tutma tarzında (başparmak ve işaret parmağı pulparları arasında)	Skor 0: Kavrama yapılamaz
Skor 2: Dirence karşı kavrama mevcut					
6. Kavrama: Silindirik Kavrama (Birinci ve 2. Parmağın volaryüzleri karşılıklı gelecek şekilde)	Skor 0: Kavrama yapılamaz				
		Skor 2: Dirence karşı kavrama mevcut			
		7. Kavrama: Küresel (sferik) Kavrama	Skor 0: Kavrama yapılamaz		
				Skor 2: Dirence karşı kavrama mevcut	
				IX. Koordinasyon ve Hız Değerlendirmesi	Skor
Skor 1: Hafif Tremor					
Skor 2: Tremor Yok					
6	2. Dismetri	Skor 0: Belirgin Dismetri			
		Skor 1: Hafif Dismetri			
		Skor 2: Dismetri Yok			
		3. Hız	Skor 0: Altı saniyeden önce tamamlanamaz	Skor 1: İki ila Beş Saniyede tamamlanır	
				Skor 2: İki Saniyeden önce tamamlanır	

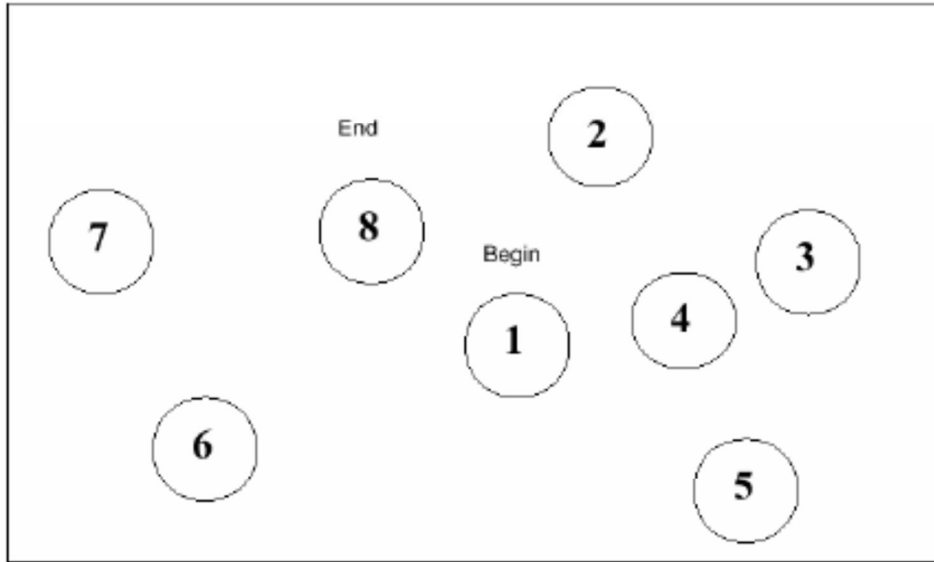
Fugl-Meyer AR, Jääskö L, Leyman I, Olsson S, Stegling S (1975) Scand J Rehabil Med. 1975;7(1):13-31.

#kosmos

Toplam Puan (0-66):

EK-7. İz Sürme Testi A & B

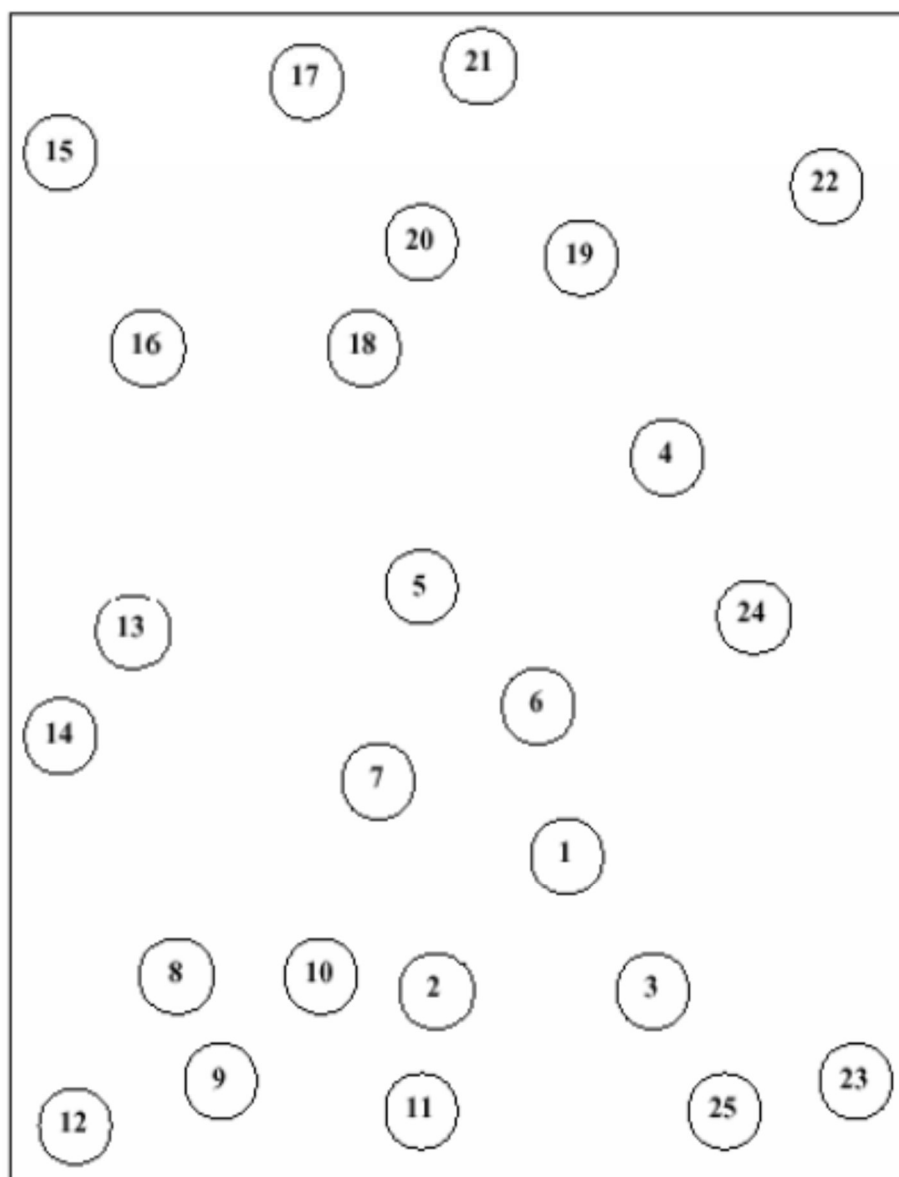
Trail Making Test Part A – *SAMPLE*



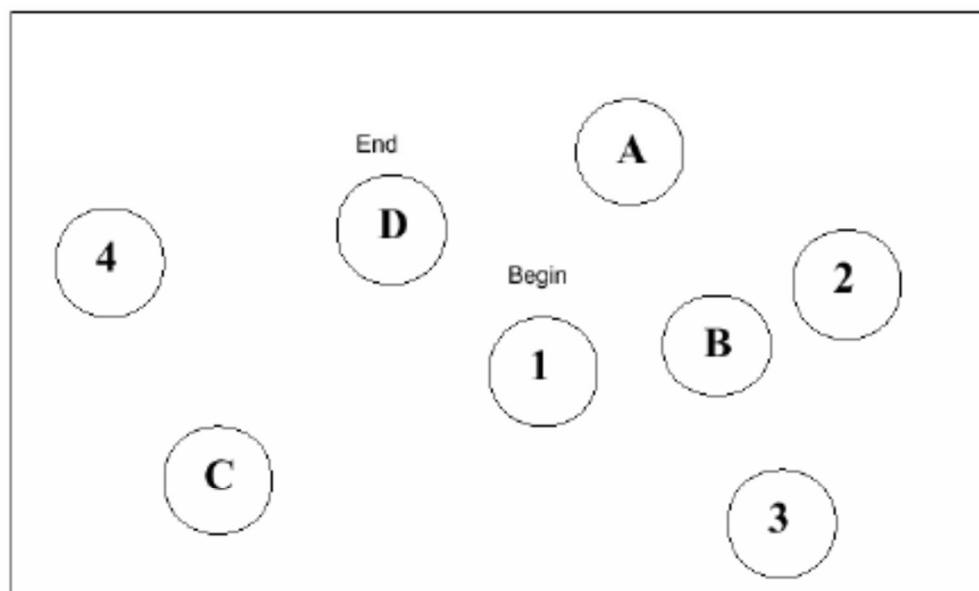
Trail Making Test Part A

Patient's Name: _____

Date: _____



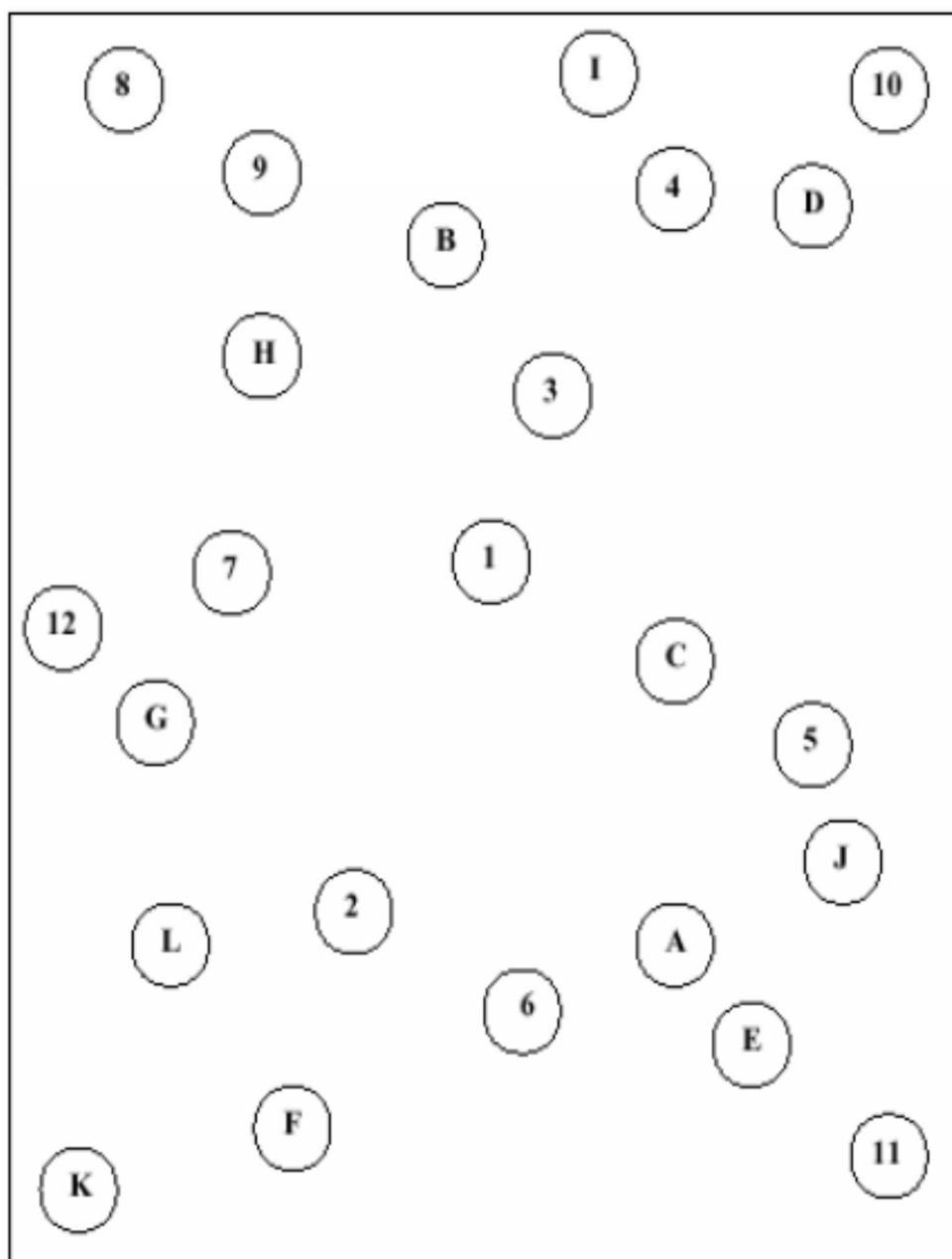
Trail Making Test Part B – SAMPLE



Trail Making Test Part B

Patient's Name: _____

Date: _____

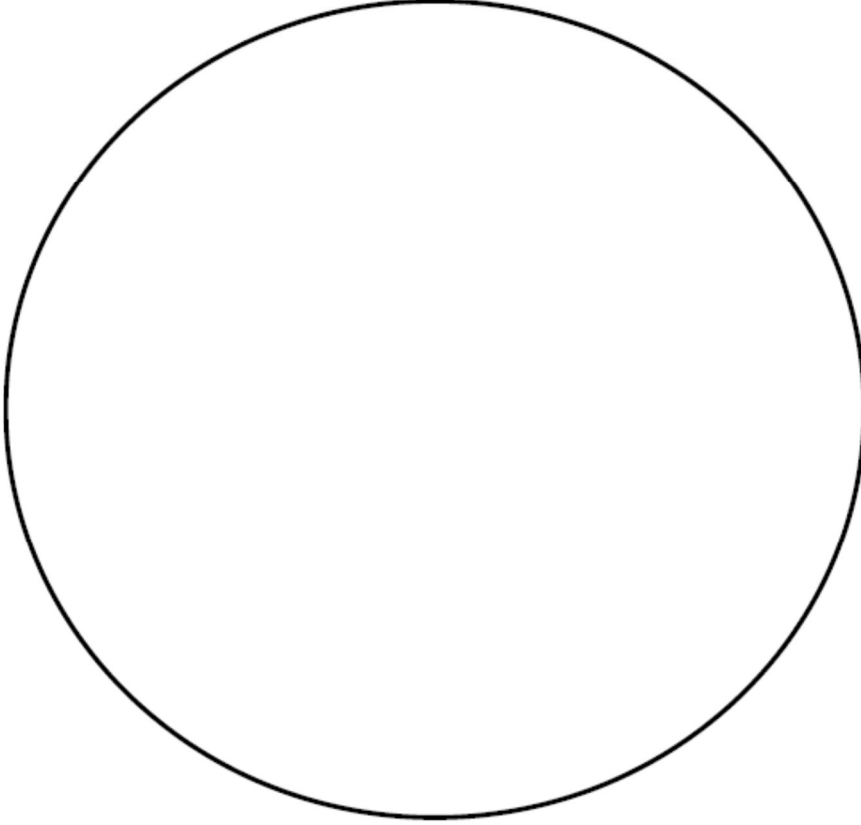


EK-8. Saat Çizme Testi

Clock Drawing Test

Patient's Name: _____

Date: _____



EK-9. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-10. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkin ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-12. Algılanan Aile Desteği Ölçeği

ALGILANAN AİLE DESTEĞİ ÖLÇEĞİ

(PSS – Fa)

Aşağıda insanların aileleri ile ilişkileri sırasında yaşadıkları ve hissettikleri duygulara ilişkin ifadeler vardır. Amacımız, her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Her cümle ile ilgili üç seçenek vardır: Evet, Kısmen ve Hayır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup cevap kağıdında size en çok uyan seçeneğin altındaki parantezin içini (X) şeklinde işaretleyin.

- 1- Ailem ve akrabalarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.
- 2- Nasıl davranacağım ya da ne yapacağım konusunda ailemin fertlerinden yararlı fikirler alırım.
- 3- İnsanların çoğu ailelerine, benim kendi aileme olduğundan daha yakındır.
- 4- En yakın aile fertlerime derdimi açtığımda, bunun onları rahatsız ettiğini düşünürüm.
- 5- Ailemdeki kişiler düşüncelerimi duymaktan hoşlanırlar.
- 6- Ailem özel işlerimin çoğunu paylaşır.
- 7- Ailemden bazı kişiler sorunları olduğunda ya da öğüde ihtiyaç duyduklarında bana gelirler.
- 8- Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.
- 9- Kendimi kötü hissettiğimde, arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir akrabam var.
- 10- Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.
- 11- Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.
- 12- Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar.
- 13- Sorunlarımı çözmede ailemin yardımını görürüm.
- 14- Ailemden birkaç kişiyle pek çok sorunumu paylaşırım.
- 15- Ailemdeki kişiler, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.
- 16- Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissederim.
- 17- Ailemdeki kişiler, canları sıkıldığında beni ararlar.
- 18- Aile fertlerimin, sorunlarını çözmede kendilerine oldukça yardımcı olduğumu, düşündüklerini hissediyorum.
- 19- Başka insanların aksine, benim, ailemden hiçbir kişiyle aramda fazla yakın ilişki yoktur.
- 20- Daha farklı bir ailem olmasını isterdim.

CEVAP KAĞIDI

Katılımcı No:.....

Cinsiyeti:..... Tarih:...../...../.....

Soru	EVET	HAYIR	KISMEN		Soru	EVET	HAYIR	KISMEN
1	(2)	(0)	(1)		11	(2)	(0)	(1)
2	(2)	(0)	(1)		12	(2)	(0)	(1)
3	(0)	(2)	(1)		13	(2)	(0)	(1)
4	(0)	(2)	(1)		14	(2)	(0)	(1)
5	(2)	(0)	(1)		15	(2)	(0)	(1)
6	(2)	(0)	(1)		16	(0)	(2)	(1)
7	(2)	(0)	(1)		17	(2)	(0)	(1)
8	(2)	(0)	(1)		18	(2)	(0)	(1)
9	(2)	(0)	(1)		19	(0)	(2)	(1)
10	(2)	(0)	(1)		20	(0)	(2)	(1)

9. ÖZGEÇMİŞ

Orkun Tahir ARAN 01/09/1986 tarihinde Muğla'da doğdu. 2009 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümünden mezun oldu. 2010 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü'nde yüksek lisans eğitimine başladı ve 2012 yılında bilim uzmanlığını aldı. 2010 yılından itibaren Hacettepe Üniversitesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır. İlgili alanları; nörolojik rehabilitasyon, mesleki rehabilitasyon, el rehabilitasyonu