

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

**EV PROGRAMI NİTELİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN
GELİŞTİRİLMESİ VE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

Erg. Büşra SİPAHİ

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2023

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

**EV PROGRAMI NİTELİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN
GELİŞTİRİLMESİ VE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

Erg. Büşra SİPAHİ

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Gökçen AKYÜREK**

ANKARA

2023

**EV PROGRAMI NİTELİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN
GELİŞTİRİLMESİ VE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

Büşra Sipahi

Doç. Dr. Gökçen Akyürek

Bu tez çalışması 29.05.2023 tarihinde jürimiz tarafından “Ergoterapi Programı”nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Doç. Dr. Hatice Abaoğlu*

Hacettepe Üniversitesi

Tez Danışmanı: *Doç. Dr. Gökçen Akyürek*

Hacettepe Üniversitesi

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Esmâ Özkan*

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

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

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI 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.

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

29/05/2023

Büşra Sipahi

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

ETİK BEYAN

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 zgn olduğunu, Doç. Dr. Gökçen AKYÜREK danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.

Büşra SİPAHİ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana yol gösteren ve yanımda olan, büyük bir özveriyle akademik bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bütün yoğunluklarına rağmen bana her zaman vakit ayıran, anlayışı, sevgisi ve ilgisiyle desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Gökçen AKYÜREK'e,

Tezimin gelişmesi için katkı sağlayan saygıdeğer jüri üyeleri, Sayın Doç. Dr. Hatice ABAOĞLU ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Esmâ ÖZKAN'a,

Lisans eğitimim sürecinde akademik bilgi ve tecrübelerini her zaman sunan, manevi desteğini esirgemeyen ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum Sayın Prof. Dr. Ümit UĞURLU'ya,

Akademik gelişimimde, mesleğimi tanımamda ve sevmemde büyük katkısı olan ve bana her zaman desteğini sunan Sayın Öğr. Gör. Zeynep ÇORAKCI YAZICIOĞLU'na,

Lisans ve yüksek lisans eğitimlerim boyunca kıymetli bilgilerini ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm değerli hocalarıma,

Akademik, mesleki ve özel hayatımda her zaman destekçim olan değerli arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her zaman koşulsuz destekleri ve sevgileriyle arkamda duran, tüm zorluklarımda bana yardım eden ve bu süreci de en güzel şekilde tamamlayabilmem için ellerinden geleni yapan, bana her zaman sabır ve anlayış gösteren, hayatımdaki ilk öğretmenlerim olan kıymetli annem Resmiye SİPAHİ, babam Recep SİPAHİ'ye ve kardeşim Ahmet Buğra SİPAHİ'ye...

Sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Sipahi, B., Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023. Bu çalışma, Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği'ni (EPNÖ) geliştirmek ve psikometrik özelliklerini incelemek amacıyla planlandı. Formlar, terapist (Terapist Formu) ve danışan/bakım veren (Danışan/bakım veren formu) olmak üzere iki grubun yanıtlayacağı şekilde hazırlandı. Ölçek formlarını geliştirmek için madde havuzları oluşturuldu. Kapsam geçerliliği, uzman görüş formlarından alınan yanıtlarla hesaplandı (Terapist Formu $KGI=0,9921$; Danışan/bakım veren formu $KGI=0,9974$). Buna göre formların son hali verildi. Formlar, terapist (n=179) ve danışan/bakım veren (n=185) grubuna uygulandı. Ölçeğin yapı geçerliliğini incelemek için Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri her bir grup için ayrı ayrı yapıldı. Başlangıçta her iki form için de 38 olarak belirlenen madde sayısı, yapılan analizler sonucunda, Terapist Formu için 11'e, Danışan/Bakım veren Formu için 8'e indi. EPNÖ Terapist Formu toplam varyansın %44,792'sini açıklarken Danışan/bakım veren formu %69,793'ünü açıklamaktaydı. EPNÖ Terapist Formu için elde edilen uyum değerleri $\chi^2/df= 2,664$, RMSEA= 0,097, SRMR= 0,06, TLI=0,886, GFI= 0,909, CFI= 0,913 ve IFI= 0,914 olarak bulundu. SRMR, GFI, CFI, IFI indeksleri kabul edilebilir uyum; χ^2/df mükemmel uyum değerlerine sahip olduğunu gösterdi. EPNÖ Danışan/bakım veren formu için uyum indeksleri $\chi^2/df= 3,370$, RMSEA= 0,113, SRMR= 0,027, TLI=0,950, GFI= 0,929, CFI= 0,968 ve IFI= 0,968 olarak bulundu. χ^2/df , GFI, TLI indeksleri kabul edilebilir uyum; SRMR indeksi mükemmel uyum değerlerine sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenilirlik analizinde Terapist Formu için ICC=0,998 ve Cronbach alfa=0,868; Danışan/bakım veren formu için ICC=0,990 ve Cronbach alfa=0,932 olarak hesaplandı. Test-tekrar test sonucunda istatistiksel anlamda pozitif ve anlamlı bir ilişki bulundu. Her iki ölçümden elde edilen sonuçlar, ölçeğin tutarlı ölçüm yaptığını ve güvenilir sonuç verdiğini göstermektedir. Çalışmamızın sonucunda ölçeğin, ev programlarının niteliğini ölçmede geçerli ve güvenilir bir yapıda olduğu tespit edildi.

Anahtar kelimeler: Ev Programı, Rehabilitasyon, Ölçek Geliştirme, Bakım veren,

Terapist

ABSTRACT

Sipahi, B., Development Of the Home Program Quality Scale and Examining its Validity and Reliability, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Occupational Therapy Master Thesis, Ankara, 2023. This study was planned to develop the Home Program Quality Scale (HPQS) and to examine its psychometric properties. Item pools were prepared to develop the forms of the scales. The forms were prepared to be answered by two groups, the therapist form and the client/caregiver form. Item pools were created to develop scale forms. Content validity was calculated with the responses obtained from the expert opinion forms (therapist form CVI=0.9921; client/caregiver form CVI=0.9974). Accordingly, the final form of the forms was given. The forms were applied to the therapist (n=179) and client/caregiver (n=185) groups. To examine the construct validity of the scale, Exploratory and Confirmatory Factor Analyzes were performed separately for each group. The number of items, which was initially determined as 38 for both forms, decreased to 11 for the Therapist Form and 8 for the Client/Caregiver Form as a result of the analysis. HPQS Therapist Form explained 44.792% of the total variance, while Client/Caregiver Form explained 69.793%. The concordance values obtained for HPQS Therapist forms were $\chi^2/df= 2.664$, RMSEA= 0.097, SRMR= 0.06, TLI=0.886, GFI= 0.909, CFI= 0.913, and IFI= 0.914. SRMR, GFI, CFI, IFI indexes acceptable fit; χ^2/df showed excellent fit values. The fit indices for HPQS Client/caregiver forms were $\chi^2/df= 3.370$, RMSEA= 0.113, SRMR= 0.027, TLI=0.950, GFI= 0.929, CFI= 0.968, and IFI= 0.968. χ^2/df , GFI, TLI indices acceptable fit; The SRMR index shows that it has excellent fit values. In the reliability analysis of the scale, ICC=0.998 and Cronbach's alpha=0.868 for Therapist Form; ICC=0.990 and Cronbach's alpha=0.932 for Client/Caregiver Form. As a result of the test-retest, a statistically positive and significant relationship was found. The results obtained from both measurements show that the scale measures consistently and gives reliable results. As a result of our study, it was determined that the scale was valid and reliable in measuring the quality of home programs.

Key words: Home Program, Rehabilitation, Scale Development, Caregiver, Therapist

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----------|
| ONAY SAYFASI | iii |
| YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI | iv |
| ETİK BEYAN | v |
| TEŞEKKÜR | vi |
| ÖZET | vii |
| ABSTRACT | viii |
| İÇİNDEKİLER | ix |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | xii |
| ŞEKİLLER | xiv |
| TABLolar | xv |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Rehabilitasyon | 4 |
| 2.2. Rehabilitasyonun Etkilerini Artırma ve Nöroplastisite | 6 |
| 2.2.1. Nöroplastisite ve Ev Programı | 7 |
| 2.3. Ev Programı ve Ev Programının Özellikleri | 8 |
| 2.4. Ev Programına Uyumu Etkileyen Faktörler | 10 |
| 2.5. Literatürde Ev Programı | 11 |
| 2.6. Ölçek Geliştirme ve Ölçeklerde Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışmaları | 16 |
| 2.6.1. Ölçme ve Ölçek | 16 |
| 2.6.2. Likert Tipi Ölçek Geliştirme | 17 |
| 2.6.3. Geçerlik ve Güvenirlik | 18 |
| 3. BİREYLER VE YÖNTEM | 20 |
| 3.1. Bireyler | 20 |
| 3.2. Yöntem | 23 |
| 3.2.1. Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi | 23 |
| 3.3. Değerlendirme Araçları | 27 |
| 3.3.1. Sosyodemografik Form (Terapistler İçin) | 27 |
| 3.3.2. Sosyodemografik Form (Danışan/Bakım Veren İçin) | 28 |
| 3.3.3. Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği (EPNÖ) | 28 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4. İstatistiksel Analiz | 28 |
| 3.4.1. Kapsam (İçerik) Geçerliliği | 29 |
| 3.4.2. Yapı Geçerliliği | 29 |
| 3.4.3. Güvenirlik Analizleri | 30 |
| 3.4.4. Test-Tekrar Test Analizi | 30 |
| 3.4.5. Ölçeğin Puanlanması | 31 |
| 4. BULGULAR | 32 |
| 4.1. Tanımlayıcı Bulgular | 32 |
| 4.1.1. Terapist Grubu'na Ait Sosyodemografik Özellikler | 32 |
| 4.1.2. Danışan/Bakım Veren Grubu'na Ait Sosyodemografik Özellikler | 33 |
| 4.2. EPNÖ'ye İlişkin Bulgular | 36 |
| 4.2.1. Kapsam Geçerliliği | 37 |
| 4.2.2. Açımlayıcı Faktör Analizi | 39 |
| 4.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi | 42 |
| 4.3.1. EPNÖ Terapist Formu ve Danışan/Bakım Veren Formu İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi | 42 |
| 4.4. Güvenirlik Sonuçları | 45 |
| 4.4.1. EPNÖ Terapist ve Danışan/Bakım Veren Formu Güvenirlik Sonuçları | 46 |
| 4.5. Test-Tekrar Test Analizleri | 47 |
| 4.6. EPNÖ Ölçek Puanları | 49 |
| 5. TARTIŞMA | 50 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 62 |
| 7. KAYNAKLAR | 65 |
| 8. EKLER | 65 |
| EK-1: Tez Çalışması İçin Etik Kurul Onayı | |
| EK-2: Gönüllü İlan Metni | |
| EK-3: Aydınlatılmış Onam Formları | |
| EK-4: Sosyodemografik Form (Terapist için) | |
| EK-5: Sosyodemografik Form (Danışan/Bakım Veren İçin) | |
| EK-6: Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği (EPNÖ) Terapist Formu | |

EK-7: Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği (EPNÖ) Danışan/Bakım
Veren Formu

EK-8: Dijital Makbuz

EK-9: Orijinallik Raporu

9. ÖZGEÇMİŐ

92

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|--------------|--|
| ALS | Amyotrofik Lateral Skleroz |
| AMOS | Analysis of Moment Structures |
| BOT-2 | Bruininks-Oseretsky Motor Yeterlik Testi 2 Kısa formu |
| CAPE | Çocuklarda Katılım ve Eğlenmenin Değerlendirilmesi Anketi |
| CFI | Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi) |
| DFA | Doğrulayıcı Faktör Analizi |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| EPNÖ | Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği |
| GFI | Goodness of Fit Index (Uyum İyiği İndeksi) |
| IBM | International Business Machines |
| ICC | Intraclass Correlation (Gruplar Arası Korelasyon Katsayısı) |
| IFI | Incremental Fit Index (Artırımlı Uyum İndeksi) |
| KAPÖ | Kanada Aktivite Performans Ölçümü |
| KGİ | Kapsam Geçerliği İndeksi |
| KGO | Kapsam Geçerliği Oranı |
| KMO | Kaiser-Meyer-Olkin |
| n | Kişi sayısı |
| NFI | Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi) |
| Örn. | Örneğin |
| p | İstatistiksel anlamlılık düzeyi |
| PSS-4 | Algılanan Stres Ölçeği |
| r | Korelasyon kat sayısı |
| RMSEA | Root Mean Square Error of Approximation (Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması) |
| sd | Serbestlik derecesi |
| SS | Standart sapma |
| SP | Serebral Palsi |

| | |
|-------------------------------|--|
| SPSS | Statistical Package for the Social Science/ Sosyal Bilimler için İstatistik Programı |
| SRMR | Standardized Root Mean Square Residuals (Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü) |
| TLI | Tucker-Lewis İndeksi |
| % | Yüzde |
| x² | Ki kare |
| χ^2/df | Ki kare istatistiği |
| ± | Tolerans |

ŞEKİLLER

| Şekil | Sayfa |
|---|-------|
| 3.1. Çalışmanın terapist grubu için akış şeması | 22 |
| 3.2. Çalışmanın danışan/bakım veren grubu için akış şeması | 22 |
| 4.3. EPNÖ terapist formu tek boyutlu 1. dereceden DFA modeli | 43 |
| 4.4. EPNÖ danışan/bakım veren formu tek boyutlu 1. dereceden DFA modeli | 43 |

TABLULAR

| Tablo | Sayfa |
|---|--------------|
| 4.1. Terapist grubuna ait sosyodemografik özellikler | 33 |
| 4.2. Danışan/bakım veren grubuna ait sosyodemografik özellikler | 35 |
| 4.3. KGO için minimum değerler tablosu | 37 |
| 4.4. EPNÖ Terapist formu KGO ve KGİ değerleri | 38 |
| 4.5. EPNÖ Danışan/bakım veren formu KGO ve KGİ değerleri | 39 |
| 4.6. EPNÖ Terapist formu için KMO ve Bartlett sonuçları | 40 |
| 4.7. EPNÖ Terapist formu ölçek faktörleri | 40 |
| 4.8. EPNÖ Danışan/bakım veren formu KMO ve Bartlett sonuçları | 41 |
| 4.9. EPNÖ Danışan/bakım veren formu ölçek faktörleri | 41 |
| 4.10. EPNÖ Terapist formu uyum iyiliği indeksleri | 45 |
| 4.11. EPNÖ Danışan/bakım veren formu uyum iyiliği indeksleri | 45 |
| 4.12. EPNÖ Terapist formu güvenilirlik sonuçları | 46 |
| 4.13. EPNÖ Danışan/bakım veren formu güvenilirlik sonuçları | 47 |
| 4.14. Test-tekrar test bulguları | 48 |
| 4.15. EPNÖ ölçek puanları verileri | 49 |

1. GİRİŞ

Rehabilitasyon, doğumda veya sonrasında hastalık, kaza ya da yaralanma nedeniyle birtakım becerilerinde kayıplar meydana gelen kişilerin çeşitli sağlık profesyonellerinden alabileceği ve bireyin işlevlerini en iyi seviyeye ulaştırmayı hedefleyen bir süreçtir (1, 2, 3). Rehabilitasyon sürecinde hedeflenen temel nokta, bireyin yaşama katılımını en üst düzeye çıkarmak ve bunu sürdürmek olarak açıklanabilir (4). Sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan yöntem ve tekniklerle rehabilitasyon hizmeti sunulur. Rehabilitasyon hizmetleri, bireyi fiziksel, duyu-motor, bilişsel, psikososyal yönden destekler (1). Bu alanlarda gelişme kaydedebilmek için becerilerin doğru desteklenmesi, gelişim sağlanması ve bu değişimlerin performansa yansımaları gereklidir. Becerilerdeki bu kalıcı değişim nöroplastisite adı verilen beynin uyum ve esneklik yeteneği ile elde edilmektedir (5). Beyin bağlantılarındaki bu değişim, beynin sürekli olarak yeni durumlara uyumuna imkan sağlar (6). Beynin bu uyum becerisi ile birlikte rehabilitasyon sürecinde uygulanan terapilerin etkileri artırılabilir. Terapilerin etkilerinin artması için düzenli ve sık tekrarlar, nöroplastisiteyi ve dolayısıyla becerilerin kalıcı değişimini destekler (7). Rehabilitasyon sürecinde amaçlanan bu kalıcı değişimleri elde etmek ve uygulanan profesyonel terapilerin etkilerini artırmak için kullanılan yaygın yöntemlerden biri *ev programlarıdır* (8,9).

Ev programları, bireyin rehabilitasyon sürecinde hedeflenen becerilere ulaşabilmesini desteklemek amacıyla ev ortamında uygulanan terapötik aktivitelerdir (10). Ev programlarının belirlenen kesin kuralları veya standartları olmamakla beraber literatürde yer alan birtakım özellikleri sıralanabilir. Bu özelliklerden ilki bireyin doğal bağlamına uygun hazırlanmış olmasıdır. Ev programının etkili ve uygulanabilir olması için danışanın ve bakım verenlerinin günlük düzenine uyumlu olması önemlidir (11, 12). Ev programı rehabilitasyon sürecinde olumlu yönde katkı sağlayan bir araç olmakla beraber süreci destekler nitelikte de kullanılır. Bunun için programın uygulanabilir özellikte olması gerekir. Bireyin bağlamsal faktörlerine uygun olması uygulanabilirliği artırır (12,13). Yani ev programı, danışanın yaşantısı ve bağlamı dikkate alınarak hazırlanmalıdır. Bu, daha gerçekçi hedefler belirlemede ve etkili sonuçlara ulaşmada büyük önem taşır (8).

Ev programı, düzenli olarak yaşama dahil edilebilmesi adına danışana dair hedefler çerçevesinde, danışan ve bakım veren ile iş birliği içinde hazırlanmış ve danışanı da bakım vereni de motive edici özellikte olmalıdır (11, 14). Ev programlarının çoğunlukla bakım verenler tarafından uygulanması nedeniyle, bakım veren kişinin aktif katılabileceği ve yönlendirebileceği bir program olmalıdır (14). Ev programı çeşitli durumlara göre uyarlanabilir olmalıdır (14). Ayrıca, terapist danışan ve/veya bakım verene düzenli geribildirimler sağlamalıdır (8, 11, 15-17). Dahası, ev programıyla ilgili açıklamaların, ekipman kullanımının ve süreç hakkında bilgilendirmelerin, danışan/bakım verene, anlaşılır olarak çeşitli yöntemlerle aktarılması büyük önem taşımaktadır (11, 17, 18).

Bir diğer faktör danışan/bakım veren ve terapistin iletişimi olarak ele alınır. Terapi sürecinde bakım verenler terapist tarafından doğru yönlendirmeye ve geribildirimler almaya ihtiyaç duyarlar (19-21). Terapistin sağladığı danışmanlık ve yönlendirmeler, bireyin ve bakım verenin ev programına katılımını ve uyumunu olumlu yönde etkiler (22). Ev programlarına uyumda etkili diğer bir faktör ise maddi ve manevi yüklerdir. Ev programları bireyin terapi hizmetine ulaşması açısından avantaj sağlamakla beraber (23, 24) evdeki uygulamalar için gereken ekipmanlara sahip olmak belli bir bütçe gerektirir (16). Maddi yüklerle beraber manevi yükler de içeren ev programları, programı uygulayan danışan/bakım verene ek bir görev/sorumluluk getirir (25). Tüm bu faktörler göz önünde bulundurulduğunda, ev programlarıyla ilgili süreçlerin (verme, uygulama, takip, dönüt vb.) karmaşıklığı anlaşılmaktadır. Rehabilitasyon sürecinde ev programları sıklıkla kullanılmasına rağmen literatürde ev programı hazırlanma ve verilmesine ilişkin standart bir uygulama bulunmamaktadır (12, 18, 26).

Literatür, verilen ev programının hedefleri karşılayıp karşılamadığına dair çalışmalarla doludur. Özellikle verilen ev programının etkililiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (11, 12, 20, 22, 25, 27, 28). Ayrıca, literatürde sınırlı da olsa ev programına yönelik çalışmalar yer almaktadır. Medina-Mirapeix ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan, gelişimsel geriliğe sahip çocukların ebeveynlerinin ev egzersiz programlarına bağlılıkları ve buna etki eden faktörlerin incelendiği çalışmada, "Ebeveynlerin Ev Egzersiz Programlarına Bağlılığı Anketi" hazırlanmıştır (29). Bu

anket, 17 maddeden oluşmakta ve ebeveynlerin, ev programıyla ilgili görüşlerini sorgulamaktadır. Ev programını, günlük yaşama adapte etmede yaşanan zorluklar, programı uygulama sürecinde alınan sosyal destek düzeyi, kaynakların ve ekipmanın mevcudiyeti, danışanın tedavi sürecine ilişkin durumu, terapist tarafından sunulan destek ve ebeveynin memnuniyet düzeyi ile ilgili maddeler yer almaktadır. Maddelerin bir kısmı evet/hayır türünde bir kısmı likert şekilde puanlanmaktadır. Yapılan bu çalışmada, hazırlanan anketin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Çalışmanın sonucunda, ev programlarına uyumu artırma, günlük yaşama entegre etme ve programa bağlılığı artırmanın önemi vurgulanmıştır (29). Sel (2018) tarafından yapılan çalışmada, Serebral Palsi'li çocuğa sahip ebeveynlerin ev programına uyumunu incelemek adına "SP'li Çocukların Ebeveynlerinin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ev Programına Uyumlarını Değerlendirme Ölçeği" geliştirilmiştir. Geliştirilen 9 soruluk bu ölçekte, ebeveynin ev programı ve çocuğu ile ilgili fikirleri, terapist tarafından sunulan destek ve yardım, programı hatırlamada kullanılan yöntemler ve cihaz kullanımı gibi alanlar sorgulanmıştır. Çalışmanın sonucunda geliştirilen ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuş ayrıca ev programına uyumu etkileyen faktörler ortaya koyulmuştur (30). Ev programı ile ilgili tüm bu literatür incelendiğinde, ev programlarının niteliğini ölçen standart bir aracın eksikliği dikkat çekmektedir. Bu nedenle, bu çalışma rehabilitasyon sürecinde verilen ev programlarının niteliğini değerlendiren bir ölçüm aracının geliştirilmesi için planlanmıştır. Bu çalışmanın amacı Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği'ni geliştirmek ve geçerlik ve güvenilirliğini incelemektir.

Çalışmamızın hipotezleri:

1. Ho: Ev programı nitelik değerlendirme ölçeği Terapist Formu geçerli değildir.
2. Ho: Ev programı nitelik değerlendirme ölçeği Terapist Formu güvenilir değildir
3. Ho: Ev programı nitelik değerlendirme ölçeği Danışan/bakım veren formu geçerli değildir.
4. Ho: Ev programı nitelik değerlendirme ölçeği Danışan/bakım veren formu güvenilir değildir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Rehabilitasyon

Rehabilitasyon kavramı, Latince “habil” kelimesinden gelmektedir. Doğumla birlikte görülen ya da yaşam içerisinde çeşitli sebeplerle birtakım beceri ve fonksiyonlarında kayıp olan bireyi tıbbi, psikososyal ve mesleki yönlerden en iyi noktaya getirebilmeyi amaçlayan tedavi edici bir süreçtir. Kalıcı sakatlıkların sonuçlarını en aza indirmek, doğuştan becerilerin yokluğu ya da sonradan becerilerde meydana gelen kayıp durumlarını desteklemek, bağımsızlığın azalmasını engellemek ve yaşam kalitesini sürdürmek/artırmak için çeşitli profesyonellerin desteğiyle bireylere verilen hizmetlerdir (1,2). Rehabilitasyonun özü olan habilitasyon kavramı ise, gelişimi devam eden çocuklarda hareketlilik, yönelim ve bağımsızlık becerilerinin öğretilmesi ve geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (1). Habilitasyon; daha önce becerilerinde bağımsızlık kazanmamış bireylerin/çocukların eğitim ve çeşitli destek yöntemleri ile onların beceri kazanımını destekler. Ayrıca yaşamın ilk yıllarında belirlenen bozuklukların gelişimini sağlamak için tasarlanmış sistematik bir eğitimidir (3). Etkili rehabilitasyon, kişinin ihtiyaçlarına göre tedavi sürecinin dinamik bir şekilde planlanması ve müdahaleyle ilişkili değişikliklerin takip edilerek gerektiğinde hedef ve eylemlerde de çeşitli değişiklikler yapılması suretiyle ilerler, bu durum birey merkezilik olarak açıklanır (31).

Rehabilitasyona ilişkin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hazırlanan raporda, 3 önemli konuya yer verilmiştir.

1. Engelli bireylerin çevreleriyle uyumunu artırarak, engelli bir birey olmanın sebep olduğu olumsuz etkilerin azaltılması
2. Engelli bireylerin aile fertlerini ve yaşadıkları toplumları da dahil ederek rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması ve yürürlüğe alınması
3. Engelli bireylerin kendi bağlamlarında daha uyumlu olmalarını sağlamak için sadece kişileri değil tüm toplumun bütüncül bir biçimde hareket etmeleri için düzenlemelerin yapılması şeklinde açıklanmıştır (2).

Rehabilitasyon süreçleri 3 ana kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar; *tıbbi, mesleki* ve *sosyal* rehabilitasyondur (32).

1) *Tıbbi rehabilitasyon;*

Doğuştan ya da sonradan bir kısım becerilerinde problemler yaşayan veya işlevlerini kaybetmiş bireylerde, rehabilitasyon yoluyla engelin neden olduğu olumsuz yönlerin etkilerini azaltmayı ve bireyin yaşamını bağımsız bir şekilde sürdürebilmesini hedefleyen hizmetlerdir (1, 32). Tıbbi rehabilitasyon hizmeti engelli bireylere; duyuşsal, motor, bilişsel, psikososyal, görme, işitme, dil-konuşma becerilerini artırma yönünden sunulur. Bu hizmetler kapsamında “ergoterapi”, “dil-konuşma terapisi” ve “fizyoterapi” gibi çeşitli sağlık meslek alanları sıralanabilir. Tıbbi rehabilitasyon uygulamaları, yukarıda adı geçen alanlarda uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri tarafından sağlanır. Ergoterapist, fizyoterapist, dil-konuşma terapisti bu sağlık profesyonelleridir (32).

2) *Mesleki rehabilitasyon*

Çalışmak, tüm bireyler için günlük yaşama katılım ve üretkenlik bakımından önemlidir. Mesleki rehabilitasyon, engelli bireylere sunulan rehabilitasyon hizmetlerinin istihdam ve çalışma ile ilişkili olan bir sürecidir (33). Engelli bireye yeterlilik düzeyleri göz önünde bulundurularak, kendi başına kazanç elde edebilme ve ekonomik yönden bağımsız olabilmelerini sağlamak amacıyla mesleki rehabilitasyon hizmeti sunulur (32). Bu hizmetler 3 alanı kapsar. Bunlardan ilki süregelen hastalığa ya da engele sahip bireylerin mesleki yaşama dahil edilmesidir. İkincisi engelli bireylerin mesleki yaşamda desteklenmesi ve istihdamın sürdürülmesidir. Üçüncüsü ise çalışma hayatı içindeyken herhangi bir kaza veya yaralanma sonucunda bireyin iş yerindeki rolünün olumsuz etkilenmesi nedeniyle verilen rehabilitasyon hizmetidir (33-35). İş kaybı veya iş gücündeki olumsuzluklar, bireyin çalışma rolündeki değişiklikler bireyin yaşamında birçok sorunu beraberinde getirir. Örneğin; okupasyonel performansta ve katılımıda kısıtlılık, depresyon, kaygı, damgalama vb. gibi problemlere neden olabilir (36-38). Ergoterapistler mesleki rehabilitasyon hizmeti sağlayan sağlık profesyonellerinde biridir (39). Bu kapsamda ergoterapistlerin sunduğu rehabilitasyon hizmetleri; yaralanma öncesi müdahaleler ile birlikte eklem

koruma, stresle başa çıkma, vücut mekaniğini etkin kullanma gibi bireye yönelik müdahalelerdir. Bireyin mesleki rolüne yönelik hem bireysel hem de çevresel adaptasyonlar ve/veya modifikasyonlar sağlamak, psikolojik yönden kişinin iş performansını artırma stratejilerini öğretmek mesleki rehabilitasyon kapsamına dahildir (39, 40).

3) *Sosyal* rehabilitasyon

Sosyal rehabilitasyon, engelli bireyin sosyal yaşama kazandırılmasına yönelik sağlanan psikolojik ve sosyal rehberlik hizmetleridir. Bireyin ekonomik ve sosyal sorumluluklarının yönetilmesi, ailesinin ve toplumun beklenti ve taleplerinin dengelenmesi, mesleki yönden beklentilerin düzenlenmesinde bireye yardımcı olmak amacıyla sunulan ve temel hedefi engelli bireyin toplumsal katılımını artırmak olan rehabilitasyon hizmetidir (41). Engelli bireyin toplum içerisinde eşit yaşam haklarına sahip bir şekilde sosyal aktivite, spor, eğlence gibi faaliyetlere katılımlarının sağlanabilmesi adına gerekli koşulların hazırlanmasını kapsar (32). Bu hizmetlerde görevli olan personellerin özel gereksinimi olan bu bireylerle çalışma konusunda yeterli donanıma sahip olması önemlidir. Sosyal rehabilitasyon hizmeti bir ekip ile gerçekleştirilebilir. Bu ekibin içerisinde; hekim, ergoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, eğitim alanlarından uzmanlar yer alır (41).

2.2. Rehabilitasyonun Etkilerini Artırma ve Nöroplastisite

Rehabilitasyon hizmetlerinin temel amacı, bireyin katılımını en üst düzeye çıkarmak ve bu katılım seviyesini sürdürmek olarak açıklanabilir (4). Rehabilitasyon sürecinde engelli bireylere sağlanan ergoterapi, fizyoterapi, dil-konuşma terapisi gibi sağlık hizmetlerinde, alanın profesyonelleri tarafından çeşitli yöntem ve teknikler uygulanır. Bu süreçte hedef; bireyin fiziksel, duyuşsal, bilişsel ve psikososyal yönden desteklenmesidir (1). Bu alanlarda gelişme kaydedebilmek için yapılan çalışmalarda temel hedef, beceri alanlarının desteklenmesi, gelişim sağlanması ve bu değişimlerin performansa yansıtılabilmesidir. Becerilerdeki bu gelişim, nöroplastisite yolu ile elde edilmektedir (5). Nöroplastisite, beynin deneyimleri kaydetme, yeni davranışlar ve beceriler öğrenme konusundaki esneklik ve uyum sağlayabilme yeteneğidir (42). Sinir sisteminde hücreler arası bağlantılar (sinaptik bağlantılar) ve bu yapılardaki esneklik,

bireyin yaşamında işlevselliğini yansıtmaktadır. Beyin hücreleri arasında yer alan bağlantılar, bireyin içinde bulunulan şartlara ve ihtiyaç duyulan işlevlere göre artış gösterebilir. Bu bağlantılardaki değişim, beynin kendini devamlı olarak yenilemesine imkan sağlar. Sinaptik bağlantıların artışı ise çevresel uyaranlarla doğru orantılı olarak değişir (43). Beyindeki nöroplastisite temelli değişikliklerin en çok görüldüğü anatomik alanlar korteks, septum, amigdala ve hipokampüstür. Literatürde, beynin frontal lobundaki sinaptik bağlantı sayısının erken çocukluk döneminde, yetişkin beynindeki iki katı kadar fazla olduğu vurgulanmaktadır (44, 45).

Son yıllarda, çevreden alınan duyuşal çeşitliliğin nörogenezisi desteklediğinin bilinmesi, araştırmacıları çevre ile beyin fonksiyonları arasındaki etkileşimi incelemeye sevk etmiştir (46). Duyusal çeşitliliği artırılmış çevrenin, beyindeki sinir hücrelerinin çeşitli yönlerden gelişimini olumlu yönden desteklediği belirtilmiştir (47, 48). Tüm bunlar nöroplastisitenin önemli etkilerini göstermektedir. Erken çocukluk döneminde çocukların nöroplastisite yeteneğindeki potansiyelleri sebebiyle çevreyle temas halinde olmalarının, daha hızlı ve kalıcı öğrenmelerinde önemli bir role sahip olduğu gösterilmiştir (8). Sinir sisteminin en esnek ve gelişme hızının en fazla olduğu zamanlar yaşamın erken dönemleri olmasına rağmen, nöroplastisite yaşam boyu sürmektedir. Bu sayede bireyin değişen veya farklılaşan şartlara uyumu kolaylaşır (8, 47, 48).

2.2.1. Nöroplastisite ve Ev Programı

Rehabilitasyon sürecinde hedeflenen alanlarda gelişim sağlamak için terapinin etkilerini artırmak önemlidir. Yapılan sık tekrarların, nöroplastisiteyi ve dolayısıyla öğrenme ve becerilerdeki kalıcı değişimleri desteklediği bilinmektedir (49). Rehabilitasyon sürecinde hedeflenen kalıcı değişimleri elde etmek ve profesyonel desteğin etkilerini artırmak için uzmanlar tarafından tercih edilen yöntemlerden biri ev programlarıdır (8, 9).

Rehabilitasyonda literatür incelendiğinde terapi sürecinde uygulanan sık tekrarların ve terapi seansları arasındaki zamanlarda sürdürülen ev programı çalışmalarının, nöroplastisiteyi desteklediği ve bu sayede terapist tarafından yürütülen terapi uygulamalarının yoğunluğu ve etkinliğini artırdığı vurgulanmıştır (11, 50, 51).

Lane ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada beyindeki nöroplastisitenin erken çocukluk çağında daha hızlı olduğu vurgulanmıştır (52). Bu nedenle, genellikle pediatrik rehabilitasyonda, bakım veren yardımıyla uygulanan ve sürdürülen ev programlarının faydaları vurgulanmaktadır. Ergoterapi uygulamalarına pediatrik rehabilitasyon alanı dışında üst ekstremité yaralanmaları, beyin hasarı, hemipleji ve hemiparezi nedeniyle fonksiyonlarını kaybetmiş bireylerde de ev programı dahil edilmesinin olumlu etkileri bilinmektedir (53,54). Fizyoterapi alanında da buna benzer çalışmalar karşımıza çıkmaktadır. Budde ve arkadaşları (2016) rehabilitasyon sürecinde uyguladıkları fizyoterapi yaklaşımlarının, nöroplastisiteyi desteklediği ve böylece bireyin bilişsel, davranışsal ve duygusal süreçlerinde gelişim görüldüğünü ifade etmektedirler (55). Yau ve arkadaşları (2016) da yaptıkları çalışmalarında, fizyoterapi uygulamalarının nörolojik süreçleri olumlu etkilediği özellikle nöroplastisiteyi desteklediğini ortaya koymuşlardır (56). Literatürde çeşitli dil ve konuşma terapisi uygulamalarının etkililiği, dizartri, afazi, anomi gibi konuşma bozukluklarında incelendiğinde yoğun programların ve tekrarların yanı sıra ev programlarının da nöroplastisiteyi desteklediği ve terapi etkinliğini arttırdığı ifade edilmiştir (57-60).

2.3. Ev Programı ve Ev Programının Özellikleri

Ev programları, tüm rehabilitasyon süreçlerinde, terapi etkililiğini artırmak için, terapist tarafından verilen ve kimi zaman danışana kimi zaman bakım verene uygulaması için öğretilen bir destek hizmetidir (8, 61). Bir başka deyişle ev programları, danışanın rehabilitasyon sürecinde hedeflerine ulaşabilmesi için ev ortamında gerçekleştirdiği terapötik faaliyetlerdir (10). Ev programları terapistle olan süreçte ek bir uygulama olmasının yanı sıra rehabilitasyon profesyonelinin olmadığı ya da hizmetin talebi karşılayamadığı durumlarda da verilebilir (61). Ev programı ile ilgili belirli standartlar olmamakla birlikte literatürde belirtilen birtakım özellikler sıralanmaktadır.

Etkili bir ev programının temel özellikleri şu şekilde açıklanabilir;

- Verilen ev programı bireyin doğal bağlamına uygun olarak hazırlanmalıdır. Ev programının bireyin ve ailenin yaşamına genellenebilir olması

önemlidir. Ev bağlamına uygun düzenlemeler yapılarak bireyin ev programına uyumunun artırılması önemlidir (11, 12, 62).

- Verilen ev programı, ebeveyn tarafından yönlendirilerek ebeveynin ev programına aktif katılımının sağlanması programın etkililiğini artırma açısından önemlidir (16).
- Verilen ev programı kavramsal bir çerçeve içerisinde ve ebeveyn merkezli olmalıdır (12).
- Verilen ev programı bireyin günlük yaşamına uygun olacak şekilde esnek olmalıdır (8, 15).
- Verilen ev programının sürdürülebilmesi için program terapi hedeflerine yönelik motive edici unsurlar barındırmalıdır (11).
- Verilen ev programının aileyi kapsamaması ve desteklemesi için çeşitli stratejiler içermesi önemlidir (13).

Terapistin ev programı vermesi sırasında dikkat etmesi gereken özellikler şu şekildedir;

- Ev programı uygulamalarında, terapist ve bakım veren iş birliği içinde olmalıdır (8, 11, 17).
- Ev programlarının kontrolü, programı veren terapist tarafından yapılmalıdır (18).
- Değerlendirmeler ve terapi sonuçlarıyla ilgili olarak bakım verenlere ve diğer profesyonellere geribildirim sağlanmalıdır (11).
- Terapist tarafından ebeveynlere düzenli olarak destek sunulmalı, aile süreçle ilgili düzenli olarak bilgilendirmelidir (8).
- Ev programıyla ilgili bilgiler, danışan veya bakım verene, net ve anlaşılır bir biçimde hazırlanmış yazılı ya da görsel materyaller ile sunulmalıdır (13, 18).
- Verilen ev programında ailenin evde ihtiyaç duyacağı ekipman ve malzemelerin edinilmesi konusunda destek sağlanmalıdır (11).

2.4. Ev Programına Uyumu Etkileyen Faktörler

Ev programının rehabilitasyon sürecini destekleyeceği açıktır ancak bu nitelikte olabilmesi uygulanabilirliği ile ilgili bazı özellikleri gerektirir. Ev programının uygulanabilirliği danışanın/bakım verenlerin ev programına olan uyumuyla ilişkilidir (13). Abaoğlu (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, rehabilitasyon sürecinde ailenin katılımı ve işlevselliğini etkileyen faktörler arasında bakım verenin, terapist tarafından verilen ev programını çocuğuyla uygulama düzeyinin de olduğu ortaya konulmuştur (63). Danışan/bakım verenler ev programlarını faydalı bulmakla beraber programı uygulama konusunda birtakım nedenlerden dolayı olumsuz etkilenebilir (16, 18). Bu nedenler; bağlamsallaştırma, danışan/bakım veren-terapist iletişimi, maddi ve manevi yük olarak sıralanabilir.

Bağlamsallaştırma kavramı, ev programının; danışanın, ailesinin ve bakım verenin rol ve rutinlerine uygun olmasını kapsar (12). Bu uyum ne kadar yüksek ise ev programının uygulanabilirliği de o oranda artış gösterir (20, 21, 25). Ev programlarının, bireyin bağlamına uygun olarak hazırlanması, bireyin/bakım verenin kaygılarının anlaşılması, gerçekçi terapötik hedeflerin birlikte tespit edilmesi ile sağlanır böylece ev programının etkililiği artırılabilir (8).

Danışan/bakım veren-terapist iletişimi, terapi sürecinde danışanın ve bakım verenin terapist ile bağ kurması temel bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır. İletişim ihtiyacı, sadece bir bağ kurma değil aynı zamanda terapistin danışana/bakım verene sağladığı sosyal desteğin de terapi sürecine yansımalarıdır. Özellikle bakım verenlerin terapi süreci içinde terapistin yönlendirme ve desteğine ihtiyaç duydukları, birçok çalışmada belirtilmiştir (19-21). Terapistin, iletişim yoluyla danışan/bakım veren ile kurduğu bağ, sağladığı destek, danışanın/bakım verenin sürece katılımını ve ev programına uyumunu olumlu yönde etkiler (20). Terapist, danışan/bakım verenin öğrenme tarzını dikkate almalı ve ev programının uygulanabilirliğinin artırılması için danışan/bakım verenden destek almalıdır. Kimi danışan/bakım veren doğrudan terapisti gözlemleyerek kimisi yazılı materyal veya sözlü yönlendirmelerle daha etkili öğrenmektedir (19, 22).

Manevi yük: Kimi zaman ev programlarının uygulanması, danışan/bakım veren tarafından duygusal bir yük gibi algılanmaktadır. Verilen programların evde uygulanabilmesi için danışan/bakım verenin günlük yaşamda kariyer, serbest zaman aktiviteleri gibi önemli performans alanlarından fedakarlıkta bulunmalarını gerektirdiği bildirilmiştir (25). Ayrıca ev programlarına yeterince vakit ayıramadığını düşünen danışan/bakım verenlerin suçluluk hissettiği ve yetersizlik duygularının ortaya çıktığı gösterilmiştir (20, 21). Bireyin ev programına katılımında isteksizlik göstermesi, sıkılması ve/veya problem çıkarması da bakım vereni zorlayan ve manevi yük getiren faktörler arasındadır (17).

Maddi yük: Ev programları terapi hizmetlerine nazaran maliyet yönünden birçok avantaj sağlamaktadır (23, 24). Ancak, evdeki uygulamalar için gerekli ekipmanların sağlanması ve programı uygulamak için zaman ayrılması gerekmektedir. Bu sebepler, ev uygulamaları için maddi yüke neden olan faktörler arasındadır (17).

2.5. Literatürde Ev Programı

Ergoterapi kişi için anlamlı ve amaçlı aktiviteleri kullanarak bireyin fiziksel, psikososyal ve duyu-motor performans alanlarındaki katılımını en üst düzeye çıkarabilmeyi, toplumsal katılımını arttırmayı ve iyilik halini geliştirmeyi hedefleyen birey merkezli bir bilim dalıdır (4, 8). Ergoterapist, bireylerde yaşama katılımı artırmak amacıyla günlük yaşam aktivitelerini terapötik olarak kullanarak bu hizmeti veren sağlık profesyoneli. Ergoterapi bakış açısı ile ev programları, terapist tarafından danışana/bakım verene öğretilen, bilişsel, duyu-motor ve sosyal vb. alanlardaki gelişiminde olumlu etkiler sağlayan ve terapi sürecini destekleyen bir araçtır (11). Bu programlar, danışan/bakım verenler tarafından uygulanan, bireyin vücut yapısı ve fonksiyonlarını, okupasyon ve katılımlarını destekleyen ve ev ortamında gerçekleştirilen uygulamaları ifade etmektedir (11). Ergoterapide ev programlarının uygulamalarıyla ilgili literatür özellikle pediatrik ve nörolojik rehabilitasyonda karşımıza çıkmaktadır (10, 11, 13, 19, 20, 21, 22, 25, 26).

Wuang ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan ergoterapi ev programının etkilerinin incelenmesi adına 6-12 yaş arası zihinsel engelli çocukların kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada, 20 hafta uygulanan ev programının,

çocuklarda yazı yazma, çizim yapma ve nesne manipülasyonu becerilerinde önemli bir artış sağladığı ortaya koyulmuştur. Ayrıca, ebeveynlerin çocuklarının performanslarından memnuniyetleri Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) ile değerlendirildiğinde ev programı uygulanan grupta, program uygulanmayan gruba göre memnuniyet skorlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Dahası, ebeveynlerin ev programına uyumlarını artırmak adına, program ailenin rutin düzenine uygun planlanmış, iş birlikçi bir hedef belirleme yaklaşımı tercih edilmiş ve terapi uygulamalarının ayrıntıları resimli kağıtlar halinde ailelere verilmiştir. Böylece ebeveynlerin, programa uyumu desteklenmiştir (12). Otizm spektrum bozukluğuna sahip 45-69 ay arasındaki 11 çocukla yapılan ev temelli ergoterapi programının etkililiğini değerlendiren bir çalışmada, 10 hafta sonunda bu çocuklarda duygusal işlevsellik, iletişim becerileri ve günlük yaşam becerileri alanlarında önemli düzeyde gelişim gösterilmiştir (65). Ev programlarının pediatrik ergoterapi literatüründe, daha çok terapist rehberliği ile gerçekleştirilen bir süreç olarak bakım veren tarafından ev ortamında uygulandığı görülmektedir (8, 65). Yapılan çalışmalarda terapist rehberliğinde gerçekleştirilen ev programının; sürdürülebilirliği, kullanılabilirliği, etkililiği ve uygulama sıklığını artırabileceği belirtilmiştir (66, 67).

Beyin hasarı, spinal kord yaralanması, tümör, Multipl Skleroz, Amyotrofik Lateral Skleroz gibi nörolojik problemlere sahip bireylerde ergoterapi ile ilişkili ev programı uygulamalarının etkinliğini gösteren bir çalışmada, bu bireyler için ev programlarının etkili ve tercih edilebilir bir araç olduğu vurgulanmıştır (26). Malgaonkar ve arkadaşlarının (2023), ergoterapistlerin inmeli bireylerde uygulanan ev programlarına ilişkin görüşlerini inceledikleri çalışmalarında, ev programının eve geçiş sürecinde önemli bir rol oynadığını göstermişlerdir (64). Özellikle ev destek sürecinin, sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı kaldığı düşük ve orta gelirli ülkelerde, danışanın rehabilitasyon sürecini devam ettirmek ve yaşama katılımını desteklemek adına daha büyük bir öneme sahip olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca ev programını uygulama noktasında, danışanın bulunduğu ev ortamındaki ekipman içeriğinin yetersiz olması, altyapı eksikliklerinin bulunması, finansal kaygılar ve danışan/bakım verenin ev programına dair beklentilerinin farklı olması ev programının uygulanmasında karşılaşılan zorluklardan olduğu belirtilmiştir. Karşılaşılan problemleri en aza indirmek ve ev programına uyumu artırmak için, ev programının

kısa dönem hedefleri yansıtabacak şekilde oluşturulması ve danışanın öncelikli ihtiyaçlarına yer verilmesinin gerekli olduğu belirtilmiştir. Dahası, danışanın ve bakım verenin ihtiyaç ve becerilerine uygun bir program hazırlanması, sözel ve görsel kayıtlar içeren materyaller sağlanması önerilmektedir (64).

Rehabilitasyon süreçlerinde ergoterapi ile beraber fizyoterapi ve dil-konuşma terapisi alanlarında da ebeveyn destekli müdahalelerin ve ev programlarının önemi belirtilmiştir. Fizyoterapi alanında yapılmış çalışmalar incelendiğinde, çeşitli nedenlerle rehabilitasyon süreci devam eden bireylerin evde de desteklenmesinin gerekli olduğu vurgulanmıştır (24, 27, 42, 68). Bazı çalışmalar incelendiğinde; tamamlayıcı bir müdahale sağlamak, terapi yoğunluğunu artırmak ve bağlama özel uygulamalar ile motor beceri kazanımını desteklemek için ev programının gerekli olduğunu belirtmişlerdir (42, 69). Bunların yanı sıra ekonomik problemler (23, 70-72) ve rehabilitasyon hizmetlerine erişimin kısıtlı olduğu ya da hiç olmadığı durumlar; danışanların ev programını alternatif bir hizmet olarak tercih etmelerinde iki önemli neden olarak gösterilmektedir (27). Gorgon (2018) yaptığı çalışmasında, ev programı ile ebeveynlerin, terapi sürecine aktif olarak dahil etmenin, terapiye katılım sıklığını artırmada etkili olduğunu vurgulamıştır (27). Dal ve arkadaşları tarafından (2021) yapılan çalışmada, kronik unilateral periferik vestibüler bozukluğa sahip yetişkin bireylerde aktivite ve egzersiz temelli iki ayrı ev programı uygulanan gruplar, kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda ev programı uygulamalarıyla ilerlenen her iki grubun kontrol grubuna göre baş dönmesi semptomlarının azalması ev programının önemi vurgulanmıştır (68). Serebral palsili çocuklarda yapılan başka bir çalışmada ise terapide öğrenilen becerilerin, ev bağlamında tekrar yapılması ile kaba ve ince motor becerilerin daha fazla geliştiği belirtilmiştir (69).

Ev programlarının, bireyin ev ortamında güvenli bir şekilde desteklenmesi ve terapötik yoğunluğun artırılmasını sağlaması nedeniyle terapi sürecinin etkisini geliştirdiği çalışmalarda defalarca gösterilmiştir (27, 68, 69). Diz artroplastisi sonrası fizyoterapi hizmeti alan bireylerde yapılan bir çalışmada, cerrahi sonrası rehabilitasyonun bu bireylere maliyeti yüksek geldiği için, bu bireylerin ekonomik yönden motivasyon kaybı yaşadıkları belirtilmiştir. Bu nedenle bu bireyler detaylı bir ev egzersiz programına dahil edilmiş ve terapist tarafından bu programlar düzenli

olarak takip edilmiştir. Çalışmanın sonucunda ev programıyla desteklenen bireylerde eklem hareket açıklığı ve işlevsellik düzeylerinde artış belirlenmiştir. Ayrıca bu bireylerin sağlık harcamalarının azaldığı gösterilmiştir (24). Bir başka çalışmada, radius distal uç kırığı cerrahisi sonrası ev programı verilen ve verilmeyen iki grup 6 haftanın sonunda karşılaştırılmıştır. Ev programı verilen grubun kontrol grubuna göre, ağrı iyileşmesinde, işlevsellik ve memnuniyetin artmasında daha avantajlı olduğu bulunmuştur. Bu sebeple danışanların tedavi sürecinde fizyoterapistler tarafından oluşturulan ev programlarının verilmesinin önemi vurgulanmıştır (73).

Dil ve konuşma terapisi alanında ev programının önemi, sosyal iletişimsel becerilerini desteklemenin yöntemleri arasında doğal öğrenme yaklaşımı olarak ön plana çıkmaktadır (74-80). Doğal öğrenme yaklaşımı, çocuğun ilgilerini ve doğal pekiştireçleri gerçek yaşam bağlamında ve günlük yaşam içindeki durumlarda kullanmayı içermektedir (81). Bu yaklaşımı kullanmanın yollarından birisi ise ebeveynlere duruma yönelik çeşitli stratejilerin öğretilmesidir. Ebeveyn eğitimleri yoluyla ailenin doğru yaklaşım ve teknikleri öğrenmesi ile çocuğun günlük yaşam rutinlerinin ve iletişim becerilerinin desteklenmesi hedeflenir (28, 80). Ebeveyn eğitimleri, ebeveynlerin çocuklarıyla günlük rutinleri içerisinde birtakım stratejiler uygulamalarına yer verir. Böylece, ebeveyn eğitim programları, ebeveynin müdahalenin birincil uygulayıcısı olmasını sağlar. Ebeveynin eğitilmesi ve sürece doğrudan dahil edilmesi çocuğun sosyal iletişim becerilerinin de gelişiminde etkili olmaktadır (80). Ev temelli dil müdahalelerinin incelendiği bir derlemede, uygulanan ebeveyn temelli doğal yaklaşım ve yöntemlerin (Örn; Milieu teaching, Enhanced Milieu teaching, Privoital response training, Blended communication and behavior support intervention, Functional communication training, naturalistic language paradigm) çocukların dil gelişimini desteklediği ortaya koyulmuştur (79). DeVeney ve arkadaşları (2017) tarafından konuşma gecikmesi yaşayan çocuklarda, ebeveyn temelli ve terapist tarafından uygulanan yöntemler karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada, terapist veya ebeveyn tarafından desteklenen her iki grupta da konuşma gelişiminin desteklendiği ortaya koyulmuştur. Ancak ebeveyn tarafından uygulanan ev temelli müdahalelerin, terapist tarafından uygulanan müdahaleye kıyasla daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (74).

Dil becerileriyle ilgili müdahalelerin ebeveyn tarafından uygulamasının üç önemli nedeni belirtilmiştir (80). İlk olarak, ebeveynler çocuğun günlük bağlamı içerisinde tutarlıdır. İkincisi, ebeveyn tarafından uygulanan doğal yaklaşım müdahaleleriyle yeni öğrenilen dil becerilerinin daha kolay bir şekilde genelleştirilebildiği düşünülmektedir. Üçüncüsü ise temel bakım veren ile günlük etkileşim içerisinde çocuğun dil gelişiminin desteklenmesi daha verimlidir (80). Ebeveynler, çocuklarının dil gelişimini nasıl destekleyeceklerini ve müdahale stratejilerini terapist tarafından verilen bir eğitim ile öğrenirler. Bu yaklaşımlarda ebeveynler ve profesyoneller arası iş birliği büyük öneme sahiptir. Bu iş birliği ile terapist ve aile birlikte bir müdahale planı geliştirir ve müdahalenin hedeflerini belirler. Terapistler, ebeveynlerin doğal yaklaşım stratejilerindeki uygulamalarını izler ve uygulamanın etkinliğini artırmak için ebeveynlere geribildirim sağlayarak gözden geçirir (79).

Roberts ve Kaiser (2011) tarafından 18-60 ay arası çocuklarda ebeveyn temelli çeşitli müdahaleleri içeren terapist veya ebeveyn tarafından uygulanan müdahalelerin karşılaştırıldığı çalışmaların sistematik meta-analizinde, ebeveynler tarafından uygulanan yöntemlerin çocuğun dil gelişimi ve iletişim problemleri üzerinde daha etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak, ebeveyn eğitiminin nasıl olması gerektiği ve danışan için en iyi yaklaşım ve yöntemin hangisi olduğu konularında hala bir belirsizlik olduğu da vurgulanmış olup bu konuyla ilgili araştırmaların artması gerektiği önerilmiştir (80). Görüldüğü üzere hem fizyoterapi hem de dil-konuşma terapisi alanlarında yapılan çalışmalarda, ev programının etkinliğini artırmak için ebeveynlerin eğitilerek terapi sürecine dahil edilmesi tavsiye edilmektedir (27, 28).

İncelenen çalışmalardan da anlaşıldığı üzere, ev programlarının rehabilitasyon sürecindeki önemi ve etkinliği sıklıkla vurgulanmaktadır. Literatürde ev programının etkililiği çeşitli araçlarla değerlendirilmiştir. Bu çalışmalarda, uygulanan belirli bir ev programının etkilerinin, program öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmeler ile incelendiği görülmüştür (12, 50, 65). Bu çalışmalarda kullanılan ölçekler; Bruininks-Oseretsky Motor Yeterlik Testi 2 Kısa formu (BOT-2), Çocuklarda Katılım ve Eğlenmenin Değerlendirilmesi Anketi (CAPE), Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) (12), Algılanan Stres Ölçeği (PSS-4) (50), Sosyal-Duygusal Gelişim Ölçeği,

Vineland Uyum Davranış Ölçeği, Anne-Baba Stres Ölçeği Kısa Formu (65) dur. Görüldüğü üzere literatürde belirli bir ev programının etkililiğini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Ancak, ev programının doğrudan kendisini değerlendiren ölçek çalışmaları sınırlıdır. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde Medina-Mirapeix ve arkadaşları (2017) ve Sel (2018) tarafından yapılan çalışmalar dikkat çekmektedir (29, 30). Medina-Mirapeix ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan gelişimsel geriliği olan çocukların ebeveynlerinin ev programını uygulama konusunda geribildirimlerini değerlendiren çalışmalarında, standardize olmayan bir geribildirim formu hazırlanarak ebeveynlerin memnuniyeti tespit edilmiştir. Hazırladıkları formda, haftalık ev programı uygulama sıklıkları ve süreleri, programa bağlılıklarını değerlendirmek için sorgulanmıştır. Çalışmada, ev programına uyumu etkileyen alanlar sorgulanmıştır. Ancak hazırladıkları forma ilişkin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmamıştır (29). Sel (2018) yaptığı çalışmasında, Serebral Palsi’li çocuğa sahibi ebeveynlerin ev programına uyumunu değerlendirmek adına “SP’li Çocukların Ebeveynlerinin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ev Programına Uyumlarını Değerlendirme Ölçeği”ni geliştirmiştir (30). Geliştirilen ölçekte; ebeveynin ev programıyla ilgili düşünceleri, terapistin tarafından sunulan destek, çocuğunun durumu ve kendisi ile ilgili görüşlerinin sorgulandığı sorulara yer verilmiştir. Bu çalışmada, ev programına uyumu artırmak için terapistin sunduğu desteğin, ebeveynin kişisel ve çevresel faktörlerinin dikkate alınmasının, ev programına uyum üzerinde etkili olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ortaya koyulmuştur (30). Ancak, çalışmalar incelendiğinde, ev programının niteliğini doğrudan ölçen bir ölçek olmadığı dikkat çekmektedir. Bu çalışmanın amacı, rehabilitasyon sürecinde ev programının niteliğini değerlendirmede kullanılması adına Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği’ni (EPNÖ) geliştirmek ve geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini incelemektir.

2.6. Ölçek Geliştirme ve Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

2.6.1. Ölçme ve Ölçek

Ölçme kavramı, bir niteliğe ilişkin gözlem sonuçlarının sayılarla veya farklı semboller aracılığı ile ortaya konulmasıdır (82). Ölçek kavramı, ölçüm sonuçlarının

matematiksel niteliklerini gösterir. Ayrıca eğitim ve psikoloji gibi birçok alanda, hedeflenen kişiler, konu ya da içerik yönünden bilgi toplamak amacıyla kullanılır.

Sağlık bilimlerinde yapılan araştırmalarda tutum, davranış ve beceri değerlendirmesi amaçlanan çalışmalarda ölçekleme tekniğinin kullanımı sık tercih edilen bir yöntemdir. Araştırmalarda daha önce geliştirilen ölçekler uyarlanabildiği gibi gerektiğinde yeni ölçekler de geliştirilebilir. Yeni bir ölçek geliştirilmesi birçok adım içeren bir süreç içerir bu nedenle karmaşık bir çalışma olarak görülebilmektedir (83).

2.6.2. Likert Tipi Ölçek Geliştirme

Rensis Likert tarafından geliştirilen likert ölçüm türü, ölçek geliştirme çalışmaları için farklı yöntemlere kıyasla daha kolay uygulanabilir niteliktedir dolayısıyla sıklıkla tercih edilen yöntemler arasında yer almaktadır. Likert ölçek geliştirme işleminde katılımcının verilen maddeye ne derece katılım katılmadığına dair yanıtlar verilir bu sebeple yanıtlayan kişiyi merkeze alan bir ölçüm türüdür (104-106). Likert tipi ölçekler çeşitli varsayımlara dayanır. Birincisi; farklı maddeler tek bir ortak faktörle ilişkilidir. İkincisi; her bir madde için katılımcılardan “tamamen katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum”, ve “kesinlikle katılmıyorum” ifadelerinden yanıtlarına göre fikirlerini yansıtır (84, 85). Üçüncüsü; ölçek içindeki her bir maddenin kararlı olmasıdır. Buna göre “tamamen katılıyorum” cevapları aşırı olumlu bir görüşü, “kesinlikle katılmıyorum” cevapları aşırı olumsuz bir görüşü ifade ederek toplam puanın belirleyicisi olur (84, 85).

Likert tür bir ölçek geliştirmek istenildiğinde birtakım aşamalar takip edilir. Bu aşamalar aşağıdaki şekilde açıklanabilir (84, 85, 86, 87, 88).

- a. Ölçülecek hedefin tanımlanması ve kapsamının belirlenmesi,
- b. Ölçülecek hedefle ilgili olumlu-olumsuz ifadeler barındıran madde havuzunun oluşturulması,
- c. Deneme için pilot ölçeğin hazırlanması ve pilot uygulamanın yapılması,
- d. Pilot uygulamanın verilerinin analizi (madde analizi, geçerlik ve güvenilirlik analizleri).

2.6.3. Geçerlik ve Güvenirlik

Geçerlik:

Geçerlik, bir ölçme aracının sadece geliştirilmesi hedeflenen konuda doğru ve tam ölçüm yapabilme derecesidir. Ayrıca ölçüm aracının neyi ölçtüğünü ve bu ölçümü ne denli başarılı yapabildiğini hesaplamada kullanılır (84, 89, 90). Likert tipi ölçeklerde ölçüm aracının geçerliliğine ilişkin genellikle kapsam ve yapı geçerliliği analizlerinin yapılması önerilmektedir (85).

Kapsam geçerliliği; ölçek içeriğinin ve maddelere verilen yanıtların ölçülen özelliğe uygunluğu, ölçeğin uygulanacağı alanın doğru tanımlanması ve yer alan maddelerin teknik açıdan uygunluğunun belirlenmesi olarak açıklanabilir (91, 92). Bu tür çalışmalarda kapsam geçerliliğini hesaplamak için uzmanlardan alınan görüşlere başvurulmaktadır (93).

Yapı geçerliliği; testin ölçtüğü özelliklerini araştırmakla beraber katılımcılardan hesaplanan puanların ne anlama geldiğini de ortaya koymada önemlidir (84, 94, 95). Ölçekten elde edilen sonucun nelerle bağlantılı olduğuna ve istenen özellikleri ne kadar doğru ölçtüğüne dair bilgi sağlar. Yapı geçerliliğini ölçebilmek adına birtakım istatistiksel yöntemler kullanılır bunlar; aykırı (uç) değer analizi, madde analizi, açıklayıcı faktör analizi, güvenirlilik analizi ve doğrulayıcı faktör analizidir (96).

Güvenirlilik:

Ölçek geliştirilirken güvenirlilik düzeyinin araştırılması gerekmektedir. Güvenirlilik bir ölçekte yer alan tüm maddelerin birbiri ile tutarlılık içinde, ölçülmesi hedeflenen özelliği ne kadar kararlılıkla ölçtüğünü ortaya koymaktadır (84, 85). Bir ölçeğin güvenirlilik düzeyi birtakım istatistiksel yöntemlerle hesaplanabilmektedir. Hangi yöntemin tercih edileceğine ise araştırma koşulları ve hedefler doğrultusunda karar verilir. Güvenirlilik analizleri; iç tutarlılık güvenirliliği, test-tekrar test güvenirliliği, paralel formlar güvenirliliği ve gözlemciler arası güvenirlilik olmak üzere dört temel başlıkta ele alınmaktadır (89). Likert tür bir ölçeğin güvenirliliğini hesaplamak için öncelikle “Cronbach α ” katsayısının hesaplanması yöntemi önerilmektedir. Cronbach

α katsayısı ölçek maddelerinin iç tutarlılığının bir göstergesi niteliğindedir (85, 97). Ölçeğin Cronbach α katsayısının artması ölçek maddelerinin o ölçüde birbirleriyle tutarlı olduğunu gösterir. Cronbach α değeri tek bir özellik ve tek bir faktörü ölçecek şekilde hesaplandığında daha güçlü sonuçlar verir. Birden fazla boyuta sahip ölçeklerde ise her boyut için ayrı ayrı alfa değeri hesaplanmalıdır. Ölçeğin özelliklerine göre Cronbach α katsayısının değerlendirme eşiklerinin de değişkenlik göstereceği ifade edilmektedir (89). Alfa katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme ölçütüne göre; $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise “ölçek güvenilir değil”, $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise “ölçek düşük güvenilirlikte”, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise “ölçek oldukça iyi düzey güvenilir” ve $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise “ölçek yüksek düzeyde güvenilir” olarak nitelendirilir (97). Ayrıca Cronbach α katsayısının sosyal bilimler, psikoloji bilimi alanları ve beceri türlerini değerlendiren ölçeklerde alt düzeyinin 0,70 olması gerekir. Ölçek geliştirmeye yönelik yapılan pilot çalışmalarda 0,60 ve temel araştırmalar için ise 0,80 olması gerektiği belirtilmektedir (88, 89).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından GO 21/814 başvuru numarası ile 29.06.2021 tarihinde yapılan toplantıda değerlendirildi ve 2021/13-33 karar numarası ile tıbbi etik açıdan uygun bulundu (EK-1). Metodolojik tipte olan bu çalışmada hedef, rehabilitasyon sürecinde terapistlerin danışanlarına verdikleri ev programlarının hem terapistler hem de danışanlar yönünden niteliğini ölçen noktaların belirlenmesi amacıyla iki farklı ölçek geliştirmektir. Bu amaçla internet ortamında çevrim içi bir şekilde ilan metni yayınlandı (EK-2).

3.1. Bireyler

Bu çalışmada “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü hesaplandı. Analiz sonucunda $\alpha=0,05$, standardize etki büyüklüğü daha önce bu alanda yapılan bir çalışma olmaması ve uzman görüşleri nedeniyle Cohen’s (1988) etki büyüklüğü 0,30 (orta dereceli) olarak alındığında (98) ve 0,80 teorik güç ile minimum örneklem hacmi her iki gruptan minimum 178 birey olarak bulundu. Bireylerle Temmuz 2021- Ağustos 2022 tarihleri arasında görüşmeler yapıldı. Terapist grubu; ergoterapist, fizyoterapist ve dil-konuşma terapisti gibi sağlık profesyonelleri oluşturdu. Çeşitli tanı gruplarıyla çalışan, farklı kurumlarda hizmet veren, çalışmanın dahil edilme kriterlerine uygunluk gösteren terapistler araştırmaya dahil edildi. Danışan/bakım veren grubunu ise bu alanlardaki terapistler tarafından hizmet alan danışan ve bakım verenleri (çocuk danışanlar için bakım verenleri) oluşturdu. Çalışmanın dahil edilme kriterlerine uygunluk gösteren tüm bireyler çalışmaya “elverişlilik/uygun örnekleme (convenience)” yöntemine göre dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen tüm bireylere (Terapist Grubu n=179; Danışan/Bakım Veren Grubu n=185) çalışma hakkında detaylı bilgi verildi ve onam formları onaylatıldı. Katılımcılara hazırlanan ölçekler çevrim içi bir platformda iletildi ve alınan yanıtlar kaydedildi. Bu formların başında her katılımcının bir “rumuz” belirtmesi istendi.

Terapist grubu için dahil edilme kriterleri:

- Rehabilitasyon alanında çalışan terapist olmak (ergoterapist, fizyoterapist, dil ve konuşma terapisti)
- Her danışanına en az 1 kez ev programı veriyor olmak

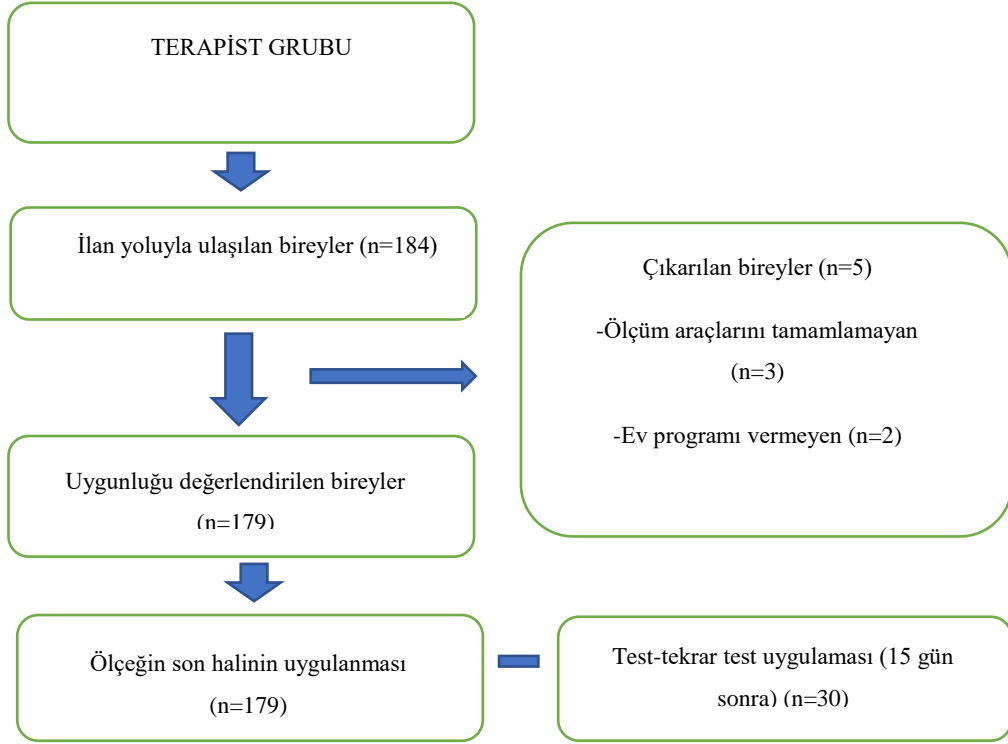
Danışan/bakım veren grubu için dahil edilme kriterleri:

- Terapi süreci devam eden danışanlar veya bakım verenleri
- Terapi sürecinde en az 1 kez ev programı almış olmak

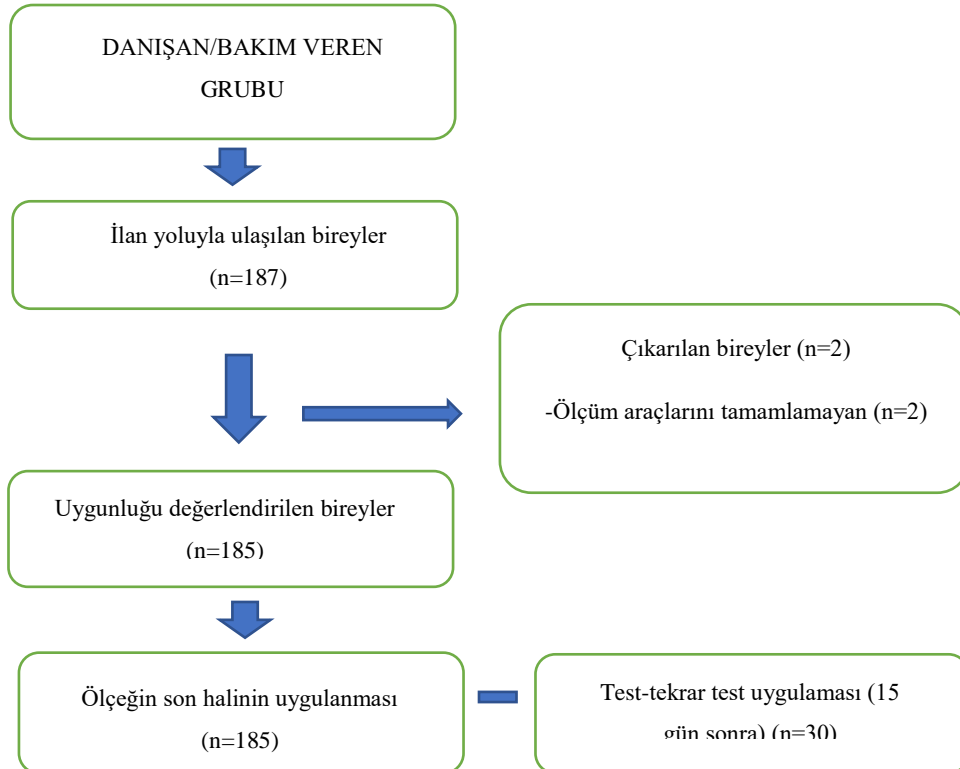
Danışan/bakım veren grubu için dışlama kriterleri:

- İletişim problemlerine sahip olmak
- Okuryazar olmamak

İnternet üzerinden yayınlanan ilan metni üzerine terapist grubu için 184 birey, danışan/bakım veren grubu için 187 birey dönüş sağladı. Ancak terapist grubu için başvuranlar içinden 5 kişi [3 kişi kişisel nedenlerden dolayı katılmaktan vazgeçti, 2 kişi çalışmanın kriterlerine uygun değildi (ev programı vermedikleri için)], danışan/bakım veren grubu için başvuranlar içinden ise 2 kişi (çalışmaya katılma fikrinden vazgeçti) çeşitli sebepler ile çalışmaya katılmadı. Toplamda 179 terapist ve 185 danışan/bakım veren çalışmaya dahil edildi. Çalışmanın her iki grubu için de akış şeması Şekil 3.1 ve Şekil 3.2’de verilmektedir.



Şekil 3.1. Çalışmanın terapist grubu için akış şeması.



Şekil 3.2. Çalışmanın danışan/bakım veren grubu için akış şeması

3.2. Yöntem

Ölçekler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Bölümü'nde geliştirildi. Bu alanda geliştirilen ilk ölçek olan bu aracın psikometrik özelliklerinin incelenmesi için bir dizi aşama takip edildi.

3.2.1. Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi

Madde Havuzu Oluşturma: Ölçeğin her iki formu için ayrı ayrı için madde havuzu oluşturularak başlandı. Madde havuzu, rehabilitasyon süreçlerinde ev programlarına dair kapsamlı bir literatür taraması yapılarak hazırlandı. Terapist formu için, terapist bakış açısıyla ev programlarının analiz edildiği çalışmalar incelendi (8, 11, 12, 14, 18). Bu çalışmalarda, terapistlerin ev programına yer verdiği alanlar, ev programına etki eden faktörler, uygulama ve programa bağlılıkta önemli olan noktalar, terapistin sunduğu destekler, ev programı hazırlama ve kontrollerinin sağlanması gibi ev programıyla ilişkili niteliği etkileyen alanlar araştırıldı.

Danışan/bakım veren formu için, çoğunlukla bakım verenlerin bakış açılarının ele alındığı araştırmalara ulaşıldı (9, 13, 15, 16, 21-23, 26). Bu çalışmalarda, ev programının uygulanmasındaki önemli noktalar, ev programından beklentiler, ev programının içeriği ve kapsadığı uygulamalar, avantajlar, programa uyumu etkileyen faktörler ve programı uygulamanın önündeki engeller ile ilgili literatür bilgilerine ulaşıldı. Ev programlarının önemli olan kriterleri, kapsadığı noktalar ve içerdiği alanlar incelenerek maddeler hazırlandı. Her iki ölçek için de 38'er madde belirlendi.

Puanlama: Ölçek maddelerine verilen yanıtlar “uygun değil, az uygun, uygun ve çok uygun” şeklindedir. “uygun değil” 1 puan, “çok uygun” 4 puan olarak; ters ifadelerde (her iki ölçek formu da 3 adet ters ifadelili madde içermekteydi) ise “uygun değil” 4 puan, “çok uygun” 1 puan olarak hesaplanacak şekilde oluşturuldu.

Uzman Görüşlerinin Alınması: Bu aşamada soruların kapsam geçerliliğini sağlamak amacıyla madde havuzuna alınan öğelerin alanında doktora düzeyinde akademisyenler tarafından değerlendirilmesi sağlandı. Uzman kişilerle iletişime geçilmeden önce ölçek formunda bulunan maddelerin değerlendirilmesi amacıyla uzman görüş formu hazırlandı ve bu form ile madde havuzu uzman kişilere iletildi.

Uzman görüşleri alınırken Kapsam Geçerliliği Tekniklerinden Davis Tekniği tercih edildi. Bu teknik için en az 3 ve en fazla 20 uzmandan görüş alınmasına ihtiyaç duyulmaktadır (99). Ölçeklerin kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak sağlanması ve çıkartılacak maddelerin belirlenmesi için bu alanda çalışan 10 farklı uzmandan görüş alındı. Bunun için tüm ölçek maddelerinin yer aldığı “Uzman Görüş Formu” hazırlandı. Belirlenen her madde için 1=Uygun değil, 2=İfadenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor, 3=Uygun, ancak ifade için ufak değişiklik gerekiyor, 4=Çok uygun ifadelerini puanlamaları istendi. Yanı sıra, işaretlemeleri sonucunda uzman görüşlerini yazabilecekleri yorum kutucukları bulunmaktaydı. Uzman görüş formları belirlenen uzmanlara e-posta aracılığıyla gönderildi. Uzmanlardan alınan görüşler sonucunda KGİ ve KGO değerleri hesaplandı.

EPNÖ Terapist Formu için uzmanlardan alınan görüşler şu şekildedir. Ölçeğin ikinci maddesi olan “Bakım verene/danışana elektronik ortamda ulaştırdığım ev programı yeterlidir.” ifadesinde geçen “ulaştırdığım” kelimesi “gönderdiğim” şeklinde değiştirildi. Ölçeğin üçüncü maddesinde “verilen ev programı” ifadesinin karışıklığa sebep olmaması adına “verdiğim ev programı” şeklinde formu dolduran terapistin kendisinin verdiği ev programı olduğu belirtildi. Ölçeğin dördüncü maddesinde “Ev programını tarif ederken yapılmasını önerdiğim süre yeterlidir.” cümlesi uzman önerileri doğrultusunda daha anlaşılır olması adına “Ev programını açıklarken uygulanmasını önerdiğim süre yeterlidir.” şeklinde değiştirildi. Beşinci maddede yer alan “Ev programını tarif ederken ayırdığım süre yeterlidir.” cümlesindeki “tarif ederken” ifadesi “açıklarken” şeklinde değiştirildi. Ölçeğin altıncı maddesi “Verilen ev programındaki hedefler bakım veren/danışan ile birlikte belirlenir.” Cümlesinde diğer maddelerin ben diliyle yazılması ve karışıklığa sebep olmaması adına ben diline çevrildi ve “verilen” kelimesi çıkarıldı. Yedinci madde olan “Ev programı kolay anlaşılır.” maddesi görüşler doğrultusunda “Ev programının kolay anlaşılır bir dilde olmasına dikkat ederim.” şekline çevrildi. Ölçeğin sekizinci maddesi “Ev programının nasıl uygulanacağı bakım verene/danışana gözlem yöntemiyle öğretirim.” ifadesinde anlam eksikliğine sebep olmaması adına “gözlem yapması yöntemiyle anlatırım” olarak değiştirildi. Ölçeğin dokuz, onuncu ve otuz yedinci maddelerinde yer alan “öğretirim” kelimeleri “anlatırım” şeklinde düzenlendi. Ölçeğin malzeme, ekipman ve çevreyle ilişkili sorularından olan on bir, on iki ve on üçüncü maddelerinde uzman

görüşleri doğrultusunda ifade değişiklikleri yapıldı ve birinci tekil şahıs cümleleri olarak yeniden düzenlendi. Ölçeğin on altıncı maddesi olan “Ev programı duygusal bir yük (stres vb.) içerir.” cümlesi “Ev programı stres ve kaygı gibi duygusal bir yük içerir.” şeklinde değiştirildi. Yirminci madde olan “Ev programı bakım verenin şikayetleri arasında olmayan ancak terapistin fark ettiği problemleri de kapsar.” cümlesi anlam karışıklığı yaşanmaması adına “Ev programı bakım verenin şikayetlerine ek olarak terapisti olarak benim fark ettiğim problemleri de kapsar.” şeklinde düzenlendi. Yirmi altıncı maddede “Ev programında danışanın hedeflerini belirlerim.” olarak geçen ifade “Ev programında danışanın hedeflerine dikkat ederim.” şeklinde değiştirildi. Otuzuncu maddede “Ev programı ile ilgili sorularda anında destek sağlarım.” şeklinde geçen cümleye “ihtiyaç anında” olarak ekleme yapıldı. Otuz üçüncü maddede “Ev programının kontrollerini düzenli (haftada en az 1 kez) yaparım.” cümlesine karışıklığa sebep olmaması adına “düzenli olarak” şeklinde ekleme yapıldı.

EPNÖ Danışan/bakım veren formu için uzmanlardan alınan görüşler şu şekildedir. Birinci ve ikinci maddelerde daha anlaşılır olması adına cümlelerin başına “terapist tarafından” ifadesi eklendi. Ölçeğin üçüncü maddesi olan “Ev programını uygulama sıklığınız yeterlidir.” cümlesi “Ev programının önerildiği uygulama sıklığı yeterlidir.” olarak düzenlendi. Ölçeğin altıncı maddesi olan “Ev programındaki hedefler bakım veren/danışan ile birlikte belirlenir.” cümlesi alınan uzman görüşleri doğrultusunda “Ev programındaki hedefler terapist ile bakım veren/danışan tarafından birlikte belirlenir.” olarak değiştirildi. Yedinci maddede yer alan “Ev programı kolay anlaşılır.” cümlesi “Ev programı kolay anlaşılır bir dildedir.” olarak yazıldı. Sekizinci madde olan “Ev programının nasıl uygulanacağı gözlem yöntemiyle öğretilir.” cümlesinde geçen “gözlem yöntemi” ifadesi anlaşılabilirliği olumsuz etkilememesi adına “Ev programının nasıl uygulanacağı uygulamalı olarak terapisti gözleme yöntemiyle anlatılır.” olarak düzenlendi. Sekizinci, dokuzuncu, onuncu ve on üçüncü maddelerde geçen “öğretilir” yüklemi “anlatılır” olarak değiştirildi. On ikinci maddede geçen “Ev programı için gereken malzemeler evinizde mevcuttur.” ifadesindeki “evinizde” kelimesi “evde” olarak değiştirildi. Ölçeğin on üçüncü maddesi olan “Gerekli malzeme ve ekipmanın kullanımı öğretilir.” cümlesi anlaşılabilirliği artırmak adına “Ev programında kullanılacak malzeme ve ekipmanın

kullanımı anlatılır.” şeklinde yazıldı. On altıncı maddede “Ev programı duygusal bir yük (stres vb.) içerir.” olarak geçen ifadeye “stres ve kaygı gibi duygusal bir yük” ifadesi eklendi. Yirminci maddede geçen “Ev programı bakım verenin şikayetleri arasında olmayan ancak terapistin fark ettiği problemleri de kapsar.” cümlesi daha anlaşılır olması için “Ev programı bakım verenin şikayetlerine ek olarak terapistin fark ettiği problemleri de kapsar.” olarak düzenlendi. Yirmi altıncı madde olan “Ev programında danışanın hedefleri belirlenir.” cümlesinde yer alan “belirlenir” çıkarılıp “dikkate alınır” ifadesi eklendi. Otuzuncu maddeye “terapist anında destek sağlayabilir.” kısmına “ihtiyaç anında” şeklinde ekleme yapıldı. Otuz üç, otuz dört ve otuz beşinci maddelere ise uzman önerileri ışığında “terapist tarafından” ifadesi dahil edildi.

Pilot Uygulama: Her iki grup için de araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygunluk gösteren farklı 30’ar kişiye ölçeklerin taslak formları uygulandı. Pilot uygulamada katılımcılara soruların dil bilgisi yönünden ve anlamsal açıdan anlaşılabilirlik düzeyleri sorgulandı. Pilot uygulamada terapistlerden oluşan grupta bir kişi beşinci madde olan “Ev programını açıklarken ayırdığım süre yeterlidir.” için dördüncü madde “Ev programını açıklarken uygulanmasını önerdiğim süre yeterlidir.” ile benzer olduğunu, okuyucu yönünden karmaşıklığa neden olduğunu belirtti. Bir terapist ise yirmi beşinci “Ev programında danışanın ihtiyaçlarını belirlerim.” ve yirmi altıncı “Ev programında danışanın hedeflerine dikkat ederim.” maddelerinde anlamsal bir karışıklık olduğunu belirtti. Danışan ve bakım verenlerden oluşan pilot uygulama grubunda ise bir katılımcı on dördüncü madde olan “Ev programının bakım verenin rutinleri ve ev düzenine etkisi değerlendirilir.” cümlesinin yeterince anlaşılır olmadığını belirtti. Dil bilgisi yönünden ise bir katılımcı ifadelerin şimdiki zaman diliyle yazılabileceği önerisinde bulundu. Çoğunluk ölçeği mevcut haliyle beğendiği için herhangi bir değişiklik yapılmamasına karar verildi.

Ölçeğin Uygulanması: Katılımcılara Aydınlatılmış Onam Formları onaylatıldı (EK-3). Uzman görüşleri ve pilot uygulamanın ardından hazırlanan 38 maddelik “EPNÖ Terapist Formu” (n=179) ve “EPNÖ Danışan/bakım veren formu” (n=185) örneklem gruplarına uygulandı.

Test-Tekrar Test Uygulaması: İlk uygulamanın ardından örneklem arasından rastgele seçilen 30'ar kişiye 2 hafta sonra ölçek yeniden uygulandı.

Ölçeğin Geliştirilme Süreci:

Ölçek geliştirme sürecinde öncelikle dil çevirisi ve uzmanlardan alınan görüşler ile KGO ve KGİ değeri hesaplandı ve 38 maddenin uygun olduğuna karar verildi. 38 madde ile geçerli yapının oluşturulabilmesi için öncelikle açımlayıcı faktör analizinin yapıldı ve boyut sınırlaması getirilmediğinde Terapist formu için 11 boyuta, Danışan/bakım veren formu için 8 boyuta ayrıldığı görüldü. Bu nedenle boyut sayısına sınırlamalar getirilerek öncelikle faktör yükü yetersiz olduğu düşünülen (0,320'den az), birden fazla boyuta yüksek oranda yüklenen (yükler arasında 0,10'dan az fark olan) sorular tek tek çıkarılarak bir yapı oluşturuldu. Oluşturulan yapının doğrulayıcı faktör analizi ile tekrar faktör yükleri ve uyum iyiliği değerleri kontrol edildi. Faktör yükü yetersiz ya da başka boyut ve sorularla ilişkisi yüksek olan soruların uyum iyiliği değerlerinin yetersiz kalması nedeniyle yapıdan çıkarılmasına karar verildi. Ardından ölçeğin son halini oluşturan yapıda açımlayıcı faktör analizi içinde KMO değeriyle örneklem bilgisinin, Bartlett testi ile sorular arasındaki ilişkinin, varyans açıklama oranı ve öz değerlerle yapının yeterliliğinin, faktör yükleri ile ise soruların boyutlar için uygun olduğunun kararı verildi. Son olarak yapının doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının (uyum iyiliği değerlerinin) ve güvenilirlik sonuçlarının (Cronbach alfa, madde toplam korelasyon değerleri) uygun olduğu görülerek ölçeğin formlarının son hali verildi.

3.3. Değerlendirme Araçları

Çalışmada yer alan katılımcıların kişisel bilgilerini almak adına her iki grup için de ayrı ayrı hazırlanan sosyodemografik formlar uygulandı.

3.3.1. Sosyodemografik Form (Terapistler İçin)

Katılımcı terapistlerden bilgi almak amacıyla hazırlandı. Bu form; terapistin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, çalıştığı kurum türü, çalışma kıdemi, danışanlarına ev programı verme durumu ve ev programı yenileme sıklığına yönelik soruları içermektedir (EK-4).

3.3.2. Sosyodemografik Form (Danışan/Bakım Veren İçin)

Katılımcı danışanın kendisinden, eğer katılımcı çocuk veya kendisi cevaplayamayacak durumda bir kişi ise bakım vereninden bilgi almak amacıyla hazırlandı. Form; yaş, cinsiyet, tanı, terapi alma nedeni, eğitim durumu, meslek gibi kişisel bilgileri sorgulamakla birlikte terapi sürecine yönelik soruları da içermektedir. Bunlar; terapi hizmeti alma durumu, hangi terapi hizmetini aldığı, haftada kaç seans aldığı, ne kadar süredir terapiye devam ettiği, ev programı verilme durumu, ne kadar süredir ev programı uyguladığı, danışanın programı kiminle uyguladığı (kendi başına, anne/baba, eş, akraba, bakıcı vb.), ev programını haftada kaç gün uyguladığı, bir günde ev programına ne kadar zaman ayırdığı ve terapistin ev programını ne sıklıkla yenilediği şeklindedir (EK-5).

3.3.3. Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği (EPNÖ)

Ölçek, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ergoterapi Bölümü'nde geliştirilmiştir. EPNÖ Terapist Formu, verilen ev programının niteliğini değerlendirmek için terapistler tarafından, EPNÖ Danışan/bakım veren formu, danışan/bakım veren tarafından doldurulan bir ölçektir. Ev programında malzeme, ekipman kullanımı, programın danışanın ve bakım verenin rutin ve düzenine olan uyumu, bakım verenin beklentileri, bakım verenin bilgi ve beceri düzeyi, bakım verenin çalışma süreleri, ev programının kapsadığı problem alanları, danışanın hedefleri ve ilgi alanları, danışanın aldığı diğer hizmetler, terapistin ev programını kontrol etmesi ve düzenli yenilemesi ile ilgili maddeler içermektedir (EK-6 ve EK-7). Terapist Formu, 11 maddeden; danışan/bakım veren formu, 8 maddeden oluşmaktadır ve “uygun değil”, “az uygun”, “uygun” ve “çok uygun” şeklinde 1-4 arası puanlanan likert türdedir.

3.4. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS Statistics 23 ve IBM SPSS AMOS 23 programlarına aktarılarak tamamlandı. Çalışma verileri için hesaplamalar yapılırken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verildi. Ölçek geçerliliği için açılımlayıcı faktör

analizi ve doğrulayıcı faktör analizi, güvenilirlik analizi için ise Cronbach alfa değeri hesaplanmasından yararlandı. Ölçek ve boyutlar arasındaki ilişkinin hesaplanması amacıyla Pearson korelasyon analizinden yararlandı. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edildi.

3.4.1. Kapsam (İçerik) Geçerliliği

Kapsam geçerliliği, ölçülmek istenen tutum ve davranışın yer alan maddeler ile ne derece temsil edildiğini ortaya koymaktadır. Ölçek geliştirme çalışmalarında uzmanlar, hedef kitledeki katılımcıların temsilcisi olanlara kıyasla daha sık tercih edilmektedir (100). Uzmanlar, geliştirilen ölçeğin içerdiği maddelerin istenilen alanı yeterince temsil edip etmediğini belirlemek amacıyla değerlendirirler. Uzman görüşleri alınacak kişilerin, madde havuzunu geliştiren araştırmacılardan farklı kişiler olması önerilmektedir (101).

Uzmanlardan, ölçekte yer alan her bir maddenin ölçme düzeyini (1=Uygun değil, 2=İfadenin uygun şekle getirilmesi gerekiyor, 3=Uygun, ancak ifade için ufak değişiklik gerekiyor, 4=Çok uygun) olarak değerlendirmeleri istendi. Toplam 10 uzmandan gelen görüşlerin değerlendirilmesinde, 3 ve 4 ile değerlendirilen soru sayısının toplam uzman sayısına oranı hesaplanarak her bir madde için kapsam geçerliği oranı (KGO) belirlendi. Ardından, hesaplanan KGO değerlerinin ortalaması hesaplandı ve kapsam geçerliği indeksi (KGİ) belirlendi. Bu indeks değeri her bir madde için alandaki uzmanların, o maddenin ölçek için gereklilik düzeyi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır (82).

3.4.2. Yapı Geçerliliği

Her iki ölçek için ayrı ayrı açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi hesaplandı. Faktör çıkarma yöntemi olarak “Temel Bileşenler Yöntemi” tercih edildi. Faktör sayısına ilişkin bir sınırlandırma getirilmedi. Faktör yükü 0,500 üzerindeki ifadelerin yer alması sağlandı. Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi ve Bartlett Küresellik Testi kullanıldı.

İlk aşamada, tek faktör-boyutun gizil bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli oluşturuldu. İkinci

aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı koşullarda bile güvenilir sonuçlar veren “maximum likelihood” yöntemi tercih edildi, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlandı. Modelin uyum iyiliğini test etmek için ki-kare istatistiği (χ^2/df), Uyum iyiliği indeksi (GFI), Tucker-Lewis indeksi (TLI), Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), artımlı uyum indeksi (IFI), Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması (RMSEA) ve standartlaştırılmış ortalama hataların karekökü (SRMR) kullanıldı.

3.4.3. Güvenirlilik Analizleri

Güvenirlilik, bir çalışmada elde edilen bilgilerin doğruluğu ve tutarlılığı anlamına gelmektedir ve farklı zamanlarda tekrarlanan ölçümlerdeki tutarlılığın göstergesidir. Cronbach’s Alfa katsayısı iç tutarlılığı değerlendirmek için en yaygın kullanılan istatistiksel yöntemdir. Aynı yapıyı ölçen maddelerin birbiriyle ilişkili olması gerektiği varsayımına dayanmaktadır (102). Cronbach Alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme kriterleri incelendiğinde; $0,00 \leq \alpha \leq 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir, $0,40 \leq \alpha \leq 0,60$ ise ölçek düşük güvenirliliktir, $0,60 \leq \alpha \leq 0,80$ ise oldukça güvenilirdir, $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (102).

3.4.4. Test-Tekrar Test Analizi

Ölçüm aracının, tekrarlanan uygulamalar arasında tutarlı sonuçlar verebilme gücüdür. En az 30 kişiden oluşan örneklem ile 2-6 hafta arasında değerlendirme yöntemi tekrarlanarak iki ölçüm puanı arasında fark olup olmadığına bakılmaktadır ve iki ölçüm arası anlamlı bir fark olmaması beklenmektedir (103). Test tekrar test için kullanılan Intraclass correlation coefficient (ICC)-Sınıf içi korelasyon katsayısı, test-tekrar test, puanlayıcı ve yorumlayıcılar arası güvenirlilik analizlerinde yaygın olarak kullanılan bir güvenirlilik indeksidir. ICC, ölçümler arasındaki hem korelasyon hem de anlaşma derecesini yansıtmaktadır. ICC değerinin 0,5’ten az olması düşük güvenirlilik, 0,5-0,75 arası orta derecede güvenirlilik, 0,75- 0,9 olması iyi bir

güvenilirlik, 0,9'dan büyük olması mükemmel bir güvenilirlik olarak yorumlanabilmektedir (104).

3.4.5. Ölçeğin Puanlanması

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda her iki ölçek formunda da olumsuz ifadeler elendiği için ters çevrilerek puanlamaya gerek kalmadı. Bu nedenle alınan puan toplanarak genel puan elde edildi. Ölçek maddelerine verilen yanıtlar “uygun değil, az uygun, uygun ve çok uygun” şeklindeydi. “Uygun değil” 1 puan, “çok uygun” 4 puan olarak hesaplanacak şekilde oluşturuldu. Ölçekten alınan puan arttıkça, ev programının niteliğinin arttığı anlaşılmalıdır. Her iki grup için de ölçek toplam puanlarına ilişkin veriler bulgular bölümünde detaylı verildi.

4. BULGULAR

Ev programlarının niteliğinin terapist ve danışan/bakım veren tarafından değerlendirilmesi için yapılan bu ölçek geliştirme çalışmasında, terapist grubu 179 birey, danışan/bakım veren grubu için 185 birey dahil edildi.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Terapist Grubu'na Ait Sosyodemografik Özellikler

Terapistlerin yer aldığı grupta %65 (n=179) 117 kadın, %35 (n=62) erkek katılımcı vardı. Grubun yaş ortalaması $26,0 \pm 3,1$ yıldır. Katılımcıların eğitim düzeyleri %68 (n=121) lisans, %31 (n=56) yüksek lisans ve %1 (n=2) doktora düzeyi şeklindeydi. Meslek alanları ise %67 (n=119) ergoterapist, %17 (n=31) dil ve konuşma terapisti ve %16 (n=29) fizyoterapist şeklindeydi. Katılımcıların çalıştığı kurumlar ise %45 (n=80) özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri, %38 (n=68) danışmanlık merkezleri ve %17 (n=31) hastane olarak sınıflandırıldı.

Katılımcıların %78'i (n=139) 0-4 yıl arası deneyime, %16'sı (n=29) 5-9 yıl arası deneyime ve %6'sı (n=11) 10-14 yıl arası deneyime sahipti. Çalışmaya katılım gösteren terapistlerin ev programı verirken yenileme sıklıkları sorguladığında, terapistlerin %51'inin (n=91) haftada bir kez, %14'ünün (n=25) iki haftada bir kez, %24'ünün (n=44) ayda bir kez ve %11'inin (n=19) ayda bir kereden daha uzun sürede yenilediklerini belirttiler. Terapistlerin sosyodemografik verilerine ait bilgiler Tablo 4.1'de görülmektedir.

Tablo 4.1. Terapist grubuna ait sosyodemografik özellikler

| Değişkenler | Kategoriler | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------|
| Cinsiyet | Kadın | 117 | 65,37 |
| | Erkek | 62 | 34,63 |
| Eğitim Düzeyi | Lisans | 121 | 67,60 |
| | Yüksek Lisans | 56 | 31,29 |
| | Doktora | 2 | 1,11 |
| Meslek | Ergoterapist | 119 | 66,48 |
| | Dil ve Konuşma Terapisti | 31 | 17,32 |
| | Fizyoterapist | 29 | 16,20 |
| Çalışılan Kurum | Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi | 80 | 44,69 |
| | Danışmanlık Merkezleri | 68 | 38 |
| | Hastane | 31 | 17,31 |
| | | | |
| Çalışma Deneyimi | 0-4 Yıl Arası | 139 | 77,65 |
| | 4-9 Yıl Arası | 29 | 16,20 |
| | 10-14 Yıl Arası | 11 | 6,15 |
| Ev Programı Yenileme Sıklığı | Haftada Bir Kere | 91 | 50,84 |
| | İki Haftada Bir Kere | 25 | 13,97 |
| | Ayda Bir Kere | 44 | 24,58 |
| | Ayda Bir Kereden Daha Uzun | 19 | 10,61 |

4.1.2. Danışan/Bakım Veren Grubu'na Ait Sosyodemografik Özellikler

Danışan ve bakım verenlerin yer aldığı grupta %45 (n=84) kadın, %55 (n=101) erkek katılımcı vardı. Ev programı alan bireylerin yaş ortalaması ise $16,5 \pm 15,74$ yıldır. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde %46'sının (n=85) çocuk danışanlar olması sebebiyle henüz eğitim almadıkları, %20'sinin (n=18) ilkokul düzeyinde, %7'sinin (n=13) ortaokul düzeyinde, %11'inin (n=20) lise düzeyinde ve %26'sının (n=49) lisans eğitimi düzeyinde eğitime sahip olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Hizmet aldıkları terapi türü sorguladığında %56'sının (n=104) ergoterapi, %27'sinin (n=50) fizyoterapi ve %17'sinin (n=31) dil ve konuşma terapisi hizmeti aldığı öğrenildi. Aldıkları bu terapi hizmetleri incelendiğinde bir hafta içinde terapi hizmeti alma sıklıkları 1 ila 5 gün arasında değişmekte olduğu ve %30'luk oran ile (n=55) çoğunluğun haftada 2 gün, %28'inin (n=52) haftada 1 gün ve % 23'ünün (n=43) haftada 3 gün terapi aldıkları belirlendi. Terapi hizmetine devam ettikleri süreler sorulduğunda 1 aydan az, 1-3 ay, 3-6 ay, 6-12 ay ve 1 yıldan fazladır cevapları alındı, %28'inin (n=51) 1 ila 3 aydır ve %24'ünün (n=45) 1 aydan daha az süredir devam ettiği görüldü.

Ev programı süreçleri sorgulandığında, verilen ev programlarını haftada 1 ila 7 gün arası uyguladıkları görüldü. Bunların içinde %22'sinin (n=40) haftada 4, %21'inin (n=39) haftada 2 ve %19'unun (n=35) haftada 7 gün uyguladıkları görüldü. Ev programını uygulamaya ne kadar zamandır devam ettikleri incelendiğinde 1 aydan az, 1-3 ay, 3-6 ay, 6-12 ay ve 1 yıldan fazladır cevapları kaydedildi. Bu cevapların içinden %30 ile (n=56) 1 aydan daha az ve %27 ile (n=49) 1-3 aydır devam edenlerin çoğunlukta olduğu görüldü. Ev programını uygulamak için gün içinde ayrılan süreler bakıldığında ise katılımcıların %43'ünün (n=80) günde 30 dakikadan daha az, %37'sinin (n=69) 30 ila 45 dakika arasında, %10'unun (n=19) 45 dakika ila 1 saat arasında ve %9'unun (n=17) günde 1 saatten fazla vakit ayırdıkları belirlendi. Danışanın ev programını kiminle uyguladığı incelendiğinde ise %38 oran ile (n=70) çoğunluğun kendi başına uyguladığı belirlendi. Bununla beraber %35 oran ile (n=64) danışanların sadece annesi ile, %11 oran ile (n=20) anne-baba birlikte, %10 oran ile (n=18) anne-baba ve büyükanne-büyükbaba ile, %4 oran ile (n=7) anne-baba ve kardeş ile ve %3 oran ile (n=6) hem kendi başına hem de annesi ile birlikte uyguladıkları belirlendi. Ancak sadece baba ile ev programını uygulayan danışan tespit edilemedi (n=0).

Terapistlerinin ev programı yenileme sıklıkları incelendiğinde %29'unun (n=72) haftada bir kere, %37'sinin (n=69) iki haftada bir kere, %14'ünün (n=26) ayda bir kere ve %10'unun (n=18) ayda bir kereden daha uzun sürede programı yenilendiği kaydedildi. Tüm bu veriler Tablo 4.2'de görülmektedir.

Tablo 4.2. Danışan/Bakım veren grubu'na ait sosyodemografik özellikler

| Değişkenler | Kategoriler | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|--|----------------------------|--------------------|------------------|
| Cinsiyet | Kadın | 84 | 45,40 |
| | Erkek | 101 | 54,60 |
| Eğitim Düzeyi | Eğitim Yok (Çocuk danışan) | 85 | 45,95 |
| | İlkokul | 18 | 19,73 |
| | Ortaokul | 13 | 7,02 |
| | Lise | 20 | 10,80 |
| | Lisans | 49 | 26,50 |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 51 | 27,57 |
| | Çalışmıyor | 134 | 72,43 |
| Terapi Çeşidi | Ergoterapi | 104 | 56,22 |
| | Fizyoterapi | 50 | 27,03 |
| | Dil ve Konuşma Terapisi | 31 | 16,75 |
| Terapi Seans Sıklığı (haftalık) | Haftada 1 | 52 | 28,11 |
| | Haftada 2 | 55 | 29,73 |
| | Haftada 3 | 43 | 23,24 |
| | Haftada 4 | 13 | 7,02 |
| | Haftada 5 | 22 | 11,90 |
| Terapi Hizmetine Devam Etme Süresi | 1 aydan az | 45 | 24,32 |
| | 1-3 ay | 51 | 27,57 |
| | 3-6 ay | 27 | 14,60 |
| | 6-12 ay | 26 | 14,05 |
| | 1 yıldan fazla | 36 | 19,46 |
| Ev Programı Uygulama Sıklığı (haftalık) | Haftada 1 gün | 29 | 15,68 |
| | Haftada 2 gün | 39 | 21,08 |
| | Haftada 3 gün | 21 | 11,35 |
| | Haftada 4 gün | 40 | 21,62 |
| | Haftada 5 gün | 8 | 4,32 |
| | Haftada 6 gün | 13 | 7,03 |
| | Haftada 7 gün | 35 | 18,92 |

Tablo 4.2. (Devamı) Danışan/bakım veren grubu'na ait sosyodemografik özellikler

| Değişkenler | Kategoriler | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|--|---|--------------------|------------------|
| Ev Programına Ne Kadar Zamandır Devam Ettikleri | 1 aydan az | 56 | 30,27 |
| | 1-3 ay | 49 | 26,49 |
| | 3-6 ay | 23 | 12,43 |
| | 6-12 ay | 26 | 14,05 |
| | 1 yıldan fazla | 31 | 16,76 |
| Ev Programı İçin Bir Günde Ayrılan Süre | 30 dakikadan daha az | 80 | 43,24 |
| | 30-45 dakika | 69 | 37,30 |
| | 45-60 dakika | 19 | 10,27 |
| | 1 saatten daha fazla | 17 | 9,19 |
| Ev Programını Uygulama Şekli | Kendi başına | 70 | 37,84 |
| | Sadece anne ile birlikte | 64 | 34,60 |
| | Sadece baba ile birlikte | 0 | 0 |
| | Anne ve baba ile birlikte | 20 | 10,81 |
| | Anne-baba ve büyük anne-büyük baba ile birlikte | 18 | 9,73 |
| | Anne-baba ve kardeş ile birlikte | 7 | 3,78 |
| | Hem kendisi hem de annesi ile birlikte | 6 | 3,24 |
| | | | |
| Ev Programı Yenilenme Sıklığı | Haftada bir kere | 72 | 38,92 |
| | İki haftada bir kere | 69 | 37,30 |
| | Ayda bir kere | 26 | 14,05 |
| | Ayda Bir Kereden Daha Uzun | 18 | 9,73 |

4.2. EPNÖ'ye İlişkin Bulgular

Ölçeğin geçerlik analizleri; kapsam geçerliği analizi, açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi ile yapılırken; güvenirlik analizleri, iç tutarlılık ve test-tekrar test analizi yöntemi ile yapıldı.

4.2.1. Kapsam Geçerliği

Geliştirilen ölçeklerin, yönergesi ve maddelerin dil ve ifade açısından anlaşılabilirliği için ülkemizde çeşitli üniversitelerin Ergoterapi, Fizyoterapi ve Dil ve Konuşma Terapisi bölümlerindeki akademisyenlerden görüşler alındı. Buna göre, her iki formun da maddelerini içeren uzman görüş formları hazırlandı. Uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini (1=Uygun değil, 2=İfadenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor, 3=Uygun, ancak ifade için ufak değişiklik gerekiyor, 4=Çok uygun) değerlendirmeleri istendi. Toplam 10 uzmandan gelen görüşlerin değerlendirilmesinde, 3 ve 4 ile değerlendirilen soru sayısının toplam uzman sayısına oranı hesaplanarak her bir maddeye ait kapsam geçerliği oranı (KGO) belirlendi. Bu indeks her bir madde için uzmanların o maddeyi gerekli görüp görmediklerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır (102). Ardından, hesaplanan KGO'ların ortalaması alınarak kapsam geçerliği indeksi (KGİ) hesaplandı. Bu değer, maddelerin uygunluk düzeyi için hesaplandı. Belirlenen değerler uzman sayısına göre minimum KGO değerleri ile kıyaslandı (Tablo 4.3). Uzman sayısı 10 olması sebebiyle 0,62'den büyük olan KGO değerine sahip maddelerin kapsam geçerliğini sağlandığı sonucuna varıldı. Tüm maddelere ait kapsam geçerlilik oranı 0,62'den büyük olduğu için tüm maddelerin ölçekte kalması önerildi. Kapsam geçerlik indeksi (KGİ), $\alpha = 0,05$ düzeyinde anlamlı olan ve nihai forma alınacak maddelerin toplam KGO ortalamaları üzerinden elde edildi.

Tablo 4.3. KGO için minimum değerler tablosu

| Uzman Sayısı | Minimum Değer | Uzman Sayısı | Minimum Değer |
|--------------|---------------|--------------|---------------|
| 5 | 0,99 | 13 | 0,54 |
| 6 | 0,99 | 14 | 0,51 |
| 7 | 0,99 | 15 | 0,49 |
| 8 | 0,78 | 20 | 0,42 |
| 9 | 0,75 | 25 | 0,37 |
| 10 | 0,62 | 30 | 0,33 |
| 11 | 0,59 | 35 | 0,31 |
| 12 | 0,56 | 40+ | 0,29 |

EPNÖ Terapist Formu için hesaplanan KGO değerleri 0,9 ile 1,0 arasındaydı. KGİ değeri 0,9921 olarak hesaplandı (Tablo 4.4). Hesaplanan KGİ>0,67 olduğundan EPNÖ Terapist Formu'nin istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir. Uzman görüşleri doğrultusunda önerilen düzenleme ve değişiklikler yapıldı.

Tablo 4.4. EPNÖ Terapist formu KGO ve KGİ değerleri

| Madde | KGO | Madde | KGO | Madde | KGO |
|--------------|------------|--------------|------------|--------------|---------------|
| s1 | 1,0 | s14 | 1,0 | s27 | 1,0 |
| s2 | 1,0 | s15 | 1,0 | s28 | 1,0 |
| s3 | 1,0 | s16 | 1,0 | s29 | 1,0 |
| s4 | 1,0 | s17 | 1,0 | s30 | 1,0 |
| s5 | 0,9 | s18 | 1,0 | s31 | 1,0 |
| s6 | 1,0 | s19 | 1,0 | s32 | 1,0 |
| s7 | 1,0 | s20 | 1,0 | s33 | 1,0 |
| s8 | 0,9 | s21 | 1,0 | s34 | 1,0 |
| s9 | 1,0 | s22 | 1,0 | s35 | 1,0 |
| s10 | 1,0 | s23 | 1,0 | s36 | 1,0 |
| s11 | 1,0 | s24 | 1,0 | s37 | 1,0 |
| s12 | 1,0 | s25 | 1,0 | s38 | 1,0 |
| s13 | 0,9 | s26 | 1,0 | KGİ | 0,9921 |

EPNÖ Danışan/bakım veren formu için tüm sorularda hesaplanan KGO değerleri 1,0 şeklindeydi. KGİ değeri 0,9974 olarak hesaplandı (Tablo 4.5). Hesaplanan KGİ>0,67 olduğundan EPNÖ Danışan/bakım veren formu'nin istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir.

Tablo 4.5. EPNÖ Danışan/bakım veren formu KGO ve KGİ değerleri

| Madde | KGO | Madde | KGO | Madde | KGO |
|--------------|------------|--------------|------------|--------------|---------------|
| s1 | 1,0 | s14 | 0,9 | s27 | 1,0 |
| s2 | 1,0 | s15 | 1,0 | s28 | 1,0 |
| s3 | 1,0 | s16 | 1,0 | s29 | 1,0 |
| s4 | 1,0 | s17 | 1,0 | s30 | 1,0 |
| s5 | 1,0 | s18 | 1,0 | s31 | 1,0 |
| s6 | 1,0 | s19 | 1,0 | s32 | 1,0 |
| s7 | 1,0 | s20 | 1,0 | s33 | 1,0 |
| s8 | 1,0 | s21 | 1,0 | s34 | 1,0 |
| s9 | 1,0 | s22 | 1,0 | s35 | 1,0 |
| s10 | 1,0 | s23 | 1,0 | s36 | 1,0 |
| s11 | 1,0 | s24 | 1,0 | s37 | 1,0 |
| s12 | 1,0 | s25 | 1,0 | s38 | 1,0 |
| s13 | 1,0 | s26 | 1,0 | KGİ | 0,9974 |

4.2.2. Açıklayıcı Faktör Analizi

Ev programlarının niteliğini değerlendirecek bir ölçek oluşturmak amacıyla yapılan bu çalışmada veriler IBM SPSS Statistic 23 programına aktarıldı. Her iki veri setine öncelikle açıklayıcı faktör analizi uygulandı ve faktör çıkarma yöntemi olarak “Temel Bileşenler Yöntemi” tercih edildi. Faktör sayısına ilişkin bir sınırlandırma getirilmedi. Faktör yükü 0,500 üzerindeki ifadelerin yer alması sağlandı.

Terapistlerin yer aldığı 179 kişilik veri seti için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerinin 0,843 olduğu bulundu. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olduğu görüldü. Bartlett Sphericity testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulunduğu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşıldı ($X^2:833,262$, sd:55, $p<0,001$). Hesaplanan değerler Tablo 4.6’da görülmektedir.

Tablo 4.6. EPNÖ Terapist formu KMO ve Bartlett sonuçları

| | | |
|---------------------------|----------------|---------------|
| Kaise-Meyer-Olkin (KMO) | | 0,843 |
| Bartlett Sphericity Testi | X ² | 833,262 |
| | Sd | 55 |
| | P | 0,000* |

*:p<0,05

Uygulanan faktör analizi sonucunda 38 olan madde sayısı 11'e düştü. Bu 11 maddenin kapsam geçerliliği sonucunda tek faktörde toplandığı ve faktör yüklerinin 0,545-0,839 arasında olduğu (0,500'ün üstünde olduğu) görüldü. Bu tek faktöre ait açıklama oranı, maddelerin dağılımı ve faktör yükleri aşağıda verildi. Bu değerler Tablo 4.7'da yer almaktadır.

Tablo 4.7. EPNÖ Terapist formu ölçek faktörleri

| | Sorular | Yükler | Öz değer | Varyans açıklama oranı |
|--------------------------------|---------|--------|----------|------------------------|
| EPNÖ Terapist Formu | soru24 | 0,839 | 4,927 | 44,792 |
| | soru15 | 0,762 | | |
| | soru29 | 0,711 | | |
| | soru27 | 0,711 | | |
| | soru21 | 0,663 | | |
| | soru14 | 0,646 | | |
| | soru22 | 0,644 | | |
| | soru13 | 0,617 | | |
| | soru38 | 0,598 | | |
| | soru26 | 0,570 | | |
| | soru35 | 0,545 | | |

Danışan ve bakım verenlerin yer aldığı 185 kişilik veri seti Kaise-Meyer-Olkin (KMO) değerinin 0,884 olduğu bulundu. Böylece verilere uygulanacak faktör analizi sonuçlarının yararlı ve kullanılabilir olduğu görüldü. Bartlett Sphericity testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişkiler bulundu ve verilerin faktör analizi uygulamak için uygun olduğu sonucuna ulaşıldı (X²:1331,286, sd:28, p<0,001). Hesaplanan değerler Tablo 4.8'de görülmektedir.

Tablo 4.8. EPNÖ Danışan/bakım veren formu KMO ve Bartlett sonuçları

| | | |
|---------------------------|----------------|---------------|
| Kaise-Meyer-Olkin (KMO) | | 0,884 |
| | X ² | 1331,286 |
| Bartlett Sphericity Testi | Sd | 28 |
| | P | 0,000* |

*:p<0,05

Uygulanan faktör analizi sonucunda 38 olan madde sayısı 8'e düştü. Bu 8 maddenin kapsam geçerliliği sonucunda tek faktörde toplandığı ve faktör yüklerinin 0,714-0,952 arasında olduğu (0,500'ün üstünde olduğu) görüldü. Bu tek faktöre ait açıklama oranı, maddelerin dağılımı ve faktör yükleri aşağıda verildi. Bu değerler Tablo 4.9'da verilmektedir.

Tablo 4.9. EPNÖ Danışan/bakım veren formu ölçek faktörleri

| | Sorular | Yükler | Öz değer | Varyans açıklama oranı |
|--------------------------------------|---------|--------|----------|------------------------|
| EPNÖ Danışan/bakım veren formu | soru19 | 0,952 | 5,583 | 69,793 |
| | soru30 | 0,913 | | |
| | soru20 | 0,901 | | |
| | soru12 | 0,813 | | |
| | soru38 | 0,798 | | |
| | soru21 | 0,793 | | |
| | soru22 | 0,771 | | |
| | soru34 | 0,714 | | |

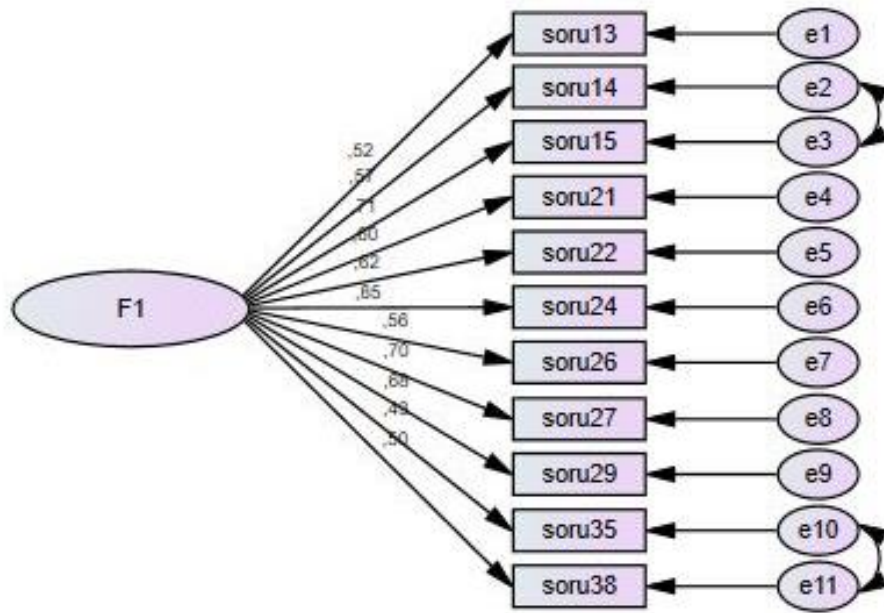
EPNÖ Terapist Formu için toplam varyansın %44,792'sini açıklarken Danışan/bakım veren formu için %69,793'ünü açıklamaktaydı. Öz değerler faktör yüklerinin karelerinin toplamıdır. Bu toplamlar her boyut için 1'den büyük olması bu boyut altında toplanan soruların birlikte bu boyutu açıklayabilmek için yeterli olduğunun göstergesidir. EPNÖ hem terapist formu hem danışan/bakım veren formu ölçek boyutuna ait öz değerleri 1'den büyük olduğu görülmektedir.

4.3. Doğrulayıcı Faktör Analizi

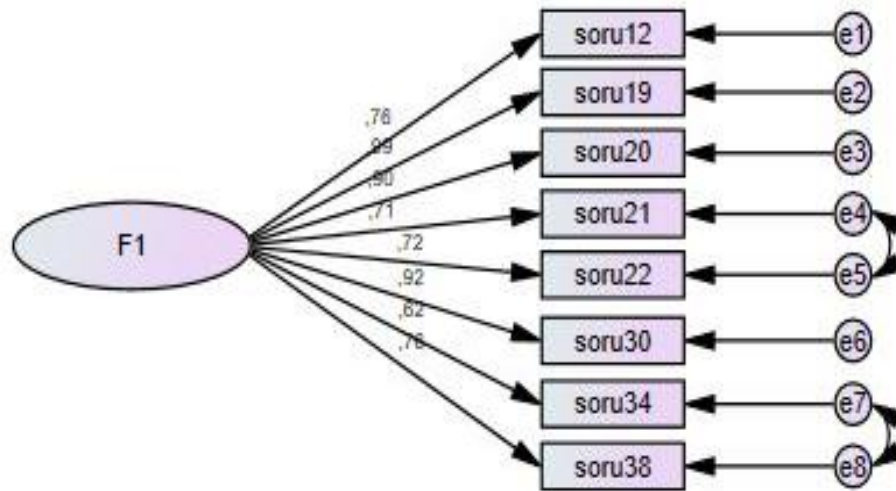
4.3.1. EPNÖ Terapist Formu ve Danışan/Bakım Veren Formu İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi için Terapist ve Danışan/bakım veren gruplarına ait veri setine IBM SPSS AMOS 23 programı uygulandı. İlk aşamada, tek faktör-boyutun gizil bu faktörleri oluşturan ifadelerin de gösterge değişken olarak yer aldığı 1. dereceden DFA modeli Şekil 4.3 ve 4.4'te oluşturuldu. Gizil değişken metrik olmadıkları için parametre değerlerini tahmin edebilmek için gizil değişkenlerden, gözlenen (gösterge) değişkenlere doğru çizilen yollardan birine 1 değeri atanması (faktör yükünün 1'e eşitlenmesi) veya gizil değişkenin varyansına bir değer atanması (genelde 1) sağlanmalıdır (115, 129).

İkinci aşamada, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren maximum likelihood yöntemi kullanıldı, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gizil değişkenlerin varyansları ve gizil değişkenlerden gözlenen değişkenlere doğru çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlandı. Uyum indekslerinin iyileştirilmesi için en yüksek modification indices değerine sahip olan EPNÖ Terapist Formu'de "soru14" ve "soru15", "soru35" ve "soru38" sorularının hata terimleri arasında iki yönlü ilişki kuruldu (Şekil 4.3). EPNÖ Danışan/bakım veren formu'de "soru21" ve "soru22", "soru34" ve "soru38" sorularının hata terimleri arasında iki yönlü ilişki kuruldu (Şekil 4.4).



Şekil 4.3. EPNÖ terapist formu tek boyutlu 1. dereceden DFA modeli



Şekil 4.4. EPNÖ danışan/bakım veren formu tek boyutlu 1. dereceden DFA modeli

Son aşamada ise tek boyutlu 1. dereceden oluşturulan DFA modeli için uyum indeksleri incelendi. Elde edilen bulgular incelendiğinde, EPNÖ Terapist Formu'nin 11 ifadeden oluşan tek faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görüldü. Burada 13., 14., 15., 21., 22., 24., 26., 27., 29., 35. ve 38. sorular kaldı, bunlar sırasıyla 1'den 11'e kadar yeniden numaralandırıldı. EPNÖ Danışan/bakım veren formu'nin 8

ifadeden oluşan tek faktörlü yapısının genel olarak iyi uyum sağladığı görüldü. Bu form için 12., 19., 20., 21., 22., 30., 34. ve 38. sorular kaldı. Bu sorular sırayla 1'den 8'e kadar yeniden numaralandırıldı.

Doğrulayıcı faktör analizi daha önceden tanımlanmış ve sınırlandırılmış bir yapının, bir model olarak doğrulanıp doğrulanmadığının test edildiği bir analizdir (95). Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarını geçerli kabul edebilmek için modele ait uyum iyiliği indekslerinin yeterlilik göstermesi gerekmektedir. Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI) ve Fazlalık Uyum İndeksleri'nin (Incremental Fit Index, IFI) 0,90'dan büyük değerlerde olması yeterli düzeyde uyumun olduğu, değerlerin 0'a yaklaşmasının kötü, 1'e yaklaşmasının mükemmel uyum gösterdiği, Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü (Standardized Root Mean Square Residuals, SRMR) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü'nün (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) ise 0,05'ten küçük olmasının iyi uyumu, 0,10'in altında olması ise kabul edilebilir bir uyum iyiliğini, ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranının ise 5'in altında olmasının iyi uyumu gösterdiği belirtilmektedir (95).

EPNÖ Terapist Formu'den elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, $\chi^2/df=2,664$, RMSEA= 0,097, SRMR= 0,06, TLI=0,886, GFI= 0,909, CFI= 0,913 ve IFI= 0,914 olarak bulundu. SRMR, GFI, CFI, IFI indeksleri kabul edilebilir uyum; χ^2/df mükemmel uyum değerlerine sahip olduğunu göstermektedir. EPNÖ Danışan/bakım veren formu'nin uyum indekslerine bakıldığında, $\chi^2/df= 3,370$, RMSEA= 0,113, SRMR= 0,027, TLI=0,950, GFI= 0,929, CFI= 0,968 ve IFI= 0,968 olarak bulundu. χ^2/df , GFI, TLI indeksleri kabul edilebilir uyum; SRMR indeksi mükemmel uyum değerlerine sahip olduğunu göstermektedir. Bu değerler, Tablo 4.10 ve 4.11'de verilmektedir.

Tablo 4.10. EPNÖ Terapist formu uyum iyiliği indeksleri

| İndeksler | İyi Uyum | Kabul Edilebilir Uyum | Sonuçlar |
|-------------|---------------------------|-----------------------------|----------|
| χ^2/df | $0 \leq \chi^2/df \leq 3$ | $3 \leq \chi^2/df \leq 4$ | 2,664 |
| GFI | $0,95 \leq GFI \leq 1$ | $0,90 \leq GFI \leq 0,95$ | 0,909 |
| TLI | $0,95 \leq TLI \leq 1$ | $0,90 \leq TLI \leq 0,95$ | 0,886 |
| CFI | $0,95 \leq CFI \leq 1$ | $0,90 \leq CFI \leq 0,95$ | 0,913 |
| IFI | $0,95 \leq IFI \leq 1$ | $0,90 \leq IFI \leq 0,95$ | 0,914 |
| RMSEA | $0 \leq RMSEA \leq 0,05$ | $0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$ | 0,097 |
| SRMR | $0 \leq SRMR \leq 0,08$ | $0,05 \leq SRMR \leq 0,10$ | 0,060 |

χ^2/df : ki-kare istatistiği; RMSEA: Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması; GFI: Uyum iyiliği indeksi; AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi; CFI: Karşılaştırmalı uyum indeksi; IFI: artımlı uyum indeksi; TLI: Tucker-Lewis indeksi; SRMR: standartlaştırılmış ortalama hataların karekökü

Tablo 4.11. EPNÖ Danışan/bakım veren formu uyum iyiliği indeksleri

| İndeksler | İyi Uyum | Kabul Edilebilir Uyum | Sonuçlar |
|-------------|---------------------------|-----------------------------|----------|
| χ^2/df | $0 \leq \chi^2/df \leq 3$ | $3 \leq \chi^2/df \leq 4$ | 3,370 |
| GFI | $0,95 \leq GFI \leq 1$ | $0,90 \leq GFI \leq 0,95$ | 0,929 |
| TLI | $0,95 \leq TLI \leq 1$ | $0,90 \leq TLI \leq 0,95$ | 0,950 |
| CFI | $0,95 \leq CFI \leq 1$ | $0,90 \leq CFI \leq 0,95$ | 0,968 |
| IFI | $0,95 \leq IFI \leq 1$ | $0,90 \leq IFI \leq 0,95$ | 0,968 |
| RMSEA | $0 \leq RMSEA \leq 0,05$ | $0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$ | 0,113 |
| SRMR | $0 \leq SRMR \leq 0,08$ | $0,05 \leq SRMR \leq 0,10$ | 0,027 |

χ^2/df : ki-kare istatistiği; RMSEA: Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması; GFI: Uyum iyiliği indeksi; AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi; CFI: Karşılaştırmalı uyum indeksi; IFI: artımlı uyum indeksi; TLI: Tucker-Lewis indeksi; SRMR: standartlaştırılmış ortalama hataların karekökü

Bu durumda EPNÖ Terapist ve Danışan/Bakım veren formlarının kabul edilebilir özelliklerde oldukları söylenebilir.

4.4. Güvenirlik Sonuçları

Ölçek güvenirliliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri iç tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. Her bir boyut için Cronbach's alfa değeri hesaplandı. Madde-toplam puan korelasyon katsayısı 0,30'un altında ise (eğer örneklem 400 veya daha fazla ise 0,20 de kabul edilmektedir) bu maddelerde ciddi bir sorun olduğu düşünülür ve bu maddeler ölçekten çıkartılabilir. Madde toplam puan

korelasyon katsayısının 0,30 ve üzeri olması güvenilirlik için iyi olarak yorumlanır. Ancak bu değerin altında bulunan maddeleri elemek için tek başına kullanılmamakta, maddenin cronbach alfa katsayısı üzerine etkisi değerlendirilerek karar verilmektedir (89, 90, 94).

4.4.1. EPNÖ Terapist ve Danışan/Bakım Veren Formu Güvenirlik Sonuçları

Analizlerin sonuçlarına göre Terapist Formu için en düşük 0,467 iken, Danışan/bakım veren formu için ise 0,641 çıktı. Bu çalışmada hiçbir maddenin madde toplam puan korelasyonu 0,30'un altında bulunmadı. Ayrıca yapılan madde analizinde herhangi bir madde silindiğinde cronbach alfa değerini önemli derecede değiştirmedeği için ölçekten hiçbir maddenin çıkartılmamasına karar verildi. Elde edilen sonuçlar Tablo 4.12 ve 4.13'te verilmektedir.

Tablo 4.12. EPNÖ Terapist formu güvenilirlik sonuçları

| Boyutlar | Sorular | Madde-toplam korelasyon | Madde çıkarıldığında Cronbach Alfa | Cronbach alfa |
|----------------------------|---------|-------------------------|------------------------------------|---------------|
| EPNÖ Terapist Formu | soru13 | 0,529 | 0,860 | 0,868 |
| | soru14 | 0,545 | 0,859 | |
| | soru15 | 0,675 | 0,849 | |
| | soru21 | 0,573 | 0,856 | |
| | soru22 | 0,549 | 0,860 | |
| | soru24 | 0,767 | 0,842 | |
| | soru26 | 0,467 | 0,865 | |
| | soru27 | 0,614 | 0,854 | |
| | soru29 | 0,629 | 0,852 | |
| | soru35 | 0,476 | 0,865 | |
| soru38 | 0,525 | 0,860 | | |

Tablo 4.13. EPNÖ Danışan/bakım veren güvenilirlik sonuçları

| Boyutlar | Sorular | Madde- toplam korelasyon | Madde çıkarıldığında Cronbach Alfa | Cronbach alfa |
|--|---------|--------------------------------|--|---------------|
| EPNÖ Danışan/ Bakım Veren Formu | soru12 | 0,748 | 0,927 | 0,932 |
| | soru19 | 0,922 | 0,911 | |
| | soru20 | 0,861 | 0,917 | |
| | soru21 | 0,727 | 0,926 | |
| | soru22 | 0,699 | 0,929 | |
| | soru30 | 0,870 | 0,916 | |
| | soru34 | 0,641 | 0,935 | |
| | soru38 | 0,737 | 0,925 | |

4.5. Test-Tekrar Test Analizleri

Test-tekrar test güvenirligi, ölçme aracının tüm uygulamalarda tutarlı sonuçlar verebilme ve zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Literatürde iki uygulama arasında iki ile dört haftalık bir zaman farkının olması ve en az 30 kişilik bir gruba uygulanması önerilmektedir (103).

Bu araştırmada, ölçeğin zamana karşı değişmezlik gücünü tespit etmek amacıyla test-tekrar test yöntemi kullanıldı. Geliştirilen ölçek 30 kişiye aynı koşullar altında 2 hafta arayla iki kez uygulandı. Geliştirilen ölçeğin test-tekrar test güvenirligi için yapılan iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplandı.

Bu çalışmadaki testin tekrarında 2 hafta ara ile aralıklı yöntem kullanıldı. Ölçeğin ilk ve ikinci ölçümden tespit edilen puan ortalaması arasındaki fark bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırıldı. Ayrıca tekrarlayan iki ölçümdeki ölçek puanları arasındaki uyum, ICC ile değerlendirildi. İki hafta ara ile uygulanan iki ölçümün toplamları arasındaki korelasyonun istatistiksel anlamda pozitif, çok güçlü ve anlamlı olduğu tespit edildi (Terapist Formu: $r=0,994$; $p<0,001$; Danışan/bakım veren formu: $r=0,998$; $p<0,001$). İlk ve ikinci ölçüm puanları arasında fark olmaması, iki ölçümden elde edilen sonuçların benzer olduğunu, benzer olması ise ölçeğin tutarlı ölçtüğünü ve güvenilir olduğunu belirtmektedir.

Sonuç olarak, tekrarlanan her iki testte de test-tekrar test sonuçlarının benzer olması her iki ölçeğin de güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçeklerin tekrarlı uygulamalardan elde edilen sonuçlarının birbiriyle uyumlu olması, zamana karşı değişmezliğinin bir göstergesidir. İlk ve ikinci uygulama sonuçları arasındaki tutarlılık, ICC ile değerlendirildiğinde, elde edilen değer en az 0,70 (%70) olması istenmektedir. ICC değerinin 0,5'ten az olması düşük güvenilirlik, 0,5-0,75 arası orta derecede güvenilirlik, 0,75- 0,9 olması iyi bir güvenilirlik, 0,9'dan büyük olması mükemmel bir güvenilirlik olarak yorumlanabilmektedir (104). Bu araştırmada EPNÖ Terapist Formu'nun zamana göre değişmezlik güvenilirliğinin 0,998 olduğu, EPNÖ Danışan/bakım veren formu'nun 0,990 olduğu ve her iki ölçeğin de mükemmel düzeyde uyumu olduğunu ve ölçeklerin güvenilir olduğu ortaya konuldu. Hesaplanan değerler Tablo 4.14'te verilmektedir.

Tablo 4.14. Test-tekrar test bulguları

| | ICC | 95% Güven aralığı | | p |
|----------------------------------|-------|-------------------|-----------|---------------|
| | | Alt sınır | Üst sınır | |
| Terapist Formu | 0,998 | 0,996 | 0,999 | 0,000* |
| Danışan/bakım veren formu | 0,990 | 0,979 | 0,995 | 0,000* |

*: $p < 0,05$

| | | Son test | |
|----------------|---|---------------|---------------------|
| | | Terapist | Danışan/Bakım veren |
| Ön test | r | 0,994 | 0,998 |
| | p | 0,000* | 0,000* |
| | N | 30 | 30 |

4.6. EPNÖ Ölçek Puanları

Geliştirdiğimiz EPNÖ Terapist ve Danışan/Bakım Veren formlarının hesaplanan ölçek puanlarına ilişkin veriler incelendi. Terapist ve Danışan/bakım veren formu için elde edilen ölçek verileri Tablo 4.15'te verildi.

Tablo 4.15. EPNÖ ölçek puanları verileri

| EPNÖ | N | Ort | SS | Min | Max |
|---------------------------|----------|------------|-----------|------------|------------|
| Terapist Formu | 179 | 38,94 | 5,05 | 17 | 44 |
| Danışan/Bakım Veren Formu | 185 | 24,99 | 7,23 | 10 | 32 |

5. TARTIŞMA

Rehabilitasyon sürecinde danışanlara verilen ev programlarının niteliğini değerlendiren bir ölçek geliştirmek ve bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini araştırmak amacıyla yaptığımız bu çalışmada, geliştirilen ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu belirlendi. Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği (EPNÖ)'nin, ev programının niteliğini değerlendirmek için uygun bir ölçek olduğu anlaşıldı. Böylece, geliştirilen bu ölçek ile terapistler, ev programı hazırlarken hazırladıkları programın niteliğini kontrol edebilecek; araştırmacılar, araştırmalar sırasında verilen ev programının niteliğini ölçebilecek ve bunların yanı sıra danışanlar, ev programı ile ilgili geribildirim sağlayabileceklerdir.

Ev programları, rehabilitasyon süreçlerinde terapi uygulamalarının etkinliğini desteklemek amacıyla kullanılan araçlardır ve terapi sürecindeki hedeflere ulaşabilmeyi kolaylaştırması nedeniyle büyük öneme sahiptir (11, 61, 67). Terapist tarafından verilen ev programlarının danışan için faydası o ev programının etkililiğine bağlıdır (13). Ev programlarının belirli bir standardı olmamakla beraber literatürde belirtilen birtakım özellikleri mevcuttur. Öncelikle, ev programlarının danışan ve bakım verenin yaşamına uyumlu olması gerekir. Ev programı hem danışanın hem de bakım verenin yaşantısına, rutinine ve bağlamına uygunluk düzeyi, ev programının uygulanabilirliği o oranda artırır (11, 12, 21,22, 26). Ayrıca, ev programının danışanın yaşantısına göre esneyebilir ve değiştirilebilir şekilde hazırlanması önemlidir (8, 14). Danışanın ev programı aracılığıyla desteklenmesi sürecinde bakım verenin durumu göz önüne alınmalıdır (15). Terapistin ev programlarını düzenli kontrol etmesi ve bakım verenler ve danışana destek veren diğer profesyoneller ile iş birliği içinde olması gereklidir (17, 62). Ev programlarının uygulanabilirliğini etkileyen faktörlerin göz önünde bulundurularak hazırlanması, ev programının etkilerini artırır. Bu nedenle, mevcut çalışmada geliştirilen bu ölçek, yukarıda bahsi geçen faktörler ışığında hazırlanmış olup, terapist ve danışan/bakım verenlere yardımcı olacaktır.

Literatürde ev programlarını sıklıkla terapi sürecine dahil eden sağlık alanlarının ergoterapi, fizyoterapi ve dil ve konuşma terapisi alanlarından terapistler olduğu belirlendi (11, 24, 27, 28, 42, 61, 70, 74, 80). Bu nedenle terapist grubu için

çalışmaya ergoterapist, fizyoterapist ve dil ve konuşma terapistlerinin dahil edilmesine çalışmanın daha en başında karar verildi. Terapist katılımcıların terapi sürecinde ev programı veriyor olması dahil edilme kriterleri arasındaydı. Danışan/bakım verenler ise bu profesyonellerden terapi hizmeti alan bireyler arasından seçilecekti. Buna göre çalışmanın dahil edilme kriterleri hazırlandı.

Ölçeğin madde havuzu oluşturulurken; rehabilitasyon sürecinde verilen ev programlarının özellikleri, kapsadığı alanlar, kalitesini etkileyen noktalar ve içeriklerine dair kapsamlı bir literatür taraması yapıldı. Bunun sonucunda ev programının niteliğini ölçmek için iki tarafı da kapsayan tek bir ölçek oluşturulmasının mümkün olmadığı fark edildi ve bu bağlamda ölçeğin iki form halinde olması gerektiğine karar verildi. Terapist formu, terapistlerin dolduracağı şekilde ifadeler içerirken; Danışan/bakım veren formu, danışan/bakım verenlere yönelik ifadelerin bulunduğu bir form olarak tasarlandı. Terapist formu ve Danışan/bakım veren formu için 38'er soruluk iki ayrı madde havuzu hazırlandı. Madde havuzunda ön görülen faktör sayısı 5'ti. Kapsam geçerliliği aşamasında uzmanların görüşleri doğrultusunda birtakım düzenlemeler yapılarak son hali verildi. Pilot uygulamanın ardından ölçeğin analizleri gerçekleştirildi. Elde edilen son form, çalışmanın katılımcılarına uygulandı ve yapılan istatistiksel analizler sonucunda ölçeğin Terapist formu için 11 soru, Danışan/bakım veren formu için 8 soru kaldı.

Terapist ve danışan/bakım veren grupları için ayrı ayrı sosyodemografik bilgi formları hazırlandı. Bu çalışmanın ilk aşamasında terapistler ile görüşme sağlandı. Bu görüşmede onlara, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslekleri, çalıştıkları kurum türü, çalışma kıdemleri, ev programı verme ve programı yenileme sıklıklarına ilişkin sorular soruldu. İkinci aşamasında ise, danışan/bakım verenle ile görüşmeler yapıldı. Bu görüşmede, yaş, cinsiyet, tanıları, eğitim düzeyleri, meslekleri, terapi hizmeti alma durumları, hangi terapi desteğini aldığı, haftada aldığı terapi seans sıklığı, terapiye devam etme süresi, ev programı alma durumları, ne kadar süredir ev programı uyguladıkları, ev programını kiminle uyguladıkları, ev programına haftada kaç gün ve günde kaç saat zaman ayırdıkları ve ev programlarının ne sıklıkta yenilendiğine dair sorular soruldu. Bu soruların sorulmasının nedeni, likert tipi derecelendirilen bir ölçekte bu soruların cevaplarının uygun bir şekilde alınamayacağı ancak ucu açık

şekilde ya da seçenekli sorularak daha fazla bilgi edinilebileceğinin düşünülmesidir. Bu bağlamda, bu sorular formların başlangıç kısmına yerleştirildi.

Formların başlangıç kısmında verilen sorularda ev programı yenileme sıklıkları ile ilgili olan soruya katılımcı terapistlerin en yüksek oranda haftada bir kez programı yenilediği belirlendi. Danışan/bakım verenlerin yer aldığı grupta da bu durum sorgulandı. Benzer şekilde danışan/bakım verenlerin en yüksek oranda ev programlarının haftada bir kez yenilendiği belirlendi. Hem terapist hem danışan/bakım veren bakış açısı ile incelendiğinde ev programlarının çoğunlukla haftada bir kez yenilendiği ortaya koyuldu. Sel (2018) tarafında yapılan, 2-18 yaş arası Serebral palsi tanımlı çocukların ebeveynlerinin ev programına uyumlarını etkileyen faktörlerin incelendiği ölçek geliştirme çalışmasında, terapistlerin ev programı yenileme sıklığının çoğunlukla 6-12 ayda bir olduğu belirlenmiştir (30). Çalışmamızda danışan/bakım verenlerin ev programlarını uygulama sıklıkları ve süreleri incelendi. Çoğunluğun ev programlarını haftada 2-4 gün arasında uyguladıkları görüldü. Bununla beraber bu danışanların yüz yüze terapi desteği alma sıklıkları da incelendi. Danışanların büyük çoğunluğunun haftada 1 ila 3 gün arası terapi hizmeti aldığı belirlendi. Her iki veri bir arada incelendiğinde danışan/bakım verenin haftada 1-3 gün yüz yüze terapi seansı almakla beraber, terapisini 2-4 gün arasında ev programı ile desteklediği görüldü. Sel (2018)'in çalışmasında, danışanların ev programı uygulamaları sıklığının, bizim bulgularımızdan farklı olarak çoğunlukla haftanın her günü şeklinde olduğu belirlenmiştir (30). Çalışmamızda, bir gün içinde ev programı uygulamalarına ayrılan süre incelendiğinde çoğunlukla günde 30 dakikadan daha az zaman ayırdığı belirlendi. Özel gereksinimli çocuklarda yapılan bir araştırmada ev programı uygulamalarına ebeveynlerin günde ortalama 1 saate yakın süre ayırdıkları belirtilmiştir (18). Novak (2011) tarafından yapılan çalışmada, terapist tarafından ev programı uygulamaları için önerilen sıklığın haftada 9 tekrar ve her seferinde yarım saatlik çalışmalar yapılmasının uygun olduğu gösterilmiştir. Bununla beraber ev programı uygulamalarının toplamda en az 12 hafta boyunca sürdürülmesi önerilmektedir (67). Çalışmamızda haftalık ev programı uygulama sıklığının büyük oranda haftada 2-4 gün arasında olduğu ve literatürde önerilen sürenin altında olduğu görüldü. Bu durum, danışanın terapi hizmeti haricinde kalan zamanlarda, terapiyi destekler nitelikte uygulamalarda bulunma düzeyinin yetersiz olabileceğini

düşündürdü. Bowden ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada, inme sonrası bireylerin lokomotor rehabilitasyon ve motor öğrenme becerileri incelenmiştir. Çalışmalarında, rehabilitasyon sonrası hareketlerin birey tarafından düzenli tekrarlanması, hareketi temsil eden beyin alanlarında genişlemeye, dendritik dallanmalarda artmaya ve sinaptik büyümeye etki gösterdiği belirtilmiştir. Buna karşılık tekrarlanmayan hareketlerin temsil edildiği beyin alanlarında küçülmeler olabildiği de gösterilmiştir. Bu nedenlerle, rehabilitasyon sonrasında motor öğrenmede kalıcı bir ilerleme kaydedebilmek için sık tekrarlanmanın önemi vurgulanmıştır (105). Sagi ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada, kısa ve uzun süreli eğitimlerin, beyin yapısı ve işleyişindeki değişimlerine olan etkilerini incelemiştir. Uzun süreli eğitim çalışmalarının, nöral hacmi ve nöroplastisiteyi artırdığını vurgulamışlardır. Özellikle uzun süreli bellekle ilgili çalışmalar dahil edildiğinde, önemli fizyolojik ve morfolojik etkiler ortaya konulduğu belirtilmiştir (43). Bu çalışmalarda vurgulandığı üzere rehabilitasyon sürecindeki terapi uygulamalarının etkisini artırmak ve nöroplastisiteyi desteklemek için sık ve uzun süreli destekler gerekir. Bu nedenle ev programı uygulamalarına ayrılan zamanın artırılması için çeşitli teşvik edici stratejilerin uygulanması ve verilen ev programını yapıma sıklığının denetlenmesi bir gerekliliktir. Bu nedenle, ev programlarını verirken terapistin uygulanma sıklığı ve sürelerine dair önerilerinin göz önünde bulundurulmasının, programın etkinliği ve kalitesi için de oldukça önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Ev programlarını danışanın ev ortamında kiminle birlikte uyguladığı incelendi. Danışanların en sık kendi başına, sadece annesi ile birlikte ve hem anne hem babası ile birlikte uyguladığı görüldü. Araştırmada katılımcıların bir kısmı çocuk danışanlar olması sebebiyle ev programlarının uygulanmasında ebeveyn desteği oranlara yansdı. Pediatrik grupta ev programını büyük oranda annenin yaptırması ve hiçbir danışanın sadece babayla yapıyorum ifadesinin olmaması tedavi konusunda çocukların sorumluluğunu annenin üstlendiğinin bir göstergesiydi. Sel (2018)'in çalışmasında da bizim bulgularımızla örtüşen şekilde, Sp'li çocukların, ev programlarını %61,9 oranla çoğunlukla anneleri ile birlikte uyguladıkları belirlenmiştir (30). Özbeşler (2008)'in yaptığı çalışmada, özel gereksinimli çocuğun bakım ve desteğinin büyük çoğunlukla anneye yüklendiği, bu durumun anneler üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu vurgulanmaktadır (106). Bu çalışmada da literatürü destekler nitelikte terapi sürecinin

ev programı uygulamalarını da çoğunlukla annelerin yürüttüğü görüldü. Meral (2016)'in yaptığı çalışmada, özel gereksinimli çocukların bakım ve destek süreçlerine babaların dahil edilmesinin hem çocuk hem de anne için birçok yönden olumlu sonuçlarını vurgulanmıştır (107). Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmalarda babaların özel gereksinimli çocuğun terapisinde sorumluluk almasını sağlayacak stratejilerin terapiyi destekleyici bir unsur oluşturacağı düşünülmektedir (107).

Bu çalışma kapsamında ölçeğin maddeleri içinde, ev programlarının doğrudan kendisi ile ilgili olan birtakım maddeler vardı. Bu maddeler, ev programının içeriği, nasıl verildiği ve yapılma süresi gibi özelliklerine dairdi. Ev programları, danışana ve bakım verenlerine sözel anlatım, kendi üzerinde gösterme, danışanın üzerinde gösterme ve/veya programla ilgili evrak/broşür gibi görsel/basılı/video kayıt vb. birtakım yollarla ulaştırılır (11, 17, 108, 109). Ev programını uygulayacak bireyin bu kapsamda ne yapacağını dikkatli bir şekilde dinlemesi, anlaması ve bunun sonucunda öğrenmesinin; ev programının uygulanabilirliği ve etkililiğini artırdığına dair çalışmalar mevcuttur (19, 22). Kaya ve Akel (2017)'in çalışmasında, ebeveynlere verilen ev programı sözel anlatım yoluyla iletildiğinde yetersiz kaldığı sonucuna varılmıştır (17). Sözel anlatımın yanı sıra yazılı ve görsel bir yöntemin tercih edilmesinin bireyler açısından daha anlaşılır olduğu iletmiştir. Bu şekilde somut olarak verilen programların, ebeveynlerin uygulamaları hatırlamasında da yardımcı olduğu, yalnızca sözel anlatılan çalışmaların daha çabuk unutulduğu ortaya koyulmuştur (17). Sel (2018)'in çalışmasında, ebeveynlerin ev programlarını hatırlamakta zorlandıkları ve not alma, video/fotoğraf çekme yöntemlerinin hatırlamalarında yardımcı oldukları belirlenmiştir. Ayrıca, terapistin ebeveynlere yüz yüze görüşmeler içinde çocukları üzerinde uygulamalar yaparak programı öğretmesinin yararlı olduğu ifade edilmiştir (30). Ev programının niteliğini belirleyen kriterlerden biri olması nedeniyle, bu durum ölçekte yer verdiğimiz alanlardan biriydi.

Ev programlarının bir diğer önemli noktası terapistin ev programının yapılıp yapılmadığını takip etme sürecidir. Terapist, ev programında yer alan uygulamalar hakkında danışan ve bakım verenleri bilgilendirir. Yer alan çalışmaların nasıl uygulanacağını çeşitli yollarla anlatır. Ev programındaki çalışmaların amaçlarını ve yararlarını açıklar. Bunların yanı sıra, ev programı verildikten sonraki süreçte

danışan/bakım veren ile güçlü ve düzenli iletişimini sürdürerek takip sürecini yürütür (8, 11, 16, 17). Wuang ve arkadaşları (2013)'nın çalışmasında, ev programıyla ilgili memnuniyetlerin terapist tarafından takibinin yapılmasının bakım verenlerin ev programına bağlılığını arttırdığı gösterilmiştir (12). Novak ve Berry (2014) ev programlarının etkinliğini araştırmak adına yaptıkları çalışmada, ev programı uygulamalarının terapi sürecine katkılarını vurgulamakla beraber ev programlarının etkili olabilmesi için önemli noktaları vurgulamıştır. Özellikle, ebeveynin ev programı uygulamalarına katılımını artırmak ve sürdürebilmek adına terapist tarafından destek sunulması ve doğru yönlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (11).

Ev programlarında önemli olan bir diğer konu malzeme, ekipman ve çevredir. Ev ortamında uygulanacak ev programı için bazen birtakım araç-gereçlere ihtiyaç duyulabilir (11). Ayrıca, ev programını uygulamak için ev ortamının da uygun olması gereklidir. Bu nedenle terapistin ev programı planlarken danışanın ev ortamını ve evinde bulunan malzemeleri sorgulaması, gerekli olan malzemelerin temini için ise bilgilendirmenin yapılması gereklidir. Ayrıca, yeni temin edilecek malzemelerin bireylerin ekonomik durumu ile tutarlı olması önemlidir (13). Çünkü fiyatı nedeniyle edinilemeyen bir malzemenin ev programını uygulanamaz duruma getirmesi önemli bir risktir. Ev programları, danışanın ve bakım verenin doğal ortamına, bulunduğu çevreye uyulanabilir olmalıdır. Literatürde, ev bağlamına uygun düzenlemelerin yapılması, ev programına uyumu etkilediği belirtilmiştir (11, 12, 14, 15). Bu nedenlerle ölçek havuzuna bu konuya dair maddeler eklendi.

Ev programında danışan ve bakım verenin kendileriyle ilgili alanlar da dikkate alınmalıdır. Öncelikle evde uygulanacak programın danışan ve bakım verenin günlük yaşam düzenine uyumlu olması programın etkinliği yönünden önemlidir (15). McConnell ve arkadaşlarının (2015) çalışmasına göre, ev programlarında danışanın ve bakım vereninin programı uygulamak için belirli bir zaman ayırmaları ve bunu bir plan dahilinde düzenli olarak devam ettirmeleri istenir. Bu nedenle, ev programlarının uygulanması danışan ve özellikle de bakım verenler için bir sorumluluk gerektirir. Bu sorumluluk, bakım verenlerin kimi zaman kaygı, stres gibi duygusal (manevi) yüklenmelerine neden olabilir (25). Patton ve Hutton (2016)'un çalışmasında, bakım verenlerden bazıları, verilen ev programlarına zaman ayırma konusunda yetersiz

kaldıklarını ve bunun suçluluk hissine neden olduğunu bildirmişlerdir (20). Ev programının, danışanın ve bakım vereninin yaşamına uyumu ile ilgili maddelere, madde havuzunda yer verildi.

Ev programları hazırlanırken terapi ile paralel hedefler ile bakım veren ve danışan rehberliği dikkate alınır (11, 16). Danışanın ve bakım verenin hedef ve beklentilerini programa dahil etmek, programa bağlılık noktasında önemlidir. Abaoğlu'nun (2015) yaptığı çalışmada, özel gereksinimli çocuğa sahip ebeveynlerin, rehabilitasyon sürecine katılımlarının ev desteği ve aile eğitimi yollarıyla desteklenmesinin aile işlevselliğine katkı sağladığını vurgulamıştır (63). Geliştirilen bu ölçek, ev programının niteliğini ölçmek için bu duruma ait maddeler de içerir. Ev programlarının uygulanabilirliğini ve kalitesini değerlendiren bir diğer konu ise programın uygulanmasında destek sunan bakım verenlerin bilgi ve beceri düzeyleridir. Bakım verenin evdeki destek sürecine aktif katılımı önemlidir. Bu nedenle, aktif katılımlarının yüksek olması için terapi uygulamalarına dair yeterli bilgi düzeyine sahip olmaları gerekir (13, 15).

Literatürde bizim çalışmamıza benzer şekilde doğrudan ev programının kendisine ilişkin olan bir çalışma Medina-Mirapeix ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmıştır (29). Bu çalışmada gelişimsel geriliğe sahip çocukların ebeveynlerinin ev egzersiz programları bileşenlerine bağlılıkları ve buna etki eden faktörler incelenmiştir. Ev programına bağlılığı ölçmek için hazırlanan 17 maddelik ölçekte, demografik özellikler ile beraber haftalık ev programı uygulama sıklıkları ve süreleri, programa bağlılık düzeyini ölçmek için sorgulanmıştır. Örneğin; bakım verenin ev programını uygulaması için önerilen sıklık haftada 6 ise ve 3 kere uyguladıysa uyum puanı 3/6 veya %50 olarak kaydedilmiştir. Süre dikkate alınarak yapılan değerlendirmede ise uygulama başına ayrına süre likert türde “asla”, “nadiren”, “bazen”, “çok sık” veya “her zaman” seçenekleri ile ölçüm gerçekleştirilmiştir. Ölçekte, ev programına uyumu etkileyen alanlar sorgulanmıştır. Bunun için verilen programı, rutinlere entegre etmenin önündeki engeller değerlendirilmiştir. Geliştirdiğimiz ölçekte, ev programının danışanın/bakım verenin rutinlerine ve yaşamına uygunluğuna ilişkin maddeler yer almaktadır. Medina-Mirapeix ve arkadaşlarının ölçeğinde sorgulanan alanlardan bir diğeri, sosyal destek ve kaynak

mevcudiyetidir. Ev ortamında bulunan ekipman ve malzeme durumu evet/hayır şeklinde değerlendiren bir alandır (Örn; “Verilen programı evde uygulamak için gerekli ekipman donanımına sahibim.”). Bizim ölçeğimizde de ekipman, malzeme ve çevreyle ilgili alanlar incelenmektedir. Sorguladıkları bir diğer alan, ev programı uygularken bakım verenlerin birbirine olan desteğidir (Örn; “Partnerim, evde bana bu konuda destek olur.”). Danışanın hastalık ve tedavi durumları da ölçekte sorgulanmıştır. Ayrıca, ev programı sürecinde terapistin sunduğu destekle ilgili sorulara yer verilmiştir. Bunlar; bakım vereni bilgilendirmek, yönergeler vermek ve programın takibini yapmak başlıklarıyla ilgilidir (Örn; “Fizyoterapist, egzersizleri günlük rutinelere nasıl dahil edeceğim konusunda bana tavsiyelerde bulunur.”, “Fizyoterapist, egzersizleri açıklayan yazılı talimatlar verir.”). Ölçekte yer verilen bir diğer alan ise bakım verenin terapiden memnuniyet düzeyidir (Örn; “Fizyoterapistinizin, ilgisinden memnuniyet düzeyinizi 1’den 10’a kadar puanlamanız gerekse kaç puan verirsiniz?”). Ölçekte, bakım verenin ev programı konusunda kendini becerikli hissedip hissetmediği ve kendine olan güveni sorgulanmıştır. Bizim ölçeğimizde bu alan, bakım verenin hissettiği sorumluluk ve duygusal yük kapsamında sorgulanarak ele alınmaktadır. Ölçeklerin yapısı incelendiğinde, Medina-Mirapeix ve arkadaşlarının hazırladığı “Ebeveynlerin Ev Egzersiz Programlarına Bağlılığı Anketi” evet/hayır, 1-5 arası, 1-10 arası likert türde puanlama ve sayısal yanıtlar verilen sorular içermektedir. “Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği (EPNÖ)” ise 1-4 arası likert türde bir ölçektir. Medina-Mirapeix ve arkadaşlarının hazırladığı “Ebeveynlerin Ev Egzersiz Programlarına Bağlılığı Anketi” için herhangi bir geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılmamıştır. Araştırmada temel hedef, ebeveynlerin ev egzersiz programında haftalık sıklık ve uygulama süreleri olmak üzere iki bileşene göre ev programına uyum ve bağlılıklarının incelenmesidir. Çalışma sonucunda klinik görüşmelerinde terapistin ebeveynlere bilgi vermesi, egzersizlerin günlük rutine nasıl dahil edileceğine ilişkin önerilerde bulunması ve terapi süreci boyunca ev programını uygulamadaki becerilerini ve uyum düzeylerini kontrol etmesi ev programlarını destekleyen öneriler olarak ortaya konulmuştur (29).

Ev programını doğrudan değerlendiren bir başka ölçek çalışması ise Sel (2018) tarafından yapılmıştır. “SP’li Çocukların Ebeveynlerinin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ev Programına Uyumlarını Değerlendirme Ölçeği” adlı bu ölçek,

Serebral Palsi’li çocuğa sahibi ebeveynlerin ev programına uyumunu inceleyen Türkçe geçerlik ve güvenilirliğe sahip bulunmuştur. Araştırmada ebeveynlerden, çocuklarının aldığı terapi seans sıklıkları, devam etme süreleri, evde aldıkları terapi destekleri, ev programı verilme durumu, ne kadar zamandır ev programı uyguladıkları, programı uygulamaya günde ne kadar zaman ayrıldığı, ne sıklıkla terapist tarafından yenilendiği ve bu programı çocuğun kiminle uyguladığına dair alanlar sorgulanmıştır. Bizim çalışmamızda da ölçekteki maddelerin öncesinde benzer alanlar sorgulanmaktadır (Örn; “Haftada kaç seans terapi hizmeti alıyor?”, “Ev programınızı ne kadar süredir uyguluyorsunuz?” gibi). Sel’in çalışmasında, ebeveynin ev programıyla ilgili düşünceleri sorgulanmaktadır (Örn; “Uyguladığım programın çocuğuma fayda sağladığını düşünüyorum.”). Bizim ölçüğümüzde de ev programına dair bakım verenin görüşleri değerlendirilmektedir (Örn; “Ev, programı bakım verenin beklentilerini karşılar”). Sel’in geliştirdiği ölçekte, bakım verenlere terapistin sunduğu destek düzeyine ilişkin maddeler yer almaktadır (Örn; “Fizyoterapistimizin egzersizleri doğru uygulama konusunda yeterince yardımcı olduğunu düşünüyorum.”). Benzer şekilde bizim ölçüğümüzde de bu alan çeşitli maddeler ile değerlendirilmektedir (Örn; “Ev programı ile ilgili sorularda terapist ihtiyaç anında destek sağlayabilir.”). Ayrıca Sel’in ölçüğünde bakım verenin, çocuğuyla ve kendisi ile ilgili görüşleri de değerlendirilmiştir (Örn; “Uyguladığım egzersiz programının işe yaradığını görmek beni heveslendirir.”). Bizim ölçüğümüzde bakım verenin kendisi ile ilgili alanlara dair maddelere yer verilmektedir (Örn; “Ev programı hazırlanırken bakım verenin çalışma saatleri dikkate alınır.”). Terapi sürecinde çocuğa destek sunan fizyoterapistlerin ev programına uyum ile direkt olarak ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca, yardımcı ekipman kullanımıyla ev programına uyum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Yapılan çalışmada, ev programına uyumu artırmak için terapistin destek sunmasının etkileri ortaya koyulmuştur. Dahası, ebeveynin kişisel ve çevresel faktörlerinin ev programına uyumda etkili olduğu belirtilmiştir (30).

EPNÖ’nün geliştirilmesi aşamasında kapsam geçerliliği analizi için uzman görüşleri alındı. Bu doğrultuda, kapsam geçerlilik indeksleri incelendi. On farklı uzmandan alınan görüşlere göre ölçeğin formlarının KGİ değerlerinin yeterli olduğu tespit edildi. Her soru için gereken minimum KGO değerleri sağlanması nedeniyle maddelerden hiçbiri ölçekten çıkarılmadı. Ancak, uzman görüşleri doğrultusunda

maddelerde birtakım değişiklikler yapıldı. Bu değişiklikler genellikle anlaşılabilirliği artırmak, anlam karışıklığını önlemek içindi. Medina- Mirapeix ve ark. (2017) tarafından hazırlanan “Ebeveynlerin Ev Egzersiz Programlarına Bağlılığı Anketi” için de uzmanlardan alınan görüşler doğrultusunda yanlılıktan kaçınmak için ifade değişikliğine gidilmiştir (29). Sel’in geliştirdiği “SP’li Çocukların Ebeveynlerinin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ev Programına Uyumlarını Değerlendirme Ölçeği”nin kapsam geçerliliği analizi aşamasında uzman görüşleri doğrultusunda birtakım değişiklikler yapılmış ve kimi sorular ölçekten çıkartılmıştır. KGİ değeri 0,736 olarak hesaplanmıştır (30).

EPNÖ için uygulanan faktör analizi sonucunda Terapist formunda 38 olan madde sayısı 11’e düştü. Bu 11 maddenin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda tek faktörde toplandığı görüldü. Danışan/bakım veren formunda yer alan maddelere uygulanan analizler sonucunda madde sayısı 8’e indi. Bu 8 maddenin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda tek faktörde toplandığı belirlendi. EPNÖ Terapist formu için toplam varyansı geçerli düzeyde açıklamaktaydı. Bu sonuçlara göre tek boyut altında toplanan bu maddelerin, ev programının niteliğini açıklayabilmek için yeterli olduğu görülmekteydi. Son olarak doğrulayıcı faktör analizi için uyum indeksleri hesaplandı. Elde edilen bulgular incelendiğinde, EPNÖ Terapist Formu için 11 ifadeden oluşan ve Danışan/bakım veren formu için 8 ifadeden oluşan tek faktörlü yapının genel olarak kabul edilebilir ve iyi uyum indekslerine sahip olduğu belirlendi. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen bulgular, EPNÖ’nün geçerli bir ölçüm aracı olduğuna dair kanıt sunmaktadır.

EPNÖ’nün güvenilirliğinin değerlendirilmesinde ölçeğin formlarının 8 ve 11 maddelik hallerinin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı hesaplandı. Terapist formu için Cronbach Alfa değeri 0,868 olarak, Danışan/bakım veren formu için 0,932 olarak hesaplandı. Ölçeğimizin her iki formu için de güvenilirlik düzeyi “yüksek derecede” güvenilir aralıktadır. Sel tarafından geliştirilen “SP’li Çocukların Ebeveynlerinin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ev Programına Uyumlarını Değerlendirme Ölçeği”nin kısa formu için Cronbach alfa değeri 0,659 ile oldukça güvenilir bulunmuştur (30). Uygulanan madde analizinde de herhangi bir madde çıkartıldığında cronbach alfa

değerini önemli derecede değiştirmedeği görüldü ve bu sebeple ölçekten hiçbir madde çıkartılmadı.

EPNÖ için zamana göre değişmezlik gücünü ve sürekliliğini incelemek amacıyla Test-tekrar test analizi yapıldı. İki hafta ara ile uygulanan iki ölçümün toplamları arasındaki korelasyonunda istatistiksel anlamda pozitif, çok güçlü ve anlamlı bir ilişki bulundu. Buna göre iki ölçümden elde edilen sonuçların benzer olduğunu, ölçeğin tutarlı ölçüm yaptığını ve güvenilir sonuç verdiğini göstermektedir. Bu araştırmada, EPNÖ Terapist Formu'nun zamana göre değişmezlik güvenirliği (gruplar arası korelasyon katsayısı) ICC değeri 0,998, Danışan/bakım veren formu'nun 0,990 hesaplandı. Sel'in geliştirdiği "SP'li Çocukların Ebeveynlerinin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ev Programına Uyumlarını Değerlendirme Ölçeği"nin ICC değeri 0,939 olarak hesaplanmıştır (30).

Ev programlarının etkilerinin incelendiği çalışmalar literatürde sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Wuang ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında 6-12 yaş arası zihinsel engelli çocuklara ergoterapi ev programları uygulamış ve kontrol grubuyla karşılaştırmıştır. Bu çalışmada ev programının etkilerini değerlendirmek adına COPM (Kanada Aktivite Performans Ölçümü), CAPE (Çocuklarda Katılım ve Eğlenmenin Değerlendirilmesi Anketi) ve BOT-2 (Bruininks-Oseretsky Motor Yeterlik Testi 2 Kısa formu) kullanılmıştır. Çalışmada ebeveynlere verilen ev programları hazırlanırken belirli kabul edilmiş bir kılavuz olmaması sebebiyle terapistlerin klinik deneyimleri ve literatür bilgileri göz önünde bulundurulmuştur. Ev programı, kolay anlaşılır dilde ve görsellerle desteklenmiş talimatlar halinde ebeveynlere verilmiştir. Programın takibi için ise terapistle düzenli görüşmeler yapılmış, uygulama sıklık ve sürelerini de günlük tutma yoluyla kaydetmeleri istenmiştir (12). Çalışmamızda geliştirdiğimiz ölçek, ev programının niteliğini standart bir yolla ortaya koymak ve bu gibi objektif olmayan değerlendirmeler arası farklılıkların önüne geçmek adına önem taşımaktadır.

Çalışmamızda birtakım limitasyonlar bulunmaktadır. Danışan/bakım veren grubundan sosyodemografik veriler toplanırken, yalnızca danışanın yaş bilgileri alınıp bakım veren tarafından dolduran formlar için bakım verenin (formu doldurmanın) yaş bilgisi alınmamıştır. Bu durum çalışmamızın bir limitasyonudur. Ayrıca çalışmamızda

danışan-bakım veren grubunun bir arada dahil edilmesi pediatrik danışan grubunun çoğunlukta olmasından kaynaklı olmuştur. İleride yapılacak çalışmalarda yetişkin bireylerin bakım verenlerinin de dahil ederek yapılacak araştırmaların önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın güçlü yönü ise ev programının niteliğini değerlendiren bir ölçek geliştirirken terapistler ve danışan-bakım verenler olarak iki ayrı grup için ayrı ölçek formları hazırlanmıştır bu sayede tek bir bakış açısıyla sınırlı kalınmamış olup, ev programlarının hem programı veren uzman hem de uygulayıcılar bakış açısından niteliğini etkileyen önemli noktalar ayrı ayrı incelenmiş olmasıdır.

Çalışmamızın sonucunda terapi sürecinde verilen ev programlarının niteliğini değerlendirmek için geliştirdiğimiz “Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği (EPNÖ)” geçerli ve güvenilir bulundu. Bu ölçeğin, rehabilitasyon sürecinde destek alan danışanlar ve bakım verenleri için ev programlarını düzenli ve doğru uygulamada katkı sunacağını ve klinisyenler için ev programlarını nitelikli bir şekilde hazırlamalarına ve uygulamalarına olumlu katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Ayrıca, araştırmacıların ev programının niteliğini değerlendirmek için kullanabilecekleri bir ölçeğin onlara sunulması, gelecekte yapacakları farklı çalışmalarda kullanılması ile literatüre katkı sağlayacağını ön görmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ev programlarının niteliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin (EPNÖ) geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması hedeflendi. Bu çalışmada varılan sonuçlar ve çalışmaya ilişkin çeşitli öneriler aşağıda açıklandı.

1. EPNÖ Terapist formu, ev programı veren ergoterapist, fizyoterapist ve dil-konuşma terapistleri tarafından; Danışan/bakım veren formu ise 2-60 yaş arası ergoterapi, fizyoterapi ve dil-konuşma terapisi hizmeti alan bireyler tarafından, ev programının niteliğini ölçmek adına kullanılabilir Türkçe geçerli bir ölçektir.
2. Terapist formu, alan uzmanları tarafından alınan görüşlere göre hesaplanan KGO ve KGİ puanları doğrultusunda kapsam geçerliliğini sağlayan bir formdur.
3. Danışan/bakım veren formu, alan uzmanları tarafından alınan görüşlere göre hesaplanan KGO ve KGİ puanları doğrultusunda kapsam geçerliliğini sağlayan bir formdur.
4. Geçerlik analizleri için yapılan faktör analizleri sonucunda, terapist formunun tek faktörlü yapıda, iyi uyum indekslerine sahip ve toplamda 11 maddeden oluşan geçerli bir form olduğu sonucuna varıldı.
5. Geçerlik analizleri için yapılan faktör analizleri sonucunda, danışan/bakım veren formunun tek faktörlü yapıda, iyi uyum indekslerine sahip ve toplamda 8 maddeden oluşan geçerli bir form olduğu sonucuna varıldı.
6. Güvenirlik analizleri için yapılan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplamalarında terapist formunun “yüksek derecede” güvenilir bir ölçek formu olduğu bulundu.
7. Güvenirlik analizleri için yapılan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplamalarında danışan/bakım veren formunun “yüksek derecede” güvenilir bir ölçek formu olduğu bulundu.
8. Zamana göre ölçeğin değişmezlik gücünü ölçmek amacıyla yapılan test-tekrar test analizlerinde, terapist formunun “mükemmel güvenilirlik” aralığında bir ICC değerine sahip olduğu bulundu.

9. Zamana göre ölçeğin değişmezlik gücünü ölçmek amacıyla yapılan test-tekrar test analizlerinde, danışan/bakım veren formunun “mükemmel güvenilirlik” aralığında bir ICC değerine sahip olduğu bulundu.
10. Hem terapist hem danışan/bakım veren açısından ev programı yenileme sıklığının çoğunlukla haftada bir kere olduğu sonucuna ulaşıldı.
11. Ev programlarının çoğunlukla bireyin kendisi ya da annesi ile uyguladığı sonucuna varıldı. Yalnızca babasıyla ev programı uygulayan danışan olmaması ise dikkat çeken bir bulguydu. Ev programı uygulamalarına her iki ebeveynin de dahil edildiği çalışmaların desteklenmesini önermekteyiz.
12. Evde danışanın desteklenmesi için kullanılacak malzeme ve ekipmanların mevcudiyeti ve bakım verenlerin bu araçları kullanma bilgisinin dikkate alınarak programın hazırlanması, ev programlarının niteliğini etkileyen faktörlerden biridir. Bu nedenle ev programı verilirken danışanın ev ortamının detaylı değerlendirilmesi, mevcut olan ekipmanların tespit edilmesi ve gerekli ekipmanın sağlanması faydalı olacaktır.
13. Ev programının danışanın ve bakım verenin günlük yaşamına, rutinlerine ve düzenine uyumlu olması ve bununla beraber danışanın aldığı diğer hizmetlerin göz önünde bulundurularak hazırlanması, programın niteliğini etkileyen bir diğer faktördür. Ev programına uyumu da etkileyen bu faktörler dikkate alınarak hazırlanan bir ev programında uygulanabilirliğin artması sağlanabileceğini düşünmekteyiz. Bu konuyla ilgili yapılacak araştırmalar literatür için değerli olacaktır.
14. Bakım verenlerin terapi sürecindeki uygulamalara ve ev programına ilişkin bilgi ve beceri düzeyi ile beklentileri ev programının kalitesini etkileyen önemli bir kriterdir. Danışan ve bakım verenlere bu noktada gerekli durumlarda destek sağlanması yararlı olacaktır.
15. Bakım verenlerin ev programı uygulamalarındaki katkısı dikkat çekmektedir. Bununla beraber bakım verenlerin çalışma saatlerinin dikkate alınması ev programının hazırlanmasında önemli bir noktadır. Bakım verenin destek sunduğu bir ev programı uygulamasında, ev programı uygulanabilirliğini artırmak adına programın bakım verene uyumunu desteklemek katkı sağlayacaktır.

16. Ev programı hazırlanırken danışanın hedeflerinin ve ilgi alanlarının dikkate alınması önemlidir. Bu sebeple ev programları hazırlanırken danışanın motivasyonunu ve katılımını artırmak adına hedefleri ve ilgileri dikkat alınmalıdır.
17. Ev programları planlanırken bakım verenlerin fark ettiği problem alanlarına ek olarak terapistin tespit ettiği problemleri de kapsamı önemlidir.
18. Ev programlarının, programı veren terapist tarafından sözel veya yazılı şekilde geribildirimlerinin alınarak kontrol edilmesi, ihtiyaç duyulan zamanda destek sunulması ve belirli aralıklarda düzenli olarak yenilenmesi, programın niteliğini etkileyen alanlardır.
19. Elde edilen bu sonuçların, rehabilitasyon desteği alan bireylerin ev programları hazırlanırken terapistlerin dikkate alacağı noktaları belirlemede yardımcı olacağı düşünülmektedir.
20. Geliştirdiğimiz ölçeğin, daha spesifik tanı gruplarında geçerlik-güvenirlik çalışmalarının yapılması yararlı olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Rehabilitation in health systems: guide for action [Internet]. 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325607/9789241515986-eng.pdf>
2. World Health Organization (WHO). Community-based rehabilitation and the health care referral services: a guide for programme managers. No. WHO/RHB/94.1. Unpublished. 1994.
3. Hayton J, Dimitriou D. What's in a word? Distinguishing between Habilitation and Re-habilitation. *Vision Rehabilitation International*. 2019;10(1):1-4.
4. Abaoğlu H. Toplumsal Katılım ve Ergoterapi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2019;7(3):195-200.
5. Turhan B, Yaşar Ö. Erken çocukluk eğitimi ve nöroplastisite. *Uluslararası Erken Çocukluk Eğitimi Çalışmaları Dergisi*. 2016;1(2):54-63.
6. Demarin V, Morović S. Neuroplasticity. *Periodicum biologorum*. 2014;116(2):209-211.
7. Hensch TK. The power of the infant brain. *Scientific American*. 2016;314(2):64-69.
8. Novak I, Cusick A. Home programmes in paediatric occupational therapy for children with cerebral palsy: where to start?. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2006;53(4):251-264.
9. Hinojosa J, Anderson J. Mothers' perceptions of home treatment programs for their preschool children with cerebral palsy. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1991;45(3):273-279.
10. Novak I, Cusick A, Lowe K. A pilot study on the impact of occupational therapy home programming for young children with cerebral palsy. *The American journal of occupational therapy*. 2007;61(4):463-468.
11. Novak I, Berry J. Home program intervention effectiveness evidence. *Physical & occupational therapy in pediatrics*. 2014;34(4):384-389.
12. Wang YP, Ho GS, Su CY. Occupational therapy home program for children with intellectual disabilities: a randomized, controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*. 2013;34(1):528-537.
13. Walker BJ, Washington L, Early D, Poskey GA. Parents' experiences with implementing therapy home programs for children with down syndrome: A scoping review. *Occupational therapy in health care*. 2020;34(1):85-98.
14. Jaffe L, Humphry R, Case-Smith J. Working with families. Case-Smith J, O'Brien JC editors. In *Occupational therapy for children*. 6th ed. Maryland Height: Mosby; 2010.p.130-133.

15. Almasri NA, An M, Palisano RJ. Parents' perception of receiving family-centered care for their children with physical disabilities: a meta-analysis. *Physical & occupational therapy in pediatrics*.2018;38(4):427-443.
16. Kruijssen-Terpstra AJA, Ketelaar M, Boeije H, et al. Parents' experiences with physical and occupational therapy for their young child with cerebral palsy: A mixed studies review. *Child Care Health Dev*. 2014;6:787–796.
17. Akel BS, KAYA Z. Özel Gereksinimli Çocuklarda Ev Programlarının Uygulanmasını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2017;5(3):179-188.
18. Milton YM, Dunford C, Newby KV. Occupational therapy home programmes for children with cerebral palsy: A national survey of United Kingdom paediatric occupational therapy practice. *British Journal of Occupational Therapy*. 2019;82(7):443-451.
19. Harrison C, Romer T, Simon M, Schulze C. Factors influencing mothers' learning from paediatric therapists. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. 2007;27(2):77–96. doi:10.1080/J006v27n02_06
20. Patton S, Hutton E. Parent's perspectives on a collaborative approach to the application of the handwriting without tears program with children with down syndrome. *Australian Occupational Therapy Journal*.2016;63(4):266–276. doi:10.1111/1440- 1630.1230
21. Tetreault S, Parrot A, Trahan J. Home activity programs in families with children presenting with global developmental delays: Evaluation and parental perceptions. *International Journal of Rehabilitation Research*.2003;26(3):165–173. doi:10.1097/01.mrr. 00000088441.78481.56
22. Sanz MT, Menendez J. Parents' training: Effects of the self-help skills programme with down's syndrome babies. *Early Child Development and Care*. 2010;180(6):735–742. doi:10.1080/03004430802279918
23. Rajan R, Pack Y, Jackson H, Gillies C, Asirvatham R. No need for outpatient physiotherapy following total knee arthroplasty A randomized trial of 120 patients. *Acta Orthopaedica Scandinavica*. 2004;75(1):71-73.
24. Büker N, Akkaya S, Akkaya N, Gökalp O, Kavlak E, Ök N, et al. Comparison of effects of supervised physiotherapy and a standardized home program on functional status in patients with total knee arthroplasty: a prospective study. *Journal of physical therapy science*. 2014;26(10):1531-1536.
25. McConnell D, Parakkal M, Savage A, Rempel G. Parent-mediated intervention: Adherence and adverse effects. *Disability and Rehabilitation*. 2015;37(10):864–872. doi:10.3109/09638288.2014.946157
26. Proffitt R. Home exercise programs for adults with neurological injuries: A survey. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2016;70(3). doi:7003290020p1-7003290020p8.
27. Gorgon EJR. Caregiver-provided physical therapy home programs for children with motor delay: a scoping review. *Physical therapy*. 2018;98(6):480-493.

28. Akamoglu Y, Meadan H. Parent-implemented language and communication interventions for children with developmental delays and disabilities: A scoping review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018;5:294-309.
29. Medina-Mirapeix F, Lillo-Navarro C, Montilla-Herrador J, Gacto-Sanchez M, Franco-Sierra MA, Escolar-Reina P. Predictors of parents' adherence to home exercise programs for children with developmental disabilities, regarding both exercise frequency and duration: A survey design. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(4):545-555.
30. Sel SA. Serebral palsili çocukların ebeveynlerinin fizyoterapi ve rehabilitasyon ev programına uyumlarını değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2018.
31. Wade DT. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clinical rehabilitation*. 2020;34(5):571-583.
32. Smagulova L. Özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri yönetimi [Doktora Tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2009.
33. Ditchman N, Wu M, Chan F, Fitzgerald S, Lin CP, Tu W. Vocational rehabilitation. Strauser DR editor. *Career development, employment, and disability in rehabilitation: From theory to practice*. New York: Springer Publishing Company; 2013:343-360.
34. Frank A. Vocational rehabilitation: Supporting ill or disabled individuals in (to) work: A UK perspective. *Healthcare*. 2016;4(3):46.
35. Gard G, Sandberg AC. Motivating factors for return to work. *Physiotherapy research international*. 1998;3(2):100-8.
36. Johansson U, Tham K. The meaning of work after acquired brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*. 2006;60(1):60-9.
37. Bryant W, Craik C, McKay E. Perspectives of day and accommodation services for people with enduring mental illness. *Journal of mental health*. 2005;14(2):109-120.
38. Holzberg E. The best practice for gaining and maintaining employment for individuals with traumatic brain injury. *Work*. 2001;16(3):245-58.
39. Ross J, Editor. *Occupational Therapy and Vocational Rehabilitation*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2013.
40. Melanie Ellexson MBA, Barbara Larson MA. Occupational therapy services in facilitating work performance. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2011;65(6):55.
41. Baysal Ş. Toplum Temelli Rehabilitasyon Modelleri üzerine Bir İnceleme: Engellilerin Sosyal Rehabilitasyonu [Doktora tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2019.
42. Kleim JA, Jones TA. Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage. *J Speech Lang Hear Res*. 2008;51:225-239.

43. Sagi Y, Tavor I, Hofstetter S, Tzur-Moryosef S, Blumenfeld-Katzir T, Assaf Y. Learning in the fast lane: new insights into neuroplasticity. *Neuron*. 2012;73(6):1195–1203.
44. Czeh B, Michaelis T, Watanabe T, Frahm J, Biurrun DG, Kampen MV et al. Stress-induced changes in cerebral metabolites, hippocampal volume, and cell proliferation are prevented by antidepressant treatment with tianeptine. *Proceedings of National Academy of Science*. 2001;98(22):12796-12801.
45. Viding E, Williamson DE, Forbes EE, Hariri AR. The integration of neuroimaging and molecular genetics in the study of developmental cognitive neuroscience. Nelson CA, Luciana M, editors. *Handbook of developmental cognitive neuroscience*. Cambridge: Boston Review; 2008.
46. Akıllıoğlu K, Kocahan S, Melik EB, Melik E. Zengin Çevrenin Beyin Fonksiyonlarındaki Yeri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2009;18(1):13-36.
47. Diamond MC. Response of the brain to enrichment. *International Journal of Interdisciplinary Education*. 2012;1(1).
48. Mackes NK, Golm D, Sarkar S, Kumsta R, Rutter M, Fairchild G, et al. Young Adult Follow-up team. Early childhood deprivation is associated with alterations in adult brain structure despite subsequent environmental enrichment. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2020;117(1): 641-649.
49. Hensch TK. The power of the infant brain. *Scientific American*. 2016;314(2):64-69.
50. McCormack GL. The significance of somatosensory stimulation to the hand: implications for occupational therapy practice. *The Open Journal of Occupational Therapy*. 2014;2(4):7.
51. Arbesman M, Lieberman D. Methodology for the systematic reviews of occupational therapy for children and adolescents with difficulty processing and integrating sensory information. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2010;64(3):368-374.
52. Lane SJ, Mailloux Z, Schoen S, Bundy A, May-Benson TA, Parham LD, et al. Neural foundations of sensory integration. *Brain sciences*. 2019;9(7):153.
53. Conti GE. Occupational therapy and neuromotor interventions. *Occupational Therapy International*. 2009;16(3-4):171-174.
54. Stoykov ME, Corcos DM. A review of bilateral training for upper extremity hemiparesis. *Occupational therapy international*. 2009;16(3-4):190-203.
55. Budde H, Wegner M, Soya H, Voelcker-Rehage C, McMorris T. Neuroscience of exercise: neuroplasticity and its behavioral consequences. *Neural plasticity*. 2016.
56. Yau SY, Li A, Sun X, Fontaine CJ, Christie BR, So K-F. Potential Biomarkers for Physical Exercise - Induced Brain Health. Wang M, editor. *Role of Biomarkers in Medicine*. UK, London: IntechOpen; 2016:169-91.

57. Boliek CA, Fox CM. Individual and environmental contributions to treatment outcomes following a neuroplasticity-principled speech treatment (LSVT LOUD) in children with dysarthria secondary to cerebral palsy: A case study review. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2014;16(4):372-385.
58. Kurland J, Baldwin K, Tauer C. Treatment-induced neuroplasticity following intensive naming therapy in a case of chronic Wernicke's aphasia. *Aphasiology*. 2010;24(6-8):737-751.
59. Falchook AD, Heilman KM, Finney GR, Gonzalez-Rothi LJ, Nadeau SE. Neuroplasticity, neurotransmitters and new directions for treatment of anomia in Alzheimer disease. *Aphasiology*. 2014;28(2):219-235.
60. Belopasova AV, Dobrynina LA, Kadykov AS, Berdnikovich ES, Bergelson TM, Tsypushtanova MM. Noninvasive brain stimulation in the rehabilitation of patients with post-stroke aphasia. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii Imeni SS Korsakova*. 2020;120(3. Vyp. 2):23-28.
61. Donoso Brown EV, Fichter R. Home programs for upper extremity recovery post-stroke: a survey of occupational therapy practitioners. *Topics in stroke rehabilitation*. 2017;24(8):573-578.
62. Dunst CJ, Bruder MB, Trivette CM, Hamby DW. Everyday activity settings, natural learning environments, and early intervention practices. *J Policy Pract Intellect Disabil*. 2006;3:3-10.
63. Abaoğlu H. Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği'nin Geliştirilmesi [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2015.
64. Malgaonkar N, Ramachandran M, Patel SD, Dsouza SA. Occupational Therapists' Perceptions of Home Program Provision for Stroke Survivors in a Lower-and Middle-Income Country: An Exploratory Study. *Occupational Therapy In Health Care*. 2023;37(1):54-74.
65. Liao ST, Hwang YS, Chen YJ, Lee P, Chen SJ, Lin LY. Home-based DIR/Floortime™ intervention program for preschool children with autism spectrum disorders: Preliminary findings. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. 2014;34(4):356-367.
66. Novak I, Cusick A, Lannin N. Occupational therapy home programs for cerebral palsy: Double-blind, randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2009;124:e606-e614.
67. Novak I. Effective home programme intervention for adults: A systematic review. *Clin Rehabil*. 2011;25:1066-1085.
68. Dal BT, Bumin G, Aksoy S, Günaydın RÖ. Comparison of Activity-Based Home Program and Cawthorne-Cooksey Exercises in Patients With Chronic Unilateral Peripheral Vestibular Disorders. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2021;102(7):1300-1307.
69. Tinderholt Myrhaug H, Østensjø S, Larun L, Odgaard-Jensen J, Jahnsen R. Intensive training of motor function and functional skills among young children


- with cerebral palsy: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2014;14:292.
70. Schenck RC Jr, Blaschak MJ, Lance ED, Turturro TC, Holmes CF. A prospective outcome study of rehabilitation programs and anterior cruciate ligament reconstruction. *Arthroscopy.* 1997;13:285–290.
 71. Andrews M. America's best health plans. Desperate to control healthcare costs, employer are rolling out wellness programs with teeth. *US News World Rep.* 2007;143:55–56, 58, 60.
 72. Galvin RS, Delbanco S. Between a rock and a hard place: understanding the employer mind-set. *Health Aff (Millwood).* 2006;25:1548–1555.
 73. Kay S, McMahon M, Stiller K. An advice and exercise program has some benefits over natural recovery after distal radius fracture: a randomised trial. *Australian Journal of Physiotherapy.* 2008;54(4):253-259.
 74. DeVeney SL, Hagaman JL, Bjornsen AL. Parentimplemented versus clinician-directed interventions for late-talking toddlers: A systematic review of the literature. *Communication Disorders Quarterly.* 2017;39(1):1–10.
 75. Hart B, Risley TR. American parenting of language-learning children: Persisting differences in family-child interactions observed in natural home environments. *Developmental psychology.* 1992;28(6):1096.
 76. Gilkerson J, Richards JA, Warren SF, Montgomery JK, Greenwood CR, Kimbrough Oller D, et al. Mapping the early language environment using all-day recordings and automated analysis. *American journal of speech-language pathology.* 2017;26(2):248-265.
 77. Lang R, Machaliecek W, Rispoli M, Regester A. Training parents to implement communication interventions for children with autism spectrum disorders (ASD): a systematic review. *Evidencebased Communication Assessment and Intervention.* 2009;3:174–190.
 78. Meadan H, Ostrosky MM, Zaghawan HY, Yu S. Promoting the social and communicative behavior of young children with autism spectrum disorders. A review of parentimplemented intervention studies. *Topics in Early Childhood Special Education.* 2009;29(2):90–104.
 79. Rakap S, Rakap S. Parent-implemented naturalistic language interventions for young children with disabilities: a systematic review of single-subject experimental research studies. *Educational Research Review.* 2014;13:35–51.
 80. Roberts MY, Kaiser AP. The effectiveness of parentimplemented language interventions: a meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology.* 2011;20(3):180–199.
 81. Schreibman L, Dawson G, Stahmer AC, Landa R, Rogers SJ, McGee GG, et al. Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders.* 2015; 45:2411-2428.

82. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. 2005;1:771-774.
83. Özdemir Z. Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2018;5(1):60-68.
84. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 5. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
85. Tezbaşaran A. (2008). Likert tipi ölçek hazırlama kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2008:27-48.
86. Likert R. The Method of Constructing an Attitude Scale. Fishbein M, editor. Attitude Theory and Measurement. New York: John Wiley&Sons; 1967.
87. Erkuş A. Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme. Ankara: Pegem Akademi Yayınları; 2012.
88. Çam MO, Baysan-Arabacı L. Tutum Ölçeği Hazırlamada Nitel ve Nicel Adımlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2010;2:59-71.
89. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.
90. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenilirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3):211-6.
91. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. Psychological bulletin. 1955;52(4):281.
92. Yeşilyurt S, Çapraz C. Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2018;20(1):251-264.
93. Kelecioğlu H, Şahin SG. Geçmişten günümüze geçerlik. Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology. 2014;5(2):1-11.
94. Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012;11(3).
95. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem Atıf İndeksi;2018:001-214.
96. Akyüz HE. (2018). Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi: Uygulamalı bir çalışma. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi. 2018;7(2):186-198.
97. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. Psychometrika. 1951;16:297-334.
98. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
99. Yusoff R. Ruler & Option Scale: Development Of An Interval Measurement Technique [Doctoral thesis]. Selangor: Universiti Teknologi MARA (UITM); 2019.

100. Morgado FF, Meireles JF, Neves CM, Amaral A, Ferreira ME. Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future research practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2017;30(1):5
101. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Frontiers in public health*. 2018;6:149.
102. Erkuş A, Sünbül Ö, Sünbül SÖ, Yormaz S, Aşiret S. Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-II ölçme araçlarının psikometrik nitelikleri ve ölçme kuramları. *Pegem Atıf İndeksi*. 2017.
103. Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S. Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(4):38-46.
104. Chen X, Luo L, Jiang L, Shi L, Yang L, Zeng Y, et al. Development of the nurse's communication ability with angry patients scale and evaluation of its psychometric properties. *Journal of advanced nursing*. 2021;77(6):2700-8
105. Bowden MG, Woodbury ML, Duncan PW. Promoting neuroplasticity and recovery after stroke: future directions for rehabilitation clinical trials. *Current opinion in neurology*. 2013;26(1):37-42.
106. Özbeşler C. Farklı gelişimsel özellikleri olan çocuğa sahip ailelerin sorunları. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*. 2008;(1):25-36.
107. Meral BF. Zihin engelli çocuk babalarının bir iletişim sunumu olarak web tabanlı uzaktan eğitim uygulaması hakkındaki görüşleri [Yüksek Lisans Tezi]. Eskişehir; Anadolu Üniversitesi; 2006.
108. Afshar S, Rassafiani M, Hosseini SA. Effect of occupational therapy home program on activities of daily living of 5-12 years old children. *Archives of Rehabilitation*. 2013;13(4):117-123.
109. Rickards AL, Walstab JE, Wright-Rossi RA, Simpson J, Reddihough DS. A randomized, controlled trial of a home-based intervention program for children with autism and developmental delay. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2007;28(4), 308-316.

8. EKLER

EK-1: Tez Çalışması İçin Etik Kurul Onayı


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

Sayı : 16969557-1465
Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 29 HAZİRAN 2021 SALI
Toplantı No : 2021/13
Proje No : GO 21/814(Değerlendirme Tarihi: 29.06.2021)
Karar No : 2021/13-33

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Gökçen AKYÜREK'in sorumlu araştırmacı olduğu, Erg. Büşra ŞİPAHI'nin yüksek lisans tezi olan, GO 21/814 kayıt numaralı "Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 20 Temmuz 2021-20 Haziran 2022 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

| | | |
|------------------------------|---------|-----------------------------------|
| 1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN | Başkan) | 7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR |
| 2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN | (Üye) | 8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK |
| 3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK | (Üye) | 9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ |
| 4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER | (Üye) | 10. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR |
| 5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN | (Üye) | İZİNLİ |
| 6. Doç. Dr. Can Ebru KUR | (Üye) | 11. Av. Serap MORALIOĞLU (Üye) |

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

EK-2: Gönüllü İlan Metni

GÖNÜLLÜ İLAN METNİ (TERAPİST)

Merhabalar, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalı tarafından yapılacak olan “Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” başlıklı araştırmamız için terapi hizmeti veren ergoterapist, fizyoterapist, dil ve konuşma terapisti ve psikoterapist aramaktayız. Çalışmanın araştırmacıları Doç. Dr. Gökçen Akyürek ve Erg. Büşra Sipahi’dir. Bu çalışmayla birlikte terapi süreçlerinde verilen ev programlarına yönelik kalite değerlendirme ölçeği geliştirilecektir. Çalışmamız 1 adet Sosyodemografik Form ve 1 adet Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği’ni içermektedir. Gönüllü olan katılımcıların ad-soyad bilgisi alınmayacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışma aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya yönelik sorularınız için yardımcı araştırmacının mail adresinden ulaşabilirsiniz.

GÖNÜLLÜ İLAN METNİ (DANIŞAN/BAKIM VEREN)

Merhabalar, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalı tarafından yapılacak olan “Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” başlıklı araştırmamız için terapi hizmeti alan danışanlar aramaktayız. Çalışmanın araştırmacıları Doç. Dr. Gökçen Akyürek ve Erg. Büşra Sipahi’dir. Bu çalışmayla birlikte terapi süreçlerinde verilen ev programlarına yönelik kalite değerlendirme ölçeği geliştirilecektir. Çalışmamız 1 adet Sosyodemografik Form ve 1 adet Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği’ni içermektedir. Gönüllü olan katılımcıların ad-soyad bilgisi alınmayacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Danışanın kendisi katılım gösteremez ise bakım vereni katılım sağlayabilir. Bu çalışma aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya yönelik sorularınız için yardımcı araştırmacının mail adresinden ulaşabilirsiniz.

EK-3: Aydınlatılmış Onam Formları

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU TERAPİST GRUBU

Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi

Sevgili Katılımcı

“Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, ev programı verilirken belirli bir standartın sağlanması ve kontrol edilmesi adına bir nitelik değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi ve bu ölçeğin rehabilitasyon alan engelli bireylerde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma kapsamında sizlerle bir adet “**Bilgi Alma Formu**” paylaşılacaktır, bu form **9 sorudan oluşmakta, doldurması yaklaşık 10 dakika** sürmektedir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla ev programı veren terapistlerin demografik bilgilerine ulaşılmış olacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya **formu doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.**

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir

Forma adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Formu yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Gökçen AKYÜREK

Erg. Büşra SİPAHİ

Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Anabilim Dalı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
DANIŞANLAR

Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi

Sevgili Katılımcılar

“Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, ev programı verilirken belirli bir standartın sağlanması ve kontrol edilmesi adına bir nitelik değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi ve bu ölçeğin rehabilitasyon alan engelli bireylerde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma kapsamında sizlerle bir adet “**Bilgi Alma Formu**” paylaşılacaktır, bu Terapist Formu **6 sorudan oluşmakta, doldurması yaklaşık 10 dakika** sürmektedir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla ev programı alan danışanların yani sizlerin ev programına yönelik görüşleri belirlenmiş olacaktır. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Danışanın kendisi formu dolduramayacak durumda ise bakım vereninin doldurmasının gerektiğini belirtmek isteriz. Bu onam formu katılımcının (danışanın) kendisi adına onaylanmalıdır. Formu dolduracak kişi bakım veren ise, ayrı bir onam formu daha kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya **formu doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.**

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Gökçen AKYÜREK

Erg. Büşra SİPAHİ

Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Anabilim Dalı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
BAKIM VERENLER

**Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve
Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi**

Sevgili Katılımcılar

“Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, ev programı verilirken belirli bir standartın sağlanması ve kontrol edilmesi adına bir nitelik değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi ve bu ölçeğin rehabilitasyon alan engelli bireylerde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma kapsamında sizlerle bir adet “**Bilgi Alma Formu**” paylaşılacaktır, bu Terapist Formu **6 sorudan oluşmakta, doldurması yaklaşık 10 dakika** sürmektedir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla çocuğunuz ya da bakım verdiğiniz bireyin ve sizinle ilgili bazı demografik bilgiler edinilmiş ve verilen ev programına yönelik görüşleriniz belirlenmiş olacaktır. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Bu onam formu bakım verenin adına onaylanması gereken formdur.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya **formu doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.**

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir

Forma adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Formu yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Gökçen AKYÜREK

Erg. Büşra SİPAHİ

Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Anabilim Dalı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN ÇOCUK RIZA FORMU

Sevgili Kardeşim,

Benim adım Erg. Büşra Sipahi. Sana terapi süresince evde yapacağın görevlerle ilgili verilen ödevlerin niteliğini (nasıl olduklarını) anlamak amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Bu araştırma ile verilen ev görevlerinin belirli bir standart içerisinde olabilmesi ve kontrol edilebilmesi adına bir ölçek geliştirmekteyiz.

Araştırmayı ben ve başka bazı uzmanlar birlikte yapıyoruz. Bu araştırmaya katılacak olursan seninle ilgili bilgileri ebeveynlerinden (bakım verenlerinden) almak için onlara bir form uygulayacağız. Bu form ile seninle ilgili birtakım demografik bilgiler bakım vereninden öğreneceğiz.

Bu araştırmanın sonuçları senin gibi terapi alan çocuklara verilen ev görevlerinin niteliğini anlamamızı sağlayacaktır. Bu araştırmanın sonuçlarını başka uzmanlara da söyleyeceğiz, sonuçları bildireceğiz ama senin adını söylemeyeceğiz.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Anne ve baban tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da uzmanlar muayene ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kağıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun adı, soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı, soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırmacının adı, soyadı, ünvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
UZMANLAR İÇİN (Ölçek Geliştirme Aşaması)

Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi

Sevgili Katılımcılar

“Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, ev programı verilirken belirli bir standartın sağlanması ve kontrol edilmesi adına bir nitelik değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır. Katılmaya gönüllü olduğunuz aşama ölçeğin geliştirilmesi aşamasıdır.

Gönüllü olarak katılmayı kabul ettiğiniz takdirde ölçeğin geliştirilmesinde sizin uzman görüşlerinize başvurulacaktır. Ekte uzman görüş formu yer almaktadır, maddelere “uygun”, “uygun, ancak ifade için ufak değişiklik gerekiyor”, “ifadenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor” ve “uygun değil” şeklinde görüş bildirmenizi ve varsa maddelere yönelik yorumlarınızı eklemenizi rica etmekteyiz.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya **formu doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.**

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 1 bölümden oluşmaktadır. Yanıtlarınızı, soruların yanında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek belirtiniz. Eğer ilgili maddeye yönelik uzman görüşünüzü paylaşmak isterseniz yandaki yorum bölümüne görüş ve önerilerinizi yazabilirsiniz.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Gökçen AKYÜREK

Erg. Büşra SİPAHİ

Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Anabilim Dalı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
TERAPİST GRUBU (Geçerlik-Güvenirlilik Aşaması)

Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi

Sevgili Katılımcılar

“Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, ev programı verilirken belirli bir standartın sağlanması ve kontrol edilmesi adına bir nitelik değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi ve bu ölçeğin rehabilitasyon alan engelli bireylerde geçerlik ve güvenirliliğinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışmamızda, geliştirdiğimiz ev programı nitelik değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenirliliğini yapmayı amaçlamaktayız.

Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla geliştirdiğimiz ölçek ile ev programı veren terapistlerin danışan/hastalarına verdikleri ev programlarına yönelik görüşleri belirlenmiş olacak ve ölçeğin geçerlik-güvenirlilik analizleri aşamalarında kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 1 bölümden oluşmaktadır. Bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların yanında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek belirtiniz.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Gökçen AKYÜREK

Erg. Büşra SİPAHİ

Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Anabilim Dalı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
DANIŞAN FORMU (Geçerlik-Güvenirlilik Aşaması)

**Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve
Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi**

Sevgili Katılımcılar

“Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, ev programı verilirken belirli bir standartın sağlanması ve kontrol edilmesi adına bir nitelik değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi ve bu ölçeğin rehabilitasyon alan engelli bireylerde geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Geliştirdiğimiz ölçekle sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla geçerlik ve güvenirlilik çalışmalarının yapılması hedeflenmektedir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla geliştirdiğimiz ölçek ile ev programı alan danışan/hastaların ev programlarına yönelik görüşleri belirlenmiş olacak ve ölçeğin geçerlik-güvenirlilik analizleri aşamalarında kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Danışanın kendisi ölçekleri dolduramayacak durumda ise ya da katılımcı birey çocuk ise anketleri bakım vereninin doldurmasının gerektiğini belirtmek isteriz. Bu onam formu katılımcının (danışanın) kendisi adına onaylanmalıdır. Ölçekleri dolduracak kişi bakım veren ise, ayrı bir onam formu daha kullanılacaktır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız. **Anketimiz 1 bölümden oluşmaktadır.** Bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların yanında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak belirtiniz. Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Gökçen AKYÜREK

Erg. Büşra SİPAHİ

Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Anabilim Dalı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
BAKIM VEREN FORMU (Geçerlik-Güvenirlilik Aşaması)

**Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve
Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi**

Sevgili Katılımcılar

“Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, ev programı verilirken belirli bir standartın sağlanması ve kontrol edilmesi adına bir nitelik değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi ve bu ölçeğin rehabilitasyon alan engelli bireylerde geçerlik ve güvenirliliğinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Geliştirdiğimiz ölçekle sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla geçerlik ve güvenirlilik çalışmalarının yapılması hedeflenmektedir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla bakım verdiğiniz çocuk/danışan/hastalara verilen ev programı ile ilgili görüşleriniz belirlenmiş olacak ve ölçeğin geçerlik-güvenirlilik analizleri aşamalarında veriler kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Danışanın kendisi ölçekleri dolduramayacak durumda olduğu için anketi sizin doldurmanızın daha sağlıklı sonuçlar elde edebilmemiz açısından gerekli olduğunu belirtmek isteriz. Bu onam formu bakım verenin adına onaylanması gereken formdur.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız. **Anketimiz 1 bölümden oluşmaktadır.** Bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların yanında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak belirtiniz. Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Gökçen AKYÜREK

Erg. Büşra SİPAHİ

Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Anabilim Dalı

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

EK-4: Sosyodemografik Form (Terapist İçin)

Değerli katılımcı,

Bu form Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Ana Bilim Dalı'nda yürütülmekte olan “Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” isimli yüksek lisans tezine ilişkin veriler toplamak amacıyla geliştirilmiştir.

Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm ankete katılan bireyin kişisel bilgilerini, ikinci bölüm ev programı hakkındaki görüşlerini kapsamaktadır. Verecek olduğunuz içten ve doğru yanıtlar araştırmaya büyük katkı sağlayacaktır. Zaman ayırdığınız ve ilgilendiğiniz için teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Doç. Dr. Gökçen Akyürek

Erg. Büşra Sipahi

- 1) Katılımcı no/rumuz:
- 2) Yaş:
- 3) Cinsiyet: O Kadın O Erkek
- 4) Eğitim durumu:
 - Lisans
 - Yüksek Lisans
 - Doktora
- 5) Meslek:
 - Ergoterapist
 - Fizyoterapist
 - Dil ve konuşma terapisti
 - Diğer:
- 6) Çalıştığınız kurum türü:
 - Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi
 - Hastane
 - Özel klinik/ Terapi merkezi
 - Üniversite
 - Diğer:

- 7) Çalışma kıdeminiz:
- 0-4 yıl
 - 5-9 yıl
 - 10-14 yıl
 - 15-19 yıl
 - 20 yıl ve üstü
- 8) Danışanlarınıza ev programı verir misiniz?
- Evet
 - Hayır
- 9) Ev programlarını ne sıklıkla yenilersiniz?
- Haftada 1
 - İki haftada 1
 - Ayda 1
 - Daha uzun süre

EK-5: Sosyodemografik Form (Danışan/Bakım Veren İçin)

Değerli katılımcı,

Bu form Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Ana Bilim Dalı'nda yürütülmekte olan “ Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Rehabilitasyon Alan Engelli Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi” isimli yüksek lisans tezine ilişkin veriler toplamak amacıyla geliştirilmiştir.

Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm ankete katılan bireyin kişisel bilgilerini, ikinci bölüm ev programı hakkındaki görüşlerini kapsamaktadır. Verecek olduğunuz içten ve doğru yanıtlar araştırmaya büyük katkı sağlayacaktır. Zaman ayırdığınız ve ilgilendiğiniz için teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Doç. Dr. Gökçen Akyürek

Erg. Büşra Sipahi

- 1) Katılımcı no/rumuz:
- 2) Yaş:
- 3) Cinsiyet: O Kadın O Erkek
- 4) Tanı/terapi alma nedeni:
- 5) Eğitim durumu:
 - İlkokul
 - Orta okul
 - Lise
 - Lisans
 - Yüksek lisans
- 6) Meslek:
- 7) Terapi hizmeti alıyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır
- 8) Hangi terapi hizmetinden yararlanıyorsunuz?
 - Ergoterapi
 - Fizyoterapi
 - Dil ve konuşma terapisi

- 9) Haftada kaç seans terapi hizmeti alıyor?
- 1 seans
 - 2 seans
 - 3 seans
 - 4 seans
 - 5 ve üstü seans
- 10) Terapi hizmetine ne kadar süredir devam ediyorsunuz?
- 1 aydan daha az
 - 1-3 ay
 - 3-6 ay
 - 6-12 ay
 - 1 yıldan daha fazla
- 11) Terapistiniz tarafından bir ev programı verildi mi?
- Evet
 - Hayır
- 12) Ev programınızı ne kadar süredir uyguluyorsunuz?
- 1 aydan daha az
 - 1-3 ay
 - 3-6 ay
 - 6-12 ay
 - 1 yıldan daha fazla
- 13) Danışan ev programını genellikle kiminle uyguluyor?
- Kendi başına
 - Anne
 - Baba
 - Eş(partner)
 - Akraba
 - Büyükanne-büyükbaba
 - Kardeşler
 - Bakıcı
 - Diğer (yazınız

14) Danışan ev programını haftada kaç gün uyguluyor?

- Hiçbir zaman
- 1-2 gün
- 3-4 gün
- 5-6 gün
- Her gün

15) Ev programı bir günde ne kadar zamanınızı alıyor?

- 30dkdan az
- 30-45 dk
- 45-60 dk
- 1 saatten fazla

16) Terapistiniz ev programınızı ne sıklıkla yeniliyor?

- Her hafta
- 2 hafta-1 ayda bir
- 1-3 ayda bir
- 3-6 ayda bir
- 6-9 ayda bir

EK-6: Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği (EPNÖ) Terapist Formu

**EV PROGRAMI NİTELİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (EPNÖ)
TERAPİST FORMU**

Katılımcı no/rumuz:

| | MADDELER | UYGUN DEĞİL | AZ UYGUN | UYGUN | ÇOK UYGUN |
|----|--|--------------------|-----------------|--------------|------------------|
| 1 | Gereken malzeme ve ekipmanın kullanımını bakım verene/danışana anlatırım. | | | | |
| 2 | Ev programının bakım verenin rutinleri ve ev düzenine etkisini değerlendiririm. | | | | |
| 3 | Ev programını bakım verenin rutinleri ve ev düzenine uygun şekilde düzenlerim. | | | | |
| 4 | Ev programı için bakım verenin bilgi ve beceri düzeyini değerlendiririm. | | | | |
| 5 | Ev programını hazırlarken bakım verenin çalışma saatlerini dikkate alırım. | | | | |
| 6 | Ev programını danışanın rutinleri ve ev düzenine uygun şekilde düzenlerim. | | | | |
| 7 | Ev programında danışanın hedeflerine dikkat ederim. | | | | |
| 8 | Ev programını hazırlarken danışanın ilgi alanları dikkate alırım. | | | | |
| 9 | Ev programını hazırlarken danışanın aldığı diğer hizmetleri göz önünde bulundururum. | | | | |
| 10 | Ev programının kontrollerini sözel ya da yazılı geribildirimlerle (haftada en az 1 kez) yaparım. | | | | |
| 11 | Ev programını düzenli olarak yenilerim. | | | | |

EK-7: Ev Programı Nitelik Değerlendirme Ölçeği (EPNÖ) Danışan/bakım veren formu

**EV PROGRAMI NİTELİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (EPNÖ)
DANIŞAN/BAKIM VEREN FORMU**

Katılımcı no/rumuz:

| | MADDELER | UYGUN DEĞİL | AZ UYGUN | UYGUN | ÇOK UYGUN |
|---|---|--------------------|-----------------|--------------|------------------|
| 1 | Ev programı için gereken malzemeler evde mevcuttur. | | | | |
| 2 | Ev programı bakım verenin beklentilerini karşılar. | | | | |
| 3 | Ev programı bakım verenin şikayetlerine ek olarak terapistin fark ettiği problemleri de kapsar. | | | | |
| 4 | Ev programı için bakım verenin bilgi ve beceri düzeyi değerlendirilir. | | | | |
| 5 | Ev programı hazırlanırken bakım verenin çalışma saatleri dikkate alınır. | | | | |
| 6 | Ev programı ile ilgili sorularda terapist ihtiyaç anında destek sağlayabilir. | | | | |
| 7 | Ev programının kontrolleri terapist tarafından video kayıtlarla (haftada en az 1 kez) yapılır. | | | | |
| 8 | Ev programı terapist tarafından düzenli olarak yenilenir. | | | | |

EK-8: Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Büşra Sipahi
Ödev başlığı: EV PROGRAMI NİTELİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİ...
Gönderi Başlığı: EV PROGRAMI NİTELİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİ...
Dosya adı: BU_S_RA_SI_PAHI_-TEZ_05.07_SON_-_Kopya.docx
Dosya boyutu: 211.4K
Sayfa sayısı: 68
Kelime sayısı: 15,705
Karakter sayısı: 110,429
Gönderim Tarihi: 06-Tem-2023 01:02ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2127202067



EK-9: Orijinallik Raporu

EV PROGRAMI NİTELİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

| | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| % 16 BENZERLİK ENDEKSİ | % 16 İNTERNET KAYNAKLARI | % 6 YAYINLAR | % ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------|-----------------------|

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

%11

★ acikbilim.yok.gov.tr
İnternet Kaynağı

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Üzerinde