

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

**MULTİPL SKLEROZ'LU BİREYLERDE KANADA AKTİVİTE
PERFORMANS ÖLÇÜMÜ'NÜN TÜRKÇE KÜLTÜREL
ADAPTASYONU, GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ**

Fzt. Berkan TORPİL

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2017

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

**MULTİPL SKLEROZ'LU BİREYLERDE KANADA AKTİVİTE
PERFORMANS ÖLÇÜMÜ'NÜN TÜRKÇE KÜLTÜREL
ADAPTASYONU, GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ**

Fzt. Berkan TORPİL

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Gamze EKİCİ**

**ANKARA
2017**

**Multipl Skleroz'lu Bireylerde Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe
Kültürel Adaptasyonu, Geçerlilik ve Güvenilirliği**

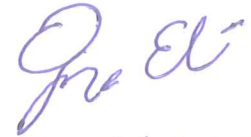
Fzt. Berkan TORPİL

Bu çalışma 08/05/2017 tarihinde jürimiz tarafından "Ergoterapi Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Hülya KAYIHAN*
Hacettepe Üniversitesi



Tez Danışmanı: *Doç. Dr. Gamze EKİCİ*
Hacettepe Üniversitesi



Üye: *Prof. Dr. Mine UYANIK*
Hacettepe Üniversitesi



Üye: *Doç. Dr. Burcu Semin AKEL*
Hacettepe Üniversitesi



Üye: *Doç. Dr. Seyit ÇITAKER*
Gazi Üniversitesi



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

Tarih 05 Haziran 2017


(imza)

Prof. Dr. Diclehan Orhan
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.

Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

Tezimin/Raporumun 06/06/2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

06 /06/2017


Berkan TORPİL

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 özgün olduğunu, Doç. Dr. Gamze EKİCİ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Fzt. Berkan TORPİL

TEŞEKKÜR

Tez yazımının her aşamasında bilimsel bilgisi ile desteklerini esirgemeyen, danışmanım, Sayın Hocam Doç. Dr. Gamze EKİCİ'ye kıymetli zamanını ayırdığı için teşekkürlerimi sunarım.

Akademik bilgi ve deneyimlerinden daima istifade ettiğim Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölüm Başkanı Sayın Hocam Prof. Dr. Hülya KAYIHAN'a teşekkürü borç bilirim.

Çalışmada yararlanılan ölçeğin kullanım iznini alarak tezimize katkıda bulunan ve pek çok konuda desteğini esirgemeyen hocam Sayın Prof. Dr. Gonca BUMİN'e teşekkür ederim.

Ünite çalışmalarında, birlikte mesai yaptığımız hocalarım Sayın Prof. Dr. Mine UYANIK, Sayın Dr. Onur ALTUNTAŞ ve Uzm. Fzt. Mavi Menekşe ÖZ'e teşekkürlerimi sunarım.

Kıymetli hocalarım Sayın Prof. DR. Esra AKI'ya, Sayın Doç. Dr. Çiğdem ÖZSÜZ'e, Sayın Doç. Dr. Burcu Semin AKEL'e ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Meral Huri'ye değerli bilgi ve paylaşımları için teşekkür ederim.

Ergoterapi Bölümü Araştırma Görevlisi arkadaşlarım Sedef ŞAHİN'e, Orkun Tahir ARAN'a, Tarık DEMİROK'a, Hatice ABAOĞLU'na ve diğer mesai arkadaşlarıma çalışmalarım sırasındaki destekleri için teşekkürlerimi sunarım.

Türkiye Multipl Skleroz Derneği, Ankara Şubesi'ne katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Daima yanımda olan sevgili aileme ve tanıştığım ilk günden beri her konuda bana destek olan müstakbel eşim, canım nişanlım Funda KAPICI'ya hayatıma güzellikler getirdiği için teşekkür ederim.

ÖZET

Torpil B., Multipl Skleroz’lu Bireylerde Kanada Aktivite Performans Ölçümü’nün Türkçe Kültürel Adaptasyonu, Geçerlilik ve Güvenilirliği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017. Bu araştırma, Multipl Skleroz’lu (MS) bireylerde kişi merkezli bir sonuç ölçümü olan Kanada Aktivite Performans Ölçümü’nün (KAPÖ) Türkçe’ye uyarlanması, kültürel adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması amacıyla planlandı. Çalışmaya Mini Mental Durum Testi’nden 24 ve üstü puan alan MS’li bireyler dahil edildi. Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımladığı çeviri prosedürü uygulandı. Anket Türkçe çevirisi sonrası, anadili İngilizce olan uzman ekip tarafından İngilizce’ye çevrildi. Jüri tarafından gerekli kültürel adaptasyonları tartışılarak ölçeğin son hali belirlendi. Değerlendirmelerden bir hafta sonra bireylere tekrar test yapıldı. Uygulama esnasında anketin Türk kültürüyle uyumlanmasında herhangi bir problem yaşanmadı. Yapılan değerlendirmeler sonucunda KAPÖ ile MS’li bireylerin problem yaşadığı 342 aktivite belirlendi. MS’li bireyler en fazla kendine bakım alanında problemleri oldukları aktiviteleri belirtti. Bireylerin en fazla problem belirttiği aktivitelerin başında “toplu ulaşım kullanımı ve merdiven inip çıkmanın” geldiği görüldü. KAPÖ’nün geçerliliğinin belirlenmesinde Sağlık Değerlendirme Anketi, Genişletilmiş Özürlülük Değerlendirme Ölçeği, Multipl Skleroz Yaşam Kalitesi-54 fiziksel ve bilişsel puanları arasındaki ilişkilere bakıldı. Bu incelemeler sonucunda KAPÖ’nün geçerli bir ölçüm olduğu saptandı. Güvenilirlik incelemesinde test tekrar test ve iç tutarlılık katsayısına bakıldı. Bir hafta arayla yapılan tekrar test uygulamaları sonrasında Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısına bakıldı. İç tutarlılık katsayısı 0,9-1 aralığında olup KAPÖ’nün mükemmel düzeyde güvenilir olduğu saptandı. Sonuç olarak, KAPÖ’nün Türkçe versiyonu MS’li bireyler üzerinde akademik ve klinik anlamda kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulundu.

Anahtar Sözcükler: Kanada Aktivite Performans Ölçümü, Geçerlilik, Güvenilirlik, Multipl Skleroz

ABSTRACT

Torpil B., Turkish Cross-Cultural Adaptation, Validity and Reliability of Canadian Occupational Performance Measure in People with Multiple Sclerosis, Hacettepe University Institute of Health Science Occupational Therapy Program Master Thesis, Ankara, 2017. This study was conducted to determine whether people with Multiple Sclerosis (MS) was designed to investigate the adaptation, cultural adaptation, validity and reliability of Canadian Occupational Performance Measure (COPM), a client centered outcome measure, to Turkish. People with MS scores of 24 or higher were included in the study to the Mini Mental State Examination. The translation procedure defined by the World Health Organization has been implemented. After the Turkish translation, the questionnaire was translated into English by a team of native speakers. The final form of the scale was determined by discussing the necessary cultural adaptations by the jury. People with MS were implemented re-test one week after the assessments. During the process, there was no problem in adapting the questionnaire to the Turkish culture. As a result of these evaluations, 342 occupations in which people with MS had problems with COPM were determined. People with MS indicated the most problematic activities in self-care. One of the most problematic activities of people is the use of public transportation and the climbing of stairs. The validity of COPM was determined by looking at the correlation between the Health Assessment Questionnaire, Expanded Disability Status Scale, Multiple Sclerosis Quality of Life-54 physical and cognitive scores. As a result of these examinations, it was determined that the COPM was a valid measurement. On the reliability test, test retest and internal consistency coefficient were checked. Cronbach's Alfa internal consistency coefficient was evaluated after re-testing with one week's search. The internal consistency coefficient was found to be in the range of 0.9-1 and it was found that the COPM was reliable at the perfect level. In conclusion, the Turkish version of COPM was found to be a valid and reliable measurement tool that can be used academically and clinically in people with MS.

Key Words: Canadian Occupational Performance Measure, Validity, Reliability, Multiple Sclerosis

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN SAYFASI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Multipl Skleroz	3
2.2. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)	3
2.2.1. Fonksiyon ve Özürlülük	4
2.2.2. Bağlamsal Faktörler	4
2.3. Ergoterapi Yaklaşımları	5
2.4. Kanada Aktivite Performans Modeli	6
2.5. Kanada Aktivite Performans Ölçümü	7
2.6. Ölçeklerin Tercüme ve Adaptasyon Süreci	8
2.7. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirliği	10
2.7.1. Geçerlilik	11
2.7.2. Güvenilirlik	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Bireyler	14
3.2. Yöntem	14
3.3. Değerlendirme	14
3.3.1. Bireylerin Demografik Bilgileri	14
3.3.2. Mini Mental Durum Testi	15
3.3.3. Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği	15
3.3.4. Sağlık Değerlendirme Anketi	15

3.3.5. Multipl Skleroz Yaşam Kalitesi-54	16
3.3.6. Kanada Aktivite Performans Ölçümü	16
3.4. Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe'ye Uyarlanması	17
3.5. İstatistiksel Analiz	18
4.BULGULAR	20
4.1. Olguların Cinsiyet Dağılımları	20
4.2. Olguların Fiziksel Durumları	20
4.3. Olguların Eğitim Durumları	20
4.4. Olguların Gelir ve Çalışma Durumları	21
4.5. Olguların Medeni Durumları	21
4.6. Olguların Özürlülük Düzeyleri	21
4.7. Olguların Fonksiyonel Beceri Seviyeleri	22
4.8. Olguların Yaşam Kalite Düzeyleri	22
4.9. Olguların Aktivite Performansı ve Memnuniyeti Düzeyleri	22
4.10. Olguların Aktivite Performans Problemleri	23
4.10.1. Olguların Kendine Bakım Alanı Problemleri	23
4.10.2. Olguların Üretkenlik Alanı Problemleri	26
4.10.3. Olguların Serbest Zaman Alanı Problemleri	28
4.11. Kanada Aktivite Performans Ölçümü Geçerlilik Bulguları	29
4.12. Kanada Aktivite Performans Ölçümü Güvenilirlik Bulguları	30
4.12.1. Kanada Aktivite Performans Ölçümü Test Tekrar-Test Bulguları	30
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	38
7. KAYNAKLAR	40
8. EKLER	
EK 1: Tez Çalışması için Etik Kurul Onayı	
EK 2: Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 3: Demografik Form	
EK 4: Mini Mental Durum Testi	
EK 5: Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği	
EK 6: Sağlık Değerlendirme Anketi	

EK 7: Multipl Skleroz Yaşam Kalitesi-54

EK 8: Kanada Aktivite Performans Ölçümü

EK 9: Ölçeğin Kullanım İzin Yazısı

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GÖDÖ	: Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği
ICF	: İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması
KAPM	: Kanada Aktivite Performans Modeli
KAPÖ	: Kanada Aktivite Performans Ölçümü
KF-36	: Kısa Form-36
kg	: Kilogram
m	: Metre
MMDT	: Mini Mental Durum Testi
MS	: Multipl Skleroz
MSYK-54	: Multipl Skleroz Yaşam Kalitesi-54
n	: Birey Sayısı
SDA	: Sağlık Değerlendirme Anketi
SPSS	: Statistical Package for the Social Science
SS	: Standart Sapma
SSS	: Santral Sinir Sistemi
X	: Ortalama
VKİ	: Vücut Kütle İndeksi

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Dünya Sağlık Örgütü ICF Modeli	4
2.2.	Kanada Aktivite Performans Modeli	7
4.1.	Olguların Aktivite Performans Problemlerinin Dağılımı	23
4.2.	Olguların Kendine Bakım Aktivite Problem Dağılımları	24
4.3.	Olguların Üretkenlik Alanı Problem Dağılımları	26
4.4.	Olguların Serbest Zaman Problem Dağılımları	27

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
4.1.	Olguların Cinsiyet Dağılımları	20
4.2.	Olguların Fiziksel Bulguları	20
4.3.	Olguların Eğitim Durumları	21
4.4.	Olguların Çalışma Durumları	21
4.5.	Olguların Medeni Durumları	21
4.6.	Olguların Özürlülük Düzeyleri	22
4.7.	Olguların Fonksiyonel Beceri Seviyeleri	22
4.8.	Olguların Yaşam Kalite Düzeyleri	22
4.9.	Olguların Aktivite Performans ve Memnuniyet Düzeyleri	23
4.10.	Olguların Kişisel Bakım Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler	24
4.11.	Olguların Fonksiyonel Mobilite Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler	25
4.12.	Olguların Toplumda Kendini İdare Etme Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler	25
4.13.	Olguların Maaşlı/Maaşsız İş Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler	26
4.14.	Olguların Ev İş Yönetimi Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler	27
4.15.	Olguların Oyun/Okul Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler	27
4.16.	Olguların Sessiz Rekreasyon Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler	28
4.17.	Olguların Aktif Rekreasyon Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler	28
4.18.	Olguların Sosyalleşme Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler	29
4.19.	Olguların KAPÖ Performans ve Memnuniyet puanları ile GÖDÖ, SDA ve MSYK-54 fiziksel ve Bilişsel Puanları Arasındaki İlişki	30

1.GİRİŞ

Multipl Skleroz (MS), Santral Sinir Sistemi'nde (SSS) inflamatuvar demiyelinizan olaylar sonucu gelişen bir hastalıktır. Patolojik olarak MS, aksonların kısmen korunduğu oligodentrosit kaybı ve astroglial skarlaşmanın olduğu çok sayıda demiyelinizasyon alan ile karakterize bir durumdur. Bazı tipik klinik özellikleri olsa da, oldukça değişken klinik gidişi ve pek çok atipik formu vardır. Hastalığın temel doğasını anlama konusunda halen kısıtlılıklar olması nedeniyle gelecekteki amaç hastalığın daha iyi kontrolünün sağlanması ve hasara uğramış SSS dokusunun tamiridir (1-4).

Multipl Skleroz, 18-50 yaşları arasındaki yetişkinlerde en sık yeti kaybına yol açan hastalıklar arasında yer almaktadır (2).

Multipl Skleroz'da ataklar SSS'ye etki ettiği için birçok semptom gözlenebilmektedir. Bu semptomlar, MS'li bireylerde günlük yaşam aktivitelerine etki eden yorgunluk, fonksiyon ve kuvvet kayıpları, spastisite, ataksi, bilişsel bozukluklar, duyu-algı ve otonomik fonksiyon bozuklukları gibi birçok özürülük oluşturan durumlardır (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) özürülülüğü, bir aktiviteyi normal şekilde veya kabul edilen normal sınırlar içinde gerçekleştirilmesindeki yetersizlik veya kısıtlılık olarak tanımlamıştır (6). Ergoterapi yaklaşımlarıyla bu yetersizlik ve kısıtlılık durumlarında bireyin aktivite performansını ve memnuniyetini arttırmak ana hedeftir. Ergoterapi, anlamlı ve amaçlı aktivitelerle sağlığı ve refahı geliştiren, kişi merkezli bir bilim dalıdır. Ergoterapinin amaçlarından bazıları; bireyin zorlandığı, yapmak istediği aktivite ve rollere katılımını sağlamaktır. Ergoterapi bakış açısıyla yapılan değerlendirmeler, özellikle aktivite performansındaki değişimleri, bireyin memnuniyet düzeyini, katılımını ve verimliliğini inceler (7, 8).

Aktivite performansı, kişi, çevre ve aktivite arasındaki dinamik ilişkinin sonucudur (9). Aktivite performansı, kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarından oluşmaktadır. Kendine bakım alanını; kişisel bakım, fonksiyonel mobilite, toplumsal başarı alanı oluşturmaktadır. Üretkenlik alanını; maaşlı/maaşsız iş, ev işi yönetimi, oyun/okul aktiviteleri alanı oluşturmaktadır. Serbest zaman alanını ise; sessiz rekreasyon, aktif rekreasyon ve sosyalleşme aktiviteleri oluşturmaktadır (10). Yapılan literatür incelemesi sonucunda aktivite performansının

ve memnuniyetinin değerlendirilmesinde sıkça kullanılan ölçeklerden bazıları şunlardır: Occupational Performance History Interview II, İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı , Occupational Self-Assessment, Occupational Circumstances Assessment-Interview And Rating Scale ve Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) (11-16). Bütün hastalıklarda ve sağlıklı kişilerde aktivite performansının değerlendirilmesi ve doğru müdahale planının yapılması amacıyla KAPÖ ergoterapi alanında en sık kullanılan performans ölçeklerinden biridir (10, 17).

Aktivite Performansı her birey için farklıdır ve rehabilitasyon uygulamaları için kişinin çeşitli ihtiyaçları ve durumlarına yönelik kişiye özel değerlendirmeler yapılmalıdır (18).

Rehabilitasyon uygulamalarında kullanılan çoğu ölçek toplumsal algıyı belirlemek ve belirli aktivitelerdeki bağımsızlık düzeyini ölçmek için kullanılmaktadır fakat; bu ölçeklerde bireyin problemlerini sorgulamaya veya ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik kişi merkezli değerlendirmeler çok az sayıdadır (19, 20).

Ergoterapi alanının ülkemizde hızlı gelişmesiyle birlikte bu alanda çok sık kullanılan KAPÖ'nün Türkçe kültürel adaptasyonuna, geçerliliğine ve güvenilirliğine oldukça fazla ihtiyaç duyulmuştur. Bu çalışma, özellikle MS gibi bireyin aktivite performans alanlarının neredeyse tamamını etkileyen bir hastalıkta geçerliliğinin ve güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla planlandı.

Çalışmamızın hipotezi;

- Kanada Aktivite Performans Ölçümü MS'li bireylerde, geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı değildir.

Çalışmamızda MS tanısı almış 82 birey değerlendirildi. Tüm olguların demografik bilgileri, bilişsel düzeyleri, özürlülük seviyeleri, yaşam kaliteleri, fonksiyonel durumları ve aktivite performans ve memnuniyetleri belirlendi. Yapılan değerlendirmeler ile elde edilen veriler istatistiksel yöntemlerle analiz edildi. Sonuçlar literatür ile karşılaştırılarak tartışıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Multipl Skleroz

Multipl Skleroz hastalığına ait ilk bilgiler, Charles Prosper Ollivier d'Angers'in 1824 yılındaki bildirisine dayanır. MS, tabloları, klinik ve patolojik bulguları, 1868 yılında Jean-Martin Charcot tarafından "Sclerose en plaques (çoklu skleroz)" olarak ifade etmiştir (21). MS SSS'nin otoimmün bir hastalığı olup, periferik toleransın bozulması sonucunda ortaya çıkmaktadır (22). Skleroz olarak adlandırılan fibroz doku, hastalığın etki ettiği yerlerde myelin kılıfın yerini alır (23).

Multipl Skleroz epidemiyolojisi hakkında pek çok hipotez öne sürülmüştür. Epidemiyolojik çalışmalarda, MS'in genetik, çevresel ve kişisel faktörler ile kısmen ilişkili otoimmün sistem problemine bağlı ortaya çıkan hastalık olduğu kabul edilir. Bu noktada genetik, çevresel ve kişisel yönlerin yanı sıra etkileşim şekilleri de tam olarak anlaşılammıştır (24, 25).

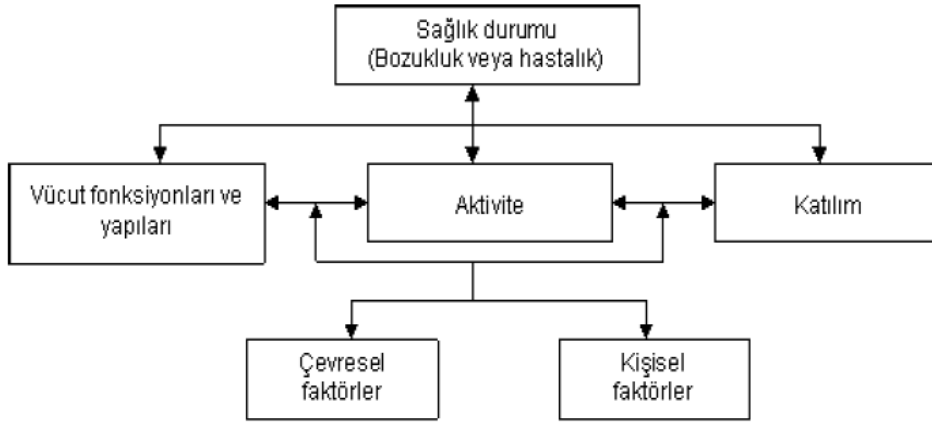
Multipl Skleroz semptomları genellikle 20 ile 40 yaşları arasında dağılım göstermekte olup, 10 yaş altı ve 50 yaş üstünde de nadir olarak görülmektedir. Kadınların hastalık başlangıç yaşı erkeklere oranla daha düşükken yine kadınlarda MS görülme oranı erkeklerden 2-3 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (26).

Multipl Skleroz'lu bireylerde yorgunluk, kas güçsüzlüğü, denge, görme, duyu algı ve bilişsel işlem bozuklukları gözlemlenebilir. MS, sekel bırakmayan geçici nörolojik bozukluktan, kalıcı özürlülüğe neden olan nörolojik semptomlara kadar farklı klinik tablolar çizebilmektedir (27, 28).

2.2. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)

İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF) 2000 yılında daha kapsamlı hale getirilmiş ve DSÖ'nün 2001 yılında yaptığı düzenlemelerle yeni hali yayınlanmıştır. Son düzenlemede biyopsikososyal bakış çerçevesinde bireylerin fonksiyonellik ve kısıtlılık durumları tanımlanmıştır (29).

ICF, fonksiyon ve özürlülük faktörleri ve bağlamsal faktörler olmak üzere iki bölümden oluşur (Şekil 2.1) (29, 30):



Şekil 2.1 Dünya Sağlık Örgütü ICF Modeli (29).

2.2.1 Fonksiyon ve Özürlülük

Vücut yapıları ve fonksiyonları;

Vücut yapıları vücudun anatomik bölümlerinden, vücut fonksiyonları ise vücut sistemlerinin fizyolojik işleyişinden oluşmaktadır. Bozukluk ise bu yapılarda meydana gelen kayıplar veya farklılıklardır (29).

Aktivite ve katılım

Aktivite, bireyin rollerini, hareketlerini veya görevlerini yerine getirmesidir. Aktivite, insanın yaşamında yer alan tüm vücut fonksiyonlarını kullanabilmesiyle ilişkilendirilen her tür bireysel fonksiyonları veya görevleri içerir. Aktivite limitasyonu, kişinin aktivitelerini yerine getirmedeki zorluğu; katılım kısıtlılığı ise, kişinin sosyal hayata dahil olmasında karşılaşılan problemleri ifade eder (29).

2.2.2. Bağlamsal faktörler;

Bağlamsal faktörler, kişisel ve çevresel faktörlerden oluşur. Bağlamsal faktörlerle, bireylerin aktiviteleri ve katılımları, vücut yapıları ve fonksiyonları ile olan ilişkileri gösterilmiştir.

a) Kişisel faktörlere bireyin yaşı, cinsiyeti, ırkı, alışkanlıkları, mesleği, deneyimleri, karakteri, yaşam şekli, rutinleri, psikososyal becerileri ve diğer kişisel etmenleri örnek gösterilebilir .

b) Çevresel faktörler, bireysel ve toplumsal çevre faktörleri olmak üzere iki bölümden oluşur. Bireysel çevre faktörleri bireyin yakın çevresinden oluşur. Ailesi ve yakın ilişkide bulunduğu kişiler bu çevreye örnektir. Toplumsal çevre faktörleri ise bireyin etkileşimde bulunduğu toplum, hizmet merkezleri, iş çevresi, yaşadığı toplumun yasaları, kültürü, ritüelleri ve inanışları bu çevreye örnektir.

Vücut fonksiyonları, vücut sistemlerinin hem fizyolojik hem de psikolojik işlevlerinden oluşur. Aktivite, işlevselliğin kişisel boyutunu, katılım ise toplumsal boyutunu oluşturur. Bu oluşumlar arasında çift yönlü dinamik bir ilişki vardır. Herhangi birinde meydana gelen değişiklik, sapma veya sınırlanma durumu diğer oluşumu/oluşumları etkileyebilir. Tüm bu faktörlerin birbirleriyle olan etkileşimi aktivite performansını etkiler (29).

ICF uluslararası bir standarttır ve aktivite katılımının önemi üzerinde durur. Ergoterapi de bu görüşe paralel olarak kişi merkezli anlamlı ve amaçlı aktivitelere odaklanır (10, 29, 31).

2.3. Ergoterapi Yaklaşımları

Ergoterapiye göre sağlık, bireyin kişisel, çevresel ve aktiviteye ait faktörlerde bağımsız olabilmesidir (32). Bireyin anlamlı ve amaçlı bulunduğu her aktiviteye ulaşımının ve katılımının kolaylaştırılması, yol gösterilmesi ve aktivitenin bağımsız yapılması için her türlü fiziksel ve sosyal müdahaleler ergoterapi bilimi kapsamındadır (33).

Bireye bütüncül bakıldığında, çevresinin ve yaşamdaki rollerinin önemi görülmektedir. Bu yüzden ergoterapi bilimi, bu bütünün tüm parçalarının birbiriyle olan ilişkisini bilir, anlamlandırır ve geliştirir. Ergoterapi yaklaşımına göre aktivite katılımını, kişilerin duygusal, fiziksel veya bilişsel yetenekleri, yaptığı aktivitelerin özellikleri ile fiziksel, sosyal, kültürel, kurumsal ve iş çevresinin olumlu veya olumsuz yönleri etkileyebilir. Bu sebeplerden dolayı ergoterapi bilimi, bireyin kişisel, çevresel ve aktivite faktörlerini göz önüne alarak, aktivite performansını ve katılımını değerlendirir (33).

Ergoterapi bilimi uygulayıcıları, rehabilitasyon sürecinde yol gösterici bazı modelleri kullanarak ve onların rehberliğinde değerlendirmeler yaparak müdahalelerini planlar. ICF modeli ve ergoterapi modelleri birbirleriyle benzerlik

gösterir. Çünkü içlerinde barındırdıkları kişisel, çevresel ve aktivite ile ilgili faktörlerin birbirleriyle olan etkileşimi önemlidir (33).

Son yıllarda geliştirilen tüm ergoterapi modelleri bütünsel ve kişi merkezli bakış açısına sahiptir. Güncel ergoterapi modelleri arasında, Kişi-Çevre-Aktivite Modeli , Model of Human Occupation, Yaratıcı Beceriler Model, Kawa River ve Kanada Aktivite Performans Modeli (KAPM) gösterilebilir (34-39). Bu modellerin ve ergoterapi uygulamalarının kanıt temelli ve sistematik bir şekilde uygulanabilmesi için bir takım ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden bazıları, The Occupational Performance History Interview II, kişinin geçmiş ve şimdiki aktivite performans parametreleri hakkında veri toplamak için geliştirilmiştir (11). Occupational Self Assessment, aktivite performansına ve katılıma yönelik aktivite yeterliliğinin ve öneminin belirlenmesi için geliştirilmiştir (12). The Model of Human Occupation Screening Tool, bireylerin aktivite katılımını etkileyen kişisel ve çevresel faktörleri değerlendirmek için geliştirilmiştir (15). Occupational Circumstances Assessment-Interview And Rating Scale, aktivite performans problemlerinin belirlenmesine ve derecelendirilmesine yönelik oluşturulmuş bir ölçektir (13). KAPÖ ise KAPM'nin sistematik bir şekilde uygulanması ve ergoterapi uygulamalarında bireyin kendi algısındaki aktivite performans problemlerinin ve memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla oluşturulmuş bir ölçektir (8, 18, 40).

2.4. Kanada Aktivite Performans Modeli

Kanada Aktivite Performans Modeli, ergoterapi felsefesi ve kişi merkezli rehabilitasyon yaklaşımını temel alarak, değerlendirme ve müdahaleye rehberlik etmesi için geliştirilmiştir. KAPM; sağlığın, iyilik halinin ve aktivitenin birbirleriyle olan etkileşimine odaklanır. KAPM'ye göre bireylerin kendi değerleri ve inançları bulunmaktadır. Bu sebeple değerlendirme yöntemleri ve tedavi programları belirlenirken, rehabilitasyon sürecinde aktif rol üstlenen birey için anlamlı ve amaçlı aktiviteler belirlenir (41, 42).

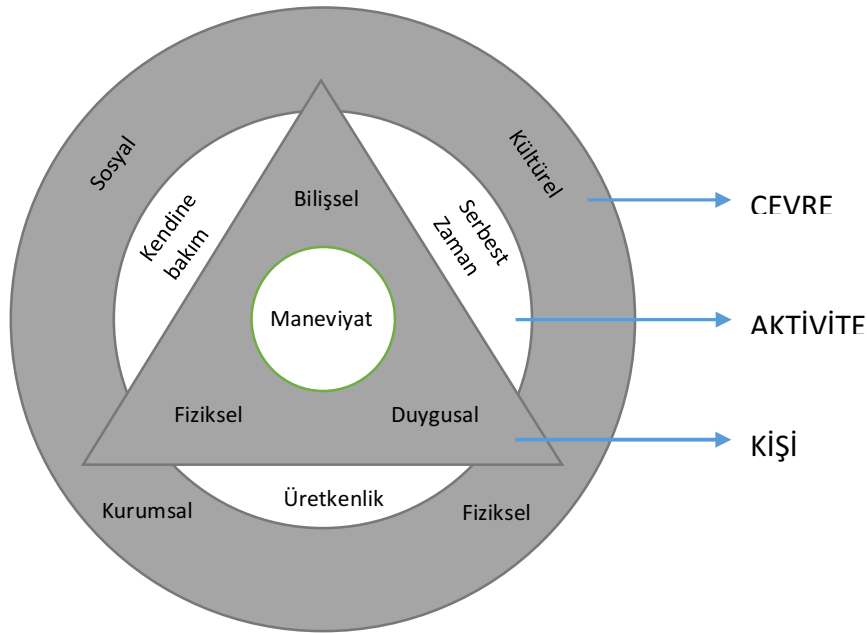
Kanada Aktivite Performans Modeli'nin, kişisel gelişim ve öz denetim üzerine vurgu yapan teorilerden etkilendiği görülür. Bununla birlikte, öğrenme ve gelişimsel eğitim teorileri de KAPM'ye etki ederek, bireyin gelişimini göz önüne alıp aktivite becerilerine uyum sağlanılmasının ve öğrenilmesinin önemi üzerinde

durur (43). KAPM'nin bir başka özelliği ise bireyin motivasyonuna, isteklerine, dini inanışlarına ve yaşamına etki eden durumlarla da ilgilenmesidir (44, 45).

Bu model, aktivite performans alanları olan; kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktiviteleri ile bu alanlardaki rolleri yürütmek için gerekli performans bileşenleriyle ilgilenir. Performans bileşenleri, fiziksel, bilişsel ve ruhsal durum alt bileşenlerine ayrılır. Model ayrıca birey ile bireyin etkileşimde olduğu fiziksel, kültürel, sosyal ve kurumsal çevresi arasındaki aktif ilişkiyi de göstermektedir (40, 44). KAPM bu durumu aktivite, aktivite performans bileşenleri ve bireyin etkileşimde olduğu çevre ile üç boyutlu bir yapı oluşturarak yansıtır (Şekil 2.2)(46).

Kanada Aktivite Performans Modeli'nin kanıt temelli ve sistematik bir şekilde uygulanabilmesi için KAPÖ geliştirilmiş olup, ergoterapi biliminde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (40, 47)

Şekil 2.2 Kanada Aktivite Performans Modeli (46).



2.5. Kanada Aktivite Performans Ölçümü

Kanıtla dayalı uygulama yapan terapistlerin, bireylerle birlikte klinik açıdan ilgili konuları belirlemeleri, bu konularda tutarlı müdahale planları geliştirmeleri, müdahale konusunda devam etmekte olan kararları almaları ve müdahale sonuçlarını

ölçmeleri gerekmektedir. Ergoterapi yaklaşımında, bireylerin kendi algısındaki problemlerini belirlemeleri, bu problemlere yönelik tutarlı müdahale planları geliştirmeleri, rehabilitasyon konusunda devam etmekte olan kararları almaları ve müdahale sonuçlarını ölçmeleri gerekmektedir. KAPÖ bireyin aktivite performans problemlerini belirlemek, performans değişikliği ve performans memnuniyeti algısını ölçmek amacıyla kullanılan standart bir ölçüm aracıdır (18, 40, 48). Bunun yanı sıra KAPÖ, birey için önem arz eden aktivite performans problemlerinin belirlenmesine sistematik olarak yardımcı olan ve bu problemlerdeki iyileşmeleri bireyin bakış açısına göre derecelendiren bir sonuç ölçümüdür. Ölçüm yapılırken, aktivite performans alanlarında belirlenen aktivitelerin en önemlilerinden en fazla 5'i seçilmektedir. Ardından, belirlenen bu aktivitelerde ne kadar iyi performans gösterdikleri ve buradaki memnuniyet düzeylerinin ne olduğunu 1–10 arasında likert ölçek ile derecelendirilerek belirlenmektedir (49).

Kanada Aktivite Performans Ölçümü, KAPM'yle uyumluluk göstermekle birlikte temel ergoterapi uygulama modelleriyle de uyumluluk gösterir (50).

Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün kazanımları oldukça fazladır. KAPÖ'nün daha gerçekçi ve birey odaklı hedeflerin belirlenmesinin yanı sıra, iyileşme algısında ve rehabilitasyon sürecinde aktivite üzerine odaklanılmasında da artışa sebep olduğu düşünülmektedir (51, 52). Aynı zamanda, KAPÖ'nün tedavi planlanması yapılırken hedef belirlenmesine yardımcı olduğu ve bireylerle iletişimi kolaylaştırdığı düşünülmektedir (53). Terapistler, kendi önceliklerinin bireyin önceliklerinden farklı olduğunu belirtmekte ve bu nedenle kişinin bakış açısını öğrenmek için KAPÖ'nün kullanılmasının önemli olduğunu vurgulamaktadırlar (19). KAPÖ kullanılarak elde edilen bilgiler, bireylerin gelecekte yapabileceklerini öngörme yeteneklerini iyileştirmektedir (50).

2.6. Ölçeklerin tercüme ve adaptasyon süreci

Dünyada yaygın olarak kullanılan değerlendirme araçlarının ülkemizde de kullanılabilir hale gelmesi için bir takım aşamaların katedilmesi gerekmektedir.

Ölçeklerin tercüme ve adaptasyonunun amacı; ölçeğin, hedef ülkede/kültürde kavramsal olarak eşdeğer kabul edilen farklı dil sürümlerini elde etmektir. Başka bir deyişle, ölçeğin aynı derecede doğal, kabul edilebilir ve pratik olarak uygulanabilir

olmasıdır. Bu sürecin odak noktası, dilsel/deyimsel eşdeğerlikten ziyade kültürler arası kavramsallığın oluşturulmasıdır. Bu amaca ulaşmanın yolu ileri çevirileri ve geri çevirileri kullanmaktır. Bu yöntemler DSÖ'nün aşağıda belirtilen metotlarına göre uygulanmaktadır (54).

Bu yöntemin uygulanması aşağıdaki adımları içerir:

1. İleri çeviri (Forward translation)
2. Uzman paneli Geri çeviri (Expert panel Back-translation)
3. Ön-test ve bilişsel görüşme (Pre-testing and cognitive interviewing)
4. Son sürüm (Final version)

1-Ölçeğin uyarlama yapılacak (hedef) dile çevrilmesi (forward translation)

Ölçeğin uyarlanma sürecinde tercihen sağlık terminolojisine hakim çevirmenler görev almalıdır. Çevirmenin, İngiliz dil kültürüne ait bilgisinin olması, ve anadilinin de hedef kültürün dili olması gerekmektedir. Tercüme etme yaklaşımında, kelime çevirileri yerine kavramsal yaklaşım ve hedef kültürün doğal, kabul edilebilir dil ihtiyacı vurgulanmalıdır (54).

Ana dili hedef dil olan tercümanlar iki bağımsız tercüme üretmektedir. Anadil veya birinci dilde yapılan çeviriler, nüansları daha doğru bir şekilde yansıtmaktadır. Ölçek hedef kültürün diline tercüme edilirken, çevirmenlerin her biri, tamamladıkları çeviriyi yazılı rapor haline getirirler. Zorlayıcı ifadeleri veya belirsizlikleri vurgulamak için ek yorumlar yaparlar. Seçimlerinin nedenini de yazılı raporla özetlerler. Öğe içeriği, yanıt seçenekleri ve talimatlar yukarıda belirtildiği gibi tercüme edilmektedir (54).

2-Hedef dile çevrilen ölçeğin jüri tarafından görüşülmesi (expert panel)

Çevirmenlerin oluşturduğu (İngilizce ve çeviri için hedef dil) uzman paneli, belirlenen ana editör tarafından toplanmalıdır. Bu adımdaki hedef, çevirinin yetersiz ifadelerini, kavramlarını tanımlamak, çözmek ve aynı zamanda ileri çevirilerle mevcut veya karşılaştırılabilir soruların önceki sürümleri arasındaki tutarsızlıkları tespit edip çözmektir. Uzman paneli bazı kelimeleri veya ifadeleri sorgulayabilir ve

alternatifler önerebilir. Uzmanlara, önceki çevirilerle tutarlı çeviri yapmalarına yardımcı olabilecek herhangi bir malzeme verilmelidir. Bu tür materyalleri sağlamak için baş araştırmacılar ve/veya proje ortak çalışanları sorumlu olacaktır. Paneldeki uzman sayısı değişebilir. Panel genel olarak tercümanları, sağlık uzmanlarını, ölçek geliştirme ve tercüme konusunda tecrübeli uzmanları içermelidir. Bu işlemin sonucunda anketin tam tercüme edilmiş versiyonu ortaya çıkacaktır (54).

3- Ölçeğin hedef dilden orjinal dile çevrilmesi (back translation)

Anadili İngilizce olan ve anket hakkında hiçbir bilgisi olmayan bağımsız bir çevirmen tarafından ölçek İngilizce'ye geri çevrilir. İlk tercümede olduğu gibi, geri çeviride de vurgu, dilsel eşdeğerlilik yerine kavramsal ve kültürel eşdeğerlilik göz önünde bulundurularak çeviri yapılmalıdır. Tutarsızlıklar uzmanlarla görüşülerek son hali verilmeye kadar çalışılmalıdır. Son hali verilemeyen durumlarda DSÖ'nün bilgisine danışılıp konu hakkında fikir alışverişi yapılmalıdır (54).

4- Uyarlanmış ölçeğe son halinin verilmesi (final version)

Ölçeğin hedef dildeki son hali, yukarıda açıklanan tüm maddelerin tekrarlanması sonucu oluşur (54).

2.7. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirliği

Ölçeklerin uyarlanmasında, geçerlilik ve güvenilirlik ile ilgili olarak psikometrik özelliklere ait bilgilerin bulunması hedeflenmektedir (55, 56).

Geliştirilen yeni bir testin geçerliliğinin ve güvenilirliğinin olması beklenir. Bunlarla birlikte testin kullanışlı olması gerekmektedir. Kullanışlılık, ölçeğe yönelik planlamanın, uygulamanın basit olması ve testin maddi yönden masrafsız olması ile ilgili bir kavramdır (57).

Ölçmenin anlamı, gerçek niceliği bilinmeyen bir durumun belli bir dereceye kadar hata payı olabilecek ölçülerden hareket ederek tespit edilmesi anlamına gelmektedir. Gerçek değer elde edilen ölçülere ne kadar yakın olduğunu saptamak için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması gerekmektedir (58).

2.7.1. Geçerlilik

Bir test ‘ölçmek istediği özelliği’ diğer özelliklerle karıştırmadan ve doğru bir biçimde ölçüyor ise testin geçerli olduğu kabul edilir (57).

Geçerlilikte en çok faydalanılan yöntemler aşağıdaki maddelerde belirtilmiştir (59):

1. İçerik geçerliliği (content validity)
2. Uygulama (deneysel) geçerliliği (predictive validity)
3. Yapı geçerliliği (construct validity)

1- İçerik geçerliliği (content validity)

İçerik geçerliliği ölçme aracında bulunan soruların ölçme amaçlarının uygunluğunu, ölçülmek istenen alan ile uyum sorunu olup olmadığını ‘uzman’ görüşüne göre belirleyen sistemdir. Bu amaçla, ölçmede bir grup uzman tarafından belirlenen hedeflerin gerektirdiği içerik analizlerini yaparak oluşturulmuş soruların hedeflenen içeriği temsil edip etmeyeceği tartışılır (59).

2- Uygulama (deneysel) geçerliliği (predictive validity)

Uygulanan ölçme ile ölçülmeye çalışılan şeyin hayattaki iz düşümlerinin karşılaştırılmasındaki uyumdur. Fakat, uygulama geçerliliğinin hesaplanmasında bir takım zorluklar mevcuttur. Bunlardan en önemlisi ise uygulamadaki beklentilerin, kavramların ve ölçütlerin gözlenebilir değişkenlerle gösterilmesindeki zorluktur (54).

3- Yapı Geçerliliği (construct validity)

Çok sayıda özellik doğrudan ölçülemez. Yapı geçerliliği, doğrudan ölçülemeyen bir niteliği değerlendiren testin, ölçme derecesi olarak ifade edilir (57).

Geçerlilik, ölçmenin temelini oluşturan ‘temel kuramların’ geçerliliği ile ilişkilidir. Önceden kabul edilen ‘‘sebe-sonuç’’ ilişkisidir. Özellikle, dolaylı yapılan ölçümlerin uygulandığı (ölçmek istenen asıl durumun onun farklı belirtileri ile ölçüldüğü) durumlarda, ölçülen şeylerin, gerçekten aranan belirtiler olup olmadığını belirlemek önemlidir. Yapı içeriği belirlenirken, faktör analizi ve bilinen bir grup ile kıyaslama (veya geçerliliği önceden bilinen bir değerlendirme aracı ile kıyaslama) tekniklerinden faydalanılabilmektedir (59).

2.7.2. Güvenilirlik

Bir testin olgulara birden fazla uygulanması durumunda sonuçlarının benzer olması beklenir. Bu sebeple güvenilirlik; “bir ölçüm sürecinde, ölçüm işlemlerinin tekrarlanabilirliği veya tekrarlardaki tutarlılık” olarak tanımlanabilir (57).

Güvenilirlik bir testin geçerliliğine etki eder. Burada bilinmesi gereken özellik, geçerli olan bir testin mutlaka güvenilir olması gerektiğidir. Çünkü ölçüm yapan bir değerlendirme aracı, bir konu hakkında devamlı aynı bilgiyi vermelidir. Fakat güvenilir bir testin geçerliliği olmayabilir (57).

Temel olarak güvenilirlik ölçütleri değişmezlik, bağımsız gözlemler arasındaki uyum ve iç tutarlılık katsayıları tekniklerinden oluşur (60).

Değişmezlik

1- Test-tekrar test yöntemi

Bir değerlendirme aracının aynı kişilerde ve şartlarda, belli bir süre sonra tekrar uygulanması olarak tanımlanır. Bu iki uygulamadan sonra, alınan skorlar arasındaki ilişkinin katsayısı hesaplanır. Saptanan ilişki katsayısı (r), değerlendirme aracına ilişkin güvenilirlik katsayısıdır. r ; + 1'e ne kadar yakın olursa ölçeğin o kadar güvenilir olduğu ifade edilir. Test-tekrar test yönteminde iki uygulama arasındaki süre, tüm değerlendirme araçları için farklı sürelerde uygulanmaktadır. Burada temel alınacak konu, ikinci uygulamanın kişinin ilk uygulamadaki soruları hatırlamasını önlemek ve alınacak gerçek puanda değişiklik olmayacak şekilde belli bir sürenin belirlenmesidir. Test-tekrar test yöntemi sonrasında güvenilirliği saptamak için Spearman ve Pearson ilişki katsayılarından yararlanır (57). Bunlara ek olarak sınıf içi ilişki katsayısı (ICC), sürekli verilerin test-tekrar test güvenilirliği belirlemede kullanılan standart bir yöntemdir (61).

2- Paralel form güvenilirliği

Bu güvenilirlik metodu, genellikle ölçek oluşturulurken kullanılan eş değer form güvenilirliği olarak ifade edilen bir yöntemdir. Eşdeğer özellikte oluşturulmuş ve iki form halinde olan bir değerlendirme aracının aynı gruba, aynı şartlarda bir

veya iki oturumda uygulanması sonucu saptanan puanların arasındaki ilişki hesaplanarak belirlenir (56, 60).

3- Ölçümcü güvenilirliği (Bağımsız gözlemciler arası ve gözlemci içi uyum, inter-rater and intra-rater consistency)

Uygulayıcılar arasındaki uyumun belirlenmesini sağlayan güvenilirlik metodudur. Özellikle gözleme dayalı olarak toplanan verilerin, birden fazla gözlemcinin birbirinden bağımsız olarak, aynı zamanda, aynı durumu aynı değerlendirme aracı ile belirlemeye çalıştıklarında bu metot kullanılır. Çok sayıda ölçümcü arasında %70 veya daha yüksek tutarlılık, değerlendirme aracının güvenilirliği için uygundur (56, 59).

4- İç tutarlılık (Internal consistency)

Bir ölçeğin birden fazla uygulanması, bireye ait, ekonomik, zamana ve ölçeğe bağlı nedenlerden dolayı olanaklı olmayabilir. Bu sebeple, değerlendirme araçlarının bir kez uygulanmasıyla oluşacak güvenilirlik saptanması metotları geliştirilmiştir. Ölçek bir gruba bir kez uygulanır ve sonrasında ölçeğin kendisiyle olan tutarlılığına bakılır. Bu metoda “iç tutarlılık”, elde edilen güvenilirlik katsayısı da “iç tutarlılık katsayısı” olarak ifade edilir. İç tutarlılık metodu, ölçek güvenilirliğinde en fazla kullanılan yöntemler arasındadır (62).

Ölçek geliştirme ve kültürel adaptasyon çalışmalarında iç tutarlılık katsayısı mükemmel güvenilirlik ≥ 0.80 , orta düzeyde güvenilirlik = $0.60 - 0.79$, düşük güvenilirlik <0.60 olarak ifade edilir (63).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma MS'li bireylerde KAPÖ'nün Türkçe'ye çevrilmesi, kültürel adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılması amacıyla, Ocak 2016 – Ocak 2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü'nde yapıldı.

Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komisyonu tarafından etik kurul onayı 06.01.2016 tarihinde değerlendirilerek, tıbbi etiğe uygun bulunmuştur (Ek-1).

3.1. Bireyler

18-65 yaş arasındaki 90 MS tanılı gönüllü birey çalışmaya katıldı. Çalışmaya dahil edilmeden önce tüm bireyler çalışma hakkında bilgilendirildi ve katılımcılara aydınlatılmış onam formu imzalatıldı (Ek-2). Sekiz MS'li birey test tekrar-test uygulamasından önce hastalığın nüks etmesi nedeniyle çalışmayı tamamlayamamıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 18-65 yaş aralığında olmak,
- MS tanısı almış olmak,
- Hastalığın nüks döneminde olmamak,
- Türkçe okur yazarlığının olması,
- Mini Mental Durum Testi puanı 24 ve üstü olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Test tekrar-test uygulamasından önce hastalığın nüks etmesidir.

3.2. Yöntem

Bireylerin demografik bilgileri, özürlülük dereceleri, fonksiyonel beceri seviyeleri, yaşam kaliteleri, aktivite performans ve memnuniyet puanları hakkındaki veriler anket uygulanarak kaydedildi.

3.3. Değerlendirme

3.3.1. Bireylerin demografik Bilgileri

Bireylerin demografik bilgilerini sorgulamak için form oluşturuldu (Ek-3). Bu form kapsamında; bireyin cinsiyeti, yaşı (yıl), boyu (m), kilosu (kg), vücut kütle indeksi (VKİ), eğitim düzeyi, medeni durumu, kiminle veya kimlerle birlikte yaşadığı hakkındaki verileri kaydedildi.

Bu formla beraber aşağıda belirtilen anketler uygulandı:

3.3.2. Mini Mental Durum Testi

Çalışmada bireylerin bilişsel durumlarını tespit etmek için Mini Mental Durum Testi (MMDT) kullanıldı (Ek-4). MMDT, yönelim (toplam 10 puan), kayıt belleği (toplam 3 puan), dikkat ve hesap yapma (toplam 5 puan), hatırlama (toplam 3 puan) ve lisan (toplam 9 puan) başlıkları altında toplam 5 maddeden ve toplam 30 puandan oluşmaktadır. 24 puan değeri eşik değeri olarak kabul edilmekte ve bu değer altındaki puanlar bilişsel fonksiyonlarda bozulmanın var olduğunu göstermektedir. Testin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (64).

3.3.3. Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği

Multipl Skleroz’da klinik durumun tespitinde “Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği (GÖDÖ) (Extended Disability Status Scale)” kullanılmaktadır (Ek-5). Bu skala MS’li bireylerin nörolojik ve fonksiyon seviyelerini gösteren bir ölçektir (65). Ölçek yirmi basamaktan oluşur ve ilk basamak olan 0 puan normal nörolojik bulguyu, son basamak olan 10 puan ise MS’e bağlı ölümü ifade etmektedir. 0’dan sonraki ilk puan 1’dir ve daha sonraki puanlar 0.5 puanlık artışlar ile klinik kötüleşmenin basamakları ifade etmektedir. Bu puanlara, vücut fonksiyonlarındaki ve günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıklar eklenerek, GÖDÖ içindeki 20 basamak tanımlanır. GÖDÖ’ye göre özürlülük dereceleri hafif (1-3.5), orta (4-5.5), şiddetli ambule (6-6.5) ve şiddetli ambule olmayan (7-9.5) olarak derecelenmektedir (66, 67).

3.3.4. Sağlık Değerlendirme Anketi

Sağlık Değerlendirme Anketi (SDA), fonksiyonel durumu yansıtan bir anket olup alınan skor, hastalık ile aktivite arasındaki ilişkiyi göstermektedir (Ek-6). Geçen bir hafta boyunca bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyonel durumunu değerlendirir (68). Giyinme, doğrulma, yemek yeme, yürüme, hijyen, kavrama, günlük işlerden oluşan toplam 20 sorudan oluşan sekiz aktiviteyi sorgular. Her cevap 0-3 arası skorlanır. SDA'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (69).

3.3.5. Multipl Skleroz Yaşam Kalitesi-54

Multipl Skleroz'lu bireylerin yaşam kalitelerini belirlemek için Multipl Skleroz Yaşam Kalitesi-54 (MSYK-54) ölçeği kullanıldı (Ek-7). MSYK-54 , Kısa Form-36 (KF-36) ölçeğine MS'li bireylere özel 18 madde eklenerek geliştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçek 12 bölümden oluşmakta ve 54 soru içermektedir. KF-36 ölçeğine eklenen 18 soru; genel yaşam kalitesi (2 madde), sağlık stresi (4 madde), cinsel işlevler ve memnuniyet (5 madde), bilişsel işlevler (4 madde), enerji (1 madde), ağrı (1 madde), sosyal işlevler (1 madde)'den oluşmaktadır. Bu ölçeğin adaptasyonu hastalar fiziksel ve bilişsel olmak üzere iki ayrı puana sahip olurlar. MSYK-54 ölçeğinin Türk toplumuna adaptasyonu ve geçerliliği Egemen İdiman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (70).

3.3.6. Kanada Aktivite Performans Ölçümü

Bireylerde aktivite performansı ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmek için KAPÖ kullanıldı (Ek-8). Bu değerlendirme ölçeği aktivite performansı alanında bireylerin karşılaştığı problemleri yarı yapılandırılmış görüşmeyle belirleyen bir ölçümdür. Bu ölçüm, bireylerin aktivite performans problemlerini yine bizzat verdikleri performans ve memnuniyet puanları ile değerlendirmektedir. İlk basamakta bireylerin rutininde yaptığı, yapmak istediği veya yapmakta zorlandığı kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alan problemlerini belirlemesi istenir. İkinci basamakta ise bireylerin bu belirledikleri aktivitelerinin her birine 1 ile 10 arasında bir önem değeri vermesi istenir. Üçüncü basamakta ise bireylerden kendisi

için en önemli en fazla 5 aktivite seçip, her bir aktivite için yine 1 ile 10 arası performans ve memnuniyet puanı vermesi istenir. Elde edilen performans ve memnuniyet puanları toplanıp aktivite sayısına bölünerek performans ve memnuniyet puanları elde edilir (18).

3.4. KAPÖ'nün Türkçe'ye Uyarlanması

Çalışmamızda öncelikle, aktivite performans ve memnuniyeti düzeylerini değerlendirmek amacıyla kullandığımız KAPÖ'nün Türkçe'ye adaptasyonu yapıldı. Bunun için ölçeğin yazarı Mary Law'dan yazılı izin alındı (Ek-9). KAPÖ'nün Türkçe'ye uyarlanması yapılırken, DSÖ'nün ölçeklerin farklı dillere uyarlanmasıyla ilgili standart yöntemi uygulandı. Aşağıda bu yöntemin uygulama sırası verilmiştir.

1- Ölçeğin adaptasyonunda Türkçe'ye çevrilmesi (forward translation)

Ölçeğin çevrilmesi sırasında, ölçek ile ilgili terminolojiyi bilen sağlık uzmanlarından oluşan bir jüri oluşturuldu. Çalışmamızda KAPÖ, hedef dile Fzt. Gamze EKİCİ, Fzt. Gonca BUMİN ve Fzt. Berkan TORPİL tarafından çevrildi.

2- Türkçe'ye çevrilen ölçeğin jüri tarafından görüşülmesi (expert panel)

Jüri üyeleri tarafından anlam ve dil bütünlüğü sağlanarak KAPÖ'nün son hali verildi.

3- Ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmesi (back translation)

Çevirisi yapılan KAPÖ, ana dili İngilizce olan ve konu ile ilgili hiçbir ilgisi olmayan uzman çevirmen tarafından tekrar orjinal diline tercüme edildi. Bu bölümde İngilizce'ye çevirisi yapılan ölçekte, farklılıklar gözlenmesi durumunda önceki bölümlerde uygulanan yöntemlere göre tekrar edilip düzeltmeleri yapıldı. Çeviriden sonra ölçeğin yazarına geri dönüş yapılarak orjinal haliyle karşılaştırması yapıldı. Ölçeğin çevirisi, orjinal dilindeki hali ile karşılaştırılıp diğer aşamaya geçildi.

4- Çevrilen ölçeğin test edilmesi ve kavramsal bütünlüğünün görüşülmesi

Ölçek MS'li bireylere uygulandı. Bu bireylere ölçekte anlamakta zorlandığı ve

karmaşık gelen ifadeler soruldu. Bireylere anlamakta zorlanılan ve karmaşık gelen ifadelerin olup olmadığı soruldu. Ölçekteki “occupational ve occupation” kelimeleri Türk Dil Kurumu ile ve bu alandaki uzmanlarla konuşularak “aktivite” kelimesi olarak çevrildi. Yine ölçekteki “kendine bakım” başlığı altında olan “community management” ifadesi “toplumda kendini idare etme” diye adlandırıldı. Ölçekteki bir başka kelime olan ve “serbest zaman” başlığı altındaki “socialization” kelimesi “sosyalleşme” diye çevrildi. Puanlama bölümündeki “satisfaction” kelimesi “memnuniyet” diye nitelendirildi.

Bu yapılan düzenlemeler dışında ölçekten çıkarılması veya ölçüğe eklenmesi gereken ifadelerin bulunmadığı, soruların anlaşılır ve düzgün bir biçimde olduğu belirlenerek bir sonraki aşamaya geçildi.

5- Adaptasyonu yapılmış ölçüğe son halinin verilmesi (final version)

Ölçeğin adaptasyonunda tüm aşamalar tamamlandıktan sonra düzeltmeleri yapılarak KAPÖ'nün Türkçe versiyonunun son hali verildi.

Ölçeğin son hali verildikten sonra geçerliliğin değerlendirilmesi amacıyla GÖDÖ, SDA ve MSYK-54 fiziksel ve bilişsel puanları arasındaki ilişkilere bakıldı. Güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla 1hafta arayla test-tekrar test uygulaması yapıldı.

3.5. İstatistiksel Analiz

Kanada Aktivite Performans Ölçümü ve bilgi formları ile elde edilen veriler, *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0* kullanılarak analiz edildi. Analizler parametrik istatistik yöntemler kullanılarak ve veri dağılım normalitesi Shapiro-Wilk test kullanılarak yapıldı. İstatistikte önemlilik düzeyi olarak $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile, devamlı değişkenler ise ortalama \pm standart sapma (SS) ile ifade edildi. Güvenilirlik sınıf-içi korelasyon katsayısı ile test edildi ve %95 GA'ları ile sunuldu. Sınıf-içi korelasyon katsayısı; Yüksek güvenilir ≥ 0.80 , oldukça güvenilir = $0.60 - 0.79$, düşük güvenilir < 0.60 olarak yorumlandı (63). Veriler tablo ve grafiklerle sunuldu. Yapı geçerlilikleri Pearson korelasyon katsayısı (r) kullanılarak KAPÖ'deki 'performans ve memnuniyet' bölümü puanları GÖDÖ, SDA ve MSYK-54 ile karşılaştırılarak test

edildi. Korelasyon katsayıları şu şekilde yorumlandı:

- >0.91 ise mükemmel;
- $0.90-0.71$ ise kuvvetli;
- $0.70-0.51$ ise orta;
- $0.50-0.31$ ise zayıf;
- <0.3 ise çok az veya ilişki yok

4. BULGULAR

Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe'ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü Uygulama Ünitelerinde MS tanısı almış 82 birey değerlendirildi. Bireylere ait bulgular ve analizler aşağıda yer almaktadır.

4.1. Olguların cinsiyet dağılımları

Çalışmamızda kadın bireylerin sayısı erkek bireylerin sayısının yaklaşık 2 katıdır. Olguların cinsiyet dağılımları Tablo 4.1. de verilmiştir.

Tablo 4.1. Olguların cinsiyet dağılımları (n=82)

Cinsiyet	n	%
Erkek	27	32,9
Kadın	55	67,1

4.2. Olguların Fiziksel Özellikleri

Çalışmamızda, bireylerin yaşları 18-64 yıl, boyları 150-188 cm ve kiloları 43-100 kg arasında değişkenlik göstermektedir. VKİ'leri ise en az 18,37; en fazla 36,26 olarak belirlendi. Bireylerin fiziksel özellikleri Tablo 4.2. de verilmiştir.

Tablo 4.2. Olguların fiziksel bulguları (n=82)

	X ± SS
Yaş (yıl)	42,24 ± 11,64
Boy (m)	1,66 ± 0,09
Kilo (kg)	69,63 ± 11,94
VKİ (kg/ m ²)	25,21 ± 4,421

4.3. Olguların Eğitim Durumları

Çalışmamızda okur yazar olmayan birey yoktur ve bireylerin yaklaşık yarısı lisans ve lisans üstü düzeyde eğitimleri vardır. Bireylerin eğitim durumları Tablo 4.3. de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Olguların eğitim durumları (n=82)

Eğitim Durumları	n	%
İlkokul	6	7,3
Ortaokul	9	11
Lise	29	35,4
Üniversite	36	43,9
Lisansüstü	2	2,4

4.4. Olguların Gelir ve Çalışma Durumları

Bireylerin aylık ortalama gelirleri $3357,92 \pm 2183,68$ TL olarak saptandı. Bireylerin 2/3'ünden fazlasının çalışmadığı belirlenmiştir. Tablo 4.4. de olguların çalışma durumları gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Olguların çalışma durumları (n=82)

	n	%
Çalışıyor	25	30,5
Çalışmıyor	57	69,5

4.5. Olguların Medeni Durumları

Medeni durumlar incelendiğinde bireylerin yarısından fazlası evlidir. Tablo 4.5. de kişilerin medeni durumları gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Olguların medeni durumları (n=82)

	n	%
Evli	47	57,3
Bekar	33	40,3
Dul	2	2,4

4.6. Olguların Özürlülük Düzeyleri

GÖDÖ ile bireylerin özürlülük düzeyleri belirlenmiştir. Bireylerin GÖDÖ puanı en düşük 1, en yüksek 8,5 olarak tespit edilmiştir. GÖDÖ puan ortalamalarına göre çalışmamıza katılan bireylerin mobil seviyede olduğu saptandı. Tablo 4.6. da olguların özürlülük düzeyleri gösterilmiştir.

4.6. Olguların Özürülük Düzeyleri (n=82)

	X ± SS
GÖDÖ (0-10)	3,55 ± 2,26

GÖDÖ: Genel Özürülük Değerlendirme Ölçeği

4.7. Olguların Fonksiyonel Beceri Seviyeleri

Çalışmamızda SDA ile bireylerin fonksiyonel beceri seviyeleri incelendiğinde, en düşük puan 0, en yüksek puan ise 55 olarak belirlenmiştir. SDA puan ortalamalarına göre bireylerin fonksiyonel becerilerinin hafif düzeyde bozulduğu belirlendi. Tablo 4.7. de olguların fonksiyonel beceri seviyeleri belirtilmiştir.

4.7. Olguların Fonksiyonel Beceri Seviyeleri (n=82)

	X ± SS
SDA (0-60)	17,95 ± 17,07

SDA: Sağlık Değerlendirme Anketi

4.8. Olguların Yaşam Kalite Düzeyleri

Çalışmamızda MSYK-54 ile yaşam kalite seviyeleri belirlenen bireylerin fiziksel yönden en düşük 22,15, en yüksek 94,27; bilişsel yönden ise en düşük 15,03, en yüksek 92,43 olarak puanlanmıştır. Bireylerin yaşam kalitelerinin fiziksel ve bilişsel yönden ortalamaları incelendiğinde orta düzeyin biraz üstünde olduğu saptandı. Tablo 4.8. de olguların yaşam kalite düzeyleri gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Olguların yaşam kalite düzeyleri (n=82)

	X ± SS
MSYK-54 Fiziksel (0-100)	61,46 ± 21,52
MSYK-54 Bilişsel (0-100)	64,34 ± 20,78

MSYK-54: Multipl Skleroz Yaşam Kalitesi-54

4.9. Olguların Aktivite Performansı ve Memnuniyeti Düzeyleri

Çalışmamızda MS'li bireylerden alınan verilerle, KAPÖ'ye göre belirlenen aktivitelerin performans puanı en az 1 en fazla 9, memnuniyet puanı en az 1, en fazla

8 olarak tespit edilmiştir. Tablo 4.9. da olguların aktivite performans ve memnuniyet düzeyleri gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Olguların Aktivite Performans ve Memnuniyet Düzeyleri (n=82)

	X ± SS
KAPÖ Performans (1-10)	3,65 ± 1,99
KAPÖ Memnuniyet (1-10)	3,47 ± 1,96

KAPÖ: Kanada Aktivite Performans Ölçümü

4.10. Olguların Aktivite Performans Problemleri

Kanada Aktivite Performans Ölçümü, kendine bakım (kişisel bakım, fonksiyonel mobilite, toplumda kendini idare etme), üretkenlik (maaşlı/maaşsız iş, ev işi yönetimi, oyun/okul) ve serbest zaman (sessiz rekreasyon, aktif rekreasyon, sosyalleşme) alanlarından oluşmaktadır. Aktivite performans alanını oluşturan bu alanlarda MS'li bireylerin belirttikleri problemlerin yarısına yakını, kendine bakım alanı oluşturmaktadır. Şekil 4.1. de olguların aktivite performans problemlerinin dağılımı gösterilmektedir.

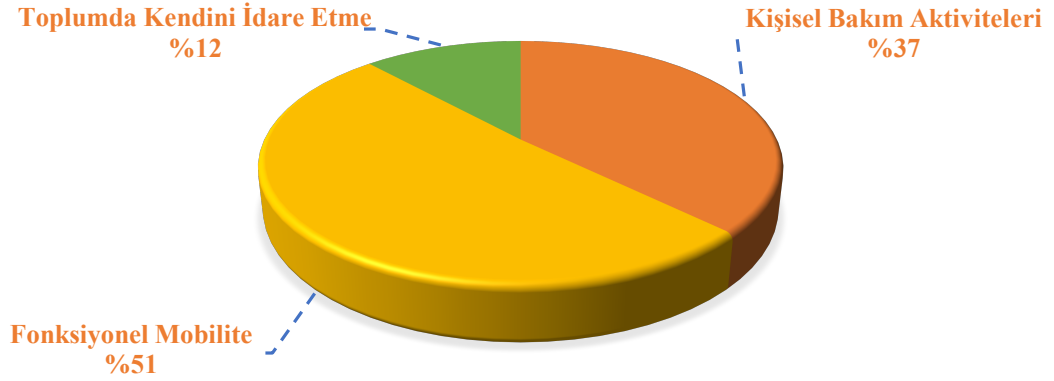
Şekil 4.1. Olguların aktivite performans problemlerinin dağılımı (n=82)



4.10.1 Olguların Kendine Bakım Alanı Problemleri

Kendine bakım alanı problemlerinin yaklaşık yarısını fonksiyonel mobilite alanında belirlenen problemler oluşturduğunu saptandı. Şekil. 4.2. da olguların kendine bakım alanı problem dağılımları gösterilmektedir.

Şekil. 4.2. Olguların kendine bakım alanı problemlerinin dağılımı (n=82)



Olguların Kişisel Bakım Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler

Bireylerin kişisel bakım alanında problemleri incelendiğinde, en çok yemek yeme aktivitesinde zorlandıkları belirlendi. Tablo 4.10. da olguların kişisel bakım alanında problem yaşadığı aktiviteler gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Olguların kişisel bakım alanında problem yaşadığı aktiviteler (n=82)

KİŞİSEL BAKIM	n	%
Yemek yemek	7	11,66
Saç yıkamak	6	10
Banyo yapmak	6	10
Kaşık, çatal, bıçak kullanmak	6	10
Düğme ilikleme	5	8,33
Kendine çeki düzen verme	4	6,66
Giyinmek/Kuşanmak	4	6,66
Tırnak kesmek	4	6,66
Tuvaletten sonra temizlenmek	4	6,66
Bardakla sıvı gıdaları tüketmek	3	5
Ayakkabı bağlamak	3	5
Tıraş olmak	3	5
Tuvalete sık çıkmak	2	3,33
Ayakkabı-çorap giymek	2	3,33
El-yüz yıkamak	1	1,66

Olguların Fonksiyonel Mobilite Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler

Bireylerin toplu ulaşımında ve merdiven inip çıkmada problem yaşamaları fonksiyonel mobilite alanı problemlerinin yaklaşık yarısını oluşturduğu saptandı. Tablo 4.11. de olguların fonksiyonel mobilite alanında problem yaşadığı aktiviteler gösterilmektedir.

Tablo 4.11. Olguların fonksiyonel mobilite alanda problem yaşadığı aktiviteler (n=82)

FONKSİYONEL MOBİLİTE PROBLEMLERİ	n	%
Toplu ulaşımında zorlanmak	22	26,82
Merdiven İnip-Çıkmada zorlanmak	20	24,39
Yoldan karşıdan karşıya geçmek	9	10,97
Ev içinde odalar arası geçişlerde zorlanmak	8	9,75
Kaldırımında yürümek	7	8,53
Tekerlekli sandalye kullanımında zorlanmak	5	6,09
Bir yere giderken uzun süre yürüyememek	5	6,09
Evden dış ortama çıkmada zorlanmak	4	4,87
Yoldan geçerken araçları ayırt edememek	2	2,43

Olguların Toplumda Kendini İdare Etme Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler

Bireylerin toplumda kendini idare etme problemleri incelendiğinde, yarısından fazlasını alışveriş yapma aktivitesinin oluşturduğu tespit edildi. Tablo 4.12. de olguların toplumda kendini idare etme alanında problem yaşadığı aktiviteleri gösterilmektedir.

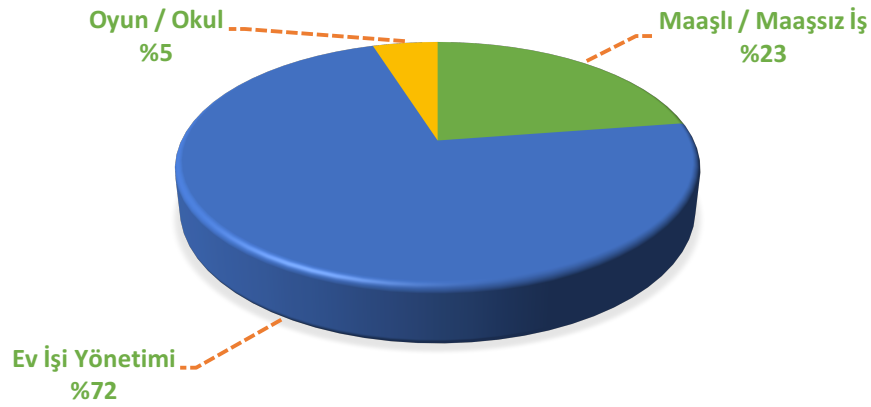
Tablo 4.12. Olguların toplumda kendini idare etme alanında problem yaşadığı aktiviteler (n=82)

TOPLUMDA KENDİNİ İDARE ETME	n	%
Alışveriş yapmak	10	52,63
Araba Kullanmak	4	21,05
Para hesabı yapmak	3	15,78
Poşet Taşımak	2	10,52

4.10.2. Olguların Üretkenlik Alanı Problemleri

Bireylerin üretkenlik aktivite problemleri incelendiğinde, yaklaşık 3/4'ünü ev işi yönetimi alanı problemlerinin oluşturduğu belirlendi. Şekil 4.3. de olguların üretkenlik alanı problemlerin dağılımı gösterilmektedir.

Şekil 4.3. Olguların üretkenlik alanı problemlerinin dağılımı (n=82)



Olguların Maaşlı/Maaşsız İş Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler

Bireylerin maaşlı/maaşsız iş problemleri incelendiğinde, sorunlardan yarısından fazlasını iş arama ve bulma aktivitelerinin oluşturduğu tespit edildi. Tablo 4.13. olguların maaşlı/maaşsız iş alanında problem yaşadığı aktiviteleri göstermektedir.

Tablo 4.13. Olguların maaşlı/maaşsız iş alanında problem yaşadığı aktiviteler (n=82)

MAAŞLI/MAAŞSIZ İŞ	n	%
İş aramak/bulmak	8	57,14
Bulduğu işi yapamamak	5	25,71
Tiyatroda ezber yapmak	1	7,14

Olguların Ev İşi Yönetimi Alanında Problemler Yaşadığı Aktiviteler

Bireylerin ev işi yönetimi problemleri incelendiğinde, problemlerin yaklaşık 1/3'ünü ev temizliği yapma aktivitesinin oluşturduğu belirlendi. Tablo 4.14. de olguların ev işi yönetimi alanında problem yaşadığı aktiviteleri gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Olguların ev işi yönetimi alanında problem yaşadığı aktiviteler (n=82)

EV İŞİ YÖNETİMİ	n	%
Ev temizliği yapmak	14	31,11
Raftan bir şey almak	6	13,33
Tepsi taşımak	5	11,11
Eşyaları kaldırmak	4	8,88
Bulaşık yıkamak	4	8,88
Ütü yapmak	4	8,88
Yemek yapmak	3	6,66
Cam silmek	3	6,66
Evi süpürmek	2	4,44

Olguların Oyun/Okul Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler

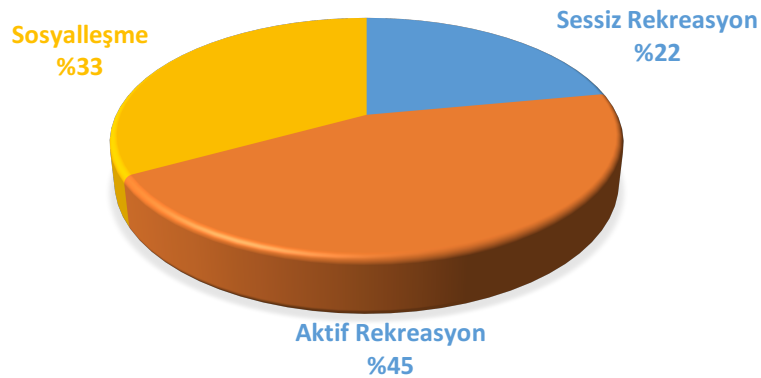
Tablo 4.15. Olguların oyun/okul alanında zorlandığı aktivite gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Olguların oyun/okul alanında zorlandığı aktivite (n=82)

OYUN/OKUL	n	%
Ders çalışmak	3	100

4.10.3. Olguların Serbest Zaman Alanı Problemleri

Bireylerin serbest zaman alanı incelendiğinde, problemlerin yarıya yakınını aktif rekreasyon alanında yaşadığı aktivitelerin oluşturduğu belirlendi. Şekil 4.4. de olguların serbest zaman alanı problemlerin dağılımını gösterilmiştir.

Şekil 4.4. Olguların serbest zaman alanı problemlerin dağılımını (n=82)

Olguların Sessiz Rekreasyon Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler

Bireylerin sessiz rekreasyon problemleri incelendiğinde, 1/3'ünü kitap okuma aktivitesinin oluşturduğu belirlendi. Tablo 4.16. da olguların sessiz rekreasyon alanında problem yaşadığı aktiviteler gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Olguların sessiz rekreasyon alanında problem yaşadığı aktiviteler (n=82)

SESSİZ REKREASYON	n	%
Kitap okumak	8	33,33
Örgü örmek	5	20,83
Yazı yazmak	3	12,5
Dikiş Nakış yapmak	3	12,5
Tığ yapmak	2	8,33
Bilgisayarda oyun oynamak	2	8,33
Satranç oynamak	1	4,16

Olguların Aktif Rekreasyon Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler

Bireylerin aktif rekreasyon problemleri incelendiğinde, 1/5'inine yakını yürüyüş yapma aktivitesinin oluşturduğu belirlendi. Tablo 4.17. de olguların aktif rekreasyon alanında problem yaşadığı aktiviteler gösterilmiştir.

Tablo 4.17. Olguların aktif rekreasyon alanında problem yaşadığı aktiviteler (n=82)

AKTİF REKREASYON	n	%
Yürüyüş yapmak	9	18,36
Seyahat etmek	8	16,32
Yüzmek	5	10,2
Futbol oynamak	5	10,2
Koşu yapmak	4	8,16
Sinema/Tiyatroya gitmek	4	8,16
Plates yapmak	3	6,12
Masa tenisi oynamak	3	6,12
Kayak yapma	1	2,04
Savunma sporları yapma	1	2,04
Basketbol Oynamak	1	2,04
Bilardo oynamak	1	2,04
Fitness yapmak	1	2,04
Voleybol oynamak	1	2,04
Doğa yürüyüşü yapmak	1	2,04

Olguların Sosyalleşme Alanında Problem Yaşadığı Aktiviteler

Bireylerin sosyalleşme alanı problemleri incelendiğinde, sorunların 1/4'ünden fazlasını akraba ve komşu ziyareti problemlerinin oluşturduğu saptanmıştır. Tablo 4.18. de olguların sosyalleşme alanında problem yaşadığı aktiviteler gösterilmiştir.

Tablo 4.18. Olguların sosyalleşme alanında problem yaşadığı aktiviteler (n=82)

Sosyalleşme Alanı	n	%
Akraba/Komşu ziyareti yapmak	10	27.77
Arkadaş/akrabalarla telefon görüşmesi yapmak	8	22.22
Arkadaşlarla buluşmak	7	19.44
Misafir ağırlamak	6	16.66
Derneğe gitmek	5	13.88

4.11. KAPÖ'nün Geçerlilik Bulguları

Ölçeğin geçerliliğinde MS'li bireylerin aktivite performans ve memnuniyet, özürölülük düzeyleri, fonksiyonel durumları, yaşam kaliteleri fiziksel ve bilişsel puanları arasındaki ilişkilere bakıldı. Aktivite performansı ve memnuniyeti arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki bulundu. Özür düzeyleri ile aktivite performans ve memnuniyet puanları arasında negatif yönde kuvvetli bir ilişki saptandı. Fonksiyonel durum, aktivite performans puanı ile negatif yönde kuvvetli, memnuniyet puanıyla ise negatif yönde orta düzeyde ilişki belirlendi. Yaşam kalitesi fiziksel puanı ile aktivite performans ve memnuniyet puanları arasında pozitif yönde orta düzey, yaşam kalitesi bilişsel puanı ile aktivite performans ve memnuniyeti arasında ise pozitif yönde zayıf bir ilişki bulundu. Tablo 4.19. olguların KAPÖ performans ve memnuniyet puanları ile GÖDÖ, SDA, MSYK-54 fiziksel ve bilişsel puanları arasındaki ilişkileri gösterilmiştir.

Tablo 4.19. Olguların KAPÖ performans ve memnuniyet puanları ile GÖDÖ, SDA ve MSYK-54 fiziksel ve bilişsel puanları arasındaki ilişkileri (n=82)

		KAPÖ Performans	KAPÖ Memnuniyet	GÖDÖ	SDA	MSYK-54 Fiziksel
KAPÖ	r	,866**				
Memnuniyet	p	,000				
GÖDÖ	r	-,755**	-,725**			
	p	,000	,000			
SDA	r	-,717**	-,654**	,882**		
	p	,000	,000	,000		
MSYK-54	r	,630**	,580**	-,732**	-,668**	
Fiziksel	p	,000	,000	,000	,000	
MSYK-54	r	,427**	,415**	-,521**	-,528**	,853**
Bilişsel	p	,000	,000	,000	,000	,000

KAPÖ: Kanada Aktivite Performans Ölçümü, GÖDÖ: Genel Özürlülük Değerlendirme Ölçeği, SDA: Sağlık Değerlendirme Anketi, MSYK-54: Multipl Skleroz Yaşam Kalitesi-54

* $p < 0,05$

4.12. KAPÖ'nün Güvenilirlik Bulguları

Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün güvenilirlik bulgularının belirlenmesi amacıyla; zamana göre değişmezlik (süreklilik) değerlendirmesi için test-tekrar test yöntemi uygulanarak güvenilirliği hesaplanmıştır. KAPÖ'nün iç tutarlılığının belirlenmesi amacıyla Cronbach's α iç tutarlılık katsayısına bakılmıştır.

4.12.1. KAPÖ'nün Test Tekrar-Test Bulguları

Zamana göre değişmezliğin belirlenmesi amacıyla 82 bireye ilk test uygulaması, bir hafta sonra yine aynı hastalara ikinci test uygulaması yapılmıştır. Tekrar Test Performans puan ortalamaları $3,68 \pm 1,95$; Tekrar Test Memnuniyet puan ortalamaları ise $3,60 \pm 1,96$ olarak belirlendi. İlk uygulamada KAPÖ performans ve memnuniyet puanları arasındaki Cronbach α katsayısı 0.92, tekrar test uygulamasında ise Cronbach α sayısı 0.95 olarak saptandı. Bu bulgular KAPÖ'nün iç tutarlılığının ve zamana göre değişmezliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

TARTIŞMA

Multipl Skleroz'lu bireyler üzerinde yapılan çalışmamızda KAPÖ'nün Türkçe kültürel adaptasyonu yapılarak, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu tespit edildi.

Multipl skleroz etiyolojisi, kesin olarak bilinmeyen SSS'nin subkortikal ve beyaz cevher yapılarını etkileyen progresif, kronik, demiyelinizan ve genellikle genç erişkinlerde görülen nörodejeneratif bir hastalıktır (71-73). Literatür incelendiğinde MS semptomları genellikle 20 ile 40 yaşları arasında dağılım göstermektedir (74). Bu bakımdan çalışmamıza katılan bireylerin yaş dağılımlarının dünya literatürüyle uyumlu olduğu belirlendi.

Kadınlarda MS görülme sıklığının erkeklerden 2-3 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (26). Benzer olarak çalışmamıza katılan kadınların erkek sayısına oranının yaklaşık iki katı olduğu görüldü.

Yapılan farklı çalışmalarda MS'li bireyler incelendiğinde yarısından fazlasının evli olduğu bulunmuştur (75-77). Çalışmamızda da katılımcıların yarısından fazlasının evli olduğu saptandı.

Multipl Skleroz'lu bireyler üzerinde yapılan farklı çalışmalarda katılımcılar incelendiğinde VKİ'nin normalin hafif üstünde olduğu tespit edilmiştir (78-80). Çalışmamızda da MS'li bireylerin ortalama VKİ'nin normal sınırların biraz üstünde olduğu görüldü.

Pek çok çalışmada, katılımcı MS'li bireylerin eğitim durumları incelendiğinde katılımcıların yarısına yakınının lisans ve lisans üstü düzeyde eğitim aldığı belirlenmiştir (81, 82). Çalışmamızda da bireylerin eğitim durumlarının literatüre benzer olarak yarısına yakınının lisans ve lisans üstü düzeyde eğitim aldığı saptandı.

Farklı çalışmalarda, MS'li katılımcıların yarısından fazlasının herhangi bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir (83-85). Çalışmamıza katılan bireylerin de yarısından fazlasının herhangi bir işte çalışmadığı saptandı. MS'li bireylerin oyun/okul ve ücretli/ücretsiz iş alanında belirttiği problemlerin az olması bireylerin yaşları ve yaklaşık üçte birinin çalıştığı gerçeği ile açıklanabilir.

MS'li bireylerin özürlülük düzeyleri incelendiğinde, Mannson ve ark. (86), MS'li bireylerdeki yaptığı çalışmalarında şiddetli özür düzeylerinin günlük yaşam

aktivitelerini olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Ayrıca çalışmada, MS'li bireylerin özellikle kendine bakım alanında, transfer ve mobilite aktivitelerinde problemlerinin olduğu saptanmıştır. Lexell ve ark. (87), MS'li bireylerin özür düzeylerindeki artışın, kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarındaki aktiviteleri olumsuz yönde etkilediğini tespit etmişlerdir. Özellikle, ileri özür düzeylerinde MS'li bireylerin kendine bakım alanında önemli problemler yaşadığını bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada Salehi ve ark. (88), MS'li bireylerin özür düzeyleri ilerledikçe aktivite problemlerinin arttığını ve yaşam kalitelerinin azaldığını belirtmişlerdir. Araştırmamızda da özür düzeylerindeki artışın aktivite performansında ve memnuniyetinde azalmalara sebep olduğu belirlendi. Bireylerin belirttikleri problemlerli aktiviteler, yapılan çalışmalarla uygunluk göstermektedir. Aktivite problemleri bireylerin özür düzeylerine göre değişkenlik gösterebilir. Çalışmamızda bireylerin özür düzeyleri incelendiğinde, mobil seviyede oldukları saptanmıştır. Buna rağmen bahsi geçen seviyede, bireylerin çoğunluğunun fonksiyonel mobilite alanında problem belirtmesi, özür düzeyi ve problem belirtilen aktiviteler arasında ilişki olduğu ile açıklanabilir.

Literatürde MS'li bireylerin aktivite performans problemine etki eden düşme ve mobilite problemlerine yönelik çok sayıda çalışma mevcuttur. Yapılan incelemelerden elde edilen verilerde, düşme ve mobilite problemleri MS'li bireylerde önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (89-94). Çalışmamızda bireylerin en fazla sorun belirttikleri aktiviteler “fonksiyonel mobilite” alanındadır. Bu alandaki en önemli problemler “toplu ulaşım kullanımı” ve “merdiven inip-çıkma” aktiviteleri olarak belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan MS'li bireylerin birçoğunun denge ve mobilite problemlerinin yaşamaları ve fonksiyonel mobilite alanında en fazla problemlerli aktivite belirtmeleri, literatürde mobilite problemlerine yönelik pek çok çalışma ile uyumludur. Gelecekte mobilite problemlerine yönelik bireye, çevreye ve aktivite faktörlerine yönelik kapsamlı çalışmaların yapılması MS'li bireylere yönelik bütünsel yaklaşım için önemli olacaktır.

MS'li bireylerin fonksiyonel durumları incelendiğinde, Goverover ve ark. (95), MS'li bireylerin sağlıklı bireylere göre fonksiyonel aktiviteleri yerine getirmelerinde daha çok problem yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yine Goverover ve ark. (96), MS'li bireylerin fonksiyonel durumlarının bozulmaları nedeniyle günlük

yaşam aktivitelerinde problemlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Maris ve ark. (97), MS'li bireylerde özellikle üst ekstremitte etkilenimine bağlı olarak fonksiyonel durumlarında bozulmaların olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda KAPÖ ile belirtilen aktivite çeşitliliğinin geniş olması ve bireylerin fonksiyonel durumlarındaki bozulmaların verilerle gösterilmesi literatürde belirtilen ve günlük yaşam aktivitelerine etki eden birçok aktiviteye olumsuz etki gösterdiği düşünülmektedir.

Multipl Skleroz'lu bireylerin yaşam kaliteleri incelendiğinde, Fernandez-Munoz ve ark. (80), MS'li bireylerin yaşam kalitesini, bireyin bilişsel düzeyi, psikososyal özelliği, yorgunluğu, kişilik özelliği ve özür durumunun etkilediğini belirtmişlerdir. Baumstarck ve ark. (98) bilişsel ve fiziksel durumlarındaki bozulmaların MS'li bireylerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini saptamışlardır. Finlayson ve ark. (25), MS'li bireylerin kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarındaki aktivite problemlerinin yaşam kalitesini bozduğunu belirlemişlerdir. (99-107). MS'li bireylerin çalışmamızda yaşam kalitelerinin bozulduğu belirlenmiştir. Bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde olumsuz etkilenimleri, fonksiyon kayıpları ve özür düzeyleri, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Literatürde de bilişsel ve fiziksel yaşam kalitesini etkileyen faktörler ile çalışmamızda belirtilen olumsuzluklar birbirleriyle paralel olduğu görülmüştür.

Mansson ve ark. (86), MS'li bireylerin kendine bakım alanında banyo yapma, giyinme ve transfer aktiviteleri gibi pek çok aktivitede önemli düzeyde problem yaşadığını belirtmişlerdir. McDonnell ve ark. (108), bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde banyo yapma, giyinme, beslenme ve merdiven inip çıkma aktivitelerinde önemli problemlerinin olduğunu göstermişlerdir. Finlayson ve ark. (109), MS'li bireyler üzerinde yaptığı çalışmalarında özellikle banyo yapma, yemek pişirme, finansal yönetim ve ağır ev işlerinde problem yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yine başka bir çalışmada Finlayson ve ark. (25), MS'li bireylerin %10-20'sinin yaşamları boyunca bir veya daha fazla kendine bakım aktivitelerinde problem yaşadığını tespit etmişlerdir. Çalışmamızda da MS'li bireylerin en çok kendine bakım alanında problem yaşadığı belirlendi. Bu alanda araştırmamızda en sık bildirilen aktiviteler "toplulaşım kullanımı, merdiven inip çıkma, yemek yeme, saç yıkama, banyo yapma, yolda karşıdan karşıya geçme, evde bir odadan başka odaya

geçme, kaldırırında yürüme ve alışveriş yapmadır”. Bu alanda yaşanan problemlerin temelinde bireylerin özür durumlarının artışı, yaşam kalitesinin azalması ve fonksiyonel durumlarındaki bozulmaların etki ettiği düşünülmektedir. Elde ettiğimiz veriler ile literatürde kendine bakım aktivitelerinde belirtilen problemlerin örtüştüğü saptanmıştır.

Glanz ve ark. (110), MS’li bireylerde üretkenliğin incelendiği çalışmada, katılımcıların özellikle işi sürdürme ve verimlilik problemleri yaşadığını saptamışlardır. Bu problemlerin altta yatan sebepleri özürün artışı, yorgunluk, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin azalması olarak ifade edilmiştir. Raggi ve ark. (111), üretkenlik üzerine yaptıkları derleme çalışmada, MS’li bireylerin özür durumları, yaşı, cinsiyeti, yorgunluğu, ağrısı, görsel problemleri, dengesi, yürümesi, bilişsel ve duyu durumu, duyu algı bozuklukları gibi pek çok faktörün üretkenliğe etki ettiğini bildirmişlerdir. Finlayson ve ark. (25), MS’li bireylerin üretkenlik alanında iş bulma ve işi sürdürme gibi aktivitelerde problem yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yine Finlayson ve ark. (109), MS’li bireylerin ev işi yönetiminde ağır ev işlerini yapmakta zorluk yaşadıklarını saptamışlardır. Çalışmamızda üretkenlik alanında MS’li bireylerin özellikle ev işi yönetimi alanında “ev temizliği yapma, raftan bir şey alma” gibi aktivitelerde problemler yaşamasının yanı sıra “iş bulma” konusunda da problem yaşadıkları tespit edildi. Bu alanda belirtilen problemlerli aktivitelerin ev işi yönetimi alanında fazla olması bireylerin fonksiyonel kapasitelerinin azalması ve özür durumlarındaki artışın neden olduğunu düşünülebilir. MS’li bireylerin üçte ikisine yakınının herhangi bir işte çalışmaması ücretli/ücretsiz iş alanında daha az problemlerli aktivite belirtmesinin nedeni olarak gösterilebilir. Yine bireylerin “iş bulma” konusunda problem belirtmeleri çalışan MS’li birey sayısının az oluşundan kaynaklanabilir. Belirtilen bu durumların literatürde belirtilen aktivite problemleri ile benzerlik gösterdiği belirlendi.

Hubbard ve ark. (112), MS’li bireylerin sedanter yaşam tarzı ve gününün büyük bir kısmını oturarak geçirmesi gibi faktörlerin fiziksel kapasitelerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Vanner ve ark. (113), bireylerin fiziksel ve rekreatif aktivitelerindeki aktif oluşunun apatiyi, depresyonu azalttığı, bilişsel seviyeyi, yaşam kalitesini ve öz yeterliliği arttırdığını saptamışlardır. Bu aktivitelerdeki engel yorgunluk, düşük motivasyon ve maddi giderler bireyleri

olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızda bireylerin serbest zaman alanında en fazla problem belirttiği aktiviteler “yürüyüş yapma, seyahat etme, akraba/komşu ziyareti, kitap okuma, arkadaş ve akrabalarla telefon görüşmeleridir”. Bu aktivitelerdeki sorunlar bireylerin özür seviyesindeki artışın, yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumlardaki azalmaların neden olduğu düşünülmektedir. Bu anlamda çalışmamızın literatürde serbest zaman alanında belirtilen problemlerle paralellik gösterdiği belirlendi.

Aktivite performansı ve kişi merkezli yaklaşım üzerine yapılan çalışmalarda, Lewin ve ark. (114), kişi merkezli yaklaşımı içeren değerlendirme ve müdahalelerde, bireylerin katılımlarının arttığını, tedavilerde daha istekli ve memnuniyet düzeylerinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Fearing ve ark. (43), kişi merkezli yaklaşımların geleneksel yaklaşımlardan daha fazla etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Phelan ve ark. (115) yıllar geçtikçe önemi artan kişi merkezli yaklaşımda, bireyin tedaviye katılımının, memnuniyet düzeyinin artışı için gerekli olduğunu vurgulamışlardır. Law ve ark. (116) bireylerin performans ve memnuniyet düzeylerinin artışında kişi merkezli müdahale yaklaşımının önemi üzerinde durmuşlardır. Bu yaklaşımda kişi merkezli modellerin ve ölçeklerin geliştirilmesinin öneminden bahsetmişlerdir. George ve ark. (117) yaptıkları derleme çalışmasında da bireyselleştirilmiş ve hedefe yönelik rehabilitasyon çalışmalarının MS’li bireylerin aktivite performans ve memnuniyet düzeyine olumlu katkılarının olduğunu göstermişlerdir. KAPÖ hem bireyselleştirilmiş hedefe yönelik müdahalelerin planlanmasında hem de aktivite performansının ve memnuniyetinin belirlenmesinde rol oynarak kişi merkezli rehabilitasyon çalışmalarında önemli bir yer tutar.

Aktivite performans problemlerinin belirlenmesinde kullanılan pek çok ölçek vardır. Literatürde belirtilen ölçeklerden yaygın olarak kullanılanları şunlardır: The Occupational Performance History Interview II, Occupational Self Assessment, The Model of Human Occupation Screening Tool, Occupational Circumstances Assessment-Interview And Rating Scale ve çalışmamıza esas teşkil eden KAPÖ.

Baron ve ark. (12), Occupational Self Assessment’i, bireyin aktivite performansına ve katılımına yönelik aktivite yeterliliğinin ve bunun öneminin belirlenmesi için geliştirmişlerdir. Parkinson ve ark. (15), İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı, bireylerin aktivite katılımını etkileyen kişisel ve çevresel faktörleri

değerlendirmek için oluşturmuşlardır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Zakarneh ve ark. (16) tarafından yapılmıştır. Kielhofner ve ark. (11) tarafından ortaya konulan Occupational Circumstances Assessment-Interview And Rating Scale, aktivite performans problemlerinin belirlenmesine ve derecelendirilmesine yönelik bir ölçektir. Law ve ark. (18) ise ergoterapi yaklaşımlarında bireyin kendi algısındaki aktivite performans problemlerinin ve memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla KAPÖ'yü geliştirmişlerdir. Çalışmamızda kullandığımız KAPÖ'nün diğer ölçeklere göre, bireyin aktivite problemlerini kendisinin belirtmesine ve yine bireyin kendi algısındaki değişimlerin bizzat ifadesine önem veren bir ölçüm aracıdır.

Kendine bakım alanının ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde Türkçe geçerli ve güvenilir ölçeklerden bazıları sıklıkla kullanılmaktadır. Bunlardan Mahoney ve ark. (118), oluşturduğu Barthel İndeksi, bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki fiziksel bağımsızlığının değerlendiren bir ölçektir. Küçükdeveci ve ark. (119) tarafından Türkçe adaptasyonu yapılmıştır. Keith ve ark. (120), Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği'ni, bireyin bilişsel ve fiziksel aktivitelerdeki bağımsızlığının değerlendirmesi için geliştirmişlerdir. Küçükdeveci ve ark. (121) tarafından adaptasyonu yapılmıştır. Yine ülkemizde üretkenlik alanında, Hackman ve ark. (122), İş Doyum Ölçeği'ni, bireylerin iş memnuniyetinin belirlenmesi amacıyla oluşturmuşlardır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Tezer ve ark. (123) tarafından yapılmıştır. Revicki ve ark. (124), İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği'ni işe bağlı olarak gelişen stres durumlarının belirlenmesi için geliştirmişlerdir. Aslan ve ark. (125) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Beard ve Ragheb (126) tarafından geliştirilen Serbest Zaman Doyum Ölçeği, bireylerin serbest zaman aktivitelerindeki memnuniyet düzeyinin belirlenmesi amacıyla oluşturulmuştur. Karlı ve ark. (127) tarafından adaptasyonu yapılmıştır. Yine ülkemizde serbest zaman alanında, Witt ve ark (128), Serbest Zamanda Algılanan Özgürlük Ölçeği bireylerin, serbest zamanda algılanan yeterliliğini, kontrolünü ve içsel motivasyonunu belirlemeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin Türkçe adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirliği Lapa ve ark. (129) tarafından yapılmıştır. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış bu ölçekler, kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarını ayrı ayrı değerlendirmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği

Zakarneh ve ark. (16) tarafından yapılan İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı bireylerin aktivite performans problemlerini bütüncül olarak incelemektedir. KAPÖ ise birey merkezli yaklaşımı ön plana alarak, bireylerin kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarında problem belirttikleri aktiviteleri, özellikle kendi algısıyla, performansının ve performansı ile ilgili memnuniyetinin değerlendirilmesinde kullanılan aktivite performans aracıdır. KAPÖ'nün standartlaştırılmış fonksiyonel ölçümlerin aksine bireylerin aktivite performans problemlerinin belirlenmesinde, birey merkezli bütüncül yaklaşımı ön plana alması ve bunun gibi bir ölçüm aracının Türk literatüründeki eksikliği nedeniyle bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

Kjeken ve ark. (130), KAPÖ'nün fonksiyon değişikliklerini ölçmek için oldukça duyarlı bir araç olduğunu vurgulamışlardır. Yine Kjeken ve ark. (130), daha iyi olma deneyiminin bireyin bozukluk durumundaki değişimi yansıtmasının yanı sıra yaşamdaki bir düzeltmeyi, bozuklukla yaşamak için uyarlamayı veya herhangi birinin bir kombinasyonunu nasıl yansıttığını açıklaması gerektiğini belirtmişlerdir. Sonuç önlemlerinin bireylerin, hastalığın nasıl etkilediğini ifade etmek için kendi öge içeriğini oluşturmalarına izin vermesi gerektiğini önermektedirler. KAPÖ'nün bireysel tasarımı, bu önerileri sağladığını ve böylece yanıt vermeye yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Spadaro ve ark. (131), KAPÖ'nün Ankilozan Spondilit'li bireylerde sorunların tespiti ve müdahale planı oluşturulmasında birey merkezli yaklaşım için önemli bir ölçüm aracı olduğunu vurgulamışlardır. MS'li bireyler üzerinde yaptığımız çalışmamızda ölçeğin bireylerin aktivite performans problemlerini bildirmesi ve kendi algılarındaki performans ve memnuniyet düzeylerini belirtmeleri, müdahale planı oluşturulmasında ve bireylere bütünsel yaklaşımda önemli bilgiler vermektedir. Ölçeğin bireysel tasarımı büyük olasılıkla bunun temel nedeni olup, müdahalede ele alınması gereken en önemli aktivite performans problemleri hakkında önemli bilgiler veren ve böylece bir değişikliğin fark edileceğini garanti eden önemli bilgiler vermektedir. Bu yolla, KAPÖ ayrıca, klinik araştırmada sıklıkla kullanılan diğer sağlık önlemlerini tamamlayıcı bilgiler sağlamaktadır.

Carswell ve ark. (14), KAPÖ'nün bilişsel problemi olan bireylerde kullanmaya uygun olmadığını belirtmişlerdir. Toomey ve ark. (132), Demans'lı bireylerde KAPÖ'nün uygulanmasının uygun olmadığını belirtmişlerdir. Yine Boyer

ve ark. (133), Crenshaw ve ark. (134), Robertson ve ark. (135), Warren ve ark. (136), bilişsel problemi olan bireylerde ölçeğin kullanımının uygun olmadığını belirtmişlerdir. Bodiam ve ark. (137), Donnelly ve Carswell (138) ise sağlık profesyonellerinin kendi kararlarını verdiği çalışmalarda ölçeğin kullanılabilirliğinin uygun olmadığını belirtmişlerdir. Kişi merkezli yaklaşımı ön plana alan yaklaşım için KAPÖ önemlidir. Bireyin bakış açısının bir ölçüsü olmaksızın, birisinin kişi merkezli terapiye nasıl müdahil olabileceğini hayal etmek zordur. Dahası, çok az bilgiye sahip olan bir danışanın bile, yanlış olduğunu düşündüğü ve sorunun giderilmesi için ne yapılması gerektiği konusunda bir bakış açısına sahip olduğunu önermekteyiz. Bu bakış açısı yokluğunda, bir terapist ya mesleğe hakim bir yaklaşım benimsemek ya da birey adına bir bilgilendirmenin vekil cevaplarını kabul etmek zorunda kalmaktadır. Bu nedenle kişi merkezli yaklaşımı ön plana alan KAPÖ'nün bilişsel problemi olan bireylerde kullanımı ile ilgili problemler bulunmaktadır. Bu nedenlerden dolayı çalışmamıza dahil olan MS'li bireylerin iyi bilişsel düzeyde olması tercih edilmiştir.

Çalışmamızda KAPÖ Türkçe'ye uyarlanırken içeriği, alanında uzman üç kişi tarafından incelendi. Ölçekteki 'occupational ve occupation' kelimeleri Türk Dil Kurumu ve bu alandaki uzman kişilere danışılıp 'aktivite' kelimesi olarak çevrildi. Yine ölçekteki kendine bakım başlığı altında olan 'community management' ifadesi 'toplumda kendini idare etme' diye adlandırıldı. Ölçekte serbest zaman başlığı altında geçen 'socialization' kelimesi 'sosyalleşme' diye çevrildi. Puanlama bölümündeki 'satisfaction' kelimesi 'memnuniyet' diye nitelendirildi. Bu düzenlemeler dışında ankettten çıkarılması veya ankete eklenmesi gereken ifadelerin bulunmadığı, soruların anlaşılır ve düzgün olduğu belirlendi. Ölçeğin dil ve kültürel geçerliliğinin olduğu anlaşıldı.

Kjeken ve ark. (130) tarafından osteoartritli bireyler üzerinde yapılan KAPÖ'nün Norveççe versiyon çalışmasında yapı geçerliliği için kullanılan ölçeklerle düşük düzeyde ilişkisinin olması aktivite performansının daha karmaşık bir olgu olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bu duruma hastalığın gün içinde bile farklılıkların göstermesi yapı geçerliliğinde kullanılan ölçekler arasında düşük düzeyde ilişkinin olmasına neden olduğunu belirtmişlerdir. Van de Ven-Stevens ve ark. (139) tarafından dupuytrenli ve tendon yaralanması olan bireyler üzerinde yaptığı

geçerlilik güvenilirlik çalışmasında yapı geçerliliğinde DASH ölçeği kullanılarak dupuytrenli bireylerde düşük düzey ilişkinin, tendon yaralanması olan bireylerde orta düzey ilişkinin olduğunu saptamışlardır. Bu duruma DASH'ın objektif veriler vermesi, KAPÖ'nün ise bireyin kendi algısına göre puan vermesinin neden olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda da yapı geçerliliği, KAPÖ'nün yapı geçerliliği, korelasyon katsayıları GÖDÖ, SDA, MSYK-54 fiziksel ve bilişsel alt maddeleriyle karşılaştırılıp analiz edilerek aralarındaki ilişkiler, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu durumun nedeni MS'in kronik seyirli olması ve yapı geçerliliğinde kullandığımız ölçeklerin MS'e özel değerlendirmeler olması, bireyin algısı ve objektif ölçümlerin bu nedenle benzer sonuçların elde edilmesine yol açmış olabilir. Bu bulgular doğrultusunda KAPÖ'nün klinik ve akademik anlamda hem MS'li bireylerin değerlendirilmesinde, hem de kanıta dayalı araştırma ve uygulamalarda rutin olarak kullanılmasına olanak sağlayacak geçerliliği kanıtlanmış bir anket olduğu da ortaya konuldu.

Carswell ve ark. (14), KAPÖ'nün terapistler arası güvenilirliğini incelemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu önermişlerdir. Bununla birlikte yine Carswell ve ark. (14), KAPÖ aktivite performans problemlerini ve puanları danışan birey tarafından yönlendirildiğinden, her bir birey problemleri belirleyeceği ve kendi durumuna göre puanlar belirleyeceğinden, intra-rater güvenilirlik test edilebilir olmadığını belirtmişlerdir. Bu nedenle, yanıtların tutarlılığı ancak test tekrar test güvenilirliği olarak ölçülebileceğini ifade etmişlerdir. Çalışmamızda güvenilirliğin değerlendirmesinde literatüre uygun olarak test tekrar test kullanılmıştır.

Spadaro ve ark.(131), KAPÖ'nün İtalyan versiyon çalışmasında Ankilozan Spondilit'li bireylerde cronbach alfası 0,77 olduğunu belirtmişlerdir. Cup ve ark. (140), inmeli bireyler üzerinde yaptığı ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında cronbach alfasının 0,88 olduğunu saptamışlardır. Pan ve ark. (141), psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde yaptığı çalışmasında cronbach alfasının 0,84 olduğunu göstermişlerdir. Çalışmamızda da KAPÖ'nün MS'li bireylerde uygulanmasının zamana göre değişmezliği yani cronbach alfası 0,92 olarak belirlendi. Ankilozan Spondilit'li bireylerde orta düzey güvenilirliğinin olması hastalık semptomlarının değişkenlik göstermesi olarak göstermişlerdir (131). İnmeli, psikiyatrik bozukluğu olan ve MS'li bireylerde yüksek düzeyde güvenilir olması hastalığın kronik seyirli

olması nedeniyle olduğu düşünülebilir. Ayrıca KAPÖ dupuytrenli, tendon yaralanmalı, inmeli, depresif semptomlu, psikiyatrik bozukluğu olan, osteoartritli, kranyofasyal ağrılı, beyin yaralanmalı, romatoid artritli, geriatric bireylerde, mental sağlıkta, toplum temelli uygulamalarda, kronik ağrı durumlarında ve post travmatik stres programında da geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilir olduğu gösterilmiştir (130, 131, 140-147).

Ölçeğin güvenilirliğinin etkilenmemesi için katılımcıların test tekrar test uygulaması öncesinde hastalığın nüks etmesi nedeniyle çalışmaya dahil edilememesi çalışmamızın limitasyonlarından. MS'li bireylerin özür gruplarına göre karşılaştırmaların yapılmaması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Yarı yapılandırılmış bir ölçüm aracı olması nedeniyle problem belirtilen aynı önem puanına sahip aktivitelerden hangisinin daha çok öneme sahip olduğunun birey tarafından karar verilememesi, aktivitelerin performans ve memnuniyet düzeylerinin derecelendirilmesinde bazı bireylerin puanlamalarında zorlanması, bireylerin aktivite yerine performans kısıtlılıklarını bildirmesidir.

Sonuç olarak, kişi merkezli yaklaşımı ön plana alan, bireyin aktivite performans problemlerini bireyin kendi algısıyla ortaya koyan, belirlenen aktivitelerdeki bireyin yine kendi algısıyla performansını, performansıyla ilgili memnuniyetini derecelendiren, ergoterapi alanında yaygın olarak kullanılan KAPÖ'nün MS'li bireylerde Türkçe kültürel adaptasyonu yapılarak, geçerli ve güvenilir bir ölçüm olduğu bulunmuştur. KAPÖ'nün MS'li bireylerde klinik ve akademik çalışmalarda kullanılabilir bir ölçüm aracıdır, ayrıca farklı hastalık ve bozukluk durumlarında farklı grupların dahil edildiği ileri çalışmalar yapılmasına da ihtiyaç vardır.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe Kültürel adaptasyonu yapılmış, MS'li bireylerde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bulunmuştur.

2. Multipl Skleroz'lu bireylerin kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarındaki aktivite problemlerinin KAPÖ ile belirlenebileceği tespit edilmiştir. Bu problemleri alanlara yönelik MS rehabilitasyonunda kişi merkezli değerlendirme ve müdahale planlaması sırasında yön gösterici olacaktır.

3. Çalışmamızda KAPÖ'nün Türkçeye kültürel adaptasyonu yapılırken, “occupation ve occupational” kelimelerinin karşılığında kullanılan “aktivite” kelimesinin, bu kelimelerin anlamlarını tam olarak karşılayamaması nedeniyle bu konuda terminoloji çalışması yapılmasına ihtiyaç vardır.

4. Özür düzeylerindeki artış MS'li bireylerin aktivite performansını olumsuz etkilemektedir. Bireylerin kapasitelerinin korunmasına, geliştirilmesine, özür durumlarının azaltılmasına yönelik kişisel, çevresel ve aktivite faktörlerine müdahalelerin yapılması faydalı olacaktır.

5. Fonksiyonel durumların bozulması, MS'li bireylerde aktivite performans ve memnuniyet düzeylerini olumsuz etkilemektedir.

6. Multipl Skleroz'lu bireylerde görülen aktivite performans problemlerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur. MS'li bireylerin yaşam kalitelerinin artırılmasında bireye, çevreye ve aktiviteye yönelik kişi merkezli kapsamlı müdahalelerin faydalı olacağı görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Bradley W, Daroff R, Fenichel G. Çeviri editörü: Tan E, Özdamar SE, Neurology in Clinical Practice. Beşinci edisyon İstanbul: Veri Medikal Yayıncılık. 2008:1643-55.
2. Confavreux C, Vukusic S. The clinical course of multiple sclerosis. Handb Clin Neurol. 2014;122:343-69.
3. Freeman JA, Thompson AJ. Rehabilitation in multiple sclerosis. Blue Books of Practical Neurology. 2003;27:317-28.
4. Zivadinov R, Iona L, Monti-Bragadin L, Bosco A, Jurjevic A, Taus C, et al. The use of standardized incidence and prevalence rates in epidemiological studies on multiple sclerosis. Neuroepidemiology. 2003;22(1):65-74.
5. Mostert S, Kesselring J. Effects of a short-term exercise training program on aerobic fitness, fatigue, health perception and activity level of subjects with multiple sclerosis. Multiple Sclerosis Journal. 2002;8(2):161-8.
6. Organization WH. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life: World Health Organization; 2002.
7. Townsend E, A. Wilcock A. Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. Canadian journal of occupational therapy. 2004;71(2):75-87.
8. Baum CM, Law M. Occupational therapy practice: Focusing on occupational performance. American Journal of Occupational Therapy. 1997;51(4):277-88.
9. Kocamaz D. Subakromiyal Sıkışma Sendromu Olan Bireylerde Aktivite Performansının Ağrı, Ruhsal Durum ve Yaşam Memnuniyeti İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 2014.
10. Karayazgan S. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite, Aktivite performansı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 2013.
11. Kielhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A, et al. Occupational performance history interview II (OPHI-II) version 2.1. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago. 2004.
12. Baron K. Occupational Self Assessment Version 2.2: Model of Human Occupation Clearinghouse; 2006.
13. Deshpande S, Kielhofner G, Henriksson C, Haglund L, Olsen L, Forsyth K. Occupational circumstance assessment interview and rating scale: OCAIRS-S svensk version 4.0, manual: Hälsouniversitetet, Avd. för arbetsterapi; 2005.
14. Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2004;71(4):210-22.

15. Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G. Model of human occupation screening tool (MOHOST)2006.
16. Zakarneh M. Ankara Umut Evlerinde Kalan Bireylerin Aktivite-Rol Katılımı Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 2015.
17. Sturkenboom IH, Graff MJ, Borm GF, Veenhuizen Y, Bloem BR, Munneke M, et al. The impact of occupational therapy in Parkinson's disease: a randomized controlled feasibility study. *Clinical rehabilitation*. 2013;27(2):99-112.
18. Law MC, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian occupational performance measure: Canadian Association of Occupational Therapists Ottawa; 1998.
19. Pollock N, Baptiste S, Law M, McColl MA, Opzoomer A, Polatajko H. Occupational performance measures: a review based on the guidelines for the client-centred practice of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1990;57(2):77-81.
20. Cardol M, Brandsma J, De Groot I, van den Bosoe G, De Haan R, De Jong B. Handicap questionnaires: what do they assess? *Disability and rehabilitation*. 1999;21(3):97-105.
21. Maurice V, Allan H, Raymond D. Adams and Victor's principles of neurology. McGraw-Hill Companies, Inc. 2001;1387:1279.
22. Gross CC, Schulte-Mecklenbeck A, Rünzi A, Kuhlmann T, Posevitz-Fejfar A, Schwab N, et al. Impaired NK-mediated regulation of T-cell activity in multiple sclerosis is reconstituted by IL-2 receptor modulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2016:201524924.
23. Silcox L, Smith C, Hume C. Occupational therapy and multiple sclerosis: Whurr London; 2003.
24. Goldenberg MM. Multiple sclerosis review. *PT*. 2012;37(3):175-84.
25. Finlayson M. Multiple sclerosis rehabilitation: From impairment to participation: CRC Press; 2012.
26. Kenealy SJ, Pericak-Vance MA, Haines JL. The genetic epidemiology of multiple sclerosis. *Journal of neuroimmunology*. 2003;143(1):7-12.
27. Stokes M. Physical management in neurological rehabilitation: Elsevier Health Sciences; 2004.
28. Bradley WG. Neurology in clinical practice: principles of diagnosis and management: Taylor & Francis; 2004.
29. Örgütü DS. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslar arası Sınıflandırılması. Çev Elif Kabakçı, Ahmet Göğüş Bilge Matbaacılık, Ankara. 2004.
30. Eryıldız D. Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne Devam Eden Kronik Şizofreni Hastaları ile Bir Rehabilitasyon Programına Katılmayan Kronik

Şizofreni Hastalarının İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması. Bakırköy Prof Dr Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi. 2008.

31. Wressle E, Eeg-Olofsson A-M, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *Journal of rehabilitation medicine*. 2002;34(1):5-11.
32. Salar S. Omurilik yaralanması olan kişilerde çevresel faktörlerin toplumsal katılım ve yaşam memnuniyetine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. 2011.
33. Letts L, Bosch J. Measuring occupational performance in basic activities of daily living. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*. 2005.
34. O'Connell M, Farnworth L. Occupational therapy in forensic psychiatry: A review of the literature and a call for a united and international response. *British Journal of Occupational Therapy*. 2007;70(5):184-91.
35. Iwama M, Kronenberg F, Algado S, Pollard N. The Kawa (river) model: Nature, life flow, and the power of culturally relevant occupational therapy. *Occupational therapy without borders: Learning from the spirit of survivors*. 2005:213-27.
36. Kielhofner G. *Model of human occupation: Theory and application*: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
37. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian journal of occupational therapy*. 1996;63(1):9-23.
38. Polatajko H, Townsend E, Craik J. Canadian model of occupational performance and engagement (CMOP-E). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being & justice through occupation*. 2007;23.
39. Casteleijn D, de Vos H. The model of creative ability in vocational rehabilitation. *Work*. 2007;29(1):55-61.
40. Law M. *The environment: A focus for occupational therapy*. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 1991.
41. Polatajko HJ. Naming and framing occupational therapy: a lecture dedicated to the life of Nancy B. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1992;59(4):189-99.
42. Kielhofner G. *Conceptual foundations of occupational therapy practice*: FA Davis; 2009.
43. Fearing VG, Law M, Clark J. An occupational performance process model: Fostering client and therapist alliances. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1997;64(1):7-15.

44. Grant DD, Lundon K. The Canadian model of occupational performance applied to females with osteoporosis. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1999;66(1):3-13.
45. Udell L, Chandler C. The role of the occupational therapist in addressing the spiritual needs of clients. *The British Journal of Occupational Therapy*. 2000;63(10):489-94.
46. Clarke C. Clinical application of the Canadian Model of Occupational Performance in a forensic rehabilitation hostel. *British Journal of Occupational Therapy*. 2003;66(4):171-4.
47. Therapists CAoO. Enabling occupation: An occupational therapy perspective. CAOT Publications ACE Ontario; 1997.
48. Christiansen C, Baum CM, Bass-Haugen J. Occupational therapy: Performance, participation, and well-being: Slack Thorofare, NJ; 2005.
49. Law M, Baum CM, Dunn W. Occupational performance assessment. *Occupational therapy: Performance, Participation, and Well-being Thorofare: Slack Incorporated*. 2005;338:370.
50. Colquhoun HL, Letts LJ, Law MC, MacDermid JC, Missiuna CA. Administration of the Canadian Occupational Performance Measure: effect on practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2012;79(2):120-8.
51. Chen YH, Rodger S, Polatajko H. Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. *Occupational therapy international*. 2002;9(3):167-84.
52. Colquhoun H, Letts L, Law M, MacDermid J, Edwards M. Feasibility of the Canadian Occupational Performance Measure for routine use. *British Journal of Occupational Therapy*. 2010;73(2):48-54.
53. Wressle E, Marcusson J, Henriksson C. Clinical utility of the Canadian occupational performance measure-Swedish version. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2002;69(1):40-8.
54. Organization WH, Organization WH. Process of translation and adaptation of instruments. 2009.
55. Tezbaşaran AA. Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 1997;12:22-5.
56. Gozum S, Aksayan S. Kulturlerarasi olcek uyarlamasi icin rehber II: Psikometrik ozellikler ve kulturlerarasi karsilastirma. *Hemsirelikte Arastirma Gelistirme Dergisi*. 2003;5(1):3-14.
57. Alpar R. Spor bilimlerinde uygulamalı istatistik: Nobel; 2001.
58. Ergin YD. 1. ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. 1995.
59. Karasar N. Bilimsel araüturma yöntemi: Kavramlar, ilkeler, teknikler. Ankara. Nobel Yayınevi; 1999.

60. Erefe İ. Hemşirelikte araştırma: ilke süreç ve yöntemleri: Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği-Hemar-Ge; 2002.
61. Barber M, Walters M, Bump R. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *American journal of obstetrics and gynecology*. 2005;193(1):103-13.
62. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Nobel Yayıncılık, Ankara. 2002.
63. Richman J, Makrides L, Prince B. Research methodology and applied statistics, part 3: measurement procedures in research. *Physiother Can*. 1980;32(4):253-7.
64. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize mini mental test'in Türk toplumunda hafif demans tan› s› nda geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;13:273-81.
65. Sendromu İFF. Beyazova M, Kutsal YG (Editörler) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara. 2011;2:6.
66. Özakbaş S. Multipl Sklerozda Özürlülüğün Değerlendirilmesi. *Noropsikiyatri Arsivi*. 2008;1(45):6-9.
67. Gray O, Butzkueven H. Measurement of disability in multiple sclerosis. *Neurology Asia*. 2008;13.
68. Salaffi F, Stancati A. Disability and quality of life of patients with rheumatoid arthritis: assessment and perspectives. *Reumatismo*. 2004;56(1s):87-106.
69. Küçükdeveci AA, Sahin H, Ataman S, Griffiths B, Tennant A. Issues in cross-cultural validity: Example from the adaptation, reliability, and validity testing of a Turkish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Care & Research*. 2004;51(1):14-9.
70. Idiman E, Uzunel F, Ozakbas S, Yozbatiran N, Oguz M, Callioglu B, et al. Cross-cultural adaptation and validation of multiple sclerosis quality of life questionnaire (MSQOL-54) in a Turkish multiple sclerosis sample. *Journal of the neurological sciences*. 2006;240(1):77-80.
71. Ropper AH. Adams and Victor's principles of neurology: McGraw-Hill Medical Pub. Division New York; 2005.
72. DeLisa JA, Gans BM, Walsh NE. Physical medicine and rehabilitation: principles and practice: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
73. O'Sullivan SB, Schmitz TJ, Fulk G. Physical rehabilitation: FA Davis; 2013.
74. Compston A, Lassmann H, McDonald I. The story of multiple sclerosis. McAlpine's Multiple Sclerosis 3rd ed London: Churchill Livingstone. 1998.
75. Ensari I, Motl RW, McAuley E, Mullen SP, Feinstein A. Patterns and predictors of naturally occurring change in depressive symptoms over a 30-month period in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2014;20(5):602-9.

76. Lucas-Carrasco R, Sastre-Garriga J, Galán I, Den Oudsten BL, Power MJ. Preliminary validation study of the Spanish version of the satisfaction with life scale in persons with multiple sclerosis. *Disability and rehabilitation*. 2014;36(12):1001-5.
77. Motl RW, McAuley E, Sandroff BM, Hubbard EA. Descriptive epidemiology of physical activity rates in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand*. 2015;131(6):422-5.
78. Fernández-de-las-Peñas C, Ambite-Quesada S, Ortíz-Gutiérrez R, Ortega-Santiago R, Gil-Crujera A, Caminero AB. Catechol-O-methyltransferase val158met polymorphism (rs4680) is associated with pain in multiple sclerosis. *The Journal of Pain*. 2013;14(12):1719-23.
79. Ickmans K, Simoens F, Nijs J, Kos D, Cras P, Willekens B, et al. Recovery of peripheral muscle function from fatiguing exercise and daily physical activity level in patients with multiple sclerosis: A case-control study. *Clinical neurology and neurosurgery*. 2014;122:97-105.
80. Fernández-Muñoz J, Morón-Verdasco A, Cigarán-Méndez M, Muñoz-Hellín E, Pérez-de-Heredia-Torres M, Fernández-de-las-Peñas C. Disability, quality of life, personality, cognitive and psychological variables associated with fatigue in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2015;132(2):118-24.
81. Ben Ari E, Johansson S, Ytterberg C, Bergström J, von Koch L. How are cognitive impairment, fatigue and signs of depression related to participation in daily life among persons with multiple sclerosis? *Disability and rehabilitation*. 2014;36(23):2012-8.
82. Peterson EW, Ari EB, Asano M, Finlayson ML. Fall attributions among middle-aged and older adults with multiple sclerosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2013;94(5):890-5.
83. Pearson J, Alla S, Clarke G, Mason D, Anderson T, Richardson A, et al. Multiple Sclerosis impact on employment and income in New Zealand. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2016.
84. Lunde HMB, Telstad W, Grytten N, Kyte L, Aarseth J, Myhr K-M, et al. Employment among patients with multiple sclerosis-a population study. *PloS one*. 2014;9(7):e103317.
85. Grytten N, Skar AB, Aarseth JH, Assmus J, Farbu E, Lode K, et al. The influence of coping styles on long-term employment in multiple sclerosis: A prospective study. *Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*. 2016:1352458516667240.
86. Mansson E, Lexell J. Performance of activities of daily living in multiple sclerosis. *Disabil Rehabil*. 2004;26(10):576-85.
87. Lexell EM, Flansbjer UB, Lexell J. Self-perceived performance and satisfaction with performance of daily activities in persons with multiple sclerosis following interdisciplinary rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2014;36(5):373-8.

88. Salehi R, Shakhi K, Khiavi FF. Association Between Disability And Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients in Ahvaz, Iran. *Materia socio-medica*. 2016;28(3):215-9.
89. Cattaneo D, Jonsdottir J, Zocchi M, Regola A. Effects of balance exercises on people with multiple sclerosis: a pilot study. *Clinical rehabilitation*. 2007;21(9):771-81.
90. Nilsagård YE, von Koch LK, Nilsson M, Forsberg AS. Balance exercise program reduced falls in people with multiple sclerosis: a single-group, pretest-posttest trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2014;95(12):2428-34.
91. Mehrholz J. Balance Exercise Program Reduced Falls in People with Multiple Sclerosis: A Single-Group, Pretest-Posttest Trial. *physioscience*. 2015;11(03):124-.
92. Hebert JR, Corboy JR, Manago MM, Schenkman M. Effects of vestibular rehabilitation on multiple sclerosis-related fatigue and upright postural control: a randomized controlled trial. *Physical therapy*. 2011;91(8):1166.
93. Petajan JH, Gappmaier E, White AT, Spencer MK, Mino L, Hicks RW. Impact of aerobic training on fitness and quality of life in multiple sclerosis. *Annals of neurology*. 1996;39(4):432-41.
94. Sosnoff JJ, Moon Y, Wajda DA, Finlayson ML, McAuley E, Peterson EW, et al. Fall risk and incidence reduction in high risk individuals with multiple sclerosis: a pilot randomized control trial. *Clinical rehabilitation*. 2015;29(10):952-60.
95. Goverover Y, Kalmar J, Gaudino-Goering E, Shawaryn M, Moore NB, Halper J, et al. The relation between subjective and objective measures of everyday life activities in persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86(12):2303-8.
96. Goverover Y, Chiaravalloti N, DeLuca J. Brief International Cognitive Assessment for Multiple Sclerosis (BICAMS) and performance of everyday life tasks: Actual Reality. *Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*. 2016;22(4):544-50.
97. Maris A, Coninx K, Seelen H, Truyens V, De Weyer T, Geers R, et al. The impact of robot-mediated adaptive I-TRAVLE training on impaired upper limb function in chronic stroke and multiple sclerosis. *Disability and rehabilitation Assistive technology*. 2017:1-9.
98. Baumstarck K, Pelletier J, Boucekine M, Auquier P. Predictors of quality of life in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis: a 2-year longitudinal study. *Revue neurologique*. 2015;171(2):173-80.
99. Rothwell P, McDowell Z, Wong C, Dorman P. Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis. *Bmj*. 1997;314(7094):1580.
100. Janssens A, Doorn P, Boer J, Meche F, Passchier J, Hintzen R. Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and

distress of patients and partners. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2003;108(6):389-95.

101. A. Hakim E, Bakheit A, Bryant T, Roberts M, McIntosh-Michaelis S, Spackman A, et al. The social impact of multiple sclerosis-a study of 305 patients and their relatives. *Disability and rehabilitation*. 2000;22(6):288-93.

102. Solari A, Radice D. Health status of people with multiple sclerosis: a community mail survey. *Neurological Sciences*. 2001;22(4):307-15.

103. Nortvedt MW, Riise T, Myhr KM, Nyland HI. Quality of life in multiple sclerosis measuring the disease effects more broadly. *Neurology*. 1999;53(5):1098-.

104. Auty A, Belanger C, Bouchard J, Brunet D, Duquette P, Francis G, et al. Burden of illness of multiple sclerosis: Part II: Quality of life. *Canadian Journal of Neurological Sciences*. 1998;25(1):31-8.

105. D'alisa S, Miscio G, Baudo S, Simone A, Tesio L, Mauro A. Depression is the main determinant of quality of life in multiple sclerosis: a classification-regression (CART) study. *Disability and rehabilitation*. 2006;28(5):307-14.

106. Steultjens EE, Dekker JJ, Bouter LM, Cardol MM, Van den Ende EC, van de Nes J. Occupational therapy for multiple sclerosis. *The Cochrane Library*. 2003.

107. Börü ÜT. Multipl skleroz olgularında yaşam kalitesi: Fiziksel özürlülük ve depresyonun etkisi? *Journal of Mood Disorders*. 2011;1(2):63-7.

108. McDonnell G, Hawkins S. An assessment of the spectrum of disability and handicap in multiple sclerosis: a population-based study. *Multiple Sclerosis Journal*. 2001;7(2):111-7.

109. Finlayson M. Health and social profile of older adults with MS: Findings from three studies. *International Journal of MS Care*. 2002;4(3):139-51.

110. Glanz BI, Dégano IR, Rintell DJ, Chitnis T, Weiner HL, Healy BC. Work Productivity in Relapsing Multiple Sclerosis: Associations with Disability, Depression, Fatigue, Anxiety, Cognition, and Health-Related Quality of Life. *Value in Health*. 2012;15(8):1029-35.

111. Raggi A, Covelli V, Schiavolin S, Scaratti C, Leonardi M, Willems M. Work-related problems in multiple sclerosis: a literature review on its associates and determinants. *Disability and rehabilitation*. 2016;38(10):936-44.

112. Hubbard EA, Motl RW, Manns PJ. The descriptive epidemiology of daily sitting time as a sedentary behavior in multiple sclerosis. *Disability and health journal*. 2015;8(4):594-601.

113. Vanner EA, Block P, Christodoulou CC, Horowitz BP, Krupp LB. Pilot study exploring quality of life and barriers to leisure-time physical activity in persons with moderate to severe multiple sclerosis. *Disability and Health Journal*. 2008;1(1):58-65.

114. Lewin S, Skea Z, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;4(10).
115. Phelan M, Stradins L, Morrison S. Towards a global definition of patient centred care. *Bmj.* 2001;322:444-5.
116. Law M, Baptiste S, Mills J. Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? *Canadian journal of occupational therapy.* 1995;62(5):250-7.
117. George S, White J. Strong evidence exists that multidisciplinary rehabilitation and fatigue management courses improve function and participation in people with multiple sclerosis. *Australian occupational therapy journal.* 2014;61(4):288-9.
118. Barthel D. Functional evaluation: the barthel index, Maryland State. *Med J.* 1965;14:16-65.
119. Kucukdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Suldur N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scand J Rehabil Med.* 2000;32(2):87-92.
120. Keith R, Granger C, Hamilton B, Sherwin F. The functional independence measure. *Adv Clin Rehabil.* 1987;1:6-18.
121. Kucukdeveci AA, Yavuzer G, Elhan AH, Sonel B, Tennant A. Adaptation of the Functional Independence Measure for use in Turkey. *Clin Rehabil.* 2001;15(3):311-9.
122. Hackman JR, Oldham GR. Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied psychology.* 1975;60(2):159.
123. Tezer E. İş doyumu ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi.* 2016;2(16).
124. Revicki DA, May HJ, Whitley TW. Reliability and validity of the Work-Related Strain Inventory among health professionals. *Behavioral Medicine.* 1991;17(3):111-20.
125. Aslan S, Gürkan S, Girginer H, Ünal M. İşe bağlı gerginlik ölçeğinin bir hemşire örnekleminde geçerlik ve güvenilirliği. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi.* 1996;4(4):276-83.
126. Beard JG, Ragheb MG. Measuring leisure satisfaction. *Journal of Leisure Research.* 1980;12(1):20.
127. Karlı Ü, Polat E, Yılmaz B, Koçak S. Serbest Zaman Tatmin Ölçeği'nin (SZTÖ-uzun versiyon) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Spor Bilimleri Dergisi.* 2008;19(2):80-91.
128. Witt PA, Ellis GD. Development of a short form to assess perceived freedom in leisure. *Journal of Leisure Research.* 1985;17(3):225.
129. Lapa TY, Ağyar E. Üniversite Öğrencilerinin Serbest Zaman Katılımlarına Göre Algılanan Özgürlük. *Spor Bilimleri Dergisi.* 2012;23(1):24-33.

130. Kjekken I, Slatkowsky-Christensen B, Kvien TK, Uhlig T. Norwegian version of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with hand osteoarthritis: validity, responsiveness, and feasibility. *Arthritis Care & Research.* 2004;51(5):709-15.
131. Spadaro A, Lubrano E, Massimiani MP, Gaia P, Perrotta FM, Parsons WJ, et al. Validity, responsiveness and feasibility of an Italian version of the Canadian Occupational Performance Measure for patients with ankylosing spondylitis. *Clinical & Experimental Rheumatology.* 2010;28(2):215.
132. Toomey M, Nicholson D, Carswell A. The clinical utility of the Canadian occupational performance measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy.* 1995;62(5):242-9.
133. Boyer G, Hachey R, Mercier C. Perceptions of occupational performance and subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health.* 2000;15(2):1-15.
134. Crenshaw W, Gillian ML, Kidd N, Olivo J, Schell BAB. Assisted living residents' perspectives of their occupational performance concerns. *Activities, Adaptation & Aging.* 2001;26(1):41-55.
135. Robertson J. Use in mental health[Letter to the editor]. *British Journal of Occupational Therapy.* 2002;65:101-2.
136. Warren A. An evaluation of the Canadian Model of Occupational Performance and the Canadian Occupational Performance Measure in mental health practice. *The British Journal of Occupational Therapy.* 2002;65(11):515-21.
137. Bodiam C. The use of the Canadian Occupational Performance Measure for the assessment of outcome on a neurorehabilitation unit. *British Journal of Occupational Therapy.* 1999;62(3):123-6.
138. Donnelly C, Carswell A. Individualized outcome measures: a review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy.* 2002;69(2):84-94.
139. van de Ven-Stevens LA, Graff MJ, Peters MA, van der Linde H, Geurts AC. Construct validity of the Canadian occupational performance measure in participants with tendon injury and Dupuytren disease. *Physical therapy.* 2015;95(5):750.
140. Cup EH, Scholte op Reimer W, Thijssen MC, van Kuyk-Minis M. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical rehabilitation.* 2003;17(4):402-9.
141. Pan AW, Chung L, Hsin-Hwei G. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occupational therapy international.* 2003;10(4):269-77.
142. Harper K, Stalker CA, Templeton G. The use and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in a posttraumatic stress program. *OTJR: occupation, participation and health.* 2006;26(2):45-55.

143. Enemark Larsen A, Carlsson G. Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2012;19(2):204-13.
144. Jenkinson N, Ownsworth T, Shum D. Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in community-based brain injury rehabilitation. *Brain Injury*. 2007;21(12):1283-94.
145. Rochman DL, Ray SA, Kulich RJ, Mehta NR, Driscoll S. Validity and utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure in a craniofacial pain center. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2008;28(1):4-11.
146. Chesworth C, Duffy R, Hodnett J, Knight A. Measuring clinical effectiveness in mental health: is the Canadian occupational performance an appropriate measure? *The British Journal of Occupational Therapy*. 2002;65(1):30-4.
147. de Groot PhD S, van der Maas MSc LC. Canadian Occupational Performance Measure performance scale: Validity and responsiveness in chronic pain. *Journal of rehabilitation research and development*. 2014;51(5):727.



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

Sayı : 16969557-33

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 06.01.2016 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2016/01
Proje No : GO 15/732(Değerlendirme Tarihi: 02.12.2015)
Karar No : GO 15/732 - 23

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Gamze EKİCİ'nin sorumlu araştırmacı olduğu, Fzt. Berkan TORPİL'in tezi olan GO 15/732 kayıt numaralı ve "Multipl Sklerozlu Bireylerde Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe Kültürel Adaptasyonu, Geçerlilik ve Güvenilirliği" başlıklı proje önerisi araştırmının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu (Üye) | 12. Prof. Dr. Leyla Dinç (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye) | 13. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzoğa (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Levent Akın (Üye) | 16. Av. Meltem Onurlu (Üye) |

Bilgisayar İşletmeni
Tülay ATAÇ
Hacettepe Üniversitesi
Etik Kurullar Sekreteri

ASLI GİBİDİR

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:

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Multipl Skleroz hastalığıyla ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “**Multipl Skleroz Tanısı Almış Bireylerde Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe Kültürel Adaptasyonu, Geçerlilik ve Güvenilirliği**” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, Multipl Skleroz’lu bireylerin aktivite performanslarının ölçülmesi amacıyla hazırlanmış olan bir anketin Türkçeye kazandırılmasıdır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü’nde gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Fzt. Berkan TORPİL tarafından değerlendirmeye alınacak ve verileriniz kaydedilecektir. Klinik değerlendirme kapsamında anket şeklinde düzenlenmiş formları doldurmanız gerekecektir. Bu anket sonuçları kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikteki çalışmalarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Değerlendirmeler sırasında oluşabilecek riskler: Çalışma kapsamında yapılacak olan değerlendirmeler herhangi bir risk içermemektedir. Değerlendirmeleriniz araştırma ve eğitim dışında hiçbir amaçla ve yerde kullanılmayacaktır.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Fzt. Berkan TORPİL tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü’nde bilimsel bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam fizyoterapist ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu

durumun rehabilitasyon hizmetine ve fizyoterapist ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen terapist

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Demografik Form**Tarih:****Adı Soyadı:****Yaş:****Kilo:****Boy:****Cinsiyet:** Erkek Kadın**Medeni Durumu:**

-
- Evli
-
- Dul
-
-
- Bekar

Eğitim Düzeyi:

-
- Herhangi bir okuldan mezun değil
-
- Lise
-
-
- İlk okul
-
- Üniversite
-
-
- Orta okul (6-8. Sınıf)
-
- Lisans üstü

Çalışma Durumu:

-
- Çalışıyor
-
- Çalışmıyor

Gelir Durumu: Var Yok**Toplam Aylık Gelir :** -----TL**Konutun sahiplik Durumu (Oturduğunuz ev kime ait):**

-
- Kendine
-
- Çocuklarıma
-
- Akrabalarıma
-
-
- Eşime
-
- Kira
-
- Diğer

EK-4

MINI-MENTAL TEST				
	SORU	CEVAP	puan	
<u>ORYANTASYON</u>	Tarih		1	
	Gün		1	
	Ay		1	
	Mevsim		1	
	Yıl		1	
	Şu anda bulunduğunuz yerin adı		1	
	Kaçıncı kattayız		1	
	Bulduğumuz şehrin adı		1	
	Ülkenin adı		1	
	Cumhurbaşkanımızın adı		1	
<u>HAFIZA (KAYIT ETME)</u>	Şu kelimeleri tekrarlayın: Elma, masa, bayrak			
	Hemen hatırlama		3	
	Hasta her üç kelimeyi de öğrenene kadar tekrarlayın:			
	Kaç tekrarda öğrendi?(Skor yok)			
<u>DİKKAT ve HESAPLAMA</u>	100 den başlamak üzere 7 çıkararak say 93 86 79 72 65 VEYA 'DÜNYA' kelimesini hecele Şimdi geriden başlayarak hecele Eğitimsizse hesap yerine haftanın günlerini geriye saydır		5	
<u>HATIRLAMA</u>	Daha önce verilen üç kelimeyi hatırla		3	
<u>LİSAN</u>	Gösterilen cisimlerin adları KALEM SAAT		1 1	
	Aşağıdaki cümleyi tekrarlamasını iste: "Sen gidersen, ben de giderim"		1	
<u>MOTOR FONKSİYON ve ALGILAMA</u>	Verilen direktifleri izleme Kağıdı sağ elinle al		1	
	İkiye katla		1	
	Masaya koy		1	
	Alttaki cümleyi okutup söyleneni yapmasını iste (eğitimsiz ise testi yapan okur hasta söyleneni yapar) GÖZLERİNİ KAPA		1	
	Alttaki bölüme bir cümle yazmasını iste, eğitimsiz ise hasta anlamlı bir cümle söylesin		1	
	Alttaki şekli kopye etmesini iste, eğitimsiz ise içiçe iki kare şekli çizdirilir			
			1	
TOPLAM PUAN:			30	

EK-5

Genel Özürlülük Değerlendirme Ölçeği

0.0 Normal nörolojik muayene fonksiyonel sistemlerin(FS) tümünde 0 derece

0.5 Özürlülük yok, bir FS' de minimal bulgu

1.0 Özürlülük durumu yok birden fazla FS' de minimal bulgu (birden fazla FS' de 1. derece)

2.0 Bir FS' de minimal özürlülük (Bir FS de 2, diğerleri 0 veya 1.

derece) **2.5** İki FS' de minimal özürlülük (İki FS 2 diğerleri 0 veya 1. derece)

3.0 Bir FS de orta derecede özürlülük (bir FS 3. derece diğerleri 0 veya 1) ya da üç veya dört FS' de hafif özürlülük (üç/dört FS 2. derece, diğerleri 0 veya 1) hasta tamamen ambulatuvar

3.5 Tam ambulatuvar hasta, ancak bir FS de orta derecede özürlülük (bir FS'de 3. derece) ve bir veya iki FS'de 2. derece veya beş FS'de 2. Derece (diğerleri 0 veya 1)

4.0 Yardımsız tam ambulatuvar hasta. Bir FS'de 4. derece ağır özürlülük (diğerleri 0 veya 1) günde 12 saat ve üzerinde kendine yetebilen hasta, ya da önceki basamakların sınırlarını aşacak şekilde, düşük derecelerin kombinasyonu. Yardımsız ve dinlenmeden 500 metre civarında yürüyebilir.

4.5 Günün çoğuna yakın bir bölümünde yardımsız tam ambulatuvar hasta, tam gün çalışabilir, bunun dışında aktivitesinin tam olmasında bazı kısıtlıklar olabilir veya minimal yardıma ihtiyaç duyabilir, göreceli olarak bir FS' de 4. derece görece olarak ağır özürlülük (diğerleri 0 veya 1), ya da önceki basamakların sınırlarını aşacak şekilde, düşük derecelerin kombinasyonu. Yardımsız ya da dinlenmeden 300 metre yürüyebilir.

5.0 Yardımsız ya da dinlenmeden yaklaşık 200 metre yürüyebilir; özürlülüğü günlük aktivitelerini tam olarak yürütmesine engel olacak kadar ağırdır (özel koşul olmaksızın tam gün çalışmak gibi). (Genel olarak bir FS' de 5. derece, diğerleri 0 veya 1; ya da daha düşük derecelerin 4. basamaktakini aşan kombinasyonları)

- 5.5** Yardımsız ya da dinlenmeksizin yaklaşık 100 metre yürüebilir; özürülük günlük aktiviteleri engelleyecek kadar ağırdır. (Genel olarak bir FS'de 5. derece, diğerleri 0 veya 1; ya da daha düşük derecelerin 4. basamaktakini aşan kombinasyonları)
- 6.0** Yaklaşık 100 metre dinlenerek veya dinlenmeden yürüyebilmek için aralıklı ya da tek taraflı sabit destek (koltuk değneği, baston vb.) gerekir. (FS eşdeğerleri ikiden çok FS' de 3 ve daha fazla dereceden bozukluk kombinasyonları)
- 6.5** Dinlenmeden 20 metre yürüyebilmek için sabit iki taraflı destek (koltuk değneği, Baston v.b.) gerekir. (FS eşdeğerleri ikiden çok FS' de 3 ve daha fazla dereceden bozukluk kombinasyonları)
- 7.0** Yardımla bile 5 metrenin ötesinde yürüyemez, esas olarak tekerlekli sandalyeye bağımlıdır, tekerlekleri kendisi çevirir ve kendisi tekerlekli sandalyeye geçebilir; yaklaşık günde 12 saat ya da daha fazla tekerlekli sandalyede geçirebilir. (Genel olarak FS eşdeğerleri bir FS de 4. derece ya da daha fazla; nadiren piramidal 5. derece)
- 7.5** Birkaç adımdan fazlasını atamaz, tekerlekli sandalyeye bağımlıdır, tekerlekli sandalyeye geçişte yardım gerekebilir; tekerlekli sandalyeyi kendisi çevirir ancak standart tekerlekli sandalyede tüm gününü geçiremez, motor tekerlekli sandalye gerekebilir. (Genel olarak FS ve eşdeğerleri 4. derece bozukluk veren birden fazla FS)
- 8.0** Esas olarak yatağa ya da sandalyeye bağımlı, ya da tekerlekli sandalye hareket edebilir, günün çoğunu yatak dışında geçirebilir; birçok işini kendisi görebilir. (FS eşdeğerleri genellikle çeşitli sistemlerde 4 ve üstü dereceleri içerir)
- 8.5** Günün çoğunda yatağa bağımlıdır; kolunu/kollarını bir dereceye kadar etkili olarak kullanabilir. Bazı işlerini kendisi görebilir. (FS eşdeğerleri genellikle çeşitli sistemlerde ve üstü dereceleri içerir)
- 9.0** Ümitsizce yatağa bağımlı; iletişim kurabilir ve yemek yiyebilir (genel FS Eşdeğerlerinin çoğu grade 4+ kombinasyonları).
- 9.5** Tamamen çaresiz yatalak; etkin iletişim kurulamaz ya da yiyemez, yutamaz (genel FS eşdeğerleri hemen hepsi grade 4+ kombinasyonları).
- 10.0** MS' e bağlı ölüm

EK-6

SAĞLIK DEĞERLENDİRME ANKETİ

Aşağıda belirtilenleri yapabiliyor musunuz?

	Hiç Zorlanmadan	Biraz Zor	Çok Zor	Yapamıyorum
	0	1	2	3
GİYİNME/ GENEL BAKIM				
1-Ayakkabı bağlamak ve düğme iliklemek dahil olmak üzere giyinmek				
2-Saç yıkamak				
OTURUP/ KALKMA				
3-Kolluğu olmayan dik bir sandalyeden kalkma				
4-Yatağa yatıp kalkmak				
YEMEK YEME				
5-Bıçakla et kesmek				
6-Dolu bir bardağı ağza götürmek				
7-Açılmamış <u>karton</u> bir süt kutusunu açmak				
YÜRÜYÜŞ				
8-Düz yolda yürümek				
9-Beş basamak çıkıp, inmek				
HİJYEN				
10-Tüm vücudu yıkayıp, kurulayabiliyor mu?				
11-Banyo yapabiliyor mu?				
12-Tuvalete gidebiliyor mu?				
UZANMA				
13-Başının üstündeki seviyede bulunan bir raftan 2-3 kilo kadar bir ağırlığı alabiliyor mu?				
14-Yerde bulunan bir giysiyi eğilip, alabiliyor mu?				
KAVRAMA				
15-Araba kapılarını açabiliyor mu?				
16-Daha önce açılmamış bir kavanoz Kapağını açabiliyor mu?				
17-Muslukları kapatıp, açabiliyor mu?				
DİĞER AKTİVİTELER				
18-Evin dışındaki işleri, örneğin alışveriş yapabiliyor mu?				
19-Arabaya binip, inebiliyor mu?				
20-Elektrikli süpürge kullanabiliyor mu?				
TOTAL=	TOTAL/20=			

EK-7

MULTİPL SKLEROZ YAŞAM KALİTESİ (MSYK)-54 ENSTRÜMANI

Bu sorular, sizin sağlığını ve aktivitelerinizi sorgulamaktadır. Her bir soruya aşağıdaki rakamlardan (1,2,3,...) birini işaretleyerek cevap veriniz.

Eğer soruların cevabından emin değilseniz, lütfen verebileceğiniz en iyi cevabı verin ve cevaba ait açıklamayı köşesine yazınız.

Formun okunması veya işaretlenmesinde yardıma ihtiyacınız olduğunda, lütfen yardım istemekten çekinmeyin.

1. Genel olarak sağlığınız hakkında ne söyleyebilirsiniz? (bir rakamı işaretleyiniz)

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Biraz iyi	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesine kıyasladığınızda şimdiki sağlık durumunuzu genel olarak nasıl değerlendirirsiniz? (bir rakamı işaretleyiniz)

Bir yıl öncesine göre şimdi çok daha iyi	1
Bir yıl öncesine göre şimdi biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesine göre şimdi biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesine göre şimdi çok daha kötü	5

3.-12. Aşağıdaki sorular tipik olarak gün içinde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri yapmanızı kısıtlıyor mu? Eğer öyleyse, ne kadar?

(Her satırda 1,2 veya 3 rakamlarından birini işaretleyiniz)

	Evet, Çok kısıtlı	Evet, Biraz kısıtlı	Hayır, Kısıtlı değil
3. Koşma, ağır eşyaları kaldırma, ağır sporlara katılma gibi <u>ağır</u> aktiviteler	1	2	3
4. Masayı hareket ettirme, elektrik süpürmesini itme, bowling veya golf oynama gibi <u>orta şiddetli</u> aktiviteler	1	2	3
5. Alışveriş torbalarını kaldırma veya taşıma	1	2	3
6. <u>Birkaç kat</u> merdiven çıkma	1	2	3
7. <u>Bir kat</u> merdiven çıkma	1	2	3
8. Eğilme, çömelme veya diz üstüne gelme	1	2	3
9. <u>1600 metreden fazla</u> yürüme	1	2	3

10. Birkaç sokak yürüme (500-1000m)	1	2	3
11. Bir sokak yürüme (200m)	1	2	3
12. Banyo yapma veya giyinme	1	2	3

13-16. **Son 4 hafta içinde fiziksel sağlığınızın sonucu olarak** işinizde veya diğer düzenli günlük aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerden birini yaşadınız mı?

	EVET	HAYIR
13. İşyerinde veya diğer aktivitelerimde <u>harcadığım zamanı</u> azalttım	1	2
14. İstedğimden daha <u>az başarılıyım</u>	1	2
15. İşim veya diğer aktivitelerimin çeşidinde kısıtlanma oldu	1	2
16. İşimi veya diğer aktivitelerimi yerine getirmede <u>zorluk</u> çektim (örneğin fazladan çaba harcıyordum)	1	2

17-19. **Son 4 hafta içinde ruhsal problemlerinizin** (depresyon veya anksiyete gibi) **sonucu olarak** işinizde veya diğer düzenli günlük aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerden birini yaşadınız mı?

	EVET	HAYIR
17. İşyerinde veya diğer aktivitelerimde <u>harcadığım zamanı</u> azalttım?	1	2
18. İstedğimden daha <u>az başarılıydım</u>	1	2
19. İşimi veya diğer aktivitelerimi her zamanki <u>gibi dikkatli</u> yapmadım	1	2

20. **Son 4 hafta içinde** fiziksel sağlığınız veya ruhsal problemleriniz sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla veya katıldığınız gruplarla yaptığınız sosyal aktivitelerinizi ne kadar etkiledi? (bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç etkilemedi	1
Hafif etkiledi	2
Orta derecede etkiledi	3
Oldukça etkiledi	4
Aşırı derecede etkiledi	5

21. **Son 4 hafta içinde** ne kadar **yücut** ağrınız vardı? (bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç yok	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta şiddette	4
Şiddetli	5
Çok şiddetli	6

22. **Son 4 hafta içinde ağrı** sizin normal işlerinizi (hem sizin dışındaki hem de evin içindeki) ne kadar etkiledi? (bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç etkilemedi	1
Hafif etkiledi	2
Orta derecede etkiledi	3
Oldukça etkiledi	4
Aşırı derecede etkiledi	5

23-32. Bu sorular **son 4 hafta içinde** kendinizi nasıl hissettiğiniz ve olayların sizinle nasıl ilgili olduğuna dairdir. Her bir soru için lütfen kendinize en yakın olan cevabı işaretleyin (her satırda bir rakam işaretleyiniz)

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
23. Son 4 hafta içinde ne kadar süre tamamen enerji doluydunuz?	1	2	3	4	5	6
24. Son 4 hafta içinde ne kadar süre çok sinirli bir kişiydiniz?	1	2	3	4	5	6
25. Son 4 hafta içinde ne kadar süre hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar kendinizi çöküntü içinde hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
26. Son 4 hafta içinde ne kadar süre sakin ve barışıldınız?	1	2	3	4	5	6
27. Son 4 hafta içinde ne kadar süre çok enerjiniz vardı?	1	2	3	4	5	6
28. Son 4 hafta içinde ne kadar süre umutsuz ve cesaretsizdiniz?	1	2	3	4	5	6
29. Son 4 hafta içinde ne kadar süre kendinizi yıpranmış hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
30. Son 4 hafta içinde ne kadar süre mutlu bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
31. Son 4 hafta içinde ne kadar süre kendinizi yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
32. Son 4 hafta içinde ne kadar süre sabahları uyandığınızda kendinizi dinlenmiş hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

33. **Son 4 hafta içinde fiziksel sağlığınız veya ruhsal problemlerinizi sosyal aktivitelerinizi** (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar etkiledi? (bir rakamı işaretleyiniz)

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlar	3
Biraz	4
Hiçbir zaman	5

GENEL SAĞLIK

34-37. Aşağıdaki ifadelerden hangisi sizin için DOĞRU veya YANLIŞ? (Her satırda bir rakam işaretleyiniz)

	Kesinlikle doğru	Genellikle doğru	Emin değilim	Genellikle yanlış	Kesinlikle yanlış
34. Diğer insanlardan daha kolay hasta olurum	1	2	3	4	5
35. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
36. Sağlığımın daha kötüye gideceğini beklerim	1	2	3	4	5
37. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

SAĞLIKLA İLGİLİ ENDİŞE

(Her satırda bir rakam işaretleyiniz)

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
38. Son 4 hafta içinde ne kadar süre sağlık problemlerinizi nedeniyle cesaretinizi kaybettiniz?	1	2	3	4	5	6
39. Son 4 hafta içinde ne kadar süre sağlığınızla ilgili endişe duydunuz?	1	2	3	4	5	6
40. Son 4 hafta içinde ne kadar süre sağlığınız yaşamınızda bir üzüntü kaynağı oldu?	1	2	3	4	5	6
41. Son 4 hafta içinde ne kadar sağlık problemlerinizi nedeniyle zayıfladığınızı hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

Bilişsel Fonksiyon

Son 4 hafta içinde ne kadar süre...
(Her satırda bir rakam işaretleyiniz)

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
42. Dikkatinizi vermede veya düşünmede zorluk çektiniz?	1	2	3	4	5	6
43. Bir aktivite üzerinde uzun süreli dikkatinizi vermede zorluk çektiniz?	1	2	3	4	5	6
44. Hafızanızla ilgili sorunlarınız oldu?	1	2	3	4	5	6
45. Aile üyeleri veya arkadaşlarınız sizin hafızanızda veya dikkatinizi vermede problemlerinizi olduğunu fark ettiler?	1	2	3	4	5	6

Cinsel Yaşam

46-50. Bu sorular sizin cinsel yaşamınız ve cinsel yaşamınızdan ne kadar memnun olduğunuzla ilgilidir. Lütfen **sadece son 4 hafta içindeki** yaşamınızla ilgili mümkün olduğu kadar doğru cevabı işaretleyiniz. **Son 4 hafta içindeki** aşağıdaki sorular sizin için ne kadar problem olmuştu? (Her satırda bir rakam işaretleyiniz)

+

ERKEK	Problem değildi	Çok az problem oldu	Biraz problem oldu	Çok fazla problem oldu
46. Cinsel ilgi azlığı	1	2	3	4
47. Sertleşme veya sertleşmeyi sürdürmede zorluk	1	2	3	4
48. Cinsel doyuma ulaşma güçlüğü	1	2	3	4
49. Cinsel eşi memnun etme yeteneği	1	2	3	4

KADIN	Problem değildi	Çok az problem oldu	Biraz problem oldu	Çok fazla problem oldu
46. Cinsel ilgi kaybı	1	2	3	4
47. Yetersiz vajinal ıslanma (haznede ıslanma)	1	2	3	4
48. Cinsel doyuma ulaşma güçlüğü	1	2	3	4
49. Cinsel eşi memnun etme yeteneği	1	2	3	4

50. Genel olarak **son 4 hafta içinde** cinsel yaşamınızdan ne kadar memnun oldunuz?

Çok memnun	1
Biraz memnun	2
Ne memnun ne de memnuniyetsiz	3
Biraz memnuniyetsiz	4
Çok memnuniyetsiz	5

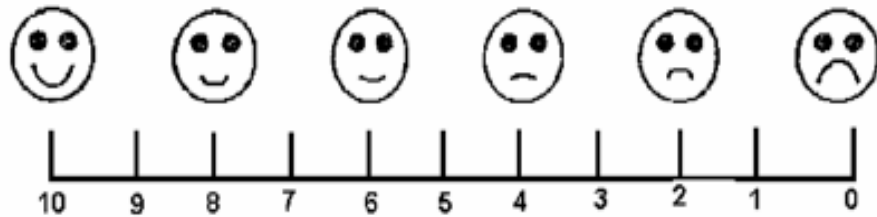
51. **Son 4 hafta içinde** barsak veya mesane problemlerinizi aileniz, arkadaşlarınız veya katıldığınız grup içindeki sosyal aktivitelerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi	1
Hafif etkiledi	2
Orta derecede etkiledi	3
Oldukça etkiledi	4
Aşırı derecede etkiledi	5

52. **Son 4 hafta içinde** ağrınız yaşamdan zevk almanızı ne kadar etkiledi?

Hiç etkilemedi	1
Hafif etkiledi	2
Orta derecede etkiledi	3
Oldukça etkiledi	4
Aşırı derecede etkiledi	5

53. Genel olarak yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz? Aşağıdaki ölçekten bir rakamı işaretleyiniz.



Mümkün Olan

En İyi Yaşam Kalitesi

Mümkün Olan

En Kötü Yaşam Kalitesi

(Ölmek kadar kötü ya da ölmekten biraz daha kötü)

54. Yaşamınızla ilgili neler hissettiğinizi aşağıdakilerden hangisi en iyi tanımlar?

Korkunç	1
Mutsuz	2
Çoğunlukla memnun değil	3
Karışık-eşit derecede memnun ve memnun değil	4
Çoğunlukla memnun	5
Çok memnun	6
Harika	

KANADA AKTİVİTE PERFORMANS ÖLÇÜMÜ

Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)

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

KAPÖ:

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

KAPÖ 5 adımda tamamlanır:

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

BİREY İLE İLGİLİ BİLGİLER

Adı Soyadı: _____

Doğum Tarihi: _____

Terapist Adı: _____

İlk Değerlendirme: _____

Tekrar Değerlendirme: _____

KENDİNE BAKIM

ÖNEM

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

Kişisel Bakım

Fonksiyonel Mobilite

Toplumda Kendini İdare etme

ÜRETKENLİK

ÖNEM

Üretkenlik, bireyin hayatını kazanmayı, evini ve ailesini geçindirmeyi, kişinin yeteneklerini geliştirmeyi ve/veya diğerlerine hizmet vermeyi sağlayan aktiviteleri içerir. KAPÖ üretkenlik aktivitelerinin 3 tipini değerlendirir: Ücretli veya ücretsiz iş, ev işi yönetimi, okul/oyun.

Ücretli veya ücretsiz iş

Ev işi yönetimi

Okul ve/veya oyun

SERBEST ZAMAN

ÖNEM

Serbest zaman bireyin üretken olma zorunluluğu olmaksızın birey tarafından yapılan aktiviteleri içerir. KAPÖ sessiz rekreasyon, aktif rekreasyon ve sosyalleşmeyi kapsar.

Sessiz rekreasyon

Aktif rekreasyon

Sosyalleşme

PUANLAMA

PERFORMANS (Şu an bu aktiviteyi yapma şeklinizi nasıl derecelendirirsiniz?)

1 = hiç yapamıyorum ⇨ 10 = son derece iyi yapıyorum

TARİH 1: ___ / ___ / ___

MEMNUNİYET (Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz ?)

1 = hiç memnun değilim ⇨ 10 = son derece memnunuz

TARİH 2: ___ / ___ / ___

AP Problemleri	Önm	Performans T ₁	Memnuniyet T ₁	Performans T ₂	Memnuniyet T ₂
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		Toplam Performans T ₁	Toplam Memnuniyet T ₁	Toplam Performans T ₂	Toplam Memnuniyet T ₂
		TOPLAM PUAN			
		Ortalama Performans T ₁	Ortalama Memnuniyet T ₁	Ortalama Performans T ₂	Ortalama Memnuniyet T ₂
		ORTALAMA PUAN (Toplam puan / problem sayısı)			
				Performanstaki Değişiklik	Memnuniyetteki Değişiklik
		PUAN DEĞİŞİKLİĞİ (T ₂ - T ₁)			

İlk Değerlendirme

Tekrar Değerlendirme

ÖNEM

1 **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**
hiç önemli son derece
değil önemli

PERFORMANS

1 **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**
hiç son derece iyi
yapamıyorum yapıyorum

MEMNUNİYET

1 **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10**
hiç memnun son derece
değilim memnunum

Re: Permission for COPM Turkish translationGönderen Law, Mary  Tarih 14-10-2015 21:13

Thank you very much. We would be delighted for you to do this. Can you send me your address as I will need to include that in the draft agreement? Thanks

Mary Law

From: Gonca Burmin <gbumin@hacettepe.edu.tr>
Date: Monday, October 12, 2015 at 4:25 AM
To: Mary Law <lawm@mcmaster.ca>
Cc: Helene Polatajko <h.polatajko@utoronto.ca>
Subject: Permission for COPM Turkish translation

Dear Prof Law,

I am professor lecturer at Hacettepe University Faculty of Health Sciences Department of Occupational Therapy in Turkey. We met at Chile Santiago WFOT congress in 2010. I am one of the founders of the first occupational therapy school in Turkey. I am teaching CMOP and COPM to our occupational therapy students. COPM is an important assessment for directing occupational therapy interventions and measuring client- centered outcomes.

I would like to take permission from you to translate COPM (with manual) to Turkish language and copyright for the translated 5 th edition "The Canadian Occupational Performance Measure "materials.

Therefore I would like to make publishing agreement with you. Could you please inform me about this procedure ?

Thank you for your supports

With best wishes

Prof Gonca Burmin, PhD

Gonca Burmin, PhD, Prof
Vice Director
Hacettepe University
Faculty of Health Sciences
Department of Occupational Therapy
Ankara TURKEY

Bu e-posta mesajı kişiye özel olup, gizli bilgiler içeriyor olabilir. Eğer bu e-posta mesajı size yanlışlıkla ulaşırsa, içeriğini hiçbir şekilde kullanmayınız ve e-postayı siliniz. Hacettepe Üniversitesi bu e-posta mesajının içeriği ile ilgili olarak hiçbir hukuksal sorumluluğu kabul etmez. The information contained in this communication may contain confidential or legally privileged information. Hacettepe University doesn't accept any legal responsibility for the contents and attachments of this message. The sender does not accept any liability for any errors or omissions or any viruses in the context of this message which arise as a result of internet transmission.

ÖZGEÇMİŞ

Arş. Gör. Berkan Torpil Isparta'da doğdu. İlköğrenimini Osmaniye'de, orta öğrenimini Mersin'de tamamladı. 2009 yılında başladığı Pamukkale Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'ndan 2013 yılında mezun oldu. Aynı yıl Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü'ne Araştırma Görevlisi olarak atandı. Halen Ergoterapi Bölümü'nde Araştırma Görevlisi olarak çalışan Berkan Torpil, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ergoterapi Programında Yüksek Lisans yapmaktadır. İlgili alanları; nörolojik ve geriatrik rehabilitasyon.