

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANKARA UMUT EVLERİNDE KALAN BİREYLERİN
AKTİVİTE-ROL KATILIMI AÇISINDAN ERGOTERAPİ
MODELİNE GÖRE İNCELENMESİ

Mahmoud ZAKARNEH

Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2015

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

**ANKARA UMUT EVLERİNDE KALAN BİREYLERİN
AKTİVİTE-ROL KATILIMI AÇISINDAN ERGOTERAPİ
MODELİNE GÖRE İNCELENMESİ**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mine UYANIK

Mahmoud ZAKARNEH

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2015

TEŞEKKÜR

Bu çalışma pek çok kişinin emeği, desteği neticesinde hazırlanmıştır. Tez çalışmam süresince kıymetli vaktini, bilgisini, desteğini esirgemeyen, yapıcı öneri ve desteği için danışman hocam Sayın Prof. Dr. Mine UYANIK'a teşekkürü borç bilirim.

Tez hazırlama aşamalarında yardımcı ve destekleri için Sayın Prof. Dr. Hülya Kayıhan'a,

Tez çalışması sırasında katılımcılarla iletişim kurarken dil engelini aşmada yardımını aldığım sayın Uz. Fzt. Ayşe Göktaş'a,

Her zaman yanımda olan, maddî ve manevî yönden bana her türlü desteği veren aileme,

Türk Halkına ve Devletine derin sevgileri ve engin misafirperverlikleri sebebiyle can-i gönülden şükranlarımı sunarım.

ÖZET

ZAKARNEH, M., Ankara Umud Evlerinde Kalan Bireylerin Aktivite-Rol Katılımı Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2015. Bu çalışma Ankara Umud Evleri ve Saray Rehabilitasyon Merkezi'ndeki evlerden İnsan Aktivite Modeli'ne (MOHO) göre veri toplayarak aktivite performansının incelenmesi amacıyla planlandı. Çalışmaya Umud Evleri'nde kalan 14 mental problemlili kişi (Çalışma grubu) ve Saray Rehabilitasyon Merkezinde kalan 14 mental problemlili kişi (Kontrol grubu) dâhil edilmiştir. Mental problemlili olan bireylerle ilgili faktörler ve sosyodemografik özellikleri bilgi toplama ile değerlendirilmiştir. Aktivite-Rol performansı değerlendirmesi İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı (MOHO) ile evlerin değerlendirmesi Konut Çevresel Etki Anketi (KÇEA) ile yapılmıştır. Umud evi ve Saray Rehabilitasyon Merkezinde çevre sonuçları toplam olarak incelediğinde istatistiksel olarak farklı bulunmuş ($p<0,05$), daha ileri yapılan istatistiksel değerlendirmelerde ise iki konaklama arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). İARMTA ölçeğinin alt ölçeklerine bakıldığında, gruplar arasında İletişim ve Etkileşim Becerileri ve Motor Becerileri alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Motivasyon, Patern, Süreç Becerileri ve Çevre alt ölçekleri ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak Umud Evi lehinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuç olarak; Mental problemlili olan bireylere izole edilmeden toplum içinde yaşayan bir birey olma konusunda gerekli desteklerin verilmesi ve çevre ayarlamaları için, Ergoterapi Biliminin İnsan Aktiviteleri-Rol Modelini kullanarak daha fazla çalışma yapılması gerektiği ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Model, Aktivite-Rol, Ergoterapi, Katılım, Çevre

ABSTRACT

ZAKARNEH, M.,This study aims to assess the occupational functioning for the residents in the Houses of Hope in Ankara according to The Model Of Human Occupation, Hacettepe University, Institute of Health Sciences Occupational Therapy Program, Master Thesis, 2015. In this study, we planned for gathering data from Houses of Hope and the Saray Rehabilitation Center in Ankara, in order to assess them in accordance with The Model OF Human Occupation (MOHO). Some 14 individuals with mental illness who are staying in Houses of Hope (study group) and 14 others with mental illness who are staying in the Saray Rehabilitation Center (control group) were involved in this research. Our participants' factors and socio demographic information was collected. In order to assess occupational performance for our participants, the researcher used The Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST), and to assess the residence homes The Residential Environment Impact Scale (REIS) was used. According to the results of The Residential Environment Impact Scale (REIS), there was no statistically significant difference between the study group and the control group ($p > 0.05$). In the results of MOHOST there were no statistically significant differences between the two groups in Communication and Interaction Skills and Motor Skills subscales ($p > 0.05$). However, there were statistically significant differences between the two groups in motivation for occupation, Pattern of occupation, Process Skills and Environment subscales ($p < 0.05$). As a conclusion, the researcher recommends more research focusing on deinstitutionalization to help socially isolated individuals get rid of this behavior in rehabilitation centers and live in the community by the environment adjustment and proper level of support according to Model Of Human Occupation.

Keywords: Model, Occupation, Occupational Therapy, Occupational Performance, Environment

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No:
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. NORMALLEŞTİRME HAREKETİ	4
2.2. TOPLUM TEMELLİ REHABİLİTASYON İHTİYACI	6
2.3. MENTAL HASTANEDEN ÇIKARIP TOPLUMA KAZANDIRMA	6
2.4. KULÜP EVLERİ	8
2.5. YENİ MODELLERE İHTİYAÇ	10
2.6. YARDIMLAŞMA PROGRAMI (FOUNTAIN HOUSE)	11
2.7. "YALNIZ DEĞİLİZ" TOPLUMU (WE ARE NOT ALONE SOCIETY WANA)	13
2.8. "İHTİYAÇ DUYULMA GEREKSİNİMİ" (THE NEES TO BE NEEDED)	14
2.9. GÜNÜMÜZDEKİ TOPLUMSAL DESTEK MODELLERİ	19
2.9.1. KALICI DESTEKLİ KONUT YAKLAŞIMI	21
2.9.2. KALICI DESTEKLİ KONUT OLANAĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ	25
2.10. YENİ MODEL GELİŞTİRME ARAŞTIRMALARI	30
2.11. TÜRKİYE'DE ZİHİNSEL ENGELLİ VE RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARI	32
2.11.1. UMUT EVLERİ	34

2.12. ERGOTERAPİ	36
2.12.1. ERGOTERAPİ UYGULAMALARI İÇİN GÜNCEL KAVRAMLAR	37
2.12.2. ERGOTERAPİDE DEĞERLENDİRME	42
2.13. ERGOTERAPİ MODELLERİ	43
2.13.1. KİŞİ-ÇEVRE-AKTİVİTE-ROL(KÇA-R) MODELİ (PERSON ENVIRONMENT OCCUPATION PEO)	43
2.13.2. KANADA AKTİVİTE-ROL PERFORMANS MODELİ (KAPM) CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE (CMOP)	45
2.13.3. İNSAN AKTİVİTE-ROL MODELİ (MODEL OF HUMAN OCCUPATION - MOHO)	47
3. BİREYLER VE YÖNTEM	58
3.1.BİREYLER	58
3.1.1.ÇALIŞMA GRUBU	58
3.1.2. KONTROL GRUBU	59
3.2.YÖNTEM	59
3.3.1. İNSAN AKTİVİTE-ROL MODELİ TARAMA ARACI (İARMTA-MOHOST)	60
3.3.2. KONUT ÇEVRESEL ETKİ ANKETİ (THE RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY-REIS)	70
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	75
4. BULGULAR	76
4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR	76
4.2. AKTİVİTE-ROL KATILIM İLE İLGİLİ BULGULAR	77
4.3. ÇEVRE İLE İLGİLİ BULGULAR	80

5. TARTIŞMA	88
6. KAYNAKLAR	102
EKLER	108
EK-1. Değerlendirme Formu 1	
EK-2. Değerlendirme Formu 2	
EK-3. Değerlendirme Formunu Kullanma Anlaşması 1	
EK-4. Değerlendirme Formunu Kullanma Anlaşması 2	
EK-5. Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-6. Etik Kurul Onay Sayfası	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASPB	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
BM	: Birleşik Milletler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GYA	: Günlük Yaşam Aktivitesi
İARM	: İnsan Aktivite-Rol Modeli
İARMTA	: İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı
KÇEA	: Konut Çevresi Etki Anketi
MOHO	: Model Of Human Occupation
MOHOST	: Model Of Human Occupation Screening Tool
REIS	: Residential Environment Impact Survey
SPSS	: İstatistik Paket Programı
UE	: Umut Evleri
vb.	: ve benzeri
YGYA	: Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitesi

TABLOLAR

	<u>Sayfa No:</u>
4.1. Gruplardaki Yaş Ortalaması	77
4.2. Grupların Cinsiyet Dağılımı	77
4.3. İARMTA Toplam Puanları Arasındaki Fark	78
4.4. İARMTA Farklılık Çıkan Alt Ölçekler	79
4.5. İARMTA Farklılık Çıkmayan Alt Ölçekler	80
4.6. Faktör Analizi Sonuçları	81
4.7. Toplam İki Konaklama Yeri Arasındaki Fark	82
4.8. Faktör 1 Faktör 2 Düzeylerine Göre İki Konaklama Yeri Arasındaki Fark	83
4.9. Faktör 3 Düzeyine Göre İki Konaklama Yeri Arasındaki Fark	83
4.10. İki Konaklama Yerindeki(Umut Evi-UE ve Kurum Evi-KE) Güçlü, Uygun ve Toplam Olumlu Yön Açısından Evlerin Karşılaştırılması	84
4.11. İki Yerleşim Yerindeki(Umut Evi-UE ve Kurum Evi-KE) “Büyük iyileştirme”, “Az iyileştirme”ve Toplam Olumsuz Yön Açısından Evlerin Karşılaştırılması	86

1. GİRİŞ

Zihinsel ve ruhsal problemleri olan bireylerin güçlendirilmesi Dünya’da çok tartışılan bir konudur. Geçmiş yıllarda zihinsel ve ruhsal problemleri olan bireylerin büyük rehabilitasyon merkezlerinde yaşaması ve toplumdaki izole edilmesi kabul görmüştür. Ancak 1960’lardan beri bu kurumlarda kalmanın ne kadar yanlış olduğu bildirilmektedir. Bu kurumlara yerleştirilenlerin iyileşmemesi hatta daha zor durumda olmalarının nedenini araştırmak için çok çaba gösterilmiştir. Birkaç ülkede zihinsel ve ruhsal problemleri olan bireyler için yeni rehabilitasyon programları başlatılmıştır. Bu programlarda farklı yöntemler kullanılmaktadır. Ancak bütün programların temelinde kurum izolasyonundan çıkıp toplum içinde yaşamak yer almaktadır. Bu programların eski yaklaşımlardan daha iyi olduğu ve insan haklarına uygun olduğu kanıtlanmıştır. Genel olarak, toplum-temelli hizmetler zengin fiziksel ortamları, personelin kalifiye olması, daha fazla kullanıcı odaklı hizmet uygulamalarını sağlaması ve adaptif davranış, ev, aktivite katılımı ve toplum hayatına katılım açısından kullanıcıları için daha iyi sonuçlar sağlarken; kurumlarda bulunan bireylerde ise olumsuz etki yaratan örneğin fiziksel yoksunluğun olması, eğitimi az personelin bireylerin istek ve ihtiyaçlarını anlamaması gibi durumlar nedeniyle toplumda yaşam hizmetleri konusu üzerinde çalışılmış, sağlık ve sosyal hizmetin kalitesinde değişimler olmuş ve hizmet kullanıcılarında artan bir ilgi oluşmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); dünyanın farklı ülkelerinde, destekli kurumsal bakımdan vazgeçme ve topluma entegre etme (deinstitutionalization) programları yürütmüştür. Türkiye’de de bu programlar daha sonraları uygulanmaya başlamıştır. Dünyadaki bu gelişmelere paralel olarak, (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (BM) tarafından ülkeler için oluşturulan tavsiye bildireleri ve Engelli Hakları konusundaki savunuculuk görevi ülke politikalarına girmiş ve bunların sonucunda Türkiye, BM bildirgesine imza atmıştır. DSÖ ve Türkiye’de iki Bakanlığın (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-ASPB ve Sağlık Bakanlığı) ortaklaşa yürüttüğü 2010 yılında başlayan “Engelli Bireyler İçin Hizmetlerin Geliştirilmesi” projesi ile Umut Evleri (UE) açılmaya başlanmıştır. Türkiye genelinde elliye yakın UE açılmış, Ankara’da altı tane UE Saray Rehabilitasyon

Merkezi'nden seçilen kişilerle hizmete girmiştir. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü ve ASPB- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2013 yılında ortaklaşa düzenledikleri Uluslararası Katılımlı Ergoterapi ve Rehabilitasyon Kongresinde, Ruh Sağlığı ve Toplum Temelli Rehabilitasyon Teması ile mental sağlık, iyileşme, iyilik hali, sosyal içerme, sağlık ve sosyal politikalar konusu ulusal ve uluslararası uzmanlarca tüm yönleriyle irdelenmiş ve bu konudaki Ergoterapi ihtiyacı vurgulanmış, kanıt temelli bilgi sağlanması gereği ortaya çıkmıştır.

MOHO hizmet alanlarını ilgilendiren, çeşitli aktivitelere katılımı gösteren dinamik bir süreci ifade eder. Ergoterapistler MOHO birey odaklı model ile hizmet alanın aktivitelerini analiz ederek, fiziksel ve sosyal ortamlar içinde motivasyon ve becerilerinin rutinlere ve alışkanlıklara nasıl dönüştüğünü kolayca açıklayabilir. Kanıtlara göre İnsan Aktivite Modeli (MOHO) uluslararası en yaygın kullanılan aktivite odaklı modeldir. Birçok faktörle MOHO'nun sık kullanımı açıklanmaktadır. Birincisi, aktivite temelli modellere göre MOHO'nun büyük bir kanıt tabanına sahip olduğu gösterilmiştir. Kanıt tabanlı uygulama gereksinimi nedeniyle MOHO önemli bir değerlendirme aracı olarak ortaya çıkmaktadır. İkincisi MOHO sahada yapılan değerlendirmeler sonucunda aktivite odaklı uygulamalara rehberlik oluşturan ilk Ergoterapi Modeli olması nedeniyle kullanım konusunda avantajı bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre ergoterapistlerin MOHO'yu birey odaklı, holistik olması, uygulama kolaylığı ve diğer uygulama modelleri ile birlikte kullanılabilmesi nedeniyle tercih ettiği belirtilmektedir.

Umut Evleri'ndeki bireylerin hayatlarındaki değişiklikler bir Ergoterapi Modeli olan İnsan Aktivite Modeli (MOHO- Model of Human Occupation) kapsamında iki değerlendirme yöntemi ile ölçülmüş, aynı değerlendirme yöntemleri kurum bakımında olan Saray Rehabilitasyon Merkezindeki bireylerde de kullanılarak karşılaştırma yapılmıştır.

Bu tez çalışmasının amacı, Ankara Umut Evlerinde kalan bireylerde kurumsal bakımdan destekli yaşama geçişin faydasını Ergoterapi bilimi modeline göre incelemektir.

Çalışmanın hipotezi;

Umut evlerinde kalanlar ile kurumsal bakım merkezinde kalan bireyler arasında aktivite - rol katılımı (aktivite - rol performansı) açısından fark yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

Zihinsel ve ruhsal sağlık problemleri olan insanlar için evde verilen bakımın kalitesi yaklaşık 50 yıldır hem politikaların hem de yapılan araştırmaların odak noktası olmuştur. Bu dönemin başında yaygın olarak kullanılan bakım şekli, büyük kurumlardı. 1960'lar ve 1970'ler döneminde, yaşanılan genel fiziksel yetersizlik (aşırı kalabalıklaşma, yetersiz besin, çevre ve ortam), suistimal (kötü bakım, eşyaların çalınması, ilaçların aşırı kullanımı ve yasaklamalar), ihmal ve etkisizlik (bakım eksikliği, iletişim eksikliği, uyarılar, uzun süreli ilgisiz bırakılma ve tecrit) gibi konularında bu kurumların kalitesi ile ilgili giderek artan endişeler ortaya çıkmıştır (1,2).

2.1. NORMALLEŞTİRME HAREKETİ

Zihin sağlığı otoriteleri, zihinsel engelli pek çok insana sosyal anlamda kabul edilemez bir biçimde olarak ulaşamadıklarına inanmaktaydılar. Zihinsel engelli insanlar için tedavi şekli olarak "normalleştirme" önerildiği ve "normal" bir şekilde yaşamanın sağlık kuruluşlarında mümkün olmaması, vekil aile olarak görev yapan eğitimi personelle birlikte az sayıda zihinsel engelli insan için bir aile ortamı sağlamak amacıyla toplum evleri geliştirilmiştir. Hedefledikleri amaca ulaşabilmek için toplum evlerinin yerleşim bölgelerinde konumlanması gerektiğini belirtmişlerdir (3,4).

1960'lardan önce çok ciddi zihinsel rahatsızlığı olan bireyler, devlete bağlı sinir hastalıkları hastanelerine yerleştirilmekteydi. Zihinsel rahatsızlıklar için yapılmış olan zihinsel ve ruhsal hastanelerin temelinde bakım ve moral tedavinin iyileştirici yaklaşımı yer alsa da bundan yüz yıl sonra bu kurumlar aşırı kalabalık, maddi olarak destek alamayan ve temelinde olması gereken insani değerleri yansıtamaz hale gelmiştir. 1963

yılı Amerika Toplum Zihinsel Sağlık Merkezleri Yasasında yer alan bir maddeyle birlikte, zihinsel hastalıklarla mücadele eden insanların bakımı ve tedavisi konusunda yeni bir dönem başlamıştır. Bu insanlar artık diğer insanlar gibi toplum içerisinde yaşayabilecekti. Yarım milyon insanı “zihinsel ve ruhsal hastanesinden çıkarıp topluma kazandırma” yani yaşadıkları toplumlara geri dönmelerine müsaade eden bu proje, Amerikan tarihindeki en büyük sosyal deneylerden biri olmuştur. Ancak bu durum, uygulandıkları yerlerde yeterince sosyal destek almadıkları ve yol açabileceği etkiler hesaba katılmadığı için zihinsel hastalıklarla mücadele eden insanların yaşamında evsizlik, işsizlik ve uyuşturucu madde bağımlılığı gibi sorunlara neden olmuştur (5,6).

1963 yılında Amerikan Kongresi, zihinsel engelli yetişkin bireylerin tedavisinin daha sınırlı bir ortamda yapılmasını ve toplumsal entegrasyonun desteklenmesini zorunlu hale getiren Toplumsal Zihinsel Sağlık Yasasını çıkardı. Bu yasa zihinsel ve ruhsal hastanesinden çıkarılıp topluma kazandırma hareketi için tetikleyici bir rol oynadı ve ardından pek çok devlete bağlı ve özel mental sağlık merkezleri kapatıldı. Hastalar, insanların içerisinde yaşayacakları ve destekleyici hizmetler alabilecekleri beklenen grup evleri gibi toplumsal alanlara kazandırıldı. Ancak bu topluma kazandırma hareketi pek çok durumda, toplumsal hizmetler için verilen maddi desteklerin ve gelişimlerin önüne geçti ve daha önce sadece hasta olan insanların pek çoğu bir de evsiz kaldı. Zihinsel engelli kişilerin tedavisi, büyük hastane kurumlarından topluma doğru yönlendiği için diğer pek çok mental sağlık görevi gibi ergoterapi görevi de yok olmaya yüz tuttu. Zihinsel sağlık hizmetlerinin kurum temelli tedaviden toplum temelli tedaviye doğru yönelmiş olduğu yıllarda belli başlı sağlık hizmet meslekleri (psikiyatri, psikoloji, hemşirelik ve sosyal hizmetler gibi) yeniden canlandı ve karar alım politikalarının bir parçası haline geldi; ancak ergoterapinin burada yer almadığı belirtildi (7).

2.2. TOPLUM TEMELLİ REHABİLİTASYON İHTİYACI

Topluma kazandırma ve toplumla yaşama lehinde alınan kararların desteklediği toplum temelli hizmetlerin genel olarak büyük faydalar sağladığına dair kanıtlar ortaya çıktıkça son yıllarda toplum içerisinde konaklama lehine çok büyük değişimler yaşanmıştır (1,8).

Genel olarak toplum temelli hizmetlerin, daha zengin bir fiziksel ortam, daha iyi kadro, daha kullanıcı odaklı bakım hizmetleri ve adaptif davranış, evle ilgili aktivitelerde yer alma ve toplum yaşamına katılma bakımından kullanıcılar için çok daha iyi sonuçlar verdiği görülmüştür. Ancak hastane kurumlarında görülen fiziksel yetersizlik ve zayıf kadro bu bakımın toplum hizmetleri tarafından sağlanmasıyla iyileştirilmiş olsa da evde bakım hizmetlerinde kullanıcılar için sunulan bakımın kalitesi ve elde edilen sonuçlar açısından gittikçe artan bir endişe söz konusu olmuştur (1,9,10).

2.3. KURUMDAN ÇIKARIP TOPLUMA KAZANDIRMA

Dünya üzerindeki pek çok zihinsel sağlık sistemini şekillendiren, ancak kullanıcıların deneyimleri ve bakış açıları doğrultusunda incelemeyen, çok ciddi hastalıkları olan bireylerin hastaneye kıyasla toplum içerisinde çok daha iyi bir yaşam sürebileceği inancıdır. Belli başlı ekonomik ve politik görüşlerle birleştğinde bu yaklaşım, mental sağlık alanını son 50 yıldır etkisi altına alan “zihinsel ve ruhsal hastanesinden çıkarıp topluma kazandırma” politikasını ortaya çıkarmıştır. Bu politika, zihinsel hastalıkları olan yüz binlerce insanın, aileleri ve çevreleri ile birlikte hayatını direk olarak etkilemiştir (11-13).

1950’lerde küçük bir hasta grubu ile sosyal hizmet gönüllüleri, hastalara sosyal hizmet sunmak ve farklı aktivitelerle destek olmak amacıyla zihinsel ve ruhsal hastanesinin dışında bir görüşme yapmışlar ve gönüllüler hastalara mesleki ortamlarını göstermişlerdir. Meslek öncesi eğitimlerde olduğu gibi geliştirilen (Kulüp Evi) modelde zihinsel hastalıkları olan insanların entegre bir ortamda otonomilerini kurarak işle ilgili

bazı ihtiyaçlarını yerine getirebileceği ilkesine dayanmaktadır. Hastalar, iki aşamalı bir hazırlık yapmaları yönünde teşvik edilirler. İlk olarak, bir meslek öncesi eğitimde “çalışma düzenine sahip olma” eğitimi içerisinde bazı temel günlük aktivitelere yardımcı olmak (mutfak işleri, gelenleri karşılama ya da hastanede hastaları ziyaret etme gibi), personelle birlikte yan yana çalışmak ve bu kulüp evinin bakımından sorumlu olmak gibi eylemler yer almaktadır. İkincisi de “geçici istihdam programı” katılımcılara, denetim altında olabilecekleri ve karşılığında asgari ücret alabilecekleri yarı zamanlı ya da tam zamanlı sınırlı iş kadroları olanakları sağlamaktadır. Burada hedeflenen, hastaların iş ortamlarına uyum sağlamasına yardımcı olmak, işle ilgili becerileri geliştirmelerine ve rekabetçi bir iş pazarına girmeden önce özgüvenlerini artırma konusunda destek sağlamaktır (14).

Topluma kazandırma hareketinin tarihi, izlenen politikalar olarak pek çok farklı bölümden oluşmaktadır ve amaçlanan hedefler zaman içerisinde değişiklik göstermiştir. İlk başlarda, hastaların devlete bağlı hastanelerden çıkarılması hedeflenmişti; 1955'ten 1980 yılına kadar Amerika Birleşik Devletlerinde bu tesislerde yatan hastaların sayısı 559.000'den 154.000'e kadar düştü. Daha sonraları, artık topluma karışmış olan bu insanlar için hizmet ve destek alanını geliştirmek ve genişletmek için çaba gösterilmiştir. Çünkü toplumsal görevi yerine getirebilecek tıbbi tedavinin yetersiz olduğu anlaşılmıştır. 1990'lı yıllarda kurumların tümü önemli ölçüde kapanmaya başlamıştır ve artık odak noktası barınma ve iş olanaklarına erişim gibi güvence altına alınmış toplum entegrasyonunun hakları olmuştur. İlk başta devletler, o zamanlar mevcut olan anti-psikotik ilaçlara olumlu yanıtlar veren bireyler için az sayıda toplumsal pilot programlar hazırlamıştır. Bu ulusal topluma kazandırma hareketi 1965 yılında toplum zihinsel sağlık merkezleri programı sayesinde başlatılmıştır. Bu Amerika'daki hareket daha sonraları insan hakları ve kurumlarda yaşanan olumsuz durumlar ile ilgili endişeler nedeniyle hız kazanmıştır. Bu da mahkemelerin gönülsüz hastaneye yatırımları sınırlandırmasına ve kurumlar için gerekli asgari standartları belirlemesine neden olmuştur (15).

Yıllar önce insanları toplumdan tamamen uzakta, gizli saklı bir yerde konumlanmış büyük hastanelerde izole etmek, bu şahısların marjinalleşmesine ve ihtiyaçlarına cevap verilmemesine yol açmıştır. Günümüzde, zihinsel engelli pek çok insanın evsiz sokaklarda kalması sebebiyle içinde bulunduğumuz toplum pek çok açıdan bu topluma kazandırma hareketini başarısız olarak algılamaktadır. Yine de olumlu açıdan bakmak gerekirse, zihinsel hastalıkları olan insanların toplumla kaynaşması bu toplumsal ayıbı bir miktar azaltmakta ve farkındalığı artırmaktadır. Bir yandan haklarını kaybetmiş zihinsel ve ruhsal problem popülasyonunun aksine, uzun vadeli hizmetlere ihtiyaç duyan önemli sayıda insan artık sosyal “ana akımı” yansıtmaya başlamıştır. Ancak bu popülasyon içerisinde son derece fakir olan, ailesi olmayan ya da toplum içerisinde kendisini destekleme konusunda önemli bir rol oynayamayacak bir aileye sahip olan pek çok birey yer almaktadır. Diğer bir deyişle, daha yoğun bir desteğe, daha farklı politikalara ve daha kapsamlı bir yardıma ihtiyacı olan; bunları almadığı zaman toplum içerisinde çok zorlanacak olan bir popülasyon olabilecektir. Bu durum ciddi zihinsel hastalıkla mücadele eden insanları, topluma kazandırma esnasında ortaya çıkabilmektedir.

40 yıl önce zihinsel ve ruhsal sağlık alanı, başarılı bir toplumda hizmet sağlayacak araçlara sahip değildi. Daha etkili zihinsel sağlık tedavilerine, toplumun refah sisteminde ve toplumsal desteğin sağlanmasında yeni gelişimlere duyulan ihtiyaç açıktı. Ancak alanda aktif olarak yer alan kişiler bunun farkında değildi. Uzun süreli bakım alanında öğrenilmesi gereken çok şey olduğu bilinmekteydi (15).

2.4. KULÜP EVLERİ

Mesleki rehabilitasyona duyulan ihtiyaca yanıt verebilmek için gündüz bakım evleri olarak “kulüp evleri” modeli geliştirilmiştir. Bu model, New York’ta bulunan Fountain House temel alınarak geliştirilmiştir. Kulüp, kronik zihinsel hastalığı olanlara, sosyal aktivite ya da sadece eğlence için uğrayabilecekleri bir mekân sunmaktadır. Aynı zamanda katılımcılara kulübün planlanması ve işletilmesi konusunda teşvik edici

mesleki eğitim programları da sunulmaktadır. Kulüp evi yaklaşımının bir uzantısı olan Geçici İstihdam Programları da yine Fountain House'tan esinlenmiştir ve Amerika Birleşik Devletleri'nde hızla ün kazanmıştır. Programların her biri, yerel işverenlerle çalışan niteliksiz işçiler için verilecek görevleri değerlendiren ve çalışan ihtiyacını karşılamayı garanti eden birer şirket olarak faaliyet göstermişlerdir. Programdaki çalışanın işe gitmediği durumda o pozisyon hemen diğer çalışanlardan biri ile ya da program personelinden biri ile dolduruluyordu (16,17).

Psikiyatrik Rehabilitasyonda Kulüp Evi Modeli, 1948 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde bulunan Fountain House'a dayanılarak geliştirilmiştir (18). O zamandan beri bu kulüp evleri, Avustralya dâhil olmak üzere pek çok ülkede kurulmuştur. Kulüp evleri, zihinsel engelli insanların yaşamlarını yeniden kurabildikleri yerler olmuştur. Kulüp evlerinin odak noktasının, hastalıklarının semptomlarından ziyade bireylerin güçlü özellikleri oluşturmuştur. Kulüp evleri, zihinsel hastalığı atlatmakta olan yetişkin bireyler için sosyal eğitim ve mesleki fırsatlar sunan çok boyutlu programlardır. Öncelikle toplumsal aktivite, sekreterlik, yazı yazma, veri girdisi ya da yemek hazırlama gibi eylemleri kapsayan programı yürütmek için üyeler ve personelle birlikte yan yana çalışılan bir iş düzenine sahiptirler. Kulüp evleri üyelerini, bu merkezlerin günlük faaliyetine aktif olarak katkıda bulunmaları ve kendilerinin belirledikleri zaman yönetimi algısı oluşturmaları yönünde teşvik etmektedir. Ayrıca, bu Kulüp evlerinde geçirilen zamanın bir kısmı da yaratıcı, eğlenceli ve sosyal serbest zaman aktivitelerine katılım için ayrılmıştır.

Bu Kulüp Evlerinin en önemli yönlerinden bir tanesi, üyelerinin yaşadıkları toplum içerisinde gerçek işlerde çalışabildikleri geçici istihdamlar sağlayarak bağımsızlık duygusu kazanmalarına yardımcı olmasıdır. Kulüp evi üyeleri, bu evlerin dışında da kalıcı işler ve eğitim öğretim kaynakları bulma konusunda desteklenmektedir. Üyeler, mesleki rehberlik, sosyal destek, serbest zaman değerlendirme ve arkadaşlık gibi pek çok sebeplerden ötürü Kulüp evi aktivitelerine katılma konusunda motive edilmektedir. Macias ve arkadaşlarına göre tüm Kulüp

evlerinin hedefi üyelerine yaşamlarını sürdürme konusunda yardımcı olmaktır ve bu yolculuğun bireysel doğasına son derece büyük bir önem verilmektedir (18).

2.5. YENİ MODELLERE İHTİYAÇ

Tedavi merkezlerine olan ilgi, devlete bağlı eski zihinsel ve ruhsal hastanelerinde yer alan hastaların destek ve arkadaşlık gibi olguları paylaşmak için New York Halk Kütüphanesinin merdivenlerinde bulunduğu 1940'lı yıllarda başlamıştır. Modern yaklaşımlar da aynı zamanda Amerika Birleşik Devletlerinde 1970'li yıllarda yer alan topluma kazandırma hareketinden doğan Tüketici ve Emsalleri Desteği (CPS) Hareketini temel almaktadır. Tedavi merkezlerinin yeni modelleri aynı zamanda Kulüp Evi, Fountain House, Fair-weather Locaları, Chestnut Locası ve Kingsley Hall'ü gibi eski modellere ait bazı özellikler taşımaktadır ancak tabii ki açıklanması gereken çok önemli farklılıklar da vardır. Bu eski modeller, rehabilitasyondan ziyade sığınmacılara bir sığınak sağlama üzerine odaklanmıştı (özellikle de ağır zihinsel ve ruhsal hastalıkların akut aşamalarından muzdarip olanlar için). Bu merkezler genellikle mesken özelliği taşırlar, zaman açısından bir kısıtlamaları yoktur ve profesyonel bir personelin sunmuş olduğu destekleri temel almaktadır. Buna göre de hizmet bağımlı bir yaşam tarzından uzaklaşma konusuna çok fazla odaklanmamıştır. Yeni modeller ise, akran desteği ve istihdam, eğitim, barınma ve kendi kendine hastalıkla başa çıkma gibi konularla ilgili tedavi odaklı müdahaleler aracılığı ile hizmet odaklı bir yaşam tarzından uzaklaşmaya çalışarak, iyileşme (bağımsızlaşma) ile ilgili en yeni kavramlar üzerine yoğunlaşmaktadır (19).

Tedavi merkezlerinin yeni modelleri ile ilgili literatür son derece sınırlıdır; daha çok kuramsaldır ve genellikle de kontrol değerlendirmesine tabii tutulmamıştır. 'Tedavi merkezlerinin' güncel şekillerin yapısı, ortak özellikleri ve yelpazesi ile ilgili temel tanımlar hakkında eksiklikler vardır. Bu yüzden de literatürde yer almayan ancak bu tür

prototipler ve en iyi uygulanan modellerin değerlendirilmesi konusunda büyük bir eksiklik vardır. Yapılan bazı çalışmalar, katılımcıların bu tür merkezlerden duyduğu memnuniyeti güçlenme ve refahlık gibi “soft” sonuçlara bağlamaktadır. Yapılan kontrollü bir çalışmada, tüketicilerin işlettiği programların katılımcılara geleneksel zihinsel ve ruhsal sağlığı hizmetlerinden çok daha iyi fonksiyonel sonuçlar, sosyal ve mesleki davranışlar oluşturduğunu göstermiştir. İyileştirme paradigmasından önce gelen daha eski tüketici destekli programlarla (kendi kendine yardım ile akran desteğini vurgulayan) ilgili yapılan çalışmalar, hem klinik hem de fonksiyonel sonuçlar açısından gelişmeler görüldüğünü belgelemiştir. Klinik açıdan bu sonuçlar, semptomlarda, yeniden hastaneye yatma durumunda ve ilaç kullanımında görülen azalmaları kapsamaktadır. Fonksiyonel sonuçlar ise, daha geniş (ve daha az işlevsiz) sosyal ağların göstermiş olduğu gibi gelişmiş sosyal entegrasyon, daha iyi sosyal işlevselleşme ve değer verilen sosyal rollere daha fazla katılım gibi bulguları içermektedir. Kazançlı bir iş sahibi olmak ya da resmi eğitim derslerine katılıp öğrenimi tamamlamak gibi bu somut işlevsel sonuçlar, detaylı değerlendirilmemiştir. Sadece iyileştirme merkezlerinin iş ve eğitim arayışı konusunda pozitif bir etkiye sahip olduğunu savunan iki adet çalışma yapılmıştır. Ancak, iyileştirme merkezlerinin yeni şekillerini araştırmaya odaklı bir çalışmaya, şu an için ihtiyaç vardır (4,19).

2.6. YARDIMLAŞMA PROGRAMI (FOUNTAIN HOUSE)

Zihinsel ve ruhsal hastalıkları olan insanlar için çalışan bir topluluk olan Fountain House isimli yardım programının hikâyesi, hastalığın tedavisi ile ilgili farklı bir hikâye anlatmaktadır. Toplum, zihinsel ve ruhsal hastanesini terk edenleri kendilerinden uzaklaştırırken Fountain House, New York kentinin kalbinde bu hastaların hayatlarındaki anlamı bulabilmek ve sahip oldukları üretici yetkinlikleri kendilerine gösterebilmek için Batı 47. Sokakta zihinsel ve ruhsal hastalarına kucak açmıştır. Program, zihinsel ve ruhsal hastalığının yıkıcı doğası ile ilgili temel bir farkındalık geliştirmiş ve hastaların yaşamlarını yeniden kazanmalarını desteklemiştir.

Standart zihinsel ve ruhsal sağlık uygulamaları haline gelmeden çok önce zihinsel ve ruhsal sağlık sorunları yaşayan insanlar için bir seçim ve güçlenme şansı olduğunu savunmuştur. Program sürekli istihdam, uygun bir barınma ve okul başarısı (özellikle son zamanlarda) gibi olanaklar sunmuştur. Bu olanaklar da psikiyatrik iyileşmeyi destekleyen etkin faktörler olarak görülmüştür. Bu fikirlerin temeli, dünya üzerinde çok yaygın bir şekilde uygulanmaya başlamıştır. Yani program, zihinsel ve ruhsal hastanesinden çıkarılıp topluma kazandırma hareketinin ortaya çıkmasından on yıl kadar önce sosyal entegrasyon amacıyla zihinsel sağlık hizmet uygulamaları konusunda öncü olmuştur.

Ancak zihinsel sağlığı iyileştirme konusundaki yaklaşım, aralarında başlıca toplum psikiyatrları olmak üzere, destekçileri olmadan hedefine ulaşamamıştır. Program ve toplum psikiyatrları yirminci yüzyılın ikinci yarısında olgunluğa ulaşmıştır. Program ve toplum psikiyatrları için hedef aynıdır yani zihinsel engelli insanları destekleme ve böylece hastaların hastane dışında yaşayarak toplumla kaynaşabilmesidir. Pek çok insan, psikiyatrların Fountain House'un ilk kavramsal ve programatik çerçevesini oluşturduğunu bilmemektedir. Bazı büyük üniversitelerin fakülte üyeleri ve hatta Amerika Psikiyatri Derneği başkanı bile bu programın Yönetim Kurulunda ve danışma konseylerinde görev almıştır. Bu yüzden de Fountain House isimli programın kökenleri, psikiyatrik bir tedaviden (Aktif Grup Terapisi—AGT—olarak geçer) normalleştirilmiş ve tıbbi model yerine sosyal yaklaşıma yani çalışan bir topluluk şekline dönüştürme olmuştur. Fountain House ve psikiyatri dalı arasındaki bu ilişki, günümüzde de önde gelen toplum psikiyatrları ile yapılan işbirliği şeklinde devam etmektedir. Bu şekilde de entegre zihinsel ve ruhsal sağlık alanı olarak, topluma zihinsel ve ruhsal sağlığı sunma konusunda geniş çaplı politikalar ve uygulamaların gelişimi için son derece büyük bir potansiyele sahip bir ortaklık modeli oluşturulmuştur (20).

2.7. "YALNIZ DEĞİLİZ" TOPLUMU (WE ARE NOT ALONE SOCIETY WANA)

Fountain House 1948 yılında, New York Kentinin kuzeyinde bir taşrada devlete bağlı Rockland Zihinsel ve Ruhsal Hastanesi'nde yer alan kendi kendine yardım eden bir grup hastanın oluşturduğu bir girişimle başlamıştır. Bu grup, gözetmen bir psikiyatr olan Hiram Johnson ve varlıklı bir New York ailesinden gelen gönüllü bir çalışan olan Elizabeth Schermerhorn tarafından 1940'lı yılların başında organize edilmiştir. Doktor Johnson, bir grup alkoliğin kendi kendine yardım tekniklerini psikiyatri hastanelerinden taburcu edilen hastalara uygulamaya çalışmıştır. Eski hastalarının birbirlerini topluma kazandırma konusunda yardımcı olabileceklerini (zihinsel ve ruhsal sağlığın kaybettirdiği ya da zarar verdiği ilişkileri, hastanede oluşan yeni arkadaşlıklarla telafi ederek) ve iş ya da ev bulma gibi konularda hastaneden taburcu edilmiş olmanın zorlukları ile birlikte başa çıkabileceklerini ön görmüştür. Bu grubun üyeleri kendilerine We Are Not Alone Society (Yalnız Değiliz Toplumu) ya da WANA adını vermişlerdir.

WANA, pek çok yıl hizmet verdi ancak sonunda zayıfladı ve ortadan kayboldu. Ancak zihinsel ve ruhsal hastanelerinden çıkmış insanlar için grubun taşıdığı önem, kurucularından biri olan Micheal Obolensky ya da Elizabeth Schermerhorn gibi kişiler için asla unutulmadı.

1948 yılında yeniden bir araya geldiler ve WANA'yı Fountain House Foundation isimli yeni bir organizasyon olarak canlandırmaya çalıştılar, bu yeni organizasyon eski yapının sürdürülmesi ve üyeleri için sosyal bir kulüp işlevi görebilecek ayrı bir Cemiyet ortamı sağlamıştır. Programa bir yuva sağlamak amacıyla New York Kentinde Batı 47. Sokaktaki bir binanın satın alınması, yapılan düzenlemeleri somutlaştırmıştır.

Katılımcılar bu yeni kurumlarına arka bahçesinde yer alan bir süs havuzu ve çeşmesi sebebiyle "Fountain House" adını vermişlerdir. Bu dönemde Fountain House, zihinsel engelli hastalar için bir tür "konutsal yerleşim" görevi görmüştür. Toplum içerisinde yer almıştır ve zihinsel ve ruhsal hastanesinden ayrılıp topluma kazandırılan

üyelerine destek vermek amacıyla sosyal ve eğitsel programlar sunmuştur. Oldukça kısa bir süre içerisinde, zihinsel ve ruhsal hastanelerinden taburcu olan hastalara yardım etme konusunda uygulanabilir bir çerçeve niteliğinde halkın ilgisini çekmiştir ve Fountain House, Columbia Üniversitesinin öncü psikiyatrlarından Lawrence Kubie ile Rockland Devlet Hastanesi Direktörü Russell Blaisdell'in de aralarında bulunduğu Profesyonel Danışmanlık Komitesi'ni oluşturmuştur. Bunların ışığında Fountain House, bir dizi mesleki eğitim programı başlatmıştır, Doktor Kubie bu programları, topluma geri dönüşü destekleyecek "çalışma koşulları" olarak karakterize etmiştir. 1949 yılında Ulusal Mental Sağlık Yasasından gelen maddi ek destek, bu girişimin ilk profesyonel kadrolu çalışanlarına ücret ödemiştir. Ancak bu oluşumu Kurum ve Cemiyet olarak iki ayrı kısma bölmenin pek de faydalı olmadığı ortaya çıkmıştır (21).

2.8. "İHTİYAÇ DUYULMA GEREKSİNİMİ" (THE NEEDS TO BE NEEDED)

1955 yılında Fountain House, halktan gelen tüm desteğini kaybetmeye ve çalışanlarını birer birer kaybetmeye başlamıştı. Kurul, kadro ve üyeler, sorumlu olan kişi ile anlaşmazlık yaşıyordu. İşte tam bu sırada John Beard sahneye çıktı. Detroit kenti dışında yer alan Wayne Genel Şehir Hastanesi (Eloise olarak da bilinirdi) üzerine yaptığı bir çalışmayı sunmak üzere New York'a gelmişti. Eloise'de şizofren hastalarının çoğunun kronik durumları olduğu düşünülür ve iyileşmeleri beklenmezdi. Ancak Beard, kariyerinin geri kalanına yön veren bir keşif yapmıştır.

Eloise'de Beard, genç bir psikiyatrlar olan Arthur Pearce'ın yöntemine hayran kalmıştı. Doktor Pearce ve zamanın diğer mental sağlık reformcuları, zihinsel ve ruhsal hastalıkları yaşayan insanların yaşamaya mecbur bırakıldıkları bu zihinsel ve ruhsal hastanelerin koşulları karşısında dehşete kapılmışlardı. Hastalıklarına rağmen bu hastaların, aileleri ile birlikte çalışabildikleri, tarlalara gidip sebze toplayabildikleri ve hastanelerde temizlik odaları ve mutfaklarda çalışabildiklerini gözlemlemişlerdir. İşte o zaman zihinsel ve ruhsal hastalığın iyileşmesi gerçekten mümkün kabul edilmişti.

Gözetim altında yapılabilecek normal grup aktivitelerinin, rehabilitasyon olarak bilinen iyileşme sürecini destekleyebileceği şeklinde bir hipotez oluşturdular. Buna göre de Beard, resim yapma, ağaç işçiliği, oyunculuk, matematik dersleri ve hatta mısır patlatma gibi sıradan aktiviteleri bu grup aktivitelerine dâhil etti. Pearce ve ekibi, hastaların çoğunun içine kapanık olmasına rağmen bu aktivitelere katılma konusunda istekli olduklarını gözlemledi. Hastalardaki bu somut değişim, katılımcıların ve hemşirelerin davranışlarını değiştirmelerini gerektirdi; artık hastaları yetenekli görüyorlardı. Bunun karşılığında da hastalar kendilerini daha iyi hissetmeye başladı.

Pearce ve meslektaşlarının düşünceleri, o zamanlar popüler olan yenilikçi çevre terapisi pratiğinden oldukça etkilenmişti. Bu çevre terapisi, çevredeki insanların, hastane personelinin ve hatta diğer hastaların ve refakatçilerin bile zihinsel ve ruhsal hasta olan insanların iyileşmesine katkıda bulunabilecekler arasında yer aldığını savunmaktaydı. Bu ekip, Aktivite Grup Terapisi olarak adlandırdıkları tedavinin, odalarından çok nadir olarak çıkan en içine kapanık hastalara bile uygulanabileceğini göstermek istedi. Hastane içerisinde yer alan görevli personeli ve hatta diğer hastaları bile normal bireysel aktivitelerle ilişkilendiren ekip, bu tür grup çalışmalarının yapıcı, kuvvetlendirici ve nihayetinde dönüştürücü olabildiğini gördü. Bu terapiye katılmanın hasta gelişimi açısından çok çeşitli olumlu sonuçlar verdiğini belirtmişler ve “temel bir gerçeklik düzeyinde diğerleri ile birlikte sosyal bir aktiviteye katılma ile hastanın edindiği deneyim, kaybolan ego yetilerinin yeniden yapılandırılma sürecini destekleyebilmekte ve bu Grup Terapisi, topluma uyum sağlamayı kolaylaştırma konusunda önemli bir rol oynamaktadır; bu şekilde yeniden hastaneye yatırılma durumunu en aza indirmektedir” ifadeleri ile başarılarını özetlemişlerdir.

Eloise’de, Beard Pearce’ten, zihinsel ve ruhsal hastalıklarına rağmen hastaların yine de yaşamlarını kontrol etme isteğine sahip olduklarını, sıradan sosyal girişimlere katılmanın iyileşmelerine büyük katkısı olduğunu ve personelin bile bu iyileşme sürecinde büyük ve önemli bir rol oynadığını öğrenmiştir. Bu öngörüler, 1950-1951 yılında koruyucu zihinsel ve ruhsal hastanelerinin kötü koşulları içerisinde kazanıldı ve

mesleki kariyerinin geri kalanında Beard'ın hayatında yer edindi ve Fountain House'un temellerini yeniden oluşturması ile sonuçlandı.

Fountain House temelinde bir iş yeri kültür yapısı çevresinde kurulmuş olsa da geleneksel bir iş yeri değildir. Üretim yapmaz ya da genel halkın tüketebileceği bir ürünü pazara sunmaz. Fountain House, zihinsel ve ruhsal hastalıktan muzdarip üyelerinin iyileştirilmesi amacıyla çalışan bir topluluk olarak kurulmuştur. Bu bağlamda Fountain House, normalde hastalıktan sonra gelişen ve Beard'ın "ilişki eksikliği" olarak bahsettiği (Beard ve arkadaşları 1958) bireysel ve mesleki ilişki çöküşünü ve toplumdan soyutlanmasını, hastalığın ilgilenilmesi gereken noktaları olarak kabul etmektedir.

Kişilerin çalışan bir topluluk içinde olduğu, üyelerinin anlamlı aktivitelerde bulunabildiği ve bu şekilde yeniden benlik ve topluma ait olma gibi duyguları kazandıkları bir ortamla (Sarason 1974) toplumdan soyutlanmanın önüne geçen tedavi şekli olarak Fountain House'un; çalışanları ve üyelerinin süreç ortakları olduğu, üyelerinin iyileşmesinde sosyal ve ekolojik desteği yeniden yarattığı ifade edilmiştir (Medyadan alıntı, Doyle ve arkadaşları).

Pek çok temel ilke, bu tür bir sonucu eyleme dönüştürmektedir. Fountain House, normalleştirilmiş bir çalışma ortamı sunmaktadır ve bu ortam içerisinde üyelerin katılımına duyulan ihtiyaç (ihtiyaç duyulma ihtiyacı), gösterilen çabanın işbirlikçi yapısını faaliyete geçiren ve üyelerini kendi iyileşme süreçlerine bizzat dâhil olmaları konusunda güçlendiren bir katalizör etkisi gösterdiği bildirilmiştir. Aynı zamanda Fountain House, tamamen üyelerinin seçimine dayanarak kurulmuştur ve Deci ile Ryan gibi (1985) kuramcılarının temel ön görüşlerini, öz benliklerini geliştirme konusunda kendi tercihlerini kullanma gücüne dönüştüğü ve öz farkındalığın olduğu bu somut ortamı sağlamıştır. Deci ve Flaste'nin de tanımladığı gibi (1995): Tercihle ilgili en temel şey, gönüllülüğü ortaya çıkarıyor olmasıdır. İnsanları, yaptıkları şeyi tamamen benimsemeleri yönünde cesaretlendirir, aktivitelerin içerisine çeker ve daha fazla istem duygusu yaşamalarına olanak sunar; böylece yaşadıkları soyutlanma duygusunun azaldığı ifade edilmektedir.

Aslında Fountain House, zihinsel ve ruhsal hastalarının tedavisindeki odak noktasını hastalık patolojilerinden hastaların bizzat kendilerine yöneltmiştir. Sonuçta Fountain House, bu işi icra eden profesyoneller ve müşterileri arasındaki güç dengelerinde bir değişime neden olmuş ve bu güçlerin eşit bir durumda, yan yana ve sistematik olarak bu durumları reddedenlerle birlikte dengede olmasını gerektirmiştir. Hiyerarşi ve özelleştirmeye dayalı çalışma düzenlemelerine alışkın olan zihinsel ve ruhsal sağlık görevlilerinin eşitlik ve birliktelik temelli bir çerçeveye doğru yönelmeleri beklenmiştir.

Bu bağlamda, iyileşmenin normalleştirilmiş çalışan ve üye ilişkisinin bir sonucu olan çalışma toplumu olarak Fountain House, zihinsel ve ruhsal sağlıkla ilgili meslek okulları olan üniversitelerde ve toplumda yer alan algıya yönelik ideal bir şekilde oldukça ilgi çekici profesyonel bir alternatif sunmuştur.

İhtiyaç duyulma ihtiyacı, tüm konularda seçim şansı ve çalışan rollerinin işbirlikçi yapısı, Fountain House'a programlı yapı kimliğini ve tedavi edici gücü kazandıran temel ilkelerdir. Aslında Fountain House, Beard'ın Eloise'deki grup aktivitelerinin iyileştirici uygulamalarıyla elde etmeye çalıştığı modelin tamamen sekülerize edilmiş bir formu haline gelmiştir. Medikal araç gereçlerden ve tedavi ile zaman geçirilmesinden sıyrılmış olan bir Fountain House çalışma günü, görevlilerin ve üyelerin günlük aktivitelere birlikte katılmalarının dönüştürücü bir etkinlik olduğu ve zihinsel ve ruhsal sağlık yönünden iyileşme konusuna yardımcı olduğu iddia edilen sosyal etkileşim ve bireysel katkılar bağlamında elverişli bir ortam sağlamıştır.

Bir iş yeri olarak algılanan Fountain House, Beard'ın zihinsel ve ruhsal sağlık konusunda destek sağlama yaklaşımının temelini oluşturmuştur. Son derece güçlü bir sonuç ortaya çıkarmıştır ve zihinsel ve ruhsal hastalıktan muzdarip insanların kendi değerleri ve sağlıkları açısından oldukça somut bir durum oluşmuştur. Fountain House üyeleri normal şeyler yapıyormuş gibi algılanırsa o zaman toplumun onları aslında zannettikleri kadar hasta olmadıklarını kabul etmeleri beklenmekteydi. Var oluş anından itibaren Fountain House zihinsel ve ruhsal hastalıklar ile ilgili ön yargılarla mücadele

etmiş ve bu insanların nasıl görüldüğü ve tedavi edildiği konusunun yeniden ele alınmasını istemiştir.

Ancak bu yayılımcı yaklaşımın uygulanması ile işleyişinin gösterilmesi, yetersiz kalmıştır. Kazandığı ulusal şöhrete ve yıllık yüzlerce kabul ettiği ziyaretçiye rağmen Fountain House, çalıştığı yolda pratik olarak yalnız kalmıştır (tasarlanmasının ardından, eski çalışanları tarafından modellenen sadece birkaç yer açılmıştır).

Bu yüzden 1977 yılında Beard, toplumda yaşayan zihinsel ve ruhsal hastaların yaşamlarını geliştirme amacı taşıyan bir eğitim programı geliştirmek için Ulusal zihinsel ve ruhsal Sağlık Enstitüsünden (National Institute of Mental Health- NIMH) gelen bir teklife yanıt vermiştir. Bu şekilde de NIMH Enstitüsünün altına imza atmış olduğu o zamanların en başarılı eğitim girişimi başlamıştır (Propst 1997). Nihayetinde uluslararası konferanslar düzenlenmiş ve ek temel eğitimler de bu girişimin yayılması için oluşturulmuştur.

Bu modelin yayılımı, 1987 yılında sahada akran desteği sağlamak için bir Fakültenin kurulması ve modelin uygulanışını sistematik hale getiren bir dizi standardın (1990) belirlenmesi ile yeni bir döneme girmiştir. Nihayetinde Fountain House, dünya üzerindeki kulüp evleri ile bir uyum içerisinde, yenilikçi ön görüler sonrasında modellenen bir program ağı oluşturma ve koordine etme sorumluluğunu üstlenmek için Uluslararası Kulüp Evleri Gelişimini (ICCD) oluşturdu.

Bu ilk eğitimlerin sağlandığı 20 yıl içerisinde, tüm dünya çapında Fountain House'un felsefesini benimsediklerini iddia eden 300'den fazla program geliştirilmiştir. Yine de Fountain House'un gösterdiği çabalar ve işbirlikleri yapılan işlerin büyüklüğü açısından kıyaslandığında kesinlikle en iyisi gibi görünmemektedir. zihinsel ve ruhsal hastanesinden çıkarılıp topluma kazandırılma ve sonrasında yaşanan zihinsel ve ruhsal problem, insanların toplum içerisinde normal ve anlamlı bir yaşam sürebileceği görüşünü belirten ancak iyileşmenin olmadığı paradigmasıyla, tam anlamıyla sosyal bir dâhil etmenin henüz gerçekleşmediği bildirilmiştir. Bir başarı kriteri olması gereken istihdamın, hala sosyal entegrasyon açısından büyük bir engel teşkil ettiği; işsizliğin

toplumun geri kalanına kıyasla ciddi zihinsel ve ruhsal problemleri olan insanlar arasında yedi sekiz kat daha yüksek bir orana sahip olduğu bildirilmiştir. İronik bir biçimde İngiltere’de yapılmış bir çalışma, ciddi zihinsel ve ruhsal problemleri olan insanlar arasında, hastaneden çıkarılıp topluma kazandırıldıktan sonra işsizlik sayısının artış gösterdiğini belirtmiştir.

Dahası, pek çok insanın düşündüğünün aksine, günümüzde çoğu devletin sağladığı zihinsel ve ruhsal sağlık desteğinin de hastane hizmetleri için ücret ödediği; genel hastanelerin psikiyatri bölümlerinde yatakların doldurulması için yoksullara yönelik sağlık yardımlarından faydalandıkları bildirilmektedir. Bu genel hastanelerin zihinsel ve ruhsal sağlık ücretini paylaşmak ve entegre bir toplum bakım hizmetini desteklemek yönünde hiçbir finansal girişimi olmadığı ifade edilmektedir. Bu yüzden de zihinsel ve ruhsal sağlık hizmetinin maddi destekleri, ciddi zihinsel ve ruhsal hastalıkları olan insanlara hizmet sunan genel kamu hastanelerinin, pek çok toplum tedavi programları için hizmete ücret ödemeleri şeklinde sistem oluşturmuştur. Bu sorun, hastaların ihtiyaç duydukları yardımı alabilmeleri için çok fazla kuruma gitmeleri gerektiği ve genellikle de bu süreç içerisinde kayboldukları gerçeği ile çözülmesi daha zor bir hal almıştır (22).

2.9. GÜNÜMÜZDEKİ TOPLUMSAL DESTEK MODELLERİ

Elbette mevcut tedaviler de sınırlı sayıdadır. Ağır zihinsel ve ruhsal hastalık geçiren insanların büyük bir çoğunluğu, psikiyatrları ile genellikle de ilaçlarını yazdırmadan önce sadece ayda bir kez görüşmektedir.

Bu gidişat, günümüzde zihinsel ve ruhsal hastanelerinden taburcu edilen insanlara toplum desteği sağlanması konusunda gelişmelerin olması gerektiğini belirten resmi bir rapor yayınlandığında yaşanan endişelerden hiç de farklı değildir (Genel Muhasebe Departmanı 1977). Aradan geçen yıllara rağmen toplum, zihinsel ve ruhsal

hastanelerinin dışında yaşayan ve bu hastalıkla mücadele edenler için sadece kısıtlı bir destek sunmuştur.

Büyük çoğunlukla da mevcut toplum destek hizmetleri, vaka yönetimi formunu almaktadır. Vaka yönetimi, toplum içerisinde hastasını gözlemleyen ve destekleyen bireyi kapsayan “sınırları bağlayıcı” bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, “hastayı direk hizmet sağlayıcıları labirentine bağlamayı” hedeflemiştir. Bu hizmet sağlayıcılarının mesleki sorumluluklarının yapısı ve kapsamı oldukça çeşitlidir ancak genellikle danışma, ev bulma, tıbbi ve psikiyatrik hizmetler ve son zamanlarda da mesleki uzmanlardan oluşan bir ‘faydalar dizisi’ne dönüştüğü belirtilmiştir. Genel varsayım da, uzman ve profesyonel bir tedavi başladığı zaman (destekli istihdam ya da ev olanağına erişim gibi), nispeten daha kucaklayıcı (ön yargıları olmayan) ve kolaylıkla erişilebilen daha kapsayıcı bir toplum içerisinde zihinsel ve ruhsal problemlili kişilerle ilgili doğal kaynakların var olduğu yönündedir. Rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması yönünde bu tür bir yaklaşımın, tasarım bakımından Amerikan yapısının özelliklerini taşıdığı düşünülmektedir.

Akran destek programları da popüler olan diğer bir tedavi modelidir. Bu programlar; günlük aktiviteler, danışma, ilaç desteği, ulaşım ve diğer hizmetleri sağlayan ve hastalar arasında destekleyici sosyal ağlar kurma amacıyla toplum merkezlerinde farklı yardımlaşma programlarına sponsor olmaktadır (Chamberlin ve arkadaşları 1993). Bazı profesyoneller akran destek sistemlerine duyulan ihtiyacı anlamada zorlanırken, kullanıcıların ve aile bireylerinin zihinsel ve ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum desteğine ihtiyaç duymalarını ve aynı sorunu yaşayan bireylerle bir araya gelmekten memnun olduklarını anlıyor olmaları hiç şaşırtıcı değildir.

Aslında Fountain House, psikiyatrik rehabilitasyon hizmetleri alanında vaka yönetimi ile yardımlaşma modellerinin farklı özelliklerini bir araya getirmiştir. Fountain House sürekli olarak inkâr edilen insanlara seçme şansı sunmakta ve bu şekilde tüketici hareketinin tipik bir güçlendirme modelini temsil etmektedir. Çalışan bir topluluk oluşturma konusunda personel işbirliği ile üyelerin güçlendirilmesini bir araya getiren

sosyal bir yaklaşımla bir pratisyen hekim (yukarıda tanımlanan vaka yönetimi ile sağlanan uzman hizmet yaklaşımından farklı olmasına rağmen) profesyonel rolü üstlenmiştir. En önemlisi de Fountain House, sadece tek bir yerde belirlenen topluma kazandırılma sonrası işsizlik, evsizlik ve okul başarısızlığı vs. gibi konularda kişilerdeki büyük engellere gerekli bütün hizmetleri sosyal bir çerçeve içerisinde sağlayarak topluma kazandırılma yapmış ve oluşan rehabilitasyon hizmetleri fragmantasyonu ile mücadele etmiştir.

Sosyal hizmet sistemlerine henüz ulaşmamış olan bireylerin sayısı göz önüne alındığında, gelecekte Fountain House'u düşünmek, şu anda popüler olan yaklaşımdan daha farklı bir alternatifin denenmesi gerektiğini göstermektedir. zihinsel ve ruhsal problemlili bireylerin soyutlanma duygularının üstesinden gelinebileceği ve tedavileri sırasında toplum desteği ile ihtiyaç duydukları kaynakları bulabilecekleri ortak bir yere ihtiyaç olunduğunun kabul edilmesi, Amerika Madde Bağımlılığı ve zihinsel ve ruhsal Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Ulusal Kanıt Temelli Programlar ve Pratik Uygulamalar Bölümünde Fountain House yaklaşımının yer aldığını açıklaması ile birlikte kamusal olarak mümkün olmuştur. Bu da Fountain House'un elde ettiği bulguların kalite araştırması ile desteklendiğini ve bu yaklaşımın diğer alanlarda kolaylıkla kullanılabilirliğini göstermiştir (23).

2.9.1 KALICI DESTEKLİ KONUT YAKLAŞIMI

Kalıcı Destekli Konut (Permanent Supported Housing [PSH] olarak da bilinir) ağır psikiyatrik rahatsızlık geçiren insanlar için kalıcı, uygun fiyatlı ya da devlet destekli konut ile yoğun kişisel tedavi ve destek hizmetlerini birleştiren yaklaşımı tanımlamak için 1980'li yılların ortasından beri kullanılmakta olan genel bir terimdir. Bu konaklama türü oldukça çeşitlidir ve bir bölge içerisinde dağılmış bireysel bağımsız apartman dairelerinden 15 ile 100 birimden ve binaların yüzlerce apartmandan oluştuğu daha geniş toplu sitelere kadar farklı bir yelpazeye sahiptir. Bu iki konaklama türü için sağlanan destek ve tedavi de farklıdır; dağınık apartmanlarda oturanlar için saha

dışından disiplinler arası ekipler hizmet sağlarken toplu sitelerde yaşayanlar için ofisleri ve programları bina içerisinde yer alan klinik saha ekibi tarafından hizmet sağlanmaktadır. Destekli konaklama programlarının yapısal ve işlevsel özellikleri farklı olsa da sahip oldukları ortak amaç, psikiyatrik rahatsızlıkları olan insanların yaşam kalitesi ile sosyal entegrasyonunu geliştirmek, sabit bir konaklama olanağı bulma konusundaki sorunları azaltmak ve psikiyatrik rahatsızlıklardan başarılı bir şekilde iyileşme olanağını artırmaktır.

Mental sağlık hizmetleri ve diğer alandaki hizmetlerin konaklama ve emlak hizmetlerinden farklı alanlar olmasına rağmen destekli konaklama ihtiyacı, bu iki alan arasındaki kompleks ilişkiden kaynaklanmaktadır. Örneğin, etkili bir fiziksel müdahale evsizliğin önüne geçilmesinde fayda sağlamakta ya da konaklama olanağına ulaşmayı kolaylaştırmaktadır. Aynı zamanda sabit bir konaklama olanağı, psikiyatrik dengeyi daha olası, bakım hizmetlerine erişimi de daha kolay kılmaktadır. Her iki durumda da, tedavi ve konaklama olanağının sağlandığı yol, konaklanan evde yaşamaya devam edilmesi ve yaşam kalitesi gibi faktörleri etkilemektedir.

Zihinsel ve ruhsal sağlık hastanesinden çıkarılıp topluma kazandırılma döneminde gereksiz hastaneye yatırılmalara tepki olarak sürekli psikiyatrik rahatsızlık yaşayan insanların pek çoğu, sözde yetişkin evleri, diğer türlü mesken bakım kurumları, bakım evleri ya da bakım ortamları olarak adlandırılan nezaret türü ortamlara mecbur kalmaya devam etmiştir. Barınma ve destek konusundaki odak noktasında yaşanan genel başarısızlığın sonunda psikiyatri hastanelerinde yatmakta olan tüm insanların üçte biri için gereksiz bir hastaneye yatırılma durumuna sebep olduğu gerçeğinin anlaşılmasından sonra Destekli Barınma modelleri geliştirilmiştir (Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı [DHHS], Yönetim Kurulu, 1980). Son yıllarda sürekli olarak psikiyatrik rahatsızlık yaşayan on binlerce insan aynı zamanda evsiz kalmış, gereksiz ve uygunsuz şekilde hapisaneye atılmış ve çoğunlukla yeterli ve etkili uzun süreli tedavileri alamadıkları acil durum odaları ya da detoks tedavileri gibi akut bakım ortamlarında bırakılmışlardır. Diğerleri ise sığınaklar, güvenli bölgeler ve temel tedavi

yöntemi bakım, durağanlaştırma ve konaklama için hazır olma üzerine çalışmaları olan geçici konaklama programlarına yerleştirilmiştir.

Yukarıda bahsedildiği gibi psikiyatrik rahatsızlıkları olan ve evsiz kimseler için kalıcı olarak destekli (ya da desteklenen) barınma programları ile ilgili bu iki yaklaşım, birçok ortak özelliği bulunan iki baskın yaklaşım olarak dağımik ve toplu siteler tanımıyla nitelendirilmiştir. Her iki yaklaşım da, kalıcı, maddi olarak uygun ve yaşanabilecek bir yer ihtiyacı olduğunu, güvenli ve uygun barınmanın, bir yuvaya ve topluluğa ait olma duygusuna sahip olmanın, klinik bakıma ve desteğe kolayca ulaşabilmenin önemini kavramıştır. Kiracının ödemesi gereken kira bedeli, program tarafından karşılanmaktadır ve pek çok kiracı, kira bedeli olarak aldıkları gelirin %30'u ya da %40'ından fazlasını ödemektedir. Bu kapsamlı benzerliklere rağmen bu iki konaklama seçeneği yaklaşımı; sunulan destek düzeyleri, kabul edilme ve devam etme kriterleri, barınma ve tedavi alanlarının ne ölçüde birbirinden ayrıldığı ve hizmet ile tedavinin sunulduğu klinik uygulamalar ile uygulanan felsefe dâhil pek çok konuda farklılık göstermektedir (24).

2.9.1.1. TOPLU BARINMA MODELİ

İlk yaklaşım olan tek siteli toplu ve destekli barınma modeli, dağımik alanlı bağımsız apartman modelinden önce geliştirilmiştir. Toplu programları işleten organizasyonlar ve devlet kurumları tipik olarak nispeten eski bir bina bulmak ve bu binayı bir rehabilitasyon programı için dönüştürmekte ya da önce arsanın satın alınması ve programa uygun şekilde inşaatı ile işe başlamaktadır. Bu projelerin tamamlanması genellikle 3 ile 4 yıl kadar sürmektedir ve program, hem çok çeşitli fonlarla kendini garantiye alır hem de proje süresi boyunca geliştiriciler, yükleniciler ve tedarikçiler arasında sağlam bir ortaklık kurmaktadır. Binalar genel olarak çeşitli stüdyo tipi birimlerden oluşmaktadır ve yemek yemek, sosyal ve yaratıcı aktiviteler, destek ve tedavi hizmetleri için ortak kullanım alanlarını da içermektedir. Çoğu bina aynı zamanda binayı düzenlemek ve güvenliği sağlamak için yerleşim üzeri mülk yönetim

hizmetleri de sunmaktadır. Bu binalar genellikle çok iyi işletilir ve ziyaretçiler, ortak alanların kullanımı, konaklamalı misafirler, ilaç/alkol kullanımı, temizlik ve hem sakinleri hem de personeli için rahat ve güvenli bir ortam ve yapı sağlayabilmek için gerekli diğer tüm konularla ilgili oldukça iyi düzenlenmiş kurallar aracılığı ile düzgün bir yönetim uygulanır.

Hastalar programa kabul edilir edilmez pek çoğu banyo ve mutfak alanlarını da içeren, temel gereksinimleri karşılayacak şekilde düzenlenmiş birimlere yerleşmektedir.

Toplu programların kiracı kitlesi, %100 psikiyatrik rahatsızlığı olan insanlardan %50 engelli ve geri kalanı da kiracı olma kriterlerini yerine getirdiği onaylanan insanların ya da özel başka ihtiyaçları olan insanların bir araya gelmesi kadar çeşitlilik göstermektedir.

Klinik ve destek personel, bina içerisinde yer alan ofislerde ve programlarda yer almaktadır ve genellikle de program katılımcılarını ofislerinde ağırlarlar ancak, ihtiyaçlar ortaya çıktıkça kiracıları kendi meskenlerinde de ziyaret ederler.

Saha içi personel arasında her zaman, gün içerisinde vaka yöneticileri ve gün boyunca mesken yöneticileri; programda sunulan hizmetlerin yoğunluğuna ya da katılımcı sayısına bağlı olarak yine gün içerisinde, günün bazı zamanlarında ya da haftanın bazı günlerinde görev alan sosyal hizmet uzmanları, hemşireler psikiyatrlar gibi mental sağlık profesyonelleri yer almaktadır.

Toplu programlar hem yapısı hem de gereksinimleri açısından çok çeşitli olabilmektedir ve geniş mesken bakım merkezleri, ufak ya da orta büyüklükte grup evleri ve karışık kullanımlı tek oda kullanımlı (single room occupancy SRO) binalarını kapsamaktadır. Bunların çoğu, işlevsel ve felsefi bağlamda, bireye toplumun bir parçası olarak odaklanan ve diğer sakinlerin oluşturduğu ortamı tedavi ortamının gerekli bir parçası olarak kabul eden iyileştirici ortam ya da iyileştirici toplum modeline dayanmaktadır. Pek çok toplu ve tek siteli program, kabul edilme koşulu olarak ılımlılığı ve psikiyatrik tedaviye katılımı kabul etmektedir. Ancak, bağımlılığa karşı

olma yaklaşımını kullanan birkaç tek siteli toplu program da vardır. Kabul edilir edilmez hastalar, kiracının sahip olması gereken haklara sahip olmaktadır (25).

2.9.1.2. DAĞINIK SİTELİ BARINMA MODELİ

Dağınık siteli model, bir binayı inşa etmez ya da alıp geliştirmez, bunun yerine özel sektörde yer alan ev sahiplerinden farklı ve bağımsız apartman dairelerini kiralar ya da kiracılara uygun birimleri kiralamalarında yardımcı olur. Bu dağınık siteli programın başlangıcında, ufak çaplı daire onarımı ya da bakımı yer alır ancak inşa eylemi burada yoktur.

Bu apartman daireleri, uygun fiyatlı konaklama olanağına sahip bir merkezde yer alır. Dairelerin kiralandığı binalar, blok içerisinde yer alan diğer tüm binalarla hem yapısal hem de diğer her açıdan aynıdır. Hiçbir binada, daire sayısının %20'sinden fazlası bu program için kiralanamaz (ya da engelli insanlara ayrılamaz) ve bu şekilde binadaki kiracıların büyük çoğunluğu (%80 ya da daha fazlası) o toplum içerisinde yaşayan bireylerden oluşur. Bu girişim, psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin aktif bir şekilde topluma kazandırılması için gösterilen bilinçli bir çabadır ve psikiyatrik rehabilitasyon üzerine yapılmış bir araştırmada bu yöntemin, birey için bağımsız yaşama becerileri geliştirme konusunda en etkili yol olduğu gösterilmiştir (7).

2.9.2. KALICI DESTEKLİ KONUT OLANAĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1990'lı yılların başlarında, konaklama olanakları alanında gösterilen gelişmeler, bundan hemen yararlanma sayesinde elde edilen faydalar ve yapılan tasarrufları gösteren maliyet ve sonuç analizleri göz önünde bulundurularak Dağınık Site Model'in, Amerika'da Ulusal Mental Sağlık Birliği Program Direktörüne göre alanında

en gelişmiş ya da “en iyi uygulama” olarak belirtilmiştir (Hutchings ve arkadaşları 1996).

Hem toplu hem de dağınık site modelleri için çok çeşitli deneysel destekler sağlanırken, mental sağlık sistemi ve barınma politikaları içerisindeki tarihi ve kavramsal faktörler direk olarak bir karşılaştırma yapılmasını zorlaştırmaktadır. Bu, şu açıdan karışık bir durumdur: ilk başlarda sadece dağınık site modelleri programlarla ilişkilendirilen bu barınma olanağı, şu anda toplu programları da etkilemektedir. Toplu ve dağınık site modellerinin hizmet sunduğu popülasyon içerisindeki farklılıklar, model etkinliğinin kıyaslanması konusunu daha da karmaşık bir hale getirmektedir: dağınık siteli programlara kabul edilmiş insanların çoğu kabul edilme kriterlerini taşımamakta ya da pek çok toplu program yapısı ve kurallarına uymamaktadır. Bu zamana kadar, hangi hastaların hangi tip programla daha başarılı olabileceklerine dair klinisyenlerin doğru tahminlerde bulduklarını gösteren hiçbir deneysel kanıt bulunmamaktadır.

Deneysel kanıtların yokluğunda bazı klinisyenler, çok ciddi sorunları olan hastaları büyük ölçüde, kendilerinin toplu barınma programlarının sağladığı daha yüksek düzey bir yapıya ihtiyaç duyduklarına inanarak bu programlara yönlendirmeyi tercih etmektedir. Diğer yandan bazı klinisyenler bu tür hastaların yapısal program içerisinde başarı oranının düşük seviyede olduğunu ve çok daha esnek barınma olanağı ve hizmetlere ihtiyaç duyduklarını kabul etmektedir. Sonuç olarak aynı durumla karşı karşıya kalan ve hastaları ne tür bir barınma olanağı ve destek hizmeti istediklerine dair kendi kararlarını vermeleri konusunda teşvik eden klinisyenler de vardır.

Toplu barınma programlarını yürüten pek çok organizasyon, herkes için güvenli ve rahat bir yaşam alanı sağlamak için koşul olarak ılımlılığı ve program kurallarına uyulması gerektiğini kabul etmektedir. Bu tür ortamlarda pek çok hasta aynı dönem iyileşme süreçlerinde yer almaktadır ve ılımlılıklarını korumak ve tedaviye girmek konusunda akranlarından destek almaktadır. Ancak, bağımlılıkları ve psikiyatrik problemleri konusunda henüz kabul etme aşamasına gelmemiş ya da öncelikleri barınma olanağına sahip olma ve aç karınlarını doyurma olan insanlardan oluşan bazı

evsiz kesimler için, ılımlılık ve toplu program kurallarına uymak aşılması zor engeller olarak değerlendirilmektedir. Dağınık siteli barınma olanağı yaklaşımı ilk başlarda, hem evsiz hem de zihinsel ve ruhsal problemlili nüfus olarak kabul edilen bu kesim için daha farklı bir barınma ve tedavi seçeneği sunmuştur. Toplu site modelinin aksine bu yaklaşım, hiçbir tedavi gerekliliği olmayan ve sadece tek bir program koşulu olan (konaklama olanağına sahip olanlar, ekip tarafından haftada bir kez ziyaret edilmeyi kabul edecektir) bir barınma olanağı sunmaktadır. Burada konaklama, toplum bazında ve tamamen entegredir ve beklenti, hastanın standart bir kira sözleşmesinin hüküm ve koşullarına uymasındır. Gayri resmi olarak da hastadan, yaşadıkları binadaki ve toplumdaki sosyal normlara uyması beklenmektedir.

Bireysel dağınık siteli apartmanlar, farklı iyileşme aşamalarında hastalarla birlikte çalışabilme yönünde son derece kişiselleştirilmiş yaklaşım olanağı ile iyileşme dönemlerinde her bir hastaya kendi hızında yardımcı olabilmek için özel olarak düzenlenmiş kapsamlı tedaviye olanak sunmaktadır.

Toplu Konut Programının etkinliği üzerine yapılan pek çok çalışma belirli bir zaman dilimi içerisinde barınma düzenini sürdürübilme dahil olmak üzere tek siteli destekli barınma programları ile ilgili olumlu sonuçlar ortaya koymuş, acil durum kullanımlarını azaltmış ve yaşam koşullarından duyulan memnuniyeti artırmıştır.

Maalesef, kalıcı olarak konaklama olanağı sağlanmasına rağmen hastaların büyük bir çoğunluğu bu meskenleri terk etmektedir. 28 farklı toplu destekli barınma programlarında kalan ve buradan ayrılan insanlar üzerine yapılmış Amerika'nın Konut ve Kentsel Kalkınma Bakanlığı (Department of Housing and Urban Development HUD) sponsorlu bir çalışma, katılımcılarının yarısının 3 ya da daha fazla yıl konakladıklarını, yarısına yakınının da programı bırakıp gittiğini göstermektedir. Programdan ayrılanların sadece üçte biri, alternatif bir sabit konaklamayı tercih etmiştir (Wong ve arkadaşları 2006). Bu da, neden bazı insanların toplu barınma olanaklarında başarılı olmadıklarının araştırılması gerektiği anlamına gelmektedir. Bu nedenler arasında başka kişilerle yaşamayı istememe ya da yaşayamama, toplu yaşam için gerekli

olan koşullara uyma g¼c¼l¼g¼ ya da uymayı istememe (sokağa çıkmama, konuklarla ilgili kurallar, ılımlılık vb.) gibi durumlar yer almaktadır. Belki de bu sonuçlar, modelle ilgili ¼st¼ kapalı varsayımların ya da psikiyatrik rahatsızlığı olan pek çok insanın hayatları boyunca toplu bir ortamda yaşamaktan memnun olacakları beklentisinin sağlam temellere dayanmadığına işaret etmektedir. Bir ilişki içerisinde olmak, aileyle bir araya gelmek ve bir ocuk sahibi olmak gibi bireysel tercihler ve yaşamla ilgili bazı olaylar, ufak bir evden daha farklı bir barınma olanağı gerektirebilmektedir.

Bu programların yaşadığı zorluk, konaklama ve hizmet olanağı sunulan bir hastanın yaşam koşulları değişse bile bu olanakları kaybetmeyeceği şekilde en iyi desteği verebilmektedir. Bu bulgular aynı zamanda toplu konaklamaların işe yaramadığı durumlarda hızlı bir şekilde yeniden barınma olanağı sunma ihtiyaı olduğunu g¼stermektedir.

Çok sayıda çalışma, bu ilk barınma programlarının erişim problemlerini ortadan kaldırdığını ve barınması oldukça zor kabul edilen bireylere bile hizmet verebildiğini g¼stermiřtir. Bu ilk barınma programları akut bakım hizmetlerinin kullanımını azaltmış, ¼nemli maliyet tasarrufları sağlamış, hastaların yaşam kalitesini artırmış ve en ¼nemlisi de barınma s¼rd¼rme bedellerini %85 oranında tutmuştur (HUD 2007; Larimer ve arkadaşları 2009; Mares ve Rosenheck, 2007; Tsembelis ve Eisenberg, 2000).

Yine de toplu modeller, sosyal etkileşim açısından direk bir erişim olanağı sunarken, dağınık siteli yerlerde yaşayanlar yalnızlık sorunu çekmektedir ve bu da dağınık model ile toplu model barınma olanaklarındaki sosyal entegrasyonun avantajları ve dezavantajlarını yeterince anlayabilmek için daha fazla araştırma yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

ABD’de Philadelphia eyaletindeki rehabilitasyon kurumları ile ilgili yapılan eski bir araştırmada Kalıcı Barınma şeklinin, “destek” ¼ęesi fırsatının ¼nemli ve ayırt edici bir ¼zellięi olduğu sonucuna varmıştır. Bu bahsedilen destek; psikiyatrik hizmetlerden kiracıların bağımsızlıklarını s¼rd¼rmek için sahip oldukları yaşam becerilerine kadar çeşitlilik g¼stermektedir. Yine de hizmetlerin yoğunluğu, sıklığı ve fazlalığı

programdan programa değişmektedir ve bireylere Kalıcı Barınma Olanığına erişme ve bu olanağı sürdürme konusunda yardım etme açısından önemli bir öge olarak belirtilmektedir.

Bu Kalıcı barınma şeklinden bireylerin vazgeçmek istemeyeceğı sonucuna yol açacağı yönünde bir yargıya varılamaz. Aslında buradan ayrılan bireylerin çok daha fazla ve bağımsız yaşam becerisi gerektiren meskenlere taşındığı ve bu tür yerlerde düzenli olarak ikamet edebildiklerinde oldukça olumlu sonuçlandığı belirtilmektedir. Ayrılan bu kişiler (fırsat arayıcıları) Kalıcı Barınma Olanığını bırakmanın “ne kadar özgür olabildiklerini” gösterdiğine inanmaktadır. Pek çoğı için de Kalıcı Barınma programının dışında ve bağımsız bir şekilde yaşayabilmeleri son derece memnuniyet verici olarak ifade edilmektedir.

Kalıcı barınma olanağı, çoğı kişi için son derece etkili bulunmuştur. Sakinlerini, başlangıçta yapabileceklerini düşündükleri ölçüden daha fazla toplumla kaynaşma konusunda teşvik ediyor görülmüştür. Konaklayanların yarısının bu olanağı, aileleri ve arkadaşları ile birlikte yaşamak için bırakmak istediğı ancak yine de henüz oradan ayrılmadıkları çünkü “hazır” olduklarına inanmadıkları, yani kendilerini yaşadıkları ortamdan daha farklı bir yerde yaşamaya hazır hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Kalıcı barınma olanağı kendilerine istedikleri zaman (eğer istiyorlarsa) taşınma olanağı sunmaktadır. Yine de “hazır olma” aşamasına gelmedilerse kalıcı barınma programında kalarak devam edecek şekilde hazırlanmıştır. Örneğın, bu tür meskenlerden ayrılanların yarısı programdan ayrılmadan önce iki yıl ya da daha uzun bir süre burada konaklamıştır.

Kalıcı barınma programından “başarıyla ayrılanlar” bir bakıma engelleri ile başa çıkabildiklerini ve bu program dışında da bir yaşam sürdürebileceklerini göstermiş oldular. Aksine daha az başarıyla programdan ayrılanların bu kalıcı barınma programının genel olarak sağladığı hizmetlere, daha fazla desteğe ihtiyacı olduğu görülmüştür. Daha fazla destek alarak programdan ayrılanlar, bazı noktalarda programa geri dönmektedir. Diğer yandan, zihinsel ve ruhsal hastaneden çıkıp topluma

kazandırılan ya da sokaklara dönenlerin geri dönme şansı olmamıştır. Bu iki kategoriden birine uyanlar için, ayrılma öncesi bu duruma müdahale etmek ve bu durumdan kaçınmak için “gitmesi henüz uygun değil” olarak belirlenmelerinin faydalı olabileceği ifade edilmektedir (23).

Evsiz ve zihinsel ve ruhsal problemleri olan insanlar için sunulan destekleyici konaklama hizmetleri üzerine yapılan çalışmalar, bu programlara yüksek oranda katılım olduğunu göstermiştir. Lipton, Nutt ve Sabatini (1988), evsiz ve zihinsel ve ruhsal hasta bireyi takip etmiş; bunların yarısına program kapsamında barınma imkânı sunulmuştur. Bir yıl sonra, deney grubunun %69’unun hala bu program dâhilinde kalıcı barınma olanağından yararlandığını ancak kontrol grubunda bu oranın sadece %30 olduğunu görmüşlerdir. Benzer şekilde Drake ve arkadaşları (1997), çift tanılı evsiz kişilerden oluşan bir grup ile mesken tedavisi verilen deney grubu ve standart tedavi verilen grup ile karşılaştırmış, benzer sonuçları bulmuştur. Bu çalışmaların hiç birinde karşılaştırılabilir kontrol grupları olmamasına rağmen, geçici ve/veya kalıcı model programlarında katılımcıların yüksek oranda meskende kalmaya devam ettiklerini belirtmiştir.

2.10. YENİ MODEL GELİŞTİRME ARAŞTIRMALARI

İyileştirme merkezlerinin Kulüp Evleri (Clubhouse), Yardımlaşma Programı (Fountain House), Fair-weather Lodges, Chestnut Lodge ve Kingsley Hall gibi yeni modelleri de eski modellerin bazı özelliklerini taşımaktadır ama yine de açıklanması gereken büyük ve önemli farklılıklar da söz konusudur.

Bu eski modeller çoğunlukla rehabilitasyondan ziyade bir sığınma yeri sağlama (özellikle de ağır zihinsel ve ruhsal hastalığın akut evresinde olanlar için) üzerine yoğunlaşmıştır. Bu merkezler genellikle mesken özelliği taşırlar, zaman açısından bir kısıtlamaları yoktur ve profesyonel personelin sunmuş olduğu hizmet içi destekleri

temel almaktadır. Buna göre de hizmet bağımlı bir yaşam tarzından uzaklaşma konusuna çok fazla odaklanılmamıştır.

Yeni modellerin içeriğinde, akran desteği, istihdam, eğitim, barınma ve kendi kendine hastalıkla başa çıkma gibi konularla ilgili tedavi odaklı müdahaleler aracılığı ile hizmet odaklı bir yaşam tarzından uzaklaşmaya çalışarak iyileşme ile ilgili en yeni kavramlar üzerine yoğunlaşmaktadır.

Tedavi merkezlerinin yeni modelleri ile ilgili literatür son derece sınırlıdır; daha çok kuramsaldır ve genellikle de akran değerlendirmesine tabi tutulmamıştır. ‘Tedavi merkezlerinin’ güncel şekillerinin yapısı, ortak özellikleri ve yelpazesi ile ilgili temel tanımlar hakkında eksiklikler vardır. Bu yüzden de literatürde yer almayan ancak bu tür prototipler ve en iyi uygulama modellerinin değerlendirilmesi konusunda büyük bir eksiklik olduğu bildirilmektedir.

Yapılan bazı çalışmalar, katılımcıların bu tür merkezlerden duyduğu memnuniyeti güçlenme ve refahlık gibi “soft” sonuçlara bağlamaktadır. Yapılan kontrollü bir çalışmada, tüketicilerin işlettiği programların katılımcılarında geleneksel mental sağlık hizmetlerinden çok daha iyi fonksiyonel sonuçlar, sosyal ve uygun davranışlar sergilediği görülmüştür. İyileştirme paradigmasından önce gelen daha eski tüketici destekli programlarla (kendi kendine yardım ile akran desteğini vurgulayan) ilgili yapılan çalışmalar; hem klinik hem de fonksiyonel sonuçlar açısından gelişmeler görüldüğünü belgelemiştir. Klinik açıdan bu sonuçlar, semptomlarda, yeniden hastaneye yatma ve ilaç kullanımında görülen azalmaları kapsamaktadır. Fonksiyonel sonuçlar ise, daha fazla ancak işlevsiz sosyal ağları gösterdiği gibi ,gelişmiş sosyal entegrasyon, daha iyi sosyal işlevselleşme ve değer verilen sosyal rollere daha fazla katılım gibi bulguları da içermektedir. Kazanç olarak bir iş sahibi olmak ya da resmi eğitim derslerine katılıp öğrenimini tamamlamak gibi somut işlevsel sonuçlar, detaylı değerlendirilmemiştir. Sadece iyileştirme merkezlerinin iş ve eğitim arayışı konusunda pozitif bir etki oluşturduğunu savunan iki adet çalışma yapılmıştır. Ancak, iyileştirme merkezlerin ile ilgili yeni araştırma ihtiyacı olduğu ifade edilmektedir (26).

2.11. TÜRKİYE’DE ZİHİNSEL ENGELLİ VE RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARI

2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından, DSÖ’nün ruh sağlığı politikaları ile ilgili önerdiği 7 modül ve bu alanla ilgili istenilen modern vurguları esas alan “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası” metni yayınlanmıştır. Bu metinde belirtildiği üzere; her toplumda olduğu gibi ülkemizde de korunması gereken ve devletin bakımına muhtaç olan çocuklar vardır. 2007 yılında SHÇEK’e bağlı kuruluşlarda bu şekilde 12.092 çocuğun kalmakta olduğu bilinmektedir. Ancak çağdaş yaklaşım, bu durumdaki çocukların bakım kurumlarında kalmalarının yerine akraba veya koruyucu ailelerin yanında kalmalarının sağlanması şeklindedir. Ayrıca bu çocukların, yetişkinliğe geçişte toplum içinde bağımsız yaşamalarını destekleyecek düzenlemelere ihtiyaç vardır.

Ruh sağlığı yaşamın birçok alanını ilgilendirdiğinden çok sayıda resmi ve sivil kurum bu alanda faaliyet göstermektedir. Haziran 2011 tarihinde kurulan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına birçok farklı kurumun bu konuyla ilgili görevleri devredilmiştir. Eski tanımlarıyla belirlenen görevler aşağıda belirtilmiştir.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) misyonunu “Nitelikli bir yaşam sürdürmekte güçlük çeken birey ve grupların; maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesinin ve ihtiyaçlarının karşılanmasının bir insan hakkı olduğu anlayışı içinde, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü, alanla ilgili olan kesimler ile işbirliği içerisinde yürütmek” olarak tanımlamaktadır.

Özürlü Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığının görevleri ise 14.11.1984 tarihli ve 3121 sayılı Bakan Oluru ile “a) Bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri nedeniyle normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olan her yaş grubundaki özürlü kişilerin korunması, bakımı, rehabilitasyonu ve toplum içinde bağımsız olarak yaşamalarını temin edici hizmetleri ve faaliyetleri düzenlemek” şeklinde belirlenmiştir. Ancak yakın zamana kadar SHÇEK ruhsal özürüleri faaliyet alanı içine almamış,

bakım evlerinde sadece zihinsel ve bedensel özürülülerin kalmasına izin vermiştir. Son dönemde tutumunu hızla değiştiren kurum insan kaynaklarındaki sorunlarına rağmen ruhsal özürülü kişilere hizmet götürmeye başlamıştır.

Avrupa Birliğinin 2009 Türkiye İlerleme Rapor’unda “Kurumsallaşmaya alternatif olarak toplum temelli hizmetlerin oluşturulması çok önemlidir. Bu konuda çocukların ve gençlerin sağlıklarının korunması yönünde özel çaba gösterilmesi ihtiyacı bulunmaktadır...” şeklinde önerdiği toplum temelli model, 1960’larda öncelikle İtalya’da, eşzamanlı olarak İngiltere, Fransa, Almanya’da başlayan ve tüm dünyada hızla geçilen, DSÖ’nün de tavsiye ettiği bir modeldir.

DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde Toplum Temelli Rehabilitasyon Merkezlerine Erişilebilirlik (2008) raporunda; politika, plan veya yürürlükteki yasalarda rehabilitasyon servislerinin gerekliliğine yer verme ile uygulamada rehabilitasyon merkezlerine erişen zihinsel ve ruhsal bozuklukluyu olan hasta yüzdesi olarak Türkiye’ye ait bilgi olmadığı bildirilmiştir. Toplum temelli ruh sağlığı modeli İtalya’da ruh sağlığı reformuyla 1961 yılında başlamış ve son 30 yılda Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde uygulamaya geçilmiştir. İtalya’da başlayan değişim, diğer Batı Avrupa ülkelerinde de kısa süre sonra başlamış ve tamamlanmıştır. En son Yunanistan Avrupa Birliği’ne giriş sürecinde ruh sağlığı sistemini değiştirmiştir. Bulgaristan ve Romanya gibi Doğu Avrupa ülkelerinde de değişim programları yürütölmektedir. Aynı değişim süreci İran’da da yürütölmekte, DSÖ Afganistan’a da aynı sistemi önermektedir. Tüm bu ülkelerde yaşanan değişim, hastane temelli ruh sağlığı sisteminden toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçilmesi şeklinindedir.

Toplum temelli ruh sağlığı modeli, modern batı ülkelerinin sağlık hizmetlerindeki temel unsurlardan biridir.

Toplum temelli ruh sağlığı sistemi üç unsur üzerine kuruludur. Bunlar:

- a. Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması,
- b. Hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi,
- c. Her tanımlanmış bölgeye: sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması şeklinindedir.

Bu modelde ülke 100-300 bin nüfustan oluşan coğrafi alanlara bölünür ve her alan için bir toplum ruh sağlığı merkezi planlanır. Merkezde çalışan ruh sağlığı ekibi psikiyatri uzmanı, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacı, ergoterapist, uğraş terapisti ve diğer yardımcı personelden oluşur. Ekip hareketlidir, hizmeti gerektiğinde hastanın yaşadığı alana götürür. Ekibin hizmet verdiği merkez genellikle ana hastanenin dışındadır. Ekip görev ve sorumluluk açısından yapılandırılmış, yapılacak işler ise planlanmıştır. Her hasta için kayıt vardır ve o hasta için yapılacaklar bireysel olarak yazılı planlanmıştır. Amaç kronik ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların yaşadıkları ortamda takip ve tedavilerinin yapılmasıdır. Bu sayede hastaların toplumun dışına atılmadan ve dışlanmadan toplumla birlikte yaşamaları hedeflenir.

Ruhsal özürülülerin bakımında çağdaş yaklaşım, toplum içinde apartman dairelerinde küçük gruplar halinde yaşamalarıdır. Bu nedenle oluşturulacak bakım yatakları toplum içinde küçük grupları barındıran evler veya ev toplulukları şeklinde olmalıdır.

Toplum ruh sağlığı konusunda sosyal, kültürel ve ekonomik verilerin araştırılması bu konudaki yaklaşımı etkileyebilir. Ruh sağlığı hizmetlerinin maliyeti, uygulamaların faydaları gibi konularda yapılacak araştırmalar politikaların geliştirilmesine sebep olacaktır. Hastane temelli modelden toplum temelli modele geçiş gibi tüm sistemin değiştirilmesinin başladığı bu dönemde, hem iki modelin karşılaştırıldığı hem de yeni modelin ülkemiz için nasıl şekillenmesi gerektiğine dair ipuçları verecek araştırmalar gereklidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011-2023, Ankara).

2.11.1. UMUT EVLERİ

1950 yılından beri başlamış olan kurumsal bakımdan vazgeçme topluma entegre etme (deinstitutionalization) hareketininin kadar yararlı olduğu belirtilmektedir. Kurumsal bakımdan bağımsız yaşam evlerine geçişin faydaları ile ilgili çok araştırma yapılmıştır (14,19). Ama günümüzde bu geçişin Türkiye`de ne kadar fayda sağlayacağı ile ilgili araştırmalar yeni başlamıştır. Dünyanın dört köşesinden farklı ülkeler Dünya

Sağlık Örgütü (DSÖ) destekli kurumsal bakımdan vazgeçme topluma entegre etme (deinstitutionalization) programlarını başlatmıştır. Bu sebeple hareketin yöntemi hakkında araştırmalara ihtiyaç olduğu ifade edilmektedir.

Birleşmiş Milletler (BM) Engelli Hakları Sözleşmesinin aşağıdaki maddesine göre; Madde 19 – "Bağımsız Yaşam ve Toplum İçinde Olma ile ilgili sözleşme" Taraf Devletler tüm engellilerin diğer bireylerle eşit koşullar altında toplum içinde yaşama hakkına sahip olduğunu kabul eder ve engellilerin bu haktan eksiksiz yararlanabilmeleri ve topluma tam katılımlarını kolaylaştırmak için gerekli tedbirleri etkin bir şekilde alır. Bu çerçevede aşağıdaki noktalara dikkat edilmelidir:

1. Engelliler diğer bireylerle eşit koşullar altında ikametgâhlarını ve nerede ve kiminle yaşayacaklarını seçme hakkına sahiptirler ve özel bir yaşam düzenine zorlanamazlar.
2. Engellilerin kişisel destek dâhil olmak üzere toplum içinde yaşamak ve topluma dahil olmak için ihtiyaç duydukları konut içi, kurum içi ve diğer toplumsal destek hizmetlerine erişimleri sağlanmalı ve engellilerin toplumdan tecridi ve ayrı tutulması önlenmelidir.
3. Kamusal hizmet ve kurumlar, engellilere diğer bireylerle eşit şekilde açık olmalı ve onların ihtiyaçlarına yanıt verebilmelidir.

Buradaki maddede belirtildiği üzere engellilerin ikametgâhlarını ve nerede ve kiminle yaşayacaklarını seçme hakkına sahip olması ve özel bir yaşama düzenine zorlanamazlar ifadesi nedeniyle bu araştırmanın Türkiye'deki kurumsal bakım ve Umut Evlerinde yaşayan bireyler üzerinde yapılmasına karar verilmiştir.

Dünyadaki bu gelişmelere paralel olarak ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler(B.M.)tarafından ülkeler için tavsiye edilen bildireler ve Engelli Hakları konusundaki savunuculuk görevi ülke politikalarına girmiştir, Türkiye`de bu konularda B.M. bildirgesine imza atmıştır (27). DSÖ ve iki bakanlığın (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-ASPB ve Sağlık Bakanlığı) ortaklaşa yürüttüğü 2010 yılında

başlayan proje ile Türkiye`de Umut Evleri (UE) açılmaya başlanmıştır. Türkiye genelinde 50`e yakın UE açılmış, Ankara`da 6 tane UE Saray Rehabilitasyon Merkezi'nden seçilen kişilerle hizmete girmiştir.

Ankara Umut Evlerinde; kızlar ve erkekler Pursaklar, Çubuk, Oran semtlerinde 3-5 kişi beraber ayrı evlerde yaşamaktadırlar. Aynı evde rotasyonla değişen sürekli Kurumdan görevli bir personel bulunmaktadır. Kurumda bu evlerden sorumlu olan bir uzman vardır. Sorumlu uzman Kurumdaki kuralları aynı şekilde Umut Evlerine aktarmaktadır. Yemek malzemeleri Kurumdan paketlenmiş olarak gelmekte, kişiler kendi alışverişlerini yapmamaktadırlar. Günlük yaşam aktivitelerinin çoğunu personel onların yerine yapmaktadır.

2.12. ERGOTERAPİ

Ergoterapi anlamlı ve amaçlı aktivitelerle sağlığı ve refahı geliştiren kişi merkezli bir sağlık mesleğidir. Ergoterapinin temel amacı kişilerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını sağlamaktır. Ergoterapistler kişi ve toplulukların istedikleri, ihtiyaç duydukları veya kendilerinden beklenen aktiviteleri yapabilme becerilerini geliştirerek veya aktiviteyi ya da çevreyi kişilerin katılımını daha iyi sağlayabilecek şekilde düzenleyerek bu amaca ulaşırlar.

Ergoterapistler bire bir kişilerle, gruplarla veya topluluklarla iş birliği içinde çalışmak için gerekli bilgi, beceri ve davranışlarla donatılan tıbbi, sosyal davranışsal, psikolojik, psikososyal ve ergoterapi bilimi alanında geniş eğitime sahiptir. Ergoterapistler, herhangi bir sağlık problemi nedeniyle vücut yapı ve işlevlerinde bozukluğu olan veya yer aldığı sosyal ya da kültürel azınlık grup nedeniyle toplumdan dışlanmış veya katılımı kısıtlanmış tüm kişilerle çalışır.

Ergoterapistler, katılımın kişilerin fiziksel, duygusal veya bilişsel yetenekleri; aktivitenin özellikleri veya fiziksel, kültürel, sosyal, davranışsal ve yasal çevre ile desteklendiği ya da kısıtlandığına inanırlar. Bu nedenle ergoterapi toplumsal katılımı

artırmak için kişi, aktivite, çevre veya bunların bazılarının veya hepsinin düzenlenmesi ile kişilerin yeterliğini artırmaya odaklanır.

2.12.1 ERGOTERAPİ UYGULAMALARI İÇİN GÜNCEL KAVRAMLAR

2.12.1.1. AKTİVİTE

İyilik ve sağlık durumu gibi günlük yaşam anlayışının da değeri bilinmemektedir. Aile ve arkadaşlarla yemek yemenin hazzı, parkta yürüyüş yapmanın zevki ve ya bir çiçek görünce yaşanan duygular da hastalıklardan veya kazalardan etkilenir. Geçici veya kalıcı bozukluklara rağmen insan, vücudunun adapte olabilme özelliği, ruhaniyeti ve iradesi sayesinde yaşam aktivitelerine iştirak etmekten tatmin olabilir. Aktivite-rol yaşamda yapılan her şeyi kapsar (aksiyon, beceri, aktivite, düşünme ve var olma). Aktivite kişinin varlığı, ifade etme ihtiyacı ve çevre içerisindeki kişisel rolleri için gereklidir (28).

2.12.1.2. GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ (GYA)

Günlük yaşam aktiviteleri, günlük yaşamın en temel becerileridir. Ergoterapi uygulama çerçevesi (AOTA,2002) GYA'ni tanımlamaktadır: banyo / duş yapmak, idrar ve bağırsak (tuvalet)yönetimi, giyinme, yemek yeme, beslenme, fonksiyonel hareket, kişisel eşya bakımı (örneğin gözlük bakımı), kişisel hijyen ve temizlenme, cinsel aktivite, uyuma/dinlenme ve tuvalet hijyeni. Zihinsel ve ruhsal sağlık problemleri, GYA endişeler, kognitif, psikolojik ve duysal konular, motor bozukluk yüzünden, daha az sıklıkta yapılmasıyla bağlantılıdır (29).

2.12.1.3. GÜNLÜK YAŞAMIN ENSTRÜMENTAL- YARDIMCI-AKTİVİTELERİ

Günlük yaşamın yaşamsal aktiviteleri, bağımsız yaşam için önemli becerilerdir. GYA'den daha karmaşık ve para-kredi kartı veya mutfak gereçleri gibi materyal veya objelerin kullanımını içermektedirler. Para idaresi, telefon kullanma, ilaç içmek, seyahat etme, alışveriş yapma, yemek hazırlama, çamaşır yıkama ve ev temizleme gibi aktiviteleri de eklemiştir (30).

2.12.1.4. EV YÖNETİMİ

Ev yönetimi; ev temizleme, yemek planlama ve yapma, alışveriş yapma, çamaşır yıkama ve ufak tefek tamirler gibi aktiviteleri içeren, geniş bir kategoridir. Etkili ev yönetimi, daha iyi bir yaşam kalitesine katkı sağlamaktadır. Barınma evlerinin fonksiyonu, hastaneden alıp topluma kazandırma ve destekli yerleştirme programları şeklinde çok sayıda ciddi zihinsel ve ruhsal hastalığı olanların kendi evlerinde oturabilmelerini mümkün kılmak şeklinde belirtilmektedir.

Ergoterapistler ev yönetim ortamı sorunlarının farklı yerlerine vurgu yapmaya odaklanabilirler. Terapist bir “ev” oluşturmak için, bireyle birlikte çalışabilir. Birey, yemek hazırlama veya ev süpürme gibi ev yönetiminin belirli kısımlarında eğitime ihtiyaç duyabilir. Bu eğitim görevi çevresel adaptasyonların yanı sıra, öğretmek ve pratik yapmayı kapsayabilir. Terapist bireye dolapları düzeltmede, gereksiz karışıklığı ortadan kaldırmada, hafta boyunca bölünmüş ev temizleme işlerinin listesini oluşturmada ve / veya iş kolaylaştırma stratejilerini öğretmek yardımcı olabilir.

Etkili ev yönetimi, gıda saklama, kapı kilitleme ve kullanılmadığında araçları kapatma gibi güvenlik konularında dikkati gerektirir. Ergoterapistler, herhangi bir endişeyi ortadan kaldırmak için, ev güvenliği değerlendirmesi ve müdahalesi yapmalıdır. Bazı durumlarda, düzenli gözetim hastanın güvenliğini sağlamak için gerekli olmaktadır (31).

2.12.1.5. AKTİVİTE PERFORMANSI

Occupational performans; kişinin yaşam ihtiyaçlarını karşılamak adına yapılan aktivitelerdir. Performans kişinin aktivite, beceri ve rollerini gerçekleştirdiği çevre ve kendisi arasındaki kompleks ilişkilerin sonucudur. Kişinin yaşına ve kültürüne uygun anlamlı aktiviteleri seçme, organize etme ve tatminkar bir şekilde yapabilme becerisidir. Aktivite performansı kişinin aktiviteleri, rolleri ve yaşadıkları, çalıştıkları ve oynadıkları çevre arasındaki dinamik etkileşiminin sonucudur, anlamlı ve sıralı hareketlerden oluşur ve kişinin rollerini gerçekleştirebilme becerisi olarak ortaya çıkar (32,33).

2.12.1.6. KİŞİ MERKEZLİ YAKLAŞIM

Kişi merkezli ergoterapi “hizmet alan kişilere saygı ve onlarla iş birliği felsefesi” olarak tanımlanır. Kişilerle iş birliği içinde olmamız yaşamları için anlam kazandırmamıza yardımcı olur. Kişi merkezli terapinin amacı iyileşme sürecini hızlandırmak için uygun çevreyi yaratmaktır. Böyle bir yaklaşım, kişinin hedeflerine ulaşabilmesi için ihtiyaçlarını belirlemeye ve kişiselleştirmeye yarar.

Kişi merkezli müdahalenin kavramlarını özetlemiştir; aileye, bireye ve de her ikisinin kararlarına saygı gösterme olarak birey ve aileler günlük aktiviteleri ve alacakları ergoterapi hizmeti için verecekleri kararlardan kendileri sorumludurlar. Kişi merkezli ergoterapide bilgi vermek, fiziksel rahatlığın sağlanması ve duygusal destek gereklidir. Kişinin katılımını fasilite etmek gereklidir. Kişiselleştirilmiş esnek müdahale esastır. Aktivite performans problemlerini çözmede kişiye sorumluluk vermek ve kişi-çevre-aktivite ilişkisine odaklanmak gereklidir (34).

2.12.1.7. KİŞİ MERKEZLİ ERGOTERAPİDE DEĞERLENDİRME

Aktivite performans problemleri terapist tarafından değil kişinin kendisi ve ailesi tarafından belirlenir. Müdahalenin başarısının değerlendirilmesi aktivite performansındaki değişikliklerle belirlenir. Değerlendirme teknikleri kişinin sonuç ölçümleri hakkında söz söylemesine olanak verir. Ölçümler kişinin aktivitelerine katılımını belirler. Değerlendirmede aktivite performansının hem subjektif hem de gözlemlenebilir kalitesine odaklanılır. Çevreyi değerlendirmek çevrenin kişinin aktivite performansına olan etkisini belirler.

Kişi merkezli değerlendirme “etkili terapi kişiyi iyi anlamakla başlar” temeline dayanır. Bu tip değerlendirmede terapist ve kişi birlikte çalışır. Kişi merkezli müdahale kişinin günlük yaşamdaki aktivitelerini, becerilerini ve rollerini içermelidir.

Kişinin problemi hakkındaki bilgisi terapistte yol gösterir. Kişinin kognitif bozukluğu varsa ya da yaşı veya kapasitesi uygun değilse değerlendirmede aileye başvurulur (35).

2.12.1.8. KATILIM

Katılım; yaşamın içinde olmaktır. Katılım kısıtlılıkları; yaşam durumlarının içinde kişinin karşılaşılabileceği problemlerdir. Kişinin gereksinim duyduğu her alanda kişisel tercihinine göre aktif ya da pasif olarak rol alması, yaşam performansı gösterebilmesidir (36).

WFOT tanımı(2004); Ergoterapi ve Katılım

Ergoterapinin birincil amacı bireyin günlük yaşam aktivitelerine katılımını sağlamaktır. Ergoterapistler bu sonuca kişilere katılım için becerilerini geliştirecek şeyler yaparak veya katılımı daha iyi desteklemek için çevreyi modifiye ederek ulaşırlar.

2.12.1.9. KATILIM VE YAŞAM KALİTESİ İÇİN FAKTÖRLER

Geleneksel yaklaşımda zihinsel, duygusal, fizyolojik ve anatomik bozukluklara odaklanılmaktaydı. Limitasyon ve bozukluk bir fonksiyonel aktivitenin yapılamadığı durumlar olarak tanımlanıyordu. Ancak çağdaş yaklaşımda kişinin fiziksel ve sosyal çevresi içerisinde rollerini gerçekleştirememesi olarak tanımlanmaktadır. En yeni rehabilitasyon literatürüne göre en birincil hedef bağımsızlıktır. Terapist problemle uğraşırken; İntersik faktörler; (performans komponentleri) nörodavranışsal, kognitif, fiziksel ve psikolojik durum bilgilerine bakar, ekstrinsik veya çevresel faktörler olarak da fiziksel çevre, kültür, ekonomi, iş, politik ve sosyal çevre incelenir(37,38).

2.12.1.10. ROLLER

Rol kavramı çevreye oryante olarak yapılan işler ile insanın etkileşimidir. Aktivite-roller, sosyal çevrenin gereklilikleri nedeniyle bireyin yaptıklarıdır. Kişilerin günlük işlerini oluşturur ve aidiyet duygusu, kendine güven ve emniyet hissi sağlar (39).

2.12.1.11. BAĞIMSIZLIK

Bağımsızlık aktiviteyi kişinin kendi başına ne kadar yapabildiğini gösterir. Bağımlılık veya yapamama kişinin aktivitede yardıma gereksinimini ifade eder. Kişi tamamen bağımlı değilse bağımlılığı derecelendirilerek ifade edilebilir. Bakım veren kişinin harcadığı efora göre referans alınır; aktivite yardımla tamamlanıyorsa, asistif teknoloji, fiziksel olmayan yardım, fiziksel yardım olarak derecelendirilir. Yardım sıralanabilir olarak asistif teknoloji-adaptif ekipman, teknik yardım, asistif cihazlar ve kendine yardım araçları ile kişi aktiviteyi adapte edilmiş olarak fakat bağımsız yapar. Fiziksel olmayan yardım, bire bir elle yapılmayan yardımdır. Aktivite düzenlemeleri, gözlem, yanında bekleme, sözlü veya sözsüz yönlendirmelerdir. Fiziksel yardım, direkt

bire bir, el yardımıyla kişinin yapamadığı aktiviteyi kısmen veya tamamen yapmasıdır (40).

2.12.1.12. GÜVENLİK

Kişinin aktiviteyi yaparken risklerle karşılaşp karşılaşmayacağını belirtir. Burada kullanıldığı şekliyle kişinin aktiviteyi yaparken objeler ve çevresi ile olan etkileşimidir. Güvenlik sadece çevrenin kalitesini ifade etmez, kişi-ortam-aktivite işlemini belirtir. Bazı değerlendirmelerde güvenlik bağımsızlık ifadesini içerir. Diğer bir deyişle kişinin bağımsız olabilmesi için aktiviteyi güvenli olarak yapabilmesi gerekir. Güvenlik bazen yanlış karar verme gibi fiziksel olmayan faktörlerle de ilgilidir. Kişilerle çalışırken sık sık güvenli ve güvensiz arasındaki çizgiyi belirlemek güçleşir (41).

2.12.1.13. YETERLİLİK

Aktivite performansının yeterliliği karmaşık bir değerlendirme parametresidir. Aktivitenin sonuç ve ürünlerinin kabul edilebilirlik düzeyinde etkinliğini ve sürdürümesini ifade eder. Etkinliği belirten parametreler olarak; güçlük, ağrı, yorgunluk/dispne ve süre sayılabilir. Aktivitenin kabul edilebilir ürün ve sonuçları: kuralcı standartlar, memnuniyet, deneyim ve anormal aktivite davranışları başlıkları altında toplanır (42).

2.12.2. ERGOTERAPİDE DEĞERLENDİRME

Ergoterapi servisinin amacı aktivite performansını geliştirmektir. Ergoterapistler aktiviteye katılımı arttırmak için çabalarlar. Bunu başarabilmek için kişinin fiziksel, kognitif, nörodavranışsal ve psikolojik kapasiteleri ve kültürel, fiziksel, sosyal ve iş çevreleri hakkında bilgi sahibi olmak gerekir.

Sağlık alanında her disiplinin odaklandığı nokta farklıdır. Aktivite performansı sorunu yaşayan kişiler her zaman bir hastalık yaşıyor demek değildir. Örneğin; genç anneler, işsizlik, davranış bozuklukları, savaş zamanı yaşayan insanlar vb. aktivite performans sorunları yaşayabilir.

Aktivite performans yetersizliklerini ölçmek için tıbbi durumlara bağlı olmayan değerlendirme yöntemleri gerekir. Dünyada engeli olan insanların sayısı çok fazladır. Bu engeller günlük yaşam aktivitelerini ve iş gücünü etkilemektedir. Toplumda bu kişilerin limitasyonları sadece kendilerini değil ailelerini ve sosyal çevrelerini de etkilemektedir. Böyle durumlarda aktivitelerin sonuç ölçümlerini değerlendirmek bu kişilerle ve aileleriyle çalışmayı kolaylaştırır (43).

2.13. ERGOTERAPİ MODELLERİ

Aktivite performansını değerlendirirken ergoterapistler uygun modellere göre spesifik değerlendirmeler yaparlar. Aşağıda zihinsel ve ruhsal problemlili kişilerde en çok kullanılan modeller anlatılmıştır.

2.13.1. KİŞİ-ÇEVRE-AKTİVİTE-ROL(KÇA-R) MODELİ (PERSON ENVIRONMENT OCCUPATION-PEO)

Kesin ve geniş bir çerçeve sunar. Bir işi yapmayı teşvik eden veya engelleyen etkileşimler için birçok fırsat ve olanak üzerinde durmaktadır. Sistemik etkileşimsel analiz için çerçeve sunar: kişi-çevre; kişi-aktivite-rol; çevre- aktivite-rol ve her üç alanda kullanılmaktadır.

2.13.1.1. KÇA-R MODEL GELİŞİMİ

KÇA-R modeli temel olarak çevre-davranış teorileri, aktivite teorileri, kişi merkezli uygulama konseptleri kullanılarak geliştirilmiştir. KÇA-R; kişi, onun çevresi

ve işlerinin zaman içinde dinamik bir ilişki gösterdiğini şematize etmiştir. Bu modeli temel alarak çevre-davranış teorileri, aktivite teorileri, kişi merkezli uygulama konseptleri geliştirilmiştir. KÇA-R; kişi, onun çevresi ve işlerinin zaman içinde dinamik bir ilişki gösterdiğini şematize etmiştir.

2.13.1.2. KÇA-R MODELİN VARSAYIMLARI

Çevre ile her zaman etkileşim halinde olan insan gelişebilir, motive olur ve dinamiktir. Davranışlar çevrenin temporal, fiziksel ve psikolojik özelliklerden ayrı düşünülmez. Çevre, performans üzerinde olumlu veya olumsuz etkiler yapabilir. Çevre insanda sıklıkla daha yavaş değişir, aktiviteler karmaşık ve çoğuldur; yaşamın kalitesi ve iyi olma hali için gereklidir. Aktiviteler kişinin rolleri ve çevre bağlamı içinde kendine bakım, kendini ifade etme ve uygulama için kişinin iç ihtiyaçlarını karşılar (44).

2.13.1.3. KÇA-R MODELİNİN ODAKLANDIĞI NOKTALAR

Aktiviteleri kolaylaştırarak KÇA-R uyumunu artırmak, aktivite performansında problemlerin analizini yapmayı kolaylaştırır ve ergoterapi müdahale sonuçlarını değerlendirmeyi sağlar. Terapistler zaman içinde mikro veya makro içeriklerle kişiye, çevreye ve aktivitelere odaklanarak farklı potansiyel müdahaleleri planlayabilir.

KÇA-R modeli ergoterapistlerin ne gördüğünü ve yaptığını sistematik olarak analiz etme yollarını önerir. Aktivite-rol performans problemlerinin analizini yapmayı kolaylaştırarak, ergoterapi müdahale sonuçlarını değerlendirmeyi sağlar. Bireylerle birlikte, terapistler zaman içinde mikro veya makro içeriklerle kişiye, çevreye ve aktivitelere odaklanarak farklı potansiyel müdahaleleri planlayabilir.

2.13.1.4. AMAÇ

Aktivite performansında problemleri analiz etmek için terapistlere yardımcı olarak, müdahale planlanır ve değerlendirmelere rehberlik edilir ve ergoterapi uygulamalarıyla kolay, anlaşılır iletişim sağlanır. Kişi çevre aktivite-rol arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için kullanılır. Müdahale planlaması ve değerlendirmesine rehberlik eder ve kişilerin günlük aktivite-rollerini yaparken onları neyin motive ettiğini tanımlar (Law&Dunbar,2007).

2.13.2. KANADA AKTİVİTE-ROL PERFORMANS MODELİ (KAPM) CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE (CMOP)

Kanada Aktivite-Rol Performans Modeli kişiyi merkeze alan bir yaklaşımdır. Terapist, kişinin becerilerini geliştirmesini, iş ve aktivite-rollerini toplum yaşantısına katılım için kullanmasını destekler.

Kanada Aktivite-Rol Performans Modeli 1980'lerin başında Kanada'daki ergoterapi uygulamaları ulusal konsensüsü önderliğinde geliştirilmiştir. Ulusal Sağlık ve Sosyal Yardımlaşma Bölümü tarafından yayınlanan “*Kişi Merkezli Ergoterapi Uygulama Kılavuzu*”nda iki anahtar kelimedenden bahsedilmiştir: “Kişi Merkezli Bakış Açısı” ve “Aktivite-Rol Performans Modeli”ni kuramsallaştırma. Kişi merkezli uygulamalar; “*Ergoterapi Tedavisinde Kişi Merkezli Uygulamalar İçin Müdahale Kılavuzu*” ve “*Ergoterapi Tedavisi Sonuçları Doğrultusunda Değerlendirme*” ile genişletilmiştir. Modelin başlangıcında kişi ve ergoterapisti arasındaki karşılıklı etkileşimle ilgilenilmiştir. Zamanla ilk uygulama kılavuzundaki bilgiler birbiriyle bağlantılı 3 öge geliştirilmiştir: Kişi merkezli uygulamalar için prensipler ve diğer kaynaklar, aktivite-rol performansını etkileyen faktörlerin kuramsallaştırılması ve Aktivite-rol performansı ve kişi merkezli uygulama prensiplerinin kuramsallaştırılması ve uygulama süreci. Bu üç öge tek bir uygulama kuramının literatürde ve pratikte kullanılan birbiriyle ilişkili parçalarıdır. Kanada Aktivite-rol Performans Modeli değişik

hasta gruplarında ve her türlü tedavi uygulamalarında kullanılabilecek genel bir modeldir. Kanada’da geliştirilmiş olsa da şu an uluslararası bir etkileşime sahiptir.

Bu modelin öncelikle iki temel odağı vardır; İlki tedavi süreci ve tedavi ile kişi arasındaki ilişkiyi ifade eden “*kişi merkezli uygulama*”, ikincisi kişinin kendine bakım, hayattan zevk alma, sosyal ve ekonomik hayata katılım için gerçekleştirdiği yaşına, kültürüne uygun, anlamlı iş ve aktivite-rollerini gerçekleştirme, bunları seçme, organize etme ve bunlardan tatmin olmak için düzenlenmiş “*aktivite-rol performansı*”dır. Kişi merkezli uygulamalar ve kişi merkezli değerlendirmeler, kişilerin ihtiyaçları ve koşulları doğrultusunda şekillendirilir.

2.13.2.1 TEORİ

Bu modele uygulama kılavuzu tasarlanarak başlandı. Bu modelin arkasındaki ilk amaç teoriyi üretmek değildi. Bununla beraber McCool ve Pranger’in fikirleriyle teori şekillenmeye başladı ve Kanada’daki birçok yazarın desteğiyle model oluşturuldu. Teori ile ilgili en son çalışmalar ise Law ve arkadaşlarının çalışmalarıdır. Çalışmalarında karşılaştırmalı fikirlere yer vermiştir. Bu model aktivite-rol performansını etkileyen faktörler ve aktivite-rol kuramsallaşmasını etkileyen değerler ve inanışları içerir. Değerler ve inanışlar kişinin çevresini, sağlığını ve kişi merkezli uygulamaları etkiler.

Kişi merkezli uygulamalarda; (Client- centered practice); kişiler kendi aktivite-rolleri ile ilgili bilgi ve deneyime sahiptirler, yaşamda aktif rol alırlar, kapasite/potansiyelleri, tek ve eşsizdir. Her kişi yaşamı ile ilgili seçim yapabilir, kişiler aktivite-rollere katılmak için çeşitli yeteneklere sahiptirler, kişiler şekillenir ve çevre tarafından şekillendirilirler.

2.13.2.2 TEDAVİ EDİCİ MÜDAHALELER

Kişi ve terapist arasındaki ilişki şöyle tanımlanabilir: Ergoterapist kişinin kendi sağlığıyla ilgili ihtiyaçlarını ve fikirlerini ön plana alır. Kişiye uygun tedavi programı terapist ve kişi tarafından beraberce oluşturulur. Ergoterapist kişinin aktivite-rol gereksinimleri hakkında karar vermesini sağlama, yardımcı olma ve bilgi verme sorumluluğuna sahiptir. Ek olarak ergoterapist kişinin aktivite-rol performansını geliştirecek profesyonel yetkinliğini kullanır.

2.12.2.3 KULLANIM TEKNOLOJİSİ

Ergoterapi performans süreci 7 basamağı içerir: kişinin aktivite-rol performans donanımlarını isimlendirme, onaylama ve öncelik verme, probleme yönelik uygun teorik yaklaşımları seçme, aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama, çevresel şartları düzenleme, kişinin gücünü ve kaynaklarını tanımlama, hedeflenen sonuçları ve gelişimsel hareket planını görüşme, planı uygulama ve aktivite-rol performans sonuçlarını değerlendirme, şeklindedir. (45).

2.13.3. İNSAN AKTİVİTE-ROL MODELİ (MODEL OF HUMAN OCCUPATION - MOHO)

MOHO, bireylerin yaşama katılmaları ve uyum sağlamaları ile ilgilenmektedir. Bu modelde şunlar kabul edilmektedir. Bireyin karakteri ve dış çevresi, dinamik bir bütün oluşturacak şekilde birbirine bağlıdır. Aktivite, kişinin karakterinin hem de çevresinin etkisini yansıtmaktadır ve kişinin iç özellikleri (kapasitesi, güdeleri ve performans kapasitesi) aktiviteler yoluyla sürdürülür ve değişime uğrar.

2.13.3.1. BİREYİN KARAKTERİ İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

MOHO, kişinin iç özelliklerini İstem, alışkanlık ve performans kapasitesi olarak üç etkileşimli öge şeklinde sınıflandırmıştır (Kielhofner, 2008). İstem, kişinin aktivite yönünde sahip olduğu motivasyon anlamına gelir. Alışkanlık ise kişinin kendi performansını rolleri ve rutinleri içerisinde nasıl düzenlediğini gösterir. Performans kapasitesi ise kişinin o performans için sahip olduğu yetkinliklerdir.

2.13.3.1.1. İSTEM/ İRADE

İstem, insanların yaptıkları aktiviteleri seçmeleri ve bu aktivitelere yönelme süreçleridir. İnsanlara ait evrensel “bir şey yapma” arzusu ile başlar ve yaşam tecrübeleri ile şekillenir. İstem, aşağıdaki döngü içerisinde gerçekleşen duygu ve düşüncelerden oluşmaktadır: Bir şeyler yapma olasılıklarını değerlendirme (hafta sonu dışarı çıkmayı iple çekmek, yaklaşmakta olan sınavla ilgili endişe duymak, yeni bir iş fırsatı karşısında hem heyecanlı hem de telaşlı olmak vb.), ne yapacağını seçmek (yeni bir hobiye başlamak, iş sonrasında bahçede çalışmaya karar vermek, daha iyi hazırlanmak amacıyla sınava bir saat daha çalışmaya karar vermek vb), yapılan şeyi deneyimlemeyi (güzel zaman geçirmek, tamamlanan görevle ilgili gurur duymak vb.) kapsar.

Deneyimle ilgili sonradan yapılan değerlendirmeler (bir faaliyette kişinin ne kadar iyi bir performans sergilediğini belirtmek ya da faaliyeti yapmanın ne kadar keyifli olduğunu hatırlamak vb.), iradeyi oluşturan duygu ve düşünceler, kişisel sebepler, değerler ve ilgi alanlarını içerir. Kişinin kendisini ne kadar yetkin ve etkin hissettiği, kişinin neyi önemli ve anlamlı kabul ettiği ve kişinin neyi eğlenceli ve tatmin edici bulduğu konularıyla gündeme gelir.

Kişisel sebepler; kişilerin günlük aktivitelerini yaparken sahip oldukları şahsi yetkinlik ve etkililik ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade eder. Örneğin bunlar arasında, zor bir durumla karşılaşıldığında güçlü ve zayıf yanların fark edilmesi,

endişeli ya da kendinden emin hissetme ve bu sorunla ilgili bir şeyler yapıldığında performansın ne kadar iyi olduğunu anlama gibi duygu ve düşünceler yer almaktadır.

Değerler ise neyin doğru, neyin yanlış ve neyin yapılmasının önemli olduğuna dair inançlar ve sorumluluklardır. Bunlar kişinin, neyin yapılmaya değer olduğu, nasıl yapılması gerektiği ve bağlılık gerektiren hedef ve hayallerin neler olduğu ile ilgili inanışlarını yansıtmaktadır. İnsanlar, kendi değerlerini ortaya koyan aktivitelerde bulunurlarken bir değer ve ait olma hissi yaşarlar.

İlgi alanları da, aktivite-rol ile ilgili zevk ve memnuniyet deneyimleri ile oluşturulur. Bunlar doğal yatkınlıklarla başlar (fiziksel ya da entelektüel bir aktiviteden keyif alma eğilimi gibi). Daha sonra da bu aktivite-rolle ilgilenme sonucu ortaya çıkan zevk ve memnuniyet deneyimleri ile gelişim gösterir. Bu sebeple, ilgi alanlarının gelişimi aktivite-rollerle ilgilenebilme fırsatlarına bağlı olmaktadır.

İstem (kişinin sebepleri, değerleri ve ilgi alanlarını yansıtan duygu ve düşünce döngüsü) günlük yaşamda yayılımcı bir etkiye sahiptir (Kielhofner, 2008). İstem; insanların çevrelerindeki fırsatları ve mücadeleleri nasıl gördükleri, insanların neyi yapmaya karar verdikleri ve yaptıklarını nasıl deneyimlediklerini ve anlamlandırdıkları ile şekillendirilir.

İnsanların yaşamı nasıl deneyimledikleri ve kendilerini ve dünyayı nasıl gördükleri büyük oranda istemlerinin bir işlevidir. Daha da önemlisi, insanlar engellerle karşılaştıkları zaman istemleri çok ciddi ölçüde etkilenmektedir. Kendilerini yetkinliklerini kaybediyor gibi hissetmekte ve önemli olduğunu düşündükleri şeyleri artık yapamıyor gibi düşünmektedirler. Artık ilgi alanına giren aktiviteleri yapmaktan hoşlanmayabilirler.

İstem, olumsuz bir biçimde etkilendiği zaman insanlar, engellerinin etkisini daha da kötüleştirecek ya da büyütecek kararlar alabilirler. Örneğin, çaresizlik ve umutsuzluk hisleri insanların kendi özgüvenlerini ve becerilerini geliştiren aktivitelerde bulunmalarını engelleyebilir. Bu tür istemsel kararlar aynı zamanda ileriki zamanlarda

yeti kayıplarına da yol açmaktadır. Bu sebeple bu modeli temel alan ergoterapiler genellikle bireylerin istemsel problemlerini belirleme ve bu problemlere değinme üzerine yoğunlaşır. MOHO, terapi sürecinde bireylerin bir şeyler yapması için karar vermelerini gerektirdiğinden istem olgusunun aynı zamanda ergoterapide temel bir nokta olduğunu vurgulamaktadır. Sonuç olarak bireylerin terapide yaptıklarını nasıl deneyimledikleri (istemin bir işlevi olarak) terapi sonuçlarını büyük ölçüde etkilemektedir (Kielhofner, 2008).

2.13.3.1.2. ALIŞKANLIK

Alışkanlık, kişilerin eylemlerini belirli bir düzen ve rutin içerisinde düzenledikleri süreçtir. Belirli bağlamlarda eylemin tekrarlanmasıyla birlikte insanlar, yaptıkları şeylerle ilgili alışılmış düzenler oluştururlar. Bu eylem düzenleri de alışkanlıklar ve roller ile şekillenir. İkisi birlikte insanların yaşamlarındaki rutinleri ile nasıl yönlendirildiklerini şekillendirirler.

Roller ve alışkanlıklar sebebiyle günlük yaşama ait rutinlerin pek çoğu otomatik olarak ve tahmin edilebilir şekilde gerçekleşmektedir. Bunlar, çevreyi benzer şeyleri yapmak için bir kaynak ve bir yardımcı olarak kullanarak bağlam içerisinde birlikte rol alırlar. Alışkanlıklar, insanların rutin aktivitelerini nasıl gerçekleştirdiklerini, zamanı nasıl kullandıklarını ve nasıl davrandıklarını etkilemektedir.

Örneğin alışkanlıklar, bir kişinin her sabah içgüdüsel olarak kendine bakım yapması eylemini şekillendirir. Kişinin haftalık rutini de büyük ölçüde bir alışkanlık işlevidir. Kişinin bilindik bir aktiviteyi tamamlama şekli bile alışkanlıklardan etkilenmektedir.

Roller insanlara kimlik ve bu kimlikle birlikte bir yükümlülük duygusu verir. İnsanlar kendilerini öğrenci, çalışan ya da gönüllü olarak görebilir ve bu rolleri yerine getirmek için nasıl davranması gerektiğini de bilir. İnsanların yaptıklarının pek çoğu, sahip oldukları roller tarafından belirlenmektedir. Roller, parçası oldukları sosyal sistem

(okul, iş yeri, aile ve topluluk gibi) ve bu sistem içerisinde yer alan diğerlerinin beklentileri tarafından belirlenir. Örneğin, ilköğretim okulunda öğrenci rolü edinen bir çocuk, öğretmenlerinin beklentileri ve diğer öğrencilerin tavır ve davranışları doğrultusunda öğrenci olmanın ne demek olduğunu öğrenir. Aynı süreç, çalışanlar, aileler, gönüllüler ve diğer roller için de geçerlidir. Yeni bir rol edinmek, bir kimliği, bir dış görünüşü ve beklenen davranış kalıplarını içselleştirmeyi kapsamaktadır.

Alışkanlıkları oluşturan düzenler ve roller, insanların fiziksel, zamansal ve sosyal çevreleri ile nasıl etkileşimde bulduklarını belirlemektedir. Alışkanlıklar bazı engeller ve çevresel zorluklarla karşılaştığı zaman insanlar, yaşamlarına içtenlik, tutarlılık ve kolaylık sunan şeyleri büyük ölçüde kaybedebilirler. Omurilik hasarı gibi son derece ciddi bir rahatsızlık, kişinin tüm rollerini ortadan kaldırabilir ya da engelleyebilir ve kişinin yeni bir günlük davranış alışkanlık düzeni benimsemesini gerektirebilir. Ağır zihinsel ve ruhsal hastalık gibi kronik durumlar da aynı şekilde normal rollerin gelişimini ve alışkanlıkların yönlendirdiği işlevsel rutinin oluşturulmasını engelleyebilir. Terapinin en önemli görevlerinden biri de kişinin günlük hayatındaki aktivite-rollerine devam edebilmesi için alışkanlık ve rollerinin yapılandırılmasını veya yeniden oluşturulmasını sağlamaktır.

2.13.3.1.3. PERFORMANS KAPASİTESİ

Performans kapasitesi, temelde yer alan zihinsel ve fiziksel yetkinliklere ve bu yetkinliklerin performans esnasında nasıl kullanılıp deneyimlendiğine işaret etmektedir. Performans kapasitesi, kas-iskelet, nörolojik, kardiyopulmoner ve kişinin bir şeyler yaptığı sırada işlev gerçekleştiren diğer bedensel sistemlerin durumundan etkilenmektedir. Performans aynı zamanda bellek gibi zihinsel ve bilişsel yetkinlikleri de kullanmaktadır. Sonuç olarak biyomekanik, motor kontrol, bilişsel ve duyu bütünlere modelleri de performans kapasitesinin bu yönüne değinmek için gerekli öğelerdir. MOHO, performans için fiziksel ve zihinsel kapasitelere değinme konusunda bu

modellerin önemini fark etmiştir ve genellikle de bu modellerle birlikte kullanılmaktadır.

Aynı zamanda MOHO, performansın deneyimlenmesine ve özellikle de performans dahilinde sınırlamalarla karşılaşmanın deneyimlenmesine katılmanın önemini vurgulamaktadır. Ayrıca terapistlerin, insanların engellerini nasıl deneyimlediklerine (bedenlerinin kendilerine nasıl bir his verdiği ve engellerle karşılaştıkları zaman dünyayı nasıl algıladıklarına vb.) önem vermeleri gerektiğini savunmaktadır.

Örneğin, farklı fiziksel engelleri olan insanlar sıklıkla bedenlerinden soyutlandıklarını belirtmişlerdir. MOHO'ya göre ergoterapi, insanları deneysel olarak bedenlerini yeniden kabul etmeleri ve bedenlerini bir şeyler yapmanın yeni yolları ile bütünleştirmeleri konusunda destekleyebilmektedir.

2.13.3.2. MOHO İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

MOHO'ya göre çevre; aktivite ve rolün, bireyin iç karakter özellikleri ile (istem, alışkanlık ve performans kapasitesi) çevresinin etkileşiminden kaynaklandığını vurgulamaktadır (Kielhofner, 2008). Çevre; motivasyonu, organizasyonu ve aktivite-rolle ilgili performansı etkileyen kişi bağlamı dâhilindeki fiziksel, sosyal, kültürel, ekonomik ve politik özellikleri kapsamaktadır. Çevreyle ilgili pek çok boyut, aktivite-rol üzerinde bir etkiye sahip olabilir. Bunlar arasında fiziksel alanlar, nesnelere, insanlar ve hatta bir şeyleri yapmak için sahip olunan beklentiler ve fırsatlar bile yer almaktadır. Ayrıca, kültürel ve ekonomik koşullar ile politik faktörlerin de etkisi vardır.

Bu doğrultuda çevre, bu öğeleri kapsamaktadır; bir şeyler yaparken insanların kullandığı nesnelere, insanların bir şeyler yaptıkları alanlar, verilen bir bağlamda insanların erişebildiği, beklediği ve/veya gerekli gördüğü aktivite-rol şeklindeki yapılar ve görevler ve bağlamı oluşturan sosyal yapılar (aile, arkadaşlar, meslektaşlar ve komşular gibi).

Kültürel çevre; politik ve ekonomik güçler; örneğin politik ve ekonomik koşullar, insanların bir şeyler yapmak için kullandıkları kaynakları belirler ve kültür de kişinin neyi nasıl yapması gerektiği ile ilgili inançlarını şekillendirir. Dahası, belirli bir görevin gereklilikleri kişinin kendine ne ölçüde güven duyduğu ya da endişe hissettiğini belirlemektedir. Nesnelere ve alanların bireyin kapasitesine ne kadar uygun olduğu, kişinin nasıl bir performans sergilediğini etkilemektedir. Bu ve diğer pek çok şekilde çevre, insanların ne yaptığını ve bu aktivite-rolle ilgilenirken neler düşündüklerini ve hissettiklerini etkilemektedir. Bunun karşılığında, insanlar da çevrelerini seçebilmekte ya da değiştirebilmektedir. Örneğin insanlar, kendi değerleri ve ilgi alanlarını gerçekleştirmelerine uygun olan ve olanak sunan çevreleri seçebilmektedir.

MOHO bireyin yaptığı ile ilgili üç farklı değerlendirme seviyesi olarak: Aktivite-rol Katılımı, Aktivite-Rol Performansı ve Aktivite-Rol Becerileri olarak Eylemin Boyutlarını belirlemiştir (Kielhofner, 2008).

Aktivite-Rol Katılımı; bireyin sosyo-kültürel bağlamının parçaları olan ve kişinin mutlu olması için istenilen ve/veya gerekli olan günlük yaşam aktiviteleri, iş ya da oyunlar gibi aktivite-rollerle ilgilenmesidir. Tam ya da yarı zamanlı bir işte çalışmak, bir hobi edinmek, rutin kişisel bakım yapmak, kişinin eviyle ilgilenmesi ve okula gitmek, bu katılım biçimine verilebilecek örneklerdir. Aktivite-rol katılımının her bir alanı, bir grupta ilgili aktiviteyi de kapsamaktadır. Örneğin kişinin eviyle ilgilenmesi; kira ödemesi, tamirat ya da temizlik yapmak gibi aktivite-rolleri de kapsayabilmektedir.

Bu tür aktivite-rol formları gerçekleştirme ya da görevleri yerine getirme süreci, Aktivite-Rol Performansı olarak kabul edilmektedir. Dahası, bu aktivite-rol performansı belirli amaca yönelik eylemleri gerekli kılmaktadır. Örneğin sandviç yapmak, pek çok kültürde bilinen bir aktivite-rol formunda bir görevdir. Bunu yapmak için kişi, ekmekle birlikte et, peynir, marul ve çeşitli soslar gibi malzemeleri alır ve sandviçi yapmaya başlar, sandviçi tamamlamak için gereken işlemler sırasıyla gerçekleştirilir.

Bu belirli amaçsal eylemler (malzemeleri derleme, bir araya getirme ve sıraya koyma) ve aktivite-rol performansı oluşturan diğer eylemler beceri olarak kabul edilmektedir.

Beceri; performans esnasında kişinin kullandığı hedefe odaklı eylemlerdir (Fisher, 1998; Fisher ve Kielhofner, 1995; Forsyth, Salmay, Simon ve Kielhofner, 1998). Temelde olan yeti anlamına gelen performans kapasitesinin aksine (hareket ve güç aralığı gibi) beceriler, aktivite-rol performansı oluşturan amaca yönelik eylemler anlamına gelmektedir. Üç tür beceri vardır: Motor beceriler, Süreç becerileri ve İletişim ve Etkileşim becerileri.

Aktivite-Rol Kimliği; zaman içerisinde insanlar, kendi aktivite-rol kimliklerini, kim oldukları ile ilgili biriken duygularını ve aktivite-rol gösteren varlıklar olma isteklerini kendileri şekillendirmektedir. İnsanların aktivite-rol kimliklerini ortaya çıkaracak eylem düzenini sürdürebildikleri ölçü aktivite-rol yeterlilik anlamına gelmektedir.

Aktivite-Rol Adaptasyonu da, olumlu aktivite-rol kimliği oluşturma ve gerçekleştirme süreci anlamına gelir. İnsanlar, anlatma aracılığı ile aktivite-rol kimliklerinde tutarlılığa ve anlam duygusuna ulaşmaktadır.

Bir *Aktivite-Rol Anlatımı*, zaman içerisinde kişinin istemi, alışkanlıkları, performans kapasitesi ve çevreleri ile bütünleşen ve bu öğelere teker teker anlam veren bir hikâye şeklindedir (anlatılan ve gerçekleşen). Aktivite-rol anlatım, aktivite-rol adaptasyonunu engellemekte ya da vurgulamaktadır. Örneğin, kişinin anlatısı yaşamı bir trajedi olarak kabul etmişse, hedeflere ulaşmak için çok fazla nedeni yoktur. Diğer yandan, kişinin hikâyesi yaşamı iyiye giden bir biçimde konu alıyorsa kişi, hedeflediği sonuca ulaşmak için çok çalışma konusunda motive olması olasıdır. Yapılan araştırmalar, aktivite-rol anlatılarının aktivite-rol terapilerinde yer alan bireylerin gelecekteki adaptasyon sürecini gösterebileceğini ifade etmektedir (Kielhofner, Braveman, ve arkadaşları, 2004; Kielhofner, Braveman, Fogg, & Levin, 2008). Kişinin öngördüğü ya da istediği yaşam hikâyesini gerçekleştirmediği durumlar da vardır.

Engellerin başlamasından itibaren çoğu insanın öncelikle anlatılarında yansıttıkları kimlik ile gerçekten ne yapabildikleri arasında bir boşluk yaşadıklarını ifade eder kanıtlar vardır (Kielhofner, Mallinson, Forsyth, ve Lai, 2001; Mallinson, Mahaffey ve Kielhofner, 1998). Yine bu çalışmalar, kişinin eksiksiz bir kimlik olmadan yeterlilik sahibi olamayacağını öngörmektedir. Aktivite-rol adaptasyonu, kişinin aktivite-rol anlatımında hayal ettiği şeylerle başlamaktadır. Sonunda aktivite-rol anlatımı, insanların aktivite-rol yaşamlarına atfettikleri anlamı belirlemede ve bu yaşamı gerçekleştirmek için nasıl bir arayış içinde olmaları gerektiği ile ilgili onları yönlendirmektedir.

2.13.3.3. DEĞİŞİM VE TEDAVİ SÜRECİ

MOHO, ergoterapi ile tüm değişimin bireylerin aktivite-rollerde yer alması sonunda gerçekleştiğini (bireyin terapi esnasındaki belli çevresel koşullar doğrultusunda ya da terapinin planlanan sonucu olarak eylemde bulunması, düşünmesi ve hissetmesi gibi) kabul etmektedir. Bu yüzden MOHO, ergoterapiyi bireylerin kendi yeteneklerini, bazı şeyleri yaptıkları rutinleri, kendileri ile ilgili duygu ve düşüncelerini şekillendiren aktivite-rollerle ilgilendikleri bir süreç olarak kavramsallaştırmaktadır. Dahası, birey belirli bir aktivite-rol içerisindeyken istemleri, alışkanlıkları ve performans kapasitesi de bir şekilde bu sürece dâhil olmaktadır. Örneğin terapinin herhangi bir anında birey; aktivite-rol performans için gerekli becerileri sergiliyor olabilir, Aktivite-rol performansın nasıl yerine getirildiğini şekillendiren yeni alışkanlıklar öğreniyor olabilir, yeni bir rol ediniyor olabilir, memnuniyet ve hoşnutluk yaşıyor olabilir, başardığı işle ilgili değer biçiyor olabilir ve performans açısından kendini yeterli hissediyor olabilir.

Bireyin ne yaptığı, düşündüğü ve hissettiği ile ilgili yönlerden her biri terapi süreci için olmazsa olmazdır. Bu sebeple MOHO kavramlarını kullanan terapistler, bireylerinin istemlerini, alışkanlıklarını, performans kapasitelerini ve çevresel koşullarını dikkate almalıdır. Terapistler, bu öğelerin terapi ilerledikçe nasıl bir etkileşim içerisinde olduklarını gözlemlemiştir. Bireylerin nasıl değiştiği ile ilgili

düşünmek ve terapi hedeflerine nasıl ulaşılacağını planlamak için temel bir yapı oluşturmuşlardır (46).

2.13.3.4. İYİLEŞTİRİCİ/ TEDAVİ EDİCİ KARAR VERME

Tedavi için muhakeme, MOHO kavramları ve kaynaklarının bireyin ihtiyaçlarını anlama ve bu ihtiyaçları hedefleme sürecidir. Muhakeme altı adımdan oluşur: birey ile ilgili sorular hazırlama, birey ile birlikte kendisi ile ilgili bilgi toplama, bireyin durumu ile ilgili genel bir açıklama yapabilmek için derlenen bilgiyi kullanma, terapi için hedefler ve stratejiler belirleme, terapiyi uygulama ve gözleme ve terapinin sonuçlarını belirleme (47).

2.13.3.5. NEDEN MOHO KULLANILMAKTADIR?

MOHO'nun zihinsel ve ruhsal hastanelerden çıkıp topluma kazandırma programlarına rehberlik etmesi açısından en uygun kavramsal uygulama modeli seçildiği ifade edilmektedir. Çünkü bu model, istihdam önündeki engellerin anlaşılması için kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır. İncisi MOHO, engelli çalışanların yaşadıkları problemleri anlamak ve işle ilgili hizmetleri geliştirmek için bir çerçeve olarak başarılı bir şekilde kullanılmıştır. Üçüncüsü MOHO, iş davranışı üzerinde çok faktörlü etkileri incelemektedir. Dördüncüsü, bu model işle ilgili hizmetlerde uygulama için bir dizi kaynak (değerlendirmeler, müdahale protokolleri, vaka örnekleri vb.) sunmaktadır. Beşincisi de MOHO, işle ilgili hizmetler bağlamında oldukça önemli bir dayanağı ortaya koymuştur (48).

Kielhofner'in MOHO, bireylerin farklı aktivite-rol alanlarında yer aldıkları dinamik süreci tanımlamaktadır. MOHO'yu kullanarak terapistler, bireylerin sahip olduğu aktivite-rollerin nasıl motive edildiği, nasıl rutin ve alışkanlık haline geldiğini ve belirli bir sosyal ve fiziksel çevrede nasıl gerçekleştirildiğini anlamak için kolay bir dil sunmaktadır. Mevcut kanıtlar, İnsan Aktivite Modelinin (IAM) hem ulusal hem de uluslararası bağlamda en yaygın kullanılan aktivite-rol odaklı model olduğunu

göstermektedir. Bu kavrayışın, son yıllarda mesleğin özünü yansıtan aktivite-rol odaklı pratikler üzerindeki vurguyu gösterdiği belirtilmektedir (49).

MOHO'nun uygulama bağlamında yaygın olarak kullanımının sebebi olan pek çok faktör vardır. İlk olarak, aktivite-rol temelli uygulama modelleri ile ilgili son zamanlarda yapılan bir analiz, diğer modellere kıyasla MOHO'nun daha geniş kanıtsal temelleri olduğunu ortaya koymuştur. İkincisi MOHO, saha içerisinde aktivite-rol odaklı uygulamalara rehberlik etmesi amacıyla önerilmiştir. Diğer modellere kıyasla çok daha uzun bir geçmişe sahip olması da pratikte bu kadar yaygın kullanılmasının sebebi olabilir. Yapılan çalışmalar da, ergoterapistlerin MOHO'nun bütünsel yaklaşımına değer verdiklerini, birey temelli odağının ve diğer pratik modellerle örtüşmesi gibi özelliklerinin bu modelle birlikte kullanılabileceğini göstermektedir (50).

Buna ek olarak, bu modelin gelişiminde gelecekteki uygulama ihtiyaçları ve daha fazla standart hale getirilmiş bakım yöntemleri konusundaki baskı ile birleştirme konusuna sürekli vurgu yapılmaktadır. MOHO, kullanımını yönlendirmek için önemli kaynaklara sahiptir. Yapılan araştırmalar, terapistlerin bu modeli ve kaynaklarını uygulama açısından faydalı bulduğunu göstermektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan ulusal ölçekli bir anket çalışmasında Lee, Taylor ve Kielhofner (51), ergoterapistlerin MOHO'nun uygulamalarını üç yönden etkilediğini gördüklerini belirtmiştir. Bunlar; birey merkezli uygulama, tedavi planlama ve gözlemlenebilirlik, profesyonel kimlik ve uygulamadır. Oldukça yüksek bir yüzdeyle ergoterapistler, MOHO'nun bireyle ilgili bütünsel bir bakış açısı sunarak, bireyi ve öncelikli ihtiyaçları ile ilgili becerilerini geliştirerek ve bireylerin ergoterapi hizmetleri ile ilgili memnuniyetini artırarak birey merkezli uygulamaları kolaylaştırdığını belirtmiştir.

Ergoterapistler aynı zamanda MOHO'nun, tedavi hedefleri oluşturma ve müdahale için bireylere bir temel belirlemelerinde yardımcı olma konusunda güçlü bir dayanak sağlayarak uygulamalarını etkilediğini belirtmiştir. Ayrıca ergoterapistler, MOHO kullanımının daha fazla "aktivite-rol odaklı" uygulamaları geliştirdiğini, ergoterapi hizmeti olarak kendilerine güven kazandırdığını, bireyler ile iletişim kurabilmek için daha faydalı yollar sağladığını da belirtmiştir (52).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. BİREYLER

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün olanakları ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, Umut Evlerinde kalan 14 kişi ve devlete bağlı kurumsal bakım merkezi olan Saray Rehabilitasyon Merkezinde kalan 14 kişi alınmıştır. İki gruptaki bireyler aynı yaş ve cinsiyette eşleştirilerek seçilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden her kişiye, çalışmayı kabul ettiklerine dair aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu'ndan GO 14/179 Numarası ile izlenen çalışma, 04.06.2014 tarihinde değerlendirilmiş olup, tıbbi etik açısından uygun bulunmuştur.

3.1.1. ÇALIŞMA GRUBU

Umut evlerinden, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) tarafından takip edilen zihinsel ve ruhsal hastalık tanılı 14 kişi dâhil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 1) Umut Evlerinde yaşayan kişiler olmak,
- 2) Koopere olabilir,
- 3) İletişim kurulabilir olmak,
- 4) Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- 5) 20-40 yaş arasında olmak.

3.1.2 KONTROL GRUBU

Kontrol grubu olarak aynı kriterlere sahip, ASPB'e bağı kurumsal bakım merkezi olan Saray Rehabilitasyon Merkezinde yaşıyan 14 kişi dâhil edilmiştir.

3.2 YÖNTEM

Bireylerin hayatlarındaki değişiklikler bir ergoterapi modeli olan İnsan Aktivite Modeli (İARM) (MOHO- Model of Human Occupation) çerçevesinde değerlendirilerek ölçüldü.

MOHO hizmet alanlarını ilgilendiren, çeşitli aktivitelere katılımı gösteren dinamik bir süreci ifade etmektedir. Ergoterapistler; MOHO birey odaklı model ile hizmet alanın aktivitelerini analiz ederek, fiziksel ve sosyal ortamlar içinde motivasyon ve becerilerinin rutinelere ve alışkanlıklara nasıl dönüştüğünü kolayca açıklayabilmektedir. Kanıtlara göre MOHO uluslararası en yaygın kullanılan aktivite odaklı modeldir(9,13,16). Bu model, müdahale yapmak amacıyla klinik veri toplama ve yorumlama için değerlendirmelerde kılavuz olarak kullanılır. Birçok faktörle MOHO'nun sık kullanımı açıklanmıştır. Birincisi, aktivite temelli modellere göre MOHO'nun büyük bir kanıt tabanına sahip olduğu gösterilmiştir. Kanıt tabanlı uygulama gereksinimi nedeniyle MOHO önemli bir değerlendirme aracı olarak ortaya çıkmaktadır. İkincisi MOHO sahada yapılan değerlendirmeler sonucunda aktivite odaklı uygulamalara rehberlik oluşturan ilk Ergoterapi Modeli olması nedeniyle kullanım konusunda avantajlıdır (1,13). Araştırma sonuçlarına göre ergoterapistlerin MOHO'yu birey merkezi odaklı, holistik olması, uygulama kolaylığı ve diğer uygulama modelleri ile birlikte kullanılabilen bir model olması nedeniyle tercih ettiği belirtilmektedir (9,14).

Çalışmaya yetişkin Umut Evlerinde kalan 14 birey dâhil edildi. Kontrol grubu olarak benzer yaş ve özellikleri olan devlete bağı kurumsal bakım merkezi olan Saray Rehabilitasyon Merkezinde kalan aynı sayıda birey alındı. Çevre farklılığı ve aktivite-rol katılımı karşılaştırılarak incelendi.

Bireylerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, kaç yıldır kurumda kaldığı ile ilgili bilgiler ilk görüşmede alındı. Konut Çevresel Etki Anketi (REİS) ve İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı (MOHOST) ile değerlendirmeler yapıldı Çalışmaya katılan her kişiye bu değerlendirme yöntemleri uygulandı.

Değerlendirme Umut Evlerinde bir günde aynı ergoterapist tarafından önce MOHOST sonra REİS sırasıyla yapıldı. Saray Rehabilitasyon Merkezinde ise 1. gün MOHOST, 2. gün REİS sırasıyla uygulandı. Bu değerlendirmeler iki deneyimli terapist tarafından işbölümü ile uygulandı. Tez araştırılmacıısı formu doldurururken, değerlendirme maddelerinin anlatımı diğer terapist tarafından yapılarak testin anlaşılması sağlandı. Kullanılan değerlendirme yöntemlerinin geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış aşağıdaki değerlendirme yöntemleri kullanıldı:

3.3.1 İNSAN AKTİVİTE-ROL MODELİ TARAMA ARACI –İARMTA (The Model of Human Occupation Screening Tool- MOHOST)

İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı- İARMTA (The Model of Human Occupation Screening Tool-MOHOST Version 2.0, 2006), MOHO'nun temel kavramlarını inceleyen(irade, alışkanlık, beceri ve çevre) bir değerlendirmedir. Hizmet alanın aktivite-rol katılım fonksiyonlarını incelemeye ergoterapistlere yardımcı olmaktadır.

MOHOST, ergoterapistin bireyin aktivite-rolünün fonksiyonuna dair bir genel değerlendirme elde etmesini sağlar. Uygulayıcılar tarafından geliştirilmiş MOHOST ergoterapi hizmetleri için tarama yaparken ergoterapistin topladığı bilgileri somutlaştırmaya çalışır. MOHOST, çok sayıda veri toplama yöntemini kullanır ve çok sayıda müdahale ortamında kullanılabilir kadar esnektir. Ayrıca, MOHOST ergoterapistin bireyler, aileler ve diğer profesyonellere bulguları anlaşılır bir şekilde iletmesini sağlayan bir dil kullanır. MOHOST, bireyin aktivite-rolünü, aktivite rolün

paternini, iletişim/etkileşim, süreç ve motor becerileri ve ortam için motivasyonunu ele alır. MOHOST, ergoterapi hizmetleri için tarama yapmanın yanında, ergoterapi müdahale amaçlarına doğru gelişmeyi belgelemek üzere kullanılmaktadır. MOHOST sürüm 2.0, 2006 yılında, son araştırmalara dayanılarak revize edilmiştir ve değerlendirme ölçeği kriterleri harfli değerlendirme ölçeği etiketlerine dönüştürülmüştür (K= Aktivite-Rol Katılımı Kolaylaştırılır, S = Aktivite-Rol Katılımı Sağlanır, E = Aktivite-Rol Katılımı Engellenir, K1 = Aktivite-Rol Katılımı Kısıtlanır) (36,53).

MOHOST sürüm 2.0, 6 bölümde düzenlenmiş 24 maddeden oluşmaktadır. Bunlar; Aktivite-Rol için Motivasyon (ya da istemi), Aktivite Rol Paterni (ya da alışkanlık), İletişim ve Etkileşim Becerileri, Süreç Becerileri, Motor Beceriler ve Çevre/Ortam. Terapistler gözlem, tablo incelemesi, resmi olmayan mülakatlar ve diğer değerlendirmelerin herhangi bir kombinasyonu ile toplanan bilgileri sentezleyerek bu maddeleri değerlendirir. Her bir madde, kişisel ya da çevresel faktörlerin aktivite-rollerde bireyin katılımını desteklediği ya da azalttığı ölçüde değerlendirilir; 4 puanlı ölçek faktörün aktivite-rollerdeki katılımı kolaylaştırdığını, sağladığını, engellediğini ya da kısıtladığını gösterir. Ergoterapistlerin değerlendirmelerin anlamını daha detaylı yorumlamak ve her bireyin kendine özel ihtiyaçlarını karşılamak üzere amaçları ve müdahale planlarını kişiselleştirmek için MOHO teorisini kullanması önerilmektedir (54).

1039 yetişkin psikiyatrik birey ile bir araştırma yapılmış, sonuçlar araştırma ve klinik amaçlar için MOHOST kullanımını desteklemiştir. MOHOST'un, yapı geçerliliği, madde ayırma güvenilirliği ve eşzamanlı geçerliliğinin iyi olduğu kanıtlanmıştır. Aktivite-rolün katılımın bir ölçüsü olarak, MOHOST uygulayıcılarına ve araştırmacılara, geçerli ve güvenilir bir istem, alışkanlık, iletişim/etkileşim becerileri, süreç becerileri, motor becerileri ve katılım üzerindeki çevresel etkiler ölçüsü sunmaktadır.

Ayrıca MOHOST'un, MOHO kavramlarının çoğunluğunu içeren, kişiyle iletişime geçip problemlerini açıklığa kavuşturan ve katılımdaki özel zorlukları anlamaya yardımcı olduğu ifade edilmiştir (55).

Çalışmamızda İARMTA'a göre 6 bölümü değerlendirildi (Aktivite-Rol için Motivasyon, Aktivite-Rol Paterni, İletişim ve Etkileşim Becerileri, Süreç Becerileri, Motor Beceriler ve Çevre). Aktivite-Rol için Motivasyon bölümünde birinci alt bölüm olarak Becerilerin İncelenmesi (Mevcut güçlü yanlarını ve kısıtlılıklarını anlama, Doğru beceri inancı, Doğru yetkinlik görünümü ve Kapasite farkındalığı) değerlendirildi. İARMTA'a göre her birey 4 puanlı seviyeye göre sınıflandırıldı. Birinci seviyede; Aktivite-Rol katılımı kolaylaştırılır; yani kendi kapasitesini doğru değerlendirir, kısıtlılıklarının farkında ve güçlü yanlarını tanır. İkinci seviyede Aktivite-rol katılımı sağlanır; yani kendi yeteneklerini az ya da aşırı olarak yine de eğilim tahmini yapar ve bazı sınırlamaları tanır. Üçüncü seviyede ise Aktivite-rol katılımı engellenir; yani destek olmadan gücünü ve kısıtlılıklarını anlamada zorluklara sahiptir. Dördüncü seviyede ise Aktivite-rol katılımı kısıtlanır; yani becerileri yansıtamaz, kendi yeteneklerini gerçekçi tahmin etmede başarısızdır.

Aktivite-Rol için Motivasyon bölümünde ikinci alt bölüm olarak; Başarı Beklentisi (iyimserlik ve umut, öz-yeterlik, kontrol duygusu ve öz-kimlik) değerlendirildi. İARMT'ya göre her birey için 4 puanlı seviyeye göre sınıflandırıldı. Birinci seviyede Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; yani başarı bekliyor, zorluklarla mücadele etmek istiyor ve engellerin aşılması konusunda iyimserdir. İkinci seviye Aktivite-rol katılımı sağlanır, yani başarı için bir miktar umudu, yeterli öz-inancı var ama bazı şüphelere sahip ve teşvik gerekebilir. Üçüncü seviyede Aktivite-rol katılımı engellenir, yani engelleri aşma konusunda iyimserliğini sürdürmek için destek gerektirir ve zayıf öz-yeterliği vardır. Dördüncü seviyede ise Aktivite-rol katılımı kısıtlanır, yani kötümser, umutsuz hissediyor, engeller karşısında pes ediyor ve kontrol duygusundan yoksundur.

Aktivite-Rol için Motivasyon bölümünde üçüncü alt bölüm olarak İlgi (Hoşnutluk ifade edilmesi, Memnuniyet, Meraklılık ve Katılım); 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; açık, meraklı, hareketli, yeni aktiveleri dener, hoşnutluğunu ifade eder, ısrarla devam eder ve içeriği görür. İkinci seviyede Aktivite-rol katılımı sağlanır, yani seçimlere rehberlik etmede yeterli ilgisi var ve ilgilerine ulaşmak için bazı fırsatları var. Üçüncü seviyede Aktivite-rol katılımı engellenir, yani çıkarlarını ya da kısa süreli ilgileri belirlemesi zor ve aktivite seçimi konusunda kararsızdır. Dördüncü seviyede ise Aktivite-rol katılımı kısıtlanır; yani kolayca sıkılabilir, ilgilerini belirleyemez, ilgisiz, hatta destekli meraktan yoksundur.

Aktivite-Rol için Motivasyon bölümünde dördüncü alt bölüm olarak Seçimler (Uygunluk taahhüdü, Değiştirmek için hazırlık, Değer ve anlam duygusu ve Tercihler ve hedefler); 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; tercihleri ve önemlilik duygusu net ve hedeflerine yönelme çalışmasına motivasyonu vardır. İkinci seviyede Aktivite-rol katılımı sağlanır, yani seçimlerini çoğunlukla yapabilir, ayarlama ve hedefler doğrultusunda çalışmak için teşvik gerekebilir. Üçüncü seviyede Aktivite-rol katılımı engellenir, yani önemli olanın ne olduğunu belirleme veya hedeflere yönelik çalışma için zorlukları var ve tutarsızdır. Dördüncü seviyede ise Aktivite-rol katılımı kısıtlanır; yani hedefler belirlenemez, dürtüsel, karmakarışık, hedeflere ulaşamaz ya da anti-sosyal değerlere dayanır.

İARMTA'da ikinci bölüm Aktivite-Rol Paternidir. Bu bölümde birinci alt bölüm olarak Rutinler (Denge, Alışkanlıkların organizasyonu, Yapı ve Üretkenlik) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır, yani dengeli olmasını düzenleyebilir, günlük aktivitelerin rutini düzenli ve üretkendir. İkinci seviyede Aktivite-rol katılımı sağlanır; yani düzgün ve üretken günlük programı korumak veya takip etmek genellikle mümkündür. Üçüncü seviyede Aktivite-rol katılımı engellenir; dengeli düzenleme ve desteği olmadan üretken günlük aktivite rutinlerine sahip olması zordur. Dördüncü seviyede ise Aktivite-rol katılımı kısıtlanır;

yani karmakarışık veya boş rutinleri var, sorumlulukları ve hedefleri desteklemez ve düzensiz rutine sahiptir.

Aktivite-Rol Paterni bölümünde ikinci alt bölüm olarak Adaptasyon; (Değişim beklentisi, Alışılmış değişim tepkisi ve Değişime tolerans) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviye Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır, yani değişiklikleri anlıyor, talebi karşılamak için eylemler veya rutini değiştirir (esnek / uzlaşmacı). İkinci seviyede Aktivite-rol katılımı sağlanır; yeni genellikle davranışını değiştirebilir, ayarlamak için zaman gerekebilir ve tereddütlüdür. Üçüncü seviyede Aktivite-rol katılımı engellenir; yani değişime adaptasyonu zordur, isteksiz, pasif ya da alışkanlıkla değişikliklere abartılı tepki verir. Dördüncü seviyede ise Aktivite-rol katılımı kısıtlanır; katı, rutinleri adapte etmeyen ya da değişiklikleri tolere edemeyen görüntüsü vardır.

Aktivite-Rol Paterni bölümünde üçüncü alt bölüm olarak Roller; (Rol kimliği, Rol çeşitliliği, Aidiyet ve Katılım) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; yani çeşitli rolleri tanımlar, rollerinde kimlik ya da aidiyet duygusu vardır. İkinci seviyede Aktivite-rol katılımı sağlanır; yani genellikle bir veya daha fazla rol ile tanımlar ve bu rollerin aidiyet duygusu vardır. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; rollerin kısıtlı tanımlanması, aşırı rol ya da çatışma ve rolün aidiyet duygusu bir miktar zayıftır. Dördüncü seviyede ise aktivite-rol katılımı kısıtlanır; yani herhangi bir rol ile tanımlamak zordur, rolün talepleri ihmal edilir ve aidiyet duygusu yoktur.

Aktivite-Rol Paterni bölümünde dördüncü alt bölüm olarak Sorumluluk; (Rol yetkinliği, Beklentilerin karşılanması, Yükümlülükleri yerine getirmek ve Sorumlulukların dağıtılması) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; yani güvenilir bir şekilde aktiviteleri tamamlar ve rol yükümlülükleri ile ilgili beklentileri karşılar. İkinci seviyede Aktivite-rol katılımı sağlanır; çoğu sorumlulukları yerine getirir, beklentileri karşılar ve çoğu rollerin yükümlülüklerini yerine getirir. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; yani

beklentileri yerine getirmek ve desteği olmadan rol yükümlülüklerini karşılamak zordur. Dördüncü seviyede ise Aktivite-rol katılımı kısıtlanır; yani aktivite talepleri veya yükümlülüklerini karşılamak için sınırlı bir yeteneği vardır ve rol aktivitelerini tamamlayamaz.

İARMTA'da üçüncü bölüm İletişim ve Etkileşim Becerileridir. Bu bölümde birinci alt bölüm olarak Sözsüz Beceriler; (Göz teması, Hareketler, Oryantasyon ve Yakınlık) birey 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; yani kültür ve durumlara uygun (muhtemelen kendiliğinden) ortaya çıkan vücut dili vardır. İkinci seviyede aktivite-rol katılımı sağlanır; genellikle uygun vücut dili gösterebilir veya kontrol edebilir. Üçüncü seviyede ise aktivite-rol katılımı engellenir; uygun vücut dili görünümü ve kontrol etmek zordur (geç/ kısıtlı/ uygunsuz). Dördüncü seviyede ise aktivite-rol katılımı kısıtlanır; uygun vücut dili görülemez (yoktur, uyumsuz, güvensiz ve saldırgan).

İletişim ve Etkileşim Becerileri bölümünde; ikinci alt bölüm olarak Konuşma (Açıklama, Başlatılması ve sürdürülmesi, Konuşma içeriği ve Dil) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; uygun başlatır, açıklar ve sürdürebilir, konuşmalar net, açık ve doğrudandır. İkinci seviyede Aktivite-rol katılımı sağlanır; genellikle dili kullanabilir ve etkili bilgi alışverişi yapabilir. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; konuşmanın başlaması, açıklaması ve sürdürülmesi zordur (tereddüt, durdurma, kısıtlı ve ilgisiz). Dördüncü seviyede ise aktivite-rol katılımı kısıtlanır; İletişimsel olmayan, kopuk, tuhaf veya bilgileri açıklayamaz şekildedir.

İletişim ve Etkileşim Becerileri bölümünde üçüncü alt bölüm olarak Vokal İfade (Tonlama, Artikülasyon, Ses yüksekliği ve Hız), 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; yani iddialı, konuşkan, uygun ses tonu, yüksekliği ve hızını kullanır. İkinci seviyede Aktivite-rol katılımı sağlanır; Sesli ifadesi, genel olarak tonu, yükseklik ve hızı uygundur. Üçüncü seviyede Aktivite-rol

katılımı engellenir; kendini ifade zorluğu (mırıldanarak, baskılı konuşma ve monoton) vardır. Dördüncü seviyede ise Aktivite-rol katılımı kısıtlanır; kendini ifade edemeyen (belirsiz, çok sessiz ya da gürültülü ve çok hızlı ya da pasif) şekildedir.

İletişim ve Etkileşim Becerileri bölümünde dördüncü alt bölüm olarak İlişkiler (İşbirliği, Ortaklık, İlişki ve Saygı) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; hoş sohbet, destekleyici, başkalarının farkında olarak katılımı sürdürmektedir, dost ve diğerleri ile oldukça ilgilidir. İkinci seviyede Aktivite-rol katılımı sağlanır; genellikle başkalarıyla ilişki kurabilir ve başkalarının ihtiyaçlarının çoğuna farkındalık gösterir. Üçüncü seviyede Aktivite-rol katılımı engellenir; işbirliği ya da birkaç olumlu ilişki kurması zordur. Dördüncü seviyede Aktivite-rol katılımı kısıtlanır; başkaları ile işbirliği veya pozitif ilişkiler kuramaz.

İARMTA'da dördüncü bölüm Süreç Becerileridir. Bu bölümde birinci alt bölüm olarak Bilgi (Bilgi araştırma ve akılda tutma, bir aktivitede ne yapacağını bilmek ve Nesnelerin nasıl kullanılacağını bilmek) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; yani ilgili bilgileri arar ve aklında tutar, araçlarını uygun şekilde kullanır. İkinci seviyede Aktivite-rol katılımı sağlanır; genellikle ilgili bilgileri arayabilir, aklında tutabilir ve araçlarını uygun şekilde kullanabilir. Üçüncü seviyede Aktivite-rol katılımı engellenir; araçları kullanması zordur ve bilgi sorması ya da bilginin tutulması zordur. Dördüncü seviyede Aktivite-rol katılımı kısıtlanır; bilgi /araçlarını kullanamaz, bilgi tutamaz ve aynı bilgi için tekrar tekrar sorar.

Süreç Becerileri bölümünde ikinci alt bölüm olarak Zamanlama (Başlatma, Tamamlama, Sıralama ve Konsantrasyon) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; konsantrasyonu sürdürmektedir; başlar, sıralar ve uygun zamanlarda aktivite-rolü tamamlar. İkinci seviyede Aktivite-rol katılımı sağlanır; genellikle konsantrasyonu sürdürebilir, başlar, sıralar ve uygun aktivite-rolü tamamlayabilir. Üçüncü seviyede Aktivite-rol katılımı engellenir; dalgalı

konsantrasyon veya dağınık başlatma vardır, sıralama ve tamamlamak zordur. Dördüncü seviyede Aktivite-rol katılımı kısıtlanır; konsantre olamaz, başlatamaz ve sıralama veya aktivite- rolü tamamlayamaz.

Süreç Becerileri bölümünde üçüncü alt bölüm olarak Organizasyon (Alanları ve eşyaları düzenlemek, Düzeltme, Hazırlık ve Eşyaların toplanması) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; aktivite-rolde gerekli araçları/ eşyaları etkin bir şekilde arar, toplar ve geri düzeltir (düzenli). İkinci seviyede aktivite-rol katılımı sağlanır; genelde gerekli araçları/ eşyaları arayabilir, toplayabilir ve geri düzeltir. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; Arama, toplama ve araçları/ eşyaları geri düzeltme zordur ve dağınık/ düzensiz görünür. Dördüncü seviyede aktivite-rol katılımı kısıtlanır; araçları ve eşyaları aramaz, toplamaz ve geri düzeltmez (karmaşık, dağınık).

Süreç Becerileri bölümünde dördüncü alt bölüm olarak Problem Çözme (Yargılama, Adaptasyon, Karar verme ve Cevap verme); 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; doğru karar verir, zorlukları anlar ve uygulanabilir çözümler üretir (mantıklı). İkinci seviyede aktivite-rol katılımı sağlanır; genellikle ortaya çıkan zorluklara göre kararlar verebilir. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; ortaya çıkan zorlukları anlama, adapte etme zordur ve teşvik ister. Dördüncü seviyede aktivite-rol katılımı kısıtlanır; ortaya çıkan zorlukları anlamaz ve adapte edemez, uygunsuz kararlar verir.

İARMTA'da beşinci bölüm Motor Becerileri'dir. Bu bölümde birinci alt bölüm olarak Postür ve Hareketlilik (İstikrar, Yürüyüş, Yerleşimi, Ulaşma, Pozisyonlama, Bükülme, Denge ve Transferler) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; sabit, dik, bağımsız, esnek ve hareket aralığı iyidir (muhtemelen çevik). İkinci seviyede aktivite-rol katılımı sağlanır; Genellikle aktivite-rolde duruş ve hareketliliği bağımsız olarak veya yardımlar ile sağlayabilir. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; herhangi bir yardımcıyla bile

zaman zaman sabit değil ve yavaşlar veya zorluk ile yönetir. Dördüncü seviyede aktivite-rol katılımı kısıtlanır; son derece dengesiz, ulaşamaz, bükülemez ve yürüyemez.

Motor Beceriler bölümünde ikinci alt bölüm olarak. Koordinasyon (Manipülasyon, Hareket, Kolaylığı, Akışkanlık ve İnce motor beceriler); 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; vücut parçalarını birbirleri ile koordine eder, pürüzsüz ve akışkan hareketleri kullanır (muhtemelen becerikli). İkinci seviyede aktivite-rol katılımı sağlanır; aktivite-roller için küçük kesintiler ve bazı gariplik ve sertlikler vardır. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; hareketleri koordine etmesi zordur (beceriksiz/ ürkek/ garip/ sert). Dördüncü seviyede aktivite-rol katılımı kısıtlanır; koordine edemez, manipülasyonu ve akışkan hareketleri kullanamaz.

Motor Beceriler bölümünde üçüncü alt bölüm olarak Gücü ve Çabası (Kavrama, Kaldırma, Elle alma, Taşıma, Hareket ve Kalibrasyonu) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; kavrama, hareket ve yeterli güç/ hız ile eşyaları güvenli taşır (muhtemelen güçlü). İkinci seviyede aktivite-rol katılımı sağlanır; genellikle güç ve çabası görevlerin çoğu için yeterli olmaktadır. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; Yeterli güç ve hız ile eşyaları taşımada, kavrama ve hareket zorlukları var. Dördüncü seviyede aktivite-rol katılımı kısıtlanır; kavrama yapamaz, hareket etmez, uygun güç ve hız ile eşyaları taşıyamaz (zayıf/ çelimsiz).

Motor Beceriler bölümünde dördüncü alt bölüm olarak Enerji (Dayanıklılık, Hız, Dikkat ve Dayanma gücü); 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; uygun enerji seviyesini korur ve aktivite-rol boyunca tempoyu koruyabilir. İkinci seviyede aktivite-rol katılımı sağlanır; enerji bazı zamanlarda biraz yüksek ya da düşük olabilir ve çoğu görevler için kendini ayarlayabilir. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; enerjiyi korumada

zorlanır (kolayca yoruluyor/ yorgunluğa bağlı/ dağınık /huzursuz). Dördüncü seviyede aktivite-rol katılımı kısıtlanır; enerjiyi koruyamaz, odaklanmadan yoksun, uyuşuk, pasif veya çok aşırı aktiftir.

İARMTA'da altıncı bölüm Çevre'dir. Bu bölümde birinci alt bölüm olarak Fiziksel alan (Kendine-bakım, Üretkenlik ve Serbest zaman olanakları, Mahremiyet ve Erişebilirlik, Stimülasyon ve Rahatlık); 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; çevre çeşitli fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rolleri destekler ve uyarır. İkinci seviyede aktivite-rol katılımı sağlanır; çevre çoğunlukla yeterli ve günlük aktivite-rollerin sürdürülmesine izin verir. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; sınırlı fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rollerin performansını azaltır. Dördüncü seviyede aktivite-rol katılımı kısıtlanır; çevre fırsatları kısıtlar ve değerli aktivite-rollerin performansını engeller.

Çevre bölümünde ikinci alt bölüm olarak Fiziksel Kaynaklar (Ekonomi, Ekipmanlar ve araçlar, Eşyalar ve ulaşım, Güvenlik ve bağımsızlık) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede Aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; kolaylıkla aktivite-rolün hedefleri sağlanabilir ve ekipmanlar ve aletler uygundur. İkinci seviyede aktivite-rol katılımı sağlanır; genellikle aktivite-rol hedeflerine ulaşılmasına izin verir, bazı engeller ortaya çıkabilir. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; güvenli bir şekilde aktivite-rol hedeflerine ulaşmak için yeteneği engellenmiştir ve ekipmanlar ve araçlar yetersizdir. Dördüncü seviyede aktivite-rol katılımı kısıtlanır; güvenli bir şekilde aktivite-rol hedeflerine ulaşmak için yeteneği engellenmiştir ve ekipmanlar ve araçlar yetersizdir.

Çevre bölümünde üçüncü alt bölüm olarak Sosyal Gruplar (Aile dinamikleri, Arkadaşlar ve Sosyal destek ve Çalışma ortamı, Beklentiler ve katılım); 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; sosyal gruplar uygulama desteği sunar ve değerler ve inançlar en iyi fonksiyonu destekler. İkinci seviyede aktivite-rol katılımı sağlanır; genellikle destek sunabilir ama bazen

katılım altında veya üzerinde olur. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; az destek verir veya katılımdan uzaklaştırır, bazı gruplar destekler, diğerleri desteklemez. Dördüncü seviyede aktivite-rol katılımı kısıtlanır; ilgi eksikliği veya uygunsuz katılımdan dolayı desteklemez.

Çevre bölümünde dördüncü alt bölüm olarak Aktive-Rol Talepleri (Aktivite talepleri, Kendine-bakım, Üretkenlik ve Serbest zaman, Kültürel sözleşmeler ve Aktivitelerin Yapısı) 4 puanlı seviyede sınıflandırıldı. Birinci seviyede aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır; aktivitelerin talepleri yetenekler, ilgiler, enerji ve kullanılabilir zaman ile iyi eşleşmiştir. İkinci seviyede aktivite-rol katılımı sağlanır; genellikle yetenekler, ilgiler, enerji ve kullanılabilir zaman ile uyumlu ve zorluklar ortaya çıkabilir. Üçüncü seviyede aktivite-rol katılımı engellenir; yetenekleri ve ilgi ya da kullanılabilir zaman ve enerji ile bazı net tutarsızlıklar var. Dördüncü seviyede aktivite-rol katılımı kısıtlanır; çoğunlukla talebin altında ya da üstünde yetenekleri ile tutarsız aktivite oluşumu vardır.

3.3.2. KONUT ÇEVRESEL ETKİ ANKETİ- KÇEA (The Residential Environment Impact Survey- REIS)

Konut Çevresel Etki Anketi (Sürüm 2.0, 2008); Yarı-yapılandırılmış değerlendirme ve rehber test aracıdır. Toplumda yaşam evlerinin çevresel etkilerini incelemek için tasarlanmıştır.

Konut Çevresel Etki Anketi (REIS), konut grup evlerinin farklı yönlerinin mental/gelişimsel engelleri olan sakinleri nasıl etkilediğini değerlendirmek için tasarlanmış İnsan Aktivite-Rol Modeline (İARM-MOHO) dayalı standardize olmayan, yarı yapılandırılmış değerlendirme ve danışmanlık aracıdır (Fisher, Arriaga, Less, Lee & Ashpole, 2008). Değerlendirmeye sakinlerin hayat kalitesini desteklemede, ev kapasitesini ölçme ve geliştirmede, ergoterapistlere yapılandırılmış bir

yol göstermekte, mevcut araçları tamamen göstermekte ve bir inceleme sunmaktadır (Fisher, 2004). Özellikle, REIS ev çevresinin optimal işleyiş ve aktivite-rol gelişimini artırma derecesini ölçmektedir. Ergoterapist, bu değerlendirmeye ev ve sakinleri arasındaki “uyumu” geliştirmek için tavsiyeler sunar, güçlü yönleri ve geliştirilmesi gereken noktaların özelliklerini tanımlar.

REIS; ev ortamının ilk gözlemi, en az üç faaliyetin gözlemlenmesi (yemek zamanı, sabah ve akşam rutini, ve serbest zaman ya da toplumsal faaliyet gibi), sakinlerin yarı yapılandırılmış grup görüşmesi ve denetçi ve/veya evin personeli ile yapılan görüşme dahil olmak üzere dört bileşenden oluşmaktadır. Bu veri toplama stratejileri, MOHO’da çevresel yapıyı temsil eden nesnelere, görevler/faaliyetler ve sosyal gruplar/sosyal içerik olarak çevrenin dört yönü ile bağlantılıdır (56).

REIS bileşenleri, ev içerisindeki günlük hayatın çok yönlü perspektifini sağlamak üzere bir araya gelmektedir. REIS’den toplanan bilgiler, REIS kılavuzunda bulunan bir değerlendirme formunun doldurulması ile sentezlenebilir. Değerlendirme, her birinin 4 puanlı ölçeği ile derecelendirilen 24 farklı bölgeden oluşmaktadır.

REIS diğerlerine nazaran 2008 yılında piyasaya sürülmüş yeni bir araçtır ve bu sebeple güvenilirlik ve geçerliliğini tanımlayan yayınlanmış araştırma mevcut değildir. Ancak, aracın Arriaga ve Less (Fisher, 2004) iki yazarı tarafından, Chicago’daki iki evde bir pilot çalışma yürütülmüştür. Bu pilot çalışma zihinsel engelleri olan toplamda 14 kadını içermektedir. Arriaga ve Less, REIS aracının evlerin ve sakinlerinin derinlemesine incelenmesini sağlayabildiğini ortaya koymuştur. Güçlü yönleri ve ilgi alanlarının altı çizilmiştir (Fisher, 2004). Pilot testin ardından, gelişimsel engeller ve İnsan Aktivite-Rol Modeli alanında uluslararası uzmanlardan geri bildirim istenmiştir. Genel olarak, bu geri bildirim pozitif bulunmuştur (57).

Araştırmamızda kullandığımız ikinci değerlendirme KÇEA. Bu değerlendirmede 4 bölüm vardır. Birinci bölüm Ön Gözlem Kılavuzu, bu bölümde değerlendirmeci eve

girince ilk dikkatini çeken şeylere odaklanmaktadır. Yer Erişimi; ev içinde erişebilirliği ve katılımcılarının seçtiği aktivite yerine ulaşabilirliği ve mevcudiyete bakılır (mutfak, çamaşırhane). Kognitif ve Fiziksel Destekler; kognitif destekler resimleri, hatırlatma sistemleri, yazılmış program, kontrol listeleri, vb. incelenir. Fiziksel destekler dâhilinde tutunma barları, merdiven korkulukları ve adaptif cihaz incelenir. Fiziksel Çevre; ev içinde ve dışında bariyerler (merdiven ve korkuluk varlığı, yığılma, kalabalık), yeterli aydınlatma, kapı genişliği, kapı tokmakları ya da kollarının kullanım kolaylığı, açmak için kolay kapılar, ışık anahtarlarının uzanabilir mesafede olmasına, banyo erişilebilirliği olarak; tuvalet yüksekliği, lavabo ve küvet ve tuvalet için tutunma barları olmasına bakılır. Doğal Çevre olarak ev dışında bahçesinin durumu ve ulaşılabilirlik incelenir. Mobilya; katılımcıların kapasiteleriyle eşleşen mobilyanın durumu (sandalye / kanepeler kolay kullanım ve rahatı) ve Güvenlik konuları (banyo, kilim, halı) değerlendirilir. Duyusal Çevre olarak: aşırı sıcaklığın olması, sağlığa zararlı kokular, görsel ya da işitsel dikkat dağıtıcı, gürültü seviyesi, istenilen kadar çevrenin duyusal niteliklerini değiştirme fırsatı, duyusal girdiye ulaşılabilirliği (sallanan sandalye) ve sessiz alana ulaşılabilirliği incelenir. Ev/ Yaşanan yer kalitesi olarak: ev dekoru, kişisel ilgileri yansıtması, dekor, yemek ve müziğin katılımcıların kültürünü yansıtması, duvarlarda resimlerin varlığı ve mobilyanın kalitesi, evde ne tip mobilya bulunduğu incelenir. Nesnelerin Mevcudiyeti olarak: sakinlerin aktiviteleri yapmak için mevcut nesnelere, kitaplar, filmler, egzersiz ekipmanları, bilgisayar ve el sanatları vb. bakılır. Kişisel Tercihleri olarak: çevre; ilgi, keşif, sosyal ilişkiler, kişisel tercih ve karar vermeyi ne kadar destekler gördüğüne bakılır. Program için: günlük programı, görev ve sorumlulukların nasıl dağıtılıp iletildiği, standart rutini değiştirmek için fırsatları ve ev içinde hayat/fonksiyon üzerinde rutinin etkisi incelenir. Evinde Arkadaşlar ve Aile ile İletişim: ev dışında sosyal ağ, problem çözümü ve evdeki kişiler arasında etkileşimin yapısı incelenir. Personel ile İletişim için katılımcılarla iletişimin şekli (anaç, tarafsız, otoriter, baba gibi), kişilere karşı duyguların ifadesi, davranışlar ve tavırlar, problem çözümü, karar verme işlemi, özerkliğin desteklenmesi ve güçlendirilmesi değerlendirilir;

Konaklama Çevresinin Etkisi Anketinde İkinci bölüm Aktiviteler/ Görevler Gözlem Kılavuzudur. Bu bölümde üç aktivitenin gözlenmesi önerilmiştir; bir yemek zamanı, bir geçiş süresi (sabah rutini veya yatmaya geçiş rutini) ve bir grup aktivitesi, ya bir topluluk toplantısı ya da serbest zaman/ eğlence aktivitesini içeren aktiviteye bakılır. Gözlemlenen Aktivitede; Sakinler ve personelin varlığı, etkileşimlerin yapısı, personel ve çevresel destek, sağlanan destek tipi/tipleri, destek nasıl sağlanıyor, desteğin düzeyi ve desteğin düzeyinin sakın ya da sakinler tarafından istenilmesine bakılır.

Konaklama Çevresinin Etkisi Anketinde Üçüncü bölüm ise Sakinlerle Grup Görüşmesidir. İlk alt bölüm olarak Yer Değerlendirmesi, fiziksel mekânlar; yatak odası, mutfak, çamaşır odası, oturma odası, banyo, kişisel eşyalar için depolama yeri (kıyafet, para, bakım öğeleri) dolaplar, çekmeceler veya kaplar gibi, yalnız kalmak için yer, doğal çevresi ve bahçe değerlendirilir. Fiziksel Çevre; ev dışında merdivenler, ev içinde merdivenler, mobilya türü, odadaki mobilya miktarı ve dağınıklık derecesi (evde çok fazla eşyanın olması) değerlendirilir.

İkinci alt bölüm ise Nesnelere Değerlendirmesi'dir; Bakım malzemeleri/ Makyaj malzemesi (şampuan, sabun, deodorant, kadın ürünleri), bakım araçları (traş makinesi, diş fırçası, tırnak kesme makinası), giysiler, adaptasyon cihazı, serbest zaman/dinlenme aktiviteleri, kendi televizyonu, kendi video oynatıcısı, kendi müzik aleti ya da radyosu, sanat ve zanaat gibi hobiler için kendi malzemeleri (boyalar, keçeli kalem, kâğıt, makas, yapıştırıcı, iplik, el sanatları materyali, bahçe aletleri, kamera/ilgili ise), kendi eğitim malzemeleri (defterler, kalemler, kitapları), kendi parası, kendi kitapları, kendi fotoğrafları ve kendi "özel eşyalarına" bakılır.

Üçüncü bölümde üçüncü alt bölüm olarak Görevlerin Değerlendirmesi'dir; beslenme, giyinme, banyo yapma/duş alma, kendi başına tuvalet kullanma, kişisel bakım (tırış, diş fırçası, tırnak bakımı, makyaj) incelenir. Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri; arama yapma veya telefona cevap verme, istediği şey için para harcama, ilaç alma, alışveriş, pişirme/ fırınlama, egzersiz ve bir evcil hayvan bakımı yapma

değerlendirilir. İş/ Okul/ Gündelik İşler; işe ya da bir çalışma programına gitme, günlük bir programa gitme, okul veya iş eğitim programına gitme, gönüllü işe gitme, ev işleri yapma (temizlik, çamaşır yıkama) ve bahçe işi yapma incelenir. Sebeseb zaman/Rekreasyon olarak; çizim/ boyama, dikiş/el sanatları/örme, okuma, fotoğraf çekimi, ev dekorasyonu ve televizyon/film izleme, bilgisayar kullanma, yazma (şiirler, hikâyeler, günlük), evde partiler/ etkinlikler için planlama, evdeki etkinliklere katılım, dans etme, şarkı söyleme, müzik dinleme, tahta oyunları veya kart oyunları, spor yapma, eğlence/ egzersiz için mahallede yürüme, ev içinde aile ziyareti ve ev içinde arkadaşları ziyaret incelenir. Toplumsal Aktiviteler olarak; parka gitmek, spor merkezi veya fitness merkezine gitme, geziler/seyahate gitme, toplu taşıma/ özel ulaşım araçları kullanma, sinemaya gitme, kütüphaneye gitme, toplumdaki etkinliklere gitme(spor etkinlikleri, tiyatro, konser), restorana gitme, randevuya gitme ve cami ya da tapınağa gitme değerlendirilir.

Dördüncü alt bölüm ise Sosyal gruplar/ Sosyal ortam'dır. Bu bölümde Kişisel Tercihleri; kendi odasını düzenleme ve dekore etme, düzenleme ve ortak alanları süsleme, elbise giyme, radyo dinleme, televizyonu istediği zaman izleme, para harcama ve yemek yeme değerlendirilir. Program/ Rutin; Ne zaman uyanacağı ve uyumaya gideceği, işten sonra neler yapacağı, serbest zamanı nasıl geçireceği, ne zaman ve nasıl ev işleri yapacağı, duş/ banyo yapma zamanı, telefonla arama zamanı, ziyaretçi kabul zamanı ve ziyaretçi ile ne yapacağı incelenir. Sosyal politikalar olarak; oda arkadaşları nasıl seçilir, odalar nasıl belirlenir, gezilere kim gider, geziler nereye yapılır, kim/ ne zaman evden ayrılır ve genel olarak kurallar ve kararlar nasıl şeyler hakkında konur, değerlendirilir. Sosyal ortamda rutin, aile ve arkadaşlar ile sosyal etkileşim, personelle sosyal etkileşim, kurallar ve ev yerleştirme değerlendirilir.

Konaklama Çevresinin Etkisi Anketinde Dördüncü bölüm ise süpervizör/ personel görüşmesidir. Onların bakış açısını öğrenmek için 11 soru vardır. Kişilerin evdeki kararlara katılması, sakinlerin personelle ve kişilerin birbirleri ile anlaşması incelenir. Aktivitelerde kişilere gerekli yardım miktarının sağlanması, kişiler tarafından

zor davranışlarla nasıl başedildiği ve personel için en zor davranışların neler olduğu incelenir. Kişilere yardımın doğru şeklini sağlamak için personele ek bilgi, yetenek ve ne tür eğitim programlar veya deneyimler verilmelidir, incelenir. Ev ve gündüz programları arasında, ev ve aileler arasındaki iletişimi geliştirmek için neler yapılabilir değerlendirilir. Hedefler nasıl belirlenir ve bu süreç nasıl geliştirilebilir; personel, kişilerin kendi hedeflerine ulaşmasına yardımcı olacak aktiviteleri; kişilerin güçlendirilmesi ve öz-savunmasını desteklemek için ne yapar, kendini ve ev sakinlerini düşündüğünde iyi olarak neler yapar, iyileştirmek gereken alanlar ve iyileştirme için engeller nelerdir, değerlendirilir.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS 20,0 programı kullanılmıştır. Ölçümle belirlenen değişkenler, ortalama \pm standart sapma ($X \pm SS$) olarak ifade edilmiştir.

Ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliklerini belirlemek için faktör analizleri yapılmış, Cronbach Alfa ile güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. İki grup arasındaki farkı karşılaştırmak için; normal dağılıma uygun olan değişkenlere parametrik analiz olan T testi, uygun olmayan değişkenlerde karşılaştırmak için non-parametrik analiz olan Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Ankara'da yaşıyan zihinsel ve ruhsal hastalığı olan bireylerde aktivite-rol performansı ve yaşam çevresi incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmaya 28 kişi dâhil edilmiştir. Bu kişiler ASPB'a ait Umut Evleri'nde kalan bireyler (n=14) Çalışma grubu olarak ve Saray Rehabilitasyon Merkezinde kalan bireyler (n=14) Kontrol grubu olarak iki gruba ayrılmıştır. Çalışmaya katılan iki gruptaki kişilerden elde edilen bulgu ve analizler aşağıda yer almaktadır.

4.1. SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR

Çalışmamıza ASPB'a bağlı Umut Evlerinde Kalan zihinsel ve ruhsal hastalığı olan bireyler çalışma grubu olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunu ise Saray Rehabilitasyon Merkezinde kalan zihinsel ve ruhsal hastalığı olan bireyler oluşturmuştur. Çalışma grubuna yaş ortalaması $31,14 \pm 6,06$ yıl olan 8 kadın (%66,6), 4 erkek (%33,3) alınmıştır (n=14). Kontrol grubuna yaş ortalaması $30,71 \pm 6,46$ yıl olan 8 kadın (%66,6), 4 erkek (%33,3) alınmıştır (n=14). Gruplar yaş ve cinsiyet açısından benzer olarak belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.1)(Tablo 4.2).

Tablo 4.1 Gruplardaki Yaş Ortalaması

Yaş (Yıl)	Çalışma		Kontrol	
	X	±SS (min-max)	X	±SS (min-max)
4-40	31,14	± 6,06 (22-40)	30,71	± 6,46 (19-40)

Tablo 4.2 Grupların Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Çalışma		Kontrol	
	Grubu	%	Grubu	%
Kadın	8	66,6	8	66,6
Erkek	6	33,3	6	33,3

4.2. AKTİVİTE-ROL KATILIM İLE İLGİLİ BULGULAR

İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı (İARMTA), 28 birey üzerinde uygulanmıştır. 24 maddeden oluşan ölçek iki farklı yerleşimde yaşayan bireylere aynı ergoterapist tarafından uygulanmıştır. A ve B konaklama türlerindeki kişilerin farklılıkları araştırılmıştır.

Ölçeğin geçerliğini belirlemek üzere faktör analizi yapılmıştır. Umut Evinde yaşayanlar A grubu olarak, Saray Rehabilitasyon Merkezinde yaşayan bireyler B grubu olarak belirlenmiştir. A için faktör analizi sonuçları, ölçeğin toplam varyansın % 87'sini açıklayan altı faktöre sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca ölçeğin güvenirlik katsayısı (Cronbach Alfa) 0,89 olarak bulunmuştur. B için faktör analizi sonuçları, ölçeğin toplam varyansın % 86'sini açıklayan altı faktöre sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca ölçeğin güvenirlik katsayısı (Cronbach Alfa) da 0,89 olarak bulunmuştur.

A ve B’de farklı görüşlerin olup olmadığını incelemek için öncelikle her iki grubun sonuçları toplanarak puanları elde edilmiştir. Normallik varsayımı kontrol edilmiş ve varsayımın sağlandığı görülmüştür ($p>0.05$). Uygulanan analiz sonuçları Tablo 4.3’de görülmektedir.

Tablo 4.3 İARMTA Toplam Puanları Arasındaki Fark

Konaklama	Ortalama	±	Std.	P
	Sapma			
A Çalışma	78.42	± 9.50	-3.495	0.0
B Kontrol	65.21	± 10.48		02

A ve B arasında İARMTA ölçeğinde bireylerin verdiği cevaplarda istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle anlamlı bir farklılık bulunmuştur. A ve B’nin hangi konularda farklı görüşleri olduğu incelenmiştir.

Altı alt ölçekten oluşan dörder soru kendi grupları arasında toplanarak skor puanları elde edilmiştir. Aktive-Rol için Motivasyon, Aktive-Rol Paterni, İletişim ve Etkileşim Becerileri, Süreç Becerileri, Motor Becerileri ve Çevre için normallik varsayımı kontrol edilmiştir. İletişim ve etkileşim becerileri, motor becerileri ve çevre için normallik varsayımı sağlanmamıştır ($p<0.05$). Uygulanan analizler sonucunda aşağıdaki bilgilere ulaşılmıştır.

A ve B arasında Aktive-Rol için Motivasyon, Aktive-Rol Paterni ve Süreç Becerileri için bireylere verilen puanlamada istatistiksel olarak %95 güvenirlilikle anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Çevre için verilen puanlamada da farklılık olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4 İARMTA Farklılık Çıkan Alt Ölçekler
Motivasyon Alt Ölçek Puanları Arasındaki Fark**

Konaklama	Ortalama	±	Std.	T	p
	Sapma				
A	12.07	± 2.369		-2.512	0.0
B	9.64	± 2.735			19

Patern Alt Ölçek Puanları Arasındaki Fark

Konaklama	Ortalama	±	Std.	T	p
	Sapma				
A	11.86	± 2.381		-3.003	0.0
B	9.07	± 2.526			06

Süreç Becerileri Alt Ölçek Puanları Arasındaki Fark

Konaklama	Ortalama	±	Std.	T	p
	Sapma				
A	12.79	± 2.547		-2.690	0.0
B	9.93	± 3.050			12

Çevre Alt Ölçek Puanları Arasındaki Fark

Konaklama	Ortanca	IQR	P
A	12	0	0.0
B	9	3	00

A ve B arasında iletişim ve etkileşim becerileri ve motor becerileri için bireylere verilen puanlamada istatistiksel olarak %95 güvenirlikle anlamlı bir farklılık yoktur. Konaklama türlerine göre bireyler yalnızca iletişim ve etkileşim becerileri ile motor becerileri konusunda farklılık göstermemişlerdir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 İARMTA Farklılık Çıkmayan Alt Ölçekler

İletişim ve Etkileşim Becerileri Alt Ölçek Puanları Arasındaki Fark			
Konaklama	Ortanca	IQR	p
A	12	0	0.3
B	9	3	18
Motor Becerileri Alt Ölçek Puanları Arasındaki Fark			
Konaklama	Ortanca	IQR	p
A	16	2	0.6
B	16	1	50

4.3 ÇEVRE İLE İLGİLİ BULGULAR

Konaklama Çevresinin Etkisi Anketi (KÇEA-REIS), 6 ev üzerinde uygulanmıştır. 24 maddeden oluşan ölçek iki farklı konaklama türündeki kişilere aynı ergoterapist tarafından uygulanmıştır. A ve B konaklama türündeki kişilerin farklılıkları araştırılmak istenmiştir.

Ölçeğin geçerliğini belirlemek üzere faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi sonuçları, ölçeğin toplam varyansın % 85'ini açıklayan üç faktöre sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca ölçeğin güvenirlik katsayısı (Cronbach Alfa) da 0,75 olarak bulunmuştur. Oluşturulan faktörlerde yer alan sorular aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4.6 Faktör Analizi Sonuçları

Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
S2: doğal çevre	S1: alan erişimi	S8: adaptasyon ekipmanları
S3: fiziksel çevre	S5: ev ortamı kalitesi	S12: serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım
S4: duyuşal ortam	S6: GYA* nesnelere	S15: program/rutin
S9: katılım	S7: serbest zaman nesnelere	S16: evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri
S17: personelle etkileşim	S10: çalışma ve gündelik işlere katılım	S18: karar verme
S19: sağlanan yardım düzeyi	S11: YGYA** katılımı	
S20: otonomi	S13: toplumsal aktiviteler	
S21: güçlendirme	S14: kendini ifade	
	S22: hedef süreç	
	S23: dış iletişim	
	S24: aktive-rol kimliği ve rol gelişimi	

*GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

****YGYA: Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri**

A ve B’de farklı görüşlerin olup olmadığını incelemek için öncelikle her iki grubun sonuçları toplanarak skor puanları elde edilmiştir. Normallik varsayımı kontrol edilmiş ve varsayımın sağlanmadığı görülmüştür ($p<0.05$). Uygulanan analiz sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tablo 4.7 Toplam İki Konaklama Yeri Arasındaki Fark

Mann-Whitney U Test			
Konaklama	Ortanca	IQR	P
A	72	0	0.0
B	59	0	46

A ve B arasında kişilere verilen puanlamada istatistiksel olarak %95 güvenirlikle istatistiksel olarak bir farklılık vardır($p<0.05$). Hangi konuda farklılık olduğuna oluşturulan faktör düzeylerinde bakılmıştır. Normallik varsayımı kontrol edilmiş ve Faktör 1 ve Faktör 2 için varsayımın sağlandığı($p>0.05$), Faktör 3 için varsayımın sağlanmadığı($p<0.05$) görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizler sonucu elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

A ve B arasında Faktör 1 ve Faktör 2 için kişilere verilen puanlamada istatistiksel olarak %95 güvenirlikle anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 4.8).

Tablo 4.8 Faktör 1 Faktör 2 Düzeylerine Göre İki Konaklama Yeri Arasındaki Fark

Faktör 1 Puanları Arasındaki Fark					
Konaklama	Ortalama	±	Std.	T	P
	Sapma				
A	24.66 ± 6.65			1.123	0.3
B	18.66 ± 6.42				24
Faktör 2 Puanları Arasındaki Fark					
Konaklama	Ortalama	±	Std.	T	P
	Sapma				
A	33.33 ± 5.68			0.923	0.4
B	28.66 ± 6.65				08

A ve B arasında Faktör 3 için kişilere verilen puanlamada istatistiksel olarak %95 güvenirlikle anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4,9 Faktör 3 Düzeyine Göre İki Konaklama Yeri Arasındaki Fark

Faktör 3 Puanları Arasındaki Fark				
Konaklama	Ortanca		IQR	p
A	16		0	0.1
B	10		0	21

İki konaklama yerini içerik bakımından karşılaştırmak için “Güçlü” ve “Uygun” bulunan Ev sayıları, “Güçlü” ve “Uygun” Ev Toplamı olarak “Olumlu” Çevre yönlerinin dağılımına bakılmış, ev dışında iletişim ve serbest zaman nesnelere haricinde Umut Evlerinde Kurum Evleriyle eşit ya da daha güçlü ve uygun bulunmuştur (Tablo 4,10).

Tablo 4.10 İki Konaklama Yerindeki(Umut Evi-UE ve Kurum Evi-KE) Güçlü, Uygun ve Toplam Olumlu Yön Açısından Evlerin Karşılaştırılması

	Güçlü UE	Güçlü KE	Uygun UE	Uygun KE	Olumlu UE	Olumlu KE
Alan erişimi	3	2	0	0	3	2
Doğal çevre	2	1	0	1	2	2
Fiziksel çevre	2	1	0	0	2	1
Duyusal ortamı	1	1	1	0	2	1
Ev ortamı kalitesi	3	2	0	1	3	3
GYA nesnelere	2	1	1	2	3	3
Serbest zaman nesnelere	1	2	0	1	1	3
Adaptasyon ekipmanları	2	2	1	1	3	3
GYA katılımı	3	1	0	1	3	2
Çalışma ve gündelik işlere katılımı	0	0	2	1	2	1
EGYA katılımı	2	0	0	2	2	2
Serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım	1	0	0	1	1	1
Toplumsal aktiviteler	0	0	1	0	1	0
Kendini ifadesi	0	0	2	0	2	0
Program/rutin	0	0	2	0	2	0
Evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri	1	0	1	1	2	1

	Güçlü UE	Güçlü KE	Uygun UE	Uygun KE	Olumlu UE	Olumlu KE
Personelle etkileşimleri	1	1	2	1	3	2
Karar verme	0	0	1	0	1	0
Sağlanan yardım düzeyi	1	0	1	0	2	0
Otonomi	0	0	2	0	2	0
Güçlendirme	0	0	2	0	2	0
Hedef süreç	0	0	2	0	2	0
Ev dışında iletişim	1	0	0	2	1	2
Aktive-rol kimliği ve rol gelişimi	0	0	3	1	3	1

İki konaklama yerini içerik bakımından karşılaştırmak için “Büyük iyileştirme” ve “Az iyileştirme” bulunan Ev sayılarını ve Toplam olarak “Olumsuz” Çevre Yönlerinin dağılımına bakılmış ve yine az ve büyük iyileştirme gereken alanlar açısından iki madde haricinde Kurum Evleri daha fazla iyileştirme ihtiyacı göstermiştir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11 İki Yerleşim Yerindeki (Umut Evi-UE ve Kurum Evi-KE) “Büyük iyileştirme”, “Az iyileştirme”ve Toplam Olumsuz Yön Açısından Evlerin Karşılaştırılması

	Büyük iyileştirme UE	Büyük iyileştirme KE	Az iyileştirme UE	Az iyileştirme KE	Olumsuz UE	Olumsuz KE
Alan erişimi	0	0	0	0	1	0
Doğal çevre	0	0	1	1	1	1
Fiziksel çevre	1	0	0	0	2	1
Duyusal ortamı	0	2	1	0	0	1
Ev ortamı kalitesi	0	0	0	0	0	0
GYA nesnelere	0	0	0	0	0	0
Serbest zaman nesnelere	0	0	2	0	0	2
Adaptasyon ekipmanları	0	0	0	0	0	0
GYA katılımı	0	0	0	0	1	0
Çalışma ve gündelik işlere katılımı	0	0	1	2	2	1
EGYA katılımı	0	1	1	1	0	1
Serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım	0	0	2	2	2	2
Toplumsal aktiviteler	0	1	2	2	2	3
Kendini ifadesi	1	1	0	2	2	1
Program/rutin	0	3	1	0	0	1
Evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri	0	0	1	2	2	1

	Büyük iyileştirme UE	Büyük iyileştirme KE	Az iyileştirme UE	Az iyileştirme KE	Olumsuz UE	Olumsuz KE	
Personelle etkileşimleri	0	0	0	1	0	1	
Karar verme	0	2	2	1	2	3	
Sağlanan yardım düzeyi	0	1	1	2	1	3	
Otonomi	1	2	0	1	1	3	
Güçlendirme	0	0	1	3	1	3	
Hedef süreç	0	1	1	2	1	3	
Ev Dışında iletişim	0	0	2	1	2	1	
Aktive-rol kimliği ve rol gelişimi	0	0	0	2	0	2	

Kurum bakım evleri ve UE'de yapılan incelemelerde ev ortamının 24 yönü “Güçlü”, “Uygun”, “Az iyileştirme” ve “Büyük iyileştirme” ihtiyaçları açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre 3 Umut Evinde Güçlü bulunan 8-9 madde tespit edilmiş. 7-10 madde ise "Uygun" bulunmuştur. "Az iyileştirme" gerektiren 6-7 madde varken, "Büyük iyileştirme" ihtiyacı 1-2 maddede tespit edilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezi üç kurum bakım evinde ise “Güçlü” Bulunan 4-5 madde, “Uygun” Bulunan 4-7 madde var iken; “Büyük iyileştirme” ihtiyacı olan 3-6 madde ve “Az iyileştirme” ihtiyacı olan 9-10 madde tespit edilmiş ve Kurum Evlerinin çoğu yönden az iyileştirme ihtiyacında olduğu tespit edilmiştir.

Yüzdeler üzerinden karşılaştırma yapıldığında Büyük ve Az iyileştirme ihtiyacı yüzdesi kurum bakımındaki evlerde sırasıyla %25 ile %41,6 arasında iken, UE'de Büyük ve Az iyileştirme ihtiyacı olan evlerin oranı %0,08 ile %29,1 olarak daha az bulunmuştur.

5. TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Ruh hastalıkları kronik hastalık olarak bildirilmektedir. Uzun yıllardır zihinsel engelli bireyler için en uygun müdahale bulma konusunda çok çaba gösterilmiştir. Bu bireylerin yaşadıkları yerin etkisinin olduğu konusunda fikir birliği olmasına rağmen, bu konu hakkında fazla araştırma yapılmamıştır.

Genel olarak büyük rehabilitasyon merkezlerinin başarılı olmadığı bildirilmektedir. Batı ülkeleri uzun zamandan beri zihinsel engelli bireyler için başka bir yaklaşım araştırmaktadır. Genel olarak büyük rehabilitasyon merkezlerinin hizmet kalitesinin kontrolünün zor olduğu, bireylerin toplumdan izole olarak yaşadıkları ve sosyal yeteneklerini kaybetme riski olduğundan başarılı bulunmamaktadır. Birkaç ülkede zihinsel engelli bireyler için toplum içinde yaşama projesi başarılı olarak gösterilmiş ve artık Dünya Sağlık Örgütü gibi kurumlar diğer ülkelere bunu tavsiye etmeye başlamışlardır.

Bu düşünce ile çalışmamızda zihinsel ve ruhsal sağlık problemlili olan bireyler araştırılmış, Türkiye’de yeni başlayan Umut Evleri projesi incelenmiştir. Ergoterapi yaklaşım modelinden MOHO’ya göre kişi ve aktivite ile ilgili faktörler ile çevre değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza katılan bireyler literatürde alternatif olarak kabul edilen Umut Evlerinde ve literatürde standart olarak kabul edilen Saray Rehabilitasyon Merkezinde kalan zihinsel engelli bireylerden oluşmuştur. Yaş ve cinsiyet açısından inceleme sonuçlarının güvenilirliği açısından Umut Evleri ile kurumdaki bireylerden benzer özellikleri olanlar eşleştirilmiştir.

Saray Rehabilitasyon Merkezindeki evlerde “Burada kalırken şartların iyi olmasına rağmen dışarıya çıkmak mümkün olmadığı için kendimi özgür olarak hissetmiyorum. Bu evde önceden çok eğleniyordum ama buraya yeni gelenler olduğu için huzurum kaçtı, ne yazık ki kurumda ev değiştirme hakkım bulunmuyor” şeklinde

olumsuz ifadeleri olan çok sayıda kişinin olması araştırıcıya Umut Evlerinde kalanlarda daha iyi sonuçlar çıkabileceğini düşündürmüştür.

2010 yılında yazdığı makaleye göre, standart ve alternatif hizmet veren iki yerleşim modeli arasında önemli fark bulmuştur. Evdeki ortamda; personel ve kalanlar arasındaki ilişki kalitesine öncelik verilmiş ve bu ilişki alternatif modelde terapi için en önemli faktör olarak ele alınmıştır. Alternatif modelde psikososyal müdahaleye odaklanıldığından kullanılan psikotrop ilaç dozlarının standart modelde yaşayan kişilere göre daha az olduğu görülmüştür. Sonuç olarak alternatif hizmet veren merkezlerde stigmanın önlenmesinin hedeflendiği, bu hedefe ulaşabilmek için izolasyondan kaçınmak gerektiği ve sosyal bağların desteklenmesi, personel ve birey arasındaki duygusal mesafenin korunması, duygusal üzüntüye destek ve empatik yaklaşım önerilmiştir (58).

2010 yılında yayınlanan İngiltere'de yapılan bir araştırmada, zihinsel engelli iki grup alınmıştır. Nitel ve nicel bulgulara göre alternatif hizmet kullanıcılarında işbirliği ve etkin yardım arama daha fazla görülmüştür. Kendine ve diğerlerine zarar verme riski, standart ve alternatif ortamlarda aynı bulunurken, alternatif evlerde kalanlarda şiddet olaylarının nadir görüldüğü ve davranış problemlerinin daha az ortaya çıktığı ifade edilmiştir (59).

2009 yılında yayınlanan diğer makalede, 12 farklı zihinsel engelli kurumu incelenmiş; taburcu olduktan sonra, kuruma dönüş oranı, yatış süresi, toplum mental sağlığı hizmetlerinin kullanılma oranı ve maliyetinde, alternatif ve standart hizmetler arasında anlamlı önemli farklılık bulunmadığı belirtilmiş, alternatif evlerin maliyetinin standart kurumlardan biraz daha ucuz olduğu tespit edilmiş ve bu da maliyet etkin olabileceği fikrini doğurmuştur (60).

Bir sistematik inceleme çalışmasında, 27 konu ile ilgili araştırma değerlendirilmiş, sonuç olarak 9 araştırmada standart ve alternatif hizmetler arasında bir fark bulunamamıştır. Sayıca daha fazla olan, diğer araştırmalara göre alternatif hizmeti alanların daha memnun oldukları gösterilmiştir (61).

Bizim çalışmamızda diğer çalışmalar gibi Umut Evlerinde yaşayanları sonuçları kurumda kalanlardan daha iyi bulunmuştur. Ancak iletişim ve etkileşim becerileri ve motor beceriler arasında bir farklılık bulunamamıştır. Motor beceriler arasında farklılık çıkmamasının nedeni olarak ev çevresi ile kurumdaki evlerin çevresinin ulaşılabilirlik, postür, hareket etme, koordinasyon ve enerji açısından farklılık göstermemesinden kaynaklandığını düşündürmektedir. İletişim ve etkileşim becerileri ise toplumsal katılımın tam gerçekleşebildiği ortamlarda daha fazla gelişim gösterebilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar da bunu desteklemektedir (62). Ancak Umut Evlerinde kalan bireyler için toplumsal katılım aynen kurum bakımındaki kısmi katılım şeklinde bakıcı ve uzman gözetiminde ve yönlendirmesinde olması nedeniyle şu anda bir sosyal içermeye göstermemektedir. Farklılık bulunmamasının nedenlerinden biri olarak bu durum düşünülebilir. Ayrıca UE'de kalan bireylerin iletişim ve etkileşim becerileri için ilişkiler alt maddesinin katkısının önemli olabileceği düşünülmüştür. İlişkileri başlatmak ve sürdürmek için bir yerde bir süre yaşamak gerektiği bilinmektedir. Yeni bir komşu, arkadaş, müşteri vs ilişkisi için fırsatlar ve kaynakların iyileştirilmesi, toplumsal farkındalığın artırılması için bir zaman gerekmektedir. Kişinin kendisine ait sözsüz becerileri yani uygun vücut dilini kullanması, bir konuşmayı uygun yer ve zamanda başlatabilmesi ve sürdürmesi, konuşmanın içeriğinin etkili olabilmesi ve ses tonu, yüksekliği, hızı gibi kendini ifade etmedeki mevcut becerilerinin, kişinin iç özellikleri olarak müdahale yapılmadan değiştirilememesi, iki yerleşim yerindeki bireyler için benzer sonuçları ortaya çıkarttığı düşünülmektedir.

Konaklama Çevresinin Etkisi Anketi (KÇEA)'e göre 24 madde değerlendirdik. Genel olarak bakıldığında, otonomi ve karar verme yetkisi her alt madde için önemli bir katkı oluşturduğundan anlamlı bir farklılık bulunamadı. Ayrıca Umut Evlerinde fiziksel çevre iyileştirilmesine rağmen kurumun kuralları ve zihniyetinin aynen devam etmesinin iki yer arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkarmadığı görülmüştür. Daha detaylı madde bazında yapılan Konaklama çevresinin değerlendirme sonuç yorumları aşağıda ifade edilmiştir.

Konaklama Çevresinin Etkisi Anketi (KÇEA) sonuç yorumları aşağıda ifade edilmiştir. Çubuk UE, Pursaklar UE ve yine Pursaklar Umut evinde yapılan KÇEA'de, üç evde de Birinci madde, Alan Erişiminde; "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" olarak derecelendirilmiştir. Buradan fiziksel alanın bu Umut Evleri için uygun, erişilebilir ve sakinlerin ihtiyaç ve isteklerini karşıladığı yorumu yapılabilir.

Saray Rehabilitasyon Merkezinde bulunan üç evde yapılan değerlendirme sonucunda, kızların yaşadığı bir ev ortamında "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" çıkarken diğer evlerde ise, "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" olarak derecelendirilmiştir. Kızların yaşadığı kurum bakımındaki evin fiziksel alanın erişilebilirliğinde bir problem olmamasına rağmen, kurum politikaları gereği kurallar, fiziksel alanların ihtiyaç ve isteğe göre kullanımında bazı iyileştirmeleri gerektirmektedir yorumu yapılabilir.

İkinci maddede Doğal Çevre olarak, ev etrafındaki bölgeye uygun erişilebilirlik sağlanması, sakinlerinin ihtiyaçları ve istekleri incelenildi. Bir Pursaklar Umut Evinde "bazı iyileştirme ihtiyaçları var ", diğer iki UE'de "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var " derecelendirilmesi yapıldı. Saray Rehabilitasyon Merkezinde incelenen birinci evde "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" sonucu çıkarken, ikinci ev ise, "bazı iyileştirmeler gereklidir" olarak derecelendirilmiştir. Üçüncü ev, "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" olarak derecelendirildi. Kızların yaşadığı Umut Evinde yapılan incelemede derecelendirmeye uygun olmadığı ve bazı ihtiyaçların gerektiği tespit edilmiştir. Bunun sebebi olarak, evde tekerlekli sandalyeli bir bireye uygun adaptasyon değişimlerinin yapılmadığını düşünmekteyiz.

Üçüncü maddede Fiziksel Çevre olarak, fiziksel çevrenin engelsiz, kişilerin bağımsız ve güvenliğini kolaylaştırması incelenilmiştir. Umut Evlerindeki ikinci ev "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" olarak derecelendirilmiştir. Üçüncü evde ise "önemli iyileştirme ihtiyaçları var" tespiti yapılmıştır. Saray Rehabilitasyon Merkezinde incelenen evlerden ikinci ev "bazı iyileştirme ihtiyaçları var " olarak derecelendirilmiştir. Üçüncü ev ise, "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var "

derecelendirilmesi yapılmıştır. Bu maddede ikinci maddedeki gibi tekerlekli sandalyeli birisi bulunmaktadır ve uygun adaptasyon değişimleri olmadığından dolayı bu evin derecelendirilmesi sonucu etkilemiştir.

Dördüncü maddede Duyusal Ortam olarak evde duyuşal şartların ve fırsatların uygun olması ve sakinlerinin ihtiyaçları ve istekleri değerdendirilmiştir. Umut Evlerinde incelenen bir ev "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var " olarak derecelendirilmiştir. İkinci ev "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" sonucunu gösterirken, üçüncü ev ise "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olarak derecelendirilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde incelenen evlerden iki ev "önemli iyileştirme ihtiyaçları var" olarak tespit edilmiştir. Üçüncü ev "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var " sonucunu gösterirken, Saray Rehabilitasyon Merkezindeki evlerde duyuşal girişe ulaşılabilirliği için duyuş girdisi sağlayacak eşyaların olmaması nedeniyle, bu maddede genel olarak zayıf dereceler gösterdiğini düşünmekteyiz.

Beşinci maddede Ev Ortamı Kalitesi olarak rahat bir ev, kültürel olarak uygun olması ve hoş bir ortam olmasını gerektirmektedir. Umut Evlerinde değerdendirilen üç ev "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var", Saray Rehabilitasyon Merkezinde incelenen evlerden iki ev "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var " derecelerini almıştır. Üçüncü ev ise, "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" olarak derecelendirilmiştir. Bakanlık tarafından sağlanan destek ve evlerin şartlarının kaliteli olması, bu maddede bütün evlerden yüksek dereceler almalarını sağlamıştır.

Altıncı maddede Günlük Yaşam Aktivite Nesnelere bakılmıştır. Günlük yaşam aktiviteleri için nesnelere olması ve bunların kullanımı için uygun destek sağlanması gerekmektedir. Umut Evlerinde değerdendirilen iki evde "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var " olarak derecelendirilmiştir. Üçüncü ev ise, "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" sonucu göstermiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde incelenen evlerden iki ev "sakinler için uygun destek ve

fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir", üçüncü ev ise "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" olarak derecelendirilmiştir. Bütün evlerde mevcut nesnelerin durumu uygun olduğundan dolayı, bu değerlendirmenin bütün evler için olumlu sonuçlandığını düşünmekteyiz.

Yedinci maddede Serbest Zaman Nesneleri olarak bunların mevcudiyetine ve kullanımı için uygun destek sağlanmasına bakılmıştır. Umut Evlerinde değerlendirilen iki ev "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olarak derecelendirilmiştir. Üçüncü Umut Evinde "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" olduğu tespit edilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde incelenen evlerden iki ev "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var " olarak değerlendirildi, üçüncü ev ise, "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" olarak derecelendirilmiştir. Bu maddede Umut Evlerine göre Saray Rehabilitasyon Merkezindeki evlerin daha iyi dereceler aldığı tespit edilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde atölyelerin olması yüksek dereceleri gösterme sebebi olarak düşünülmektedir.

Sekizinci maddede Adaptasyon Ekipmanları olarak uygun ve gerekli adaptasyon araçları temin edilmesi ve kullanım için uygun desteğin olmasına bakılmıştır. Umut Evlerinde değerlendirilen iki ev "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" olarak tespit edilmiştir. Üçüncü ev ise, "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" olarak derecelendirilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde incelenen evlerden iki ev "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var " olarak değerlendirilirken, üçüncü ev ise, "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" şeklinde derecelendirilmiştir. Umut Evlerinde ve Saray Rehabilitasyon Merkezindeki evlerde adaptasyon ekipmanları uygun ve temin edilmektedir.

Dokuzuncu maddede Günlük Yaşam Aktivitelerine (GYA) Katılım değerlendirmesi; günlük yaşam aktivitelerine sakinlerin katılması için fırsatlar ve kaynakları (yeme, giyinme, banyo, kişisel bakım) içermektedir. Umut Evlerinde değerlendirilen üç ev "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var " olarak

derecelendirilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde incelenen evlerden bir ev "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" olarak derecelendirilmiştir. İkinci evde "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" sonucuna varılmıştır. Saray Rehabilitasyon Merkezindeki üçüncü ev ise, " bazı iyileştirme ihtiyaçları var " olarak derecelendirilmiştir. Bu konuda bütün değerlendirilen maddelerde, Umut Evlerinde güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteğin sağlandığı tespit edilmiştir. Ancak, Saray Rehabilitasyon Merkezinde incelenen evlerde sorumlu uzmana göre belirlenmiş kuralların olması farklı sonuçlar çıkmasına neden olmuş olabilir.

Onuncu maddede Çalışma ve Gündelik İşlere Katılım olarak sakinlerin istedikleri kadar çalışma ve ev işlerine katılmada fırsatları ve kaynakları incelenmiştir. İki Umut Evi "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gerektirir" olarak derecelendirilirken, üçüncü ev ise "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" sonucunu göstermiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerden iki ev " bazı iyileştirme ihtiyaçları var " olarak derecelendirilmiştir. Üçüncü ev ise, "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" olarak derecelendirilmiştir. Bu maddeye göre, Umut Evlerinde ve Saray Rehabilitasyon Merkezindeki evler benzer sonuçlar göstermektedir. Çünkü çalışma konusunda Umut evleri ve kurum evlerinde benzer şekilde evlerin sorumlu uzmanları ve idare tarafından verilen kararlarla iş hayatı ve gündelik işler yapılmaktadır. Bu konuda yapılacak birey merkezli, ihtiyaç ve isteklerle belirlenecek yeteneklerin analizi ile eşleştirilecek mesleki rehabilitasyon uygulamaları ile fırsatlar yaratacak ve gerekli desteği verecek ergoterapist uzmanlığında çalışmalar yapılması uygun olacaktır.

On birinci maddede Yardımcı Günlük Yaşam Aktivite (YGYA) katılımı olarak; sakinlerin yardımcı günlük yaşam aktiviteleri performansı için fırsatlar ve kaynakları olması (yemek yapmak, çamaşır yıkamak, finans yönetimi, alışveriş, telefon, bilgisayar kullanımı) incelenmektedir. Umut Evlerinde değerlendirilen iki ev "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" olarak derecelendirilirken, üçüncü evde ise, "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olarak tespit edilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerden iki ev "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı

iyileştirmeler gereklidir" olarak derecelendirilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen üçüncü ev "önemli iyileştirme ihtiyaçları var" olarak tespit edilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezindeki evlerde ve Umut Evlerinde uygulanan kuralların benzer olması bu madde sonuçlarının hemen hemen yakın puan almasına yol açtığı düşünülmektedir.

On ikinci madde Serbest Zaman/Rekreasyon Aktivitelerine Katılım; sakinlerin serbest zaman aktivitelerine katılmak için fırsatlar ve kaynakların olması olarak incelenilmiştir. Umut Evlerinde değerlendirilen iki evde "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu tespit edilmiştir. Üçüncü ev ise, "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" olarak derecelendirilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerden iki ev "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" sonucu gösterirken, Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen üçüncü ev "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" olarak derecelendirilmiştir. Bu maddedeki sonuçların düşük olmasına rağmen, Pursaklar'daki bir evde "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var " olarak derecelendirilmiştir. Bu evde personelin bu konuya fazla önem vermesinin yüksek puan almalarını sağlamış olduğunu düşünülmektedir.

On üçüncü maddede Toplumsal Aktivitelere katılım olarak; sakinlerin toplumdaki olaylara ve gezilere katılmak için fırsatları ve kaynakları incelenmiştir. Umut Evlerinde değerlendirilen iki evde "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu görülmektedir. Umut Evlerinin üçüncü evi "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" değerlendirmesini almıştır. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerden iki ev "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olarak derecelendirilmiştir. Üçüncü evde ise, "önemli iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu gösterilmiştir. Bu maddedeki puanlamanın düşük olması; Kurum kurallarının uygulanmasında, ev dışındaki aktivitelere izin verilmesindeki problemlerin sonucu engellenen olduğunu düşünülmektedir.

On dördüncü maddede Kendini İfadesi olarak; kişisel alan dekorasyonu, giyim seçimi ve vakit geçirmek amacıyla sakinlerin kendilerini ifade etmesi için fırsatlar ve

kaynakları içeren bir araştırma yapılmıştır. Umut Evlerinden değerlendirilen iki evde "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" sonucuna varılmıştır. Üçüncü Umut Evinde "önemli iyileştirme ihtiyaçları var" olarak derecelendirilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerden iki evde " bazı iyileştirme ihtiyaçları var " olduğu tespit edilmiştir. Üçüncü ev ise " önemli iyileştirme ihtiyaçları var" olarak derecelendirilmiştir. Bu madde için evi genel olarak değerlendirmek zor olmuştur. Kişiyeye göre farklı sonuçlar çıkabildiği ve karşılaştırmanın yapılamayacağı kanaati oluşmuştur.

On beşinci madde Program / Rutin değerlendirmesinde, maksimum katılım ve bağımsızlığın kolaylaştırılması incelenmiştir. Umut Evlerinde değerlendirilen iki evde "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" sonucu alınmıştır. Umut Evlerinde üçüncü ev "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olarak derecelendirilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerin hepsinde "önemli iyileştirme ihtiyaçları var" sonucuna varılmıştır. Bu maddede Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerde büyük eksiklikler tespit edilmiştir. Buradaki evlerde programın kurum tarafından uygulandığını ve kişilere tercih fırsatı verilmediğini düşünmekteyiz. Kişinin istediği zaman yemek yiyebilmesi gibi rutinler Saray Rehabilitasyon Merkezindeki evlerde mümkün olmamaktadır.

On altıncı maddede Evde Yaşayan Diğerleri, Aile ve Arkadaşlar ile Etkileşimleri incelendiğinde, başkaları ile etkileşimde sakınler için fırsatlar ve kaynaklar olması değerlendirilmiştir. Umut Evlerinde değerlendirilen bir ev "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" olarak derecelendirilmiştir. İkinci Umut Evinde "güçlü ve sakınlerin fırsatı ve desteği var" sonucuna varılmıştır. Üçüncü evde ise, "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu tespit edilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen iki ev " bazı iyileştirme ihtiyaçları var " olarak derecelendirilmiştir. Üçüncü ev ise "güçlü ve sakınlerin fırsatı ve desteği var " olarak sonuç göstermiştir. Bu maddedeki sonuçların evden eve çok farklı görüldüğü bilinmektedir. Bu konuda evde kalanların aile ilişki durumuna göre etkilenebildiğini düşünmekteyiz.

On yedinci maddede Personelle Etkileşimleri olarak, olumlu ve uygun olup olmadığı incelenmiştir. Umut Evlerinde değerlendirilen iki ev "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" olarak tespit edilmiştir. Umut Evlerinde üçüncü ev ise "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var " olarak derecelendirilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerden birinci ev "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" sonucunu göstermiştir. İkinci ev ise, "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var " olarak derecelendirilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde üçüncü ev "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" olarak derecelendirilmiştir. Genel olarak, hem Umut Evlerinde, hem de Saray Rehabilitasyon Merkezindeki evlerde sakinler ve personel arasındaki etkileşim olumludur. Personeller tarafından sakinlere gösterilen davranışlar ve duygular samimi ve sıcaktır. Fakat etkileşim tipi annelik/babalık/ablalık gibi yani fazla koruyucu yaklaşım şeklindedir. Bu yaklaşım evlerde kalanlara otonomi ve güçlendirme konusunda destek sağlamamaktadır.

On sekizinci madde Karar Verme'de, evdeki yaşam üzerine etkisi olan kararlara katılmada sakinler için fırsat ve kaynak olması (politikalar, kurallar, rutinler) incelenmiştir. Umut Evlerinde değerlendirilen iki ev "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" sonucunu göstermiştir. Üçüncü evde ise, "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" sonucuna varılmıştır. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerden iki evde "önemli iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu, üçüncü evde ise "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak, bütün evlerdeki sonuçlar düşüktür, ayrıca hem Umut Evlerinde hem de Saray Rehabilitasyon Merkezindeki evlerde en çok müdahale gereken konunun bu olduğu düşünülmektedir. Kurumdaki genel kuralların kişisel karar vermeye izin vermediğini düşünmekteyiz. Evde kalan her bireyin karar vermeye katılması için prosedürün değişmesi gerektiğini önermekteyiz.

On dokuzuncu madde Sağlanan Yardım Düzeyi'nde; personel tarafından sakinlerine sağlanan yardım düzeyi, uygun, istenilen ve maksimum katılımı destekleyen şekilde olup olmadığı incelenmektedir. Umut Evlerinde değerlendirilen birinci evde

"bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu görülmektedir. Umut Evlerinin ikincisinde "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" olduğu tespit edilmiştir. Üçüncü evde ise, "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" olduğu, Saray Rehabilitasyon Merkezinde incelenen iki evde "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu tespit edilmiştir. Üçüncü evde ise, "önemli iyileştirme ihtiyaçları var" olarak derecelendirilmiştir. Genel olarak, bu maddede Umut Evlerindeki sonuçların Saray Rehabilitasyon Merkezinde incelenen evlerden daha iyi olduğunu göstermiştir. Umut Evlerinde kalanların sayısı daha düşük olduğu için personel tarafından sağlanan yardımın daha uygun olduğu düşünülmektedir.

Yirminci maddede Otonomi olarak, sakinlerin ihtiyaçlarını ve isteklerini karşılayan otonomi ve bağımsızlık için fırsatlar sağlanması incelenmiştir. Umut Evlerinde değerlendirilen iki evde "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" olarak derecelendirilmiştir. Üçüncü evde ise, "önemli iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu gösterilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerden ikisinde "önemli iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu tespit edilmiştir. Üçüncü evde ise, "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu görülmektedir. Bu maddede Umut Evlerinin derecelendirmelerinin olumlu çıktığını düşünmekteyiz. Fakat sadece kızların yer aldığı Pursaklar'daki Umut Evinde düşük derece çıkmıştır. Bunun nedeni olarak kızlar üzerinde koruyucu yaklaşımın fazla kullanılması olduğu düşünülmektedir.

Yirmi birinci maddede Güçlendirme değerlendirmesinde, sakinlerin kendileri için en önemli olan şeyleri tanımlaması ve sürdürmesine uygun fırsatlar ve kaynaklar ile sağlanması, kendileri için sonucu bilinçli kararlar ve savunuculuk olması incelenmiştir. İki Umut Evinde "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" derecelendirilmesi yapılmıştır. Üçüncü evde ise, "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" sonucu gösterilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerin hepsi "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olarak derecelendirilmiştir. Genel olarak, sakinlerin kendini güçlendirmesi için evlerde ergoterapistlerin ve kanıtlı bir müdahalenin olması gerektiğini önermekteyiz.

Yirmi ikinci maddede Hedef Süreç olarak sakinler için kurulan hedeflere, potansiyel başarı ve ilerlemeye uygun ve kullanışlı bir ölçü sağlama incelenilmiştir. Değerlendirilen iki Umut Evinde "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" derecelendirilmesi yapılmıştır. Üçüncü ev ise, "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" sonucunu göstermiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerden iki ev "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olarak derecelendirilmiştir. Üçüncü Umut Evinde ise, "önemli iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu belirlenmiştir. Bu maddede belirlenen hedef ve hedef süreçlerindeki iyileştirme, gelişme ve başarılı toplumsal katılım ihtiyaçları olduğunun her iki yerleşim yerinde de tespit edilmesi; mental/fiziksel sağlık alanında rehabilitasyon merkezlerinin ve/veya bakım evi ya da Umut evlerinin halen mevcutta koruma amaçlı meskenler oluşturma ve kişileri kronik durumda sabitleme düşünce yapısının değiştirilmesi ve toplumun aktif bireyleri olarak kişileri topluma katma algısı için çalışılması gerektiğini ortaya koymuştur.

Yirmi üçüncü maddede Ev Dışında İletişim olarak; Günlük program / iş merkezi ve aile ile iletişimin iyi koordine edilmesi ve evde günlük program ve aile aktiviteleri içinde sakinlerin tam katılımını desteklemesi incelenmiştir. Umut Evlerinde değerlendirilen iki evde "bazı iyileştirme ihtiyaçları var" olduğu tespit edilmiştir. Üçüncü ev ise, "güçlü ve sakinlerin fırsatı ve desteği var" olarak derecelendirilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerden iki ev "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" olarak derecelendirilmiştir. Üçüncü ev ise, " bazı iyileştirme ihtiyaçları var " olarak derecelendirilmiştir. Bu maddede kızların umut evinde fırsatlarının iyi olduğu ve desteğin sağlandığı gösterilmiştir. Bu evde kalanların diğer evlere göre komşular ile kurduğu ilişki ve aileleri ile iyi etkileşiminin bu sonucu ortaya çıkardığı kanaatindeyiz.

Yirmi dördüncü madde Aktive-Rol Kimliği ve Rol Gelişimi; olumlu ve anlamlı bir aktive-rol kimliği ve rolleri geliştirmek için sakinlere uygun fırsatlar ve kaynaklar sağlamasını içermektedir. Umut Evlerinde değerlendirilen bütün evler "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" olarak derecelendirilmiştir. Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerden iki evde

"bazı iyileştirme ihtiyaçları var " olduğu tespit edilmiştir. Üçüncü ev ise, "sakinler için uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir" sonucunu göstermiştir. Bu maddede normal olarak, Umut Evlerin dereceleri, Saray Rehabilitasyon Merkezindeki evlerden daha yüksektir. Umut Evlerinde kalanlar toplum içinde yaşadığı için, aktivite-rol kimliği ve rollerin geliştirilmesi daha kolaydır. Fakat buradaki fırsatların daha iyi kullanılması için kalanların kolayca evden çıkmaları ve ev dışındaki ilişkileri kurmasını desteklemek gerektiğini önermekteyiz. Şu anda personelin sorumlulukları gereği olarak kişilerin dışarıda fazla etkileşim kurmalarına izin vermediği bilinmektedir. Toplumsal katılımı başarı potansiyeli için personelin zaman zaman evde kalanlara kendi sorumluluklarını kazanma fırsatı sağlamaları gerektiği düşünülmektedir.

Genel olarak Umut Evleri sonuçları Saray Rehabilitasyon Merkezinde değerlendirilen evlerden daha yüksek bulunmuştur. Fakat hem Umut Evlerinde hem de Saray Rehabilitasyon Merkezindeki birey merkezli, kişilerin ihtiyaç ve isteklerine göre uzmanlarla beraber belirlenmiş hedefler oluşturulması ve buna yönelik müdahale planları ve uygulamalarla, toplum fırsatları ve desteklerin oluşturulmasında, tüm paydaşların sorumlu personel, yönetim, profesyoneller, bakım personeli, kişilerin kendisi ile idari destek, hükümet politikaları, mali destek vs. iyileştirmede ve pozitif değişimi sağlamada katkılarının alınması gerektiğinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca Umut Evleri projesinin başarılı olması için Umut Evlerinin geçici evler olarak planlanması, programın uzun vadeli hedefi olarak kalanların Umut Evlerinden sistem dahilinde ayrılmaları ve toplum içinde bir birey olarak yaşamalarını sağlama ve gerektiğinde destek vermenin önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Sonuç olarak, Umut evlerini geliştirmek ve hedeflere ulaşmak için üç tavsiye verilebilir. Birinci öneri, Umut evlerinde kalanlar için yeni bir sistem geliştirmek gerekli olabilir. Bu sistem içinde kalanların otonomileri ve kendi özgürlükleri çok önemli görülmelidir. Kurumdaki koruyucu zihniyeti bırakmak ve evlerde kalanların kendi sorumluluklarını almalarının uygun olacağı düşünülmektedir. İkinci olarak bu evlerde

kalmanın geçici olması gerektiği ve geçici yaşam hedefi oluşturmada ergoterapistlerin önemli rol alacağı düşünülmektedir. Ergoterapi birey merkezli çalışmaktadır. Birey merkezli çalışmalarda önce değerlendirmeler yapılmakta ve hedefler belirlenmektedir. Bu hedeflere ulaşmak ve toplumun bir bireyi olarak yaşamak için geliştirilmeye ihtiyaç olunan alanlara müdahale etmek gerekmektedir. Üçüncü olarak bireylerin hedeflerine ulaşmaları ve izole yaşamdan kurtulmaları için gönüllü gruplarla bağlantı kurmak uygun olabilecektir. Bunlara örnek olarak “Akran destek programları” birçok ülkede müdahale programı olarak kullanılmış ve sonuçları olumlu olarak rapor edilmiştir (63,64).

Bu araştırmayı planlarken ve uygularken birkaç zorlukla karşılaşmıştır. Birincisi, tez sahibinin ana dilinin Türkçe olmaması, çalışma katılımcıları ile iletişim sıkıntısına yol açmıştır. Bu durumun üstesinden gelmek için tez sahibine başka bir araştırmacı bütün katılımcıların değerlendirmesi sırasında yardım etmiştir. İkinci olarak, tez konusu ile ilgili yapılan kanıtlı araştırmalar az olduğu için kaynak bulmakta zorlanılmıştır. Konuya ait ergoterapi literatürü az bulunduğundan bu araştırmada sosyal çalışma alanının kaynakları daha fazla yer almıştır. Son olarak, Umut Evleri modeli Türkiye'de yeni başladığı ve sayıları da az olduğundan çalışmaya istatistiksel olarak istenilen sayıda katılım olmamıştır.

Bu çalışma ile kurumda ve Umut Evinde kalan zihinsel ve ruhsal problemi olan bireylerin aktivite katılımı karşılaştırılmıştır. Tezin sonucunda ergoterapi literatürüne katkıda bulunulduğu ve bu yeni modelin Türkiye'de başarılı ve verimli olarak uygulanması için bundan sonraki yapılacak araştırmaların uygun müdahale yöntemleri, Umut evlerinde yaşayanların gelişimlerinin değerlendirmesi ve kbireylerin memnuniyet seviyesi, yaşam kalitesi gibi konulara odaklanması gerektiği düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Mansell, J., Beadle-Brown, J., Macdonald, S., ve Ashman, B. (2003). Resident involvement in activity in small community homes for people with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(1), 63-74.
2. Mansell, J., Beadle-Brown, J., Whelton, B., Beckett, C., ve Hutchinson, A. (2008). Effect of service structure and organization on staff care practices in small community homes for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(5), 398-413.
3. Contreras, N., Rossell, S. L., Castle, D. J., Fossey, E., Morgan, D., Crosse, C., ve Harvey, C. (2012). Enhancing work-focused supports for people with severe mental illnesses in Australia. *Rehabilitation research and practice*, 2012.
4. Koyanagi, C. (2007). *Learning from history: Deinstitutionalization of people with mental illness as precursor to long-term care reform*. Henry J. Kaiser Family Foundation.
5. Thornicroft, G., Bebbington, P. (1989). Deinstitutionalisation--from hospital closure to service development. *The British Journal of Psychiatry*, 155(6), 739-753.
6. Lloyd, C., King, R., McCarthy, M., & Scanlan, M. (2007). The association between leisure motivation and recovery: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(1), 33-41.
7. Culhane, D. P., Metraux, S., ve Hadley, T. (2002). Public service reductions associated with placement of homeless persons with severe mental illness in supportive housing. *Housing policy debate*, 13(1), 107-163.
8. Lippincott, M. K. (1979). "A Sanctuary for People": Strategies for Overcoming Zoning Restrictions on Community Homes for Retarded Persons. *Stanford law review*, 767-783.

9. O'Hara, A. (2007). Housing for people with mental illness: update of a report to the President's New Freedom Commission. *Psychiatric Services*, 58(7), 907-913.
10. Wong, Y. L. I., Hadley, T. R., Culhane, D. P., Poulin, S. R., Davis, M. R., Cirksey, B. A., ve Brown, J. L. (2006). Predicting staying in or leaving permanent supportive housing that serves homeless people with serious mental illness. *Departmental Papers (SPP)*, 111.
11. Gutman, S. (2011). Special issue: effectiveness of occupational therapy services in mental health practice. *Am J Occup Ther*, 65(3), 235-7.
12. Clutton, S., Grisbooke, J., ve Pengelly, S. (Eds.). (2006). *Occupational therapy in housing: building on firm foundations*. John Wiley & Sons. Nigel A. Malin. Evaluating clinical supervision in community homes and teams serving adults with learning disabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31(3), 548±557.
13. Kennedy-Jones, M., Cooper, J., ve Fossey, E. (2005). Developing a worker role: Stories of four people with mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(2), 116-126.
14. Davidson, L., Hoge, M. A., Godleski, L., Rakfeldt, J., ve Griffith, E. E. H. (1996). Hospital or community living? Examining consumer perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 49-58.
15. McQuiston, H. L., Sowers, W. E., Ranz, J. M., & Feldman, J. M. (2012). *Handbook of community psychiatry*. Springer Science & Business Media.
16. Rangaswamy, T., ve Sujit, J. (2012). Psychosocial rehabilitation in developing countries. *International review of psychiatry*, 24(5), 499-503.
17. Whitehead, P. J., Drummond, A., Walker, M. F., ve Parry, R. H. (2013). Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, 2(1), 49.
18. Padgett, D. K., Gulcur, L., & Tsemberis, S. (2006). Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on Social Work Practice*, 16(1), 74-83.

19. Flannery, M., ve Glickman, M. (1996). *Fountain House: Portraits of lives reclaimed from mental illness*. Hazelden Publishing.
20. Anderson, S. B. (1998). *We are not alone: Fountain House and the development of clubhouse culture*. Fountain House.
21. Stein, L. I., ve Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of general psychiatry*, 37(4), 392-397.
22. Coniglio, F. D., Hancock, N., ve Ellis, L. A. (2012). Peer support within Clubhouse: A grounded theory study. *Community mental health journal*, 48(2), 153-160.
23. Wong, Y. L. I., Hadley, T. R., Culhane, D. P., Poulin, S. R., Davis, M. R., Cirksey, B. A., ve Brown, J. L. (2006). Predicting staying in or leaving permanent supportive housing that serves homeless people with serious mental illness. *Departmental Papers (SPP)*, 111.
24. Doyle, A., Lanoil, J., & Dudek, K. (2013). *Fountain House: Creating Community in Mental Health Practice*. Columbia University Press.
25. Lee, S. W., Kielhofner, G., Morley, M., Heasman, D., Garnham, M., Willis, S., ... ve Taylor, R. R. (2012). Impact of using the Model of Human Occupation: A survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 19(5), 450-456.
26. Aile ve Sosyal Politikalar bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, mevzuatlar , <http://www.aile.gov.tr/tr/2176/Mevzuat.11/9/2014.15;30>
27. McAlister, R. (2013). Occupational Therapy Essentials for Clinical Competence. *Occupational therapy in health care*, 27(2), 199-200.
28. Hersch, G. I., Lamport, N. K., ve Coffey, M. S. (2005). *Activity analysis: application to occupation*. SLACK Incorporated.
29. French, G. (2005). Occupation and practice in context. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 378-378.

30. Letts, L., Rigby, P., ve Stewart, D. (2003). *Using environments to enable occupational performance*. Slack.
31. Schell, B. A. B., ve Schell, J. W. (Eds.). (2008). *Clinical and professional reasoning in occupational therapy*. Lippincott Williams & Wilkins.
32. Radomski, M. V., ve Latham, C. A. T. (Eds.). (2008). *Occupational therapy for physical dysfunction*. Lippincott Williams & Wilkins.
33. Law, M. C. (1998). *Client centered occupational therapy*. Slack Incorporated.
34. Cockburn, L. (2014). Occupational therapy in community-based practice settings. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(5), 288-288.
35. Lewis, S. C. (2003). *Elder care in occupational therapy*. Slack Incorporated.
36. Atwal, A., ve McIntyre, A. (2013). *Occupational therapy and older people*. John Wiley & Sons.
37. Punwar, A. J., ve Peloquin, S. M. (2000). *Occupational therapy: Principles and practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
38. Jones, D. (1998). *Sociology and occupational therapy: An integrated approach*. Elsevier Health Sciences.
39. McKenna, K. (2008). Occupational Therapy Evidence in Practice for Physical Rehabilitation.
40. McColl, M. A. (2003). *Theoretical basis of occupational therapy*. Slack Incorporated.
41. Hasselkus, B. R. (2011). *The meaning of everyday occupation*. Slack Incorporated.
42. Pendleton, H. M., ve Schultz-Krohn, W. (2013). *Pedretti's occupational therapy: practice skills for physical dysfunction*. Elsevier Health Sciences.
43. Dunbar, S. B. (2007). *Occupational therapy models for intervention with children and families*. Slack Incorporated.
44. Christiansen, C. H., Baum, C. M., ve Bass-Haugen, J. (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. Slack Incorporated.
45. Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.

46. Corbiere, M., ve Lecomte, T. (2009). Vocational services offered to people with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 18(1), 38-50.
47. Whitley, R., Strickler, D., ve Drake, R. E. (2012). Recovery centers for people with severe mental illness: a survey of programs. *Community mental health journal*, 48(5), 547-556.
48. Todorova, L. (2008). Assessing employment needs of Bulgarian youths with intellectual impairments. *Occupational Therapy in Healthcare*, 22(2-3), 77-84.
49. Law, M., ve McCoII, M. A. (1989). Knowledge and use of theory among occupational therapists: A Canadian survey. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 56(4), 198-204.
50. Kielhofner, G., ve Burke, J. P. (1980). A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572-581.
51. Lee, S. W., Taylor, R., ve Kielhofner, G. (2009). Choice, knowledge, and utilization of a practice theory: A national study of occupational therapists who use the Model of Human Occupation. *Occupational Therapy in Healthcare*, 23(1), 60-71.
52. Parkinson, S., Chester, A., Cratchley, S., ve Rowbottom, J. (2008). Application of the model of human occupation screening tool (MOHOST assessment) in an acute psychiatric setting. *Occupational Therapy in Healthcare*, 22(2-3), 63-75.
53. Kramer, J., Kielhofner, G., Lee, S. W., Ashpole, E., ve Castle, L. (2009). Utility of the Model of Human Occupation Screening Tool for detecting client change. *Occupational Therapy in Mental Health*, 25(2), 181-191.
54. Kielhofner, G., Fan, C. W., Morley, M., Garnham, M., Heasman, D., Forsyth, K., ... ve Taylor, R. R. (2010). A psychometric study of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 63-70.
55. Fisher, G., ve Kayhan, E. (2012). Developing the Residential Environment Impact Survey instruments through faculty-practitioner collaboration. *Occupational therapy in health care*, 26(4), 224-239.

56. D'Cruz, R. (2011). The Impact of the Environment on Occupational Engagement and Agitation of People with Dementia.
57. Lichtenberg, P. (2011). The residential care alternative for the acutely psychotic patient. *Psychiatric quarterly*, 82(4), 329-341.
58. Johnson, S., Lloyd-Evans, B., Morant, N., Gilbert, H., Shepherd, G., Slade, M., ... ve Osborn, D. P. J. (2010). Alternatives to standard acute in-patient care in England: roles and populations served. *The British Journal of Psychiatry*, 197(Supplement 53), s6-s13.
59. Byford, S., Sharac, J., Lloyd-Evans, B., Gilbert, H., Osborn, D. P., Leese, M., ... ve Slade, M. (2010). Alternatives to standard acute in-patient care in England: readmissions, service use and cost after discharge. *The British Journal of Psychiatry*, 197(Supplement 53), s20-s25.
60. Lloyd-Evans, B., Slade, M., Jagielska, D., ve Johnson, S. (2009). Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 195(2), 109-117.
61. McNaughton, D., ve Light, J. (1989). Teaching facilitators to support the communication skills of an adult with severe cognitive disabilities: A case study. *Augmentative and Alternative Communication*, 5(1), 35-41.
62. Repper, J., ve Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411.
63. Boisvert, R. A., Martin, L. M., Grosek, M., ve Clarie, A. J. (2008). Effectiveness of a peer-support community in addiction recovery: participation as intervention. *Occupational Therapy International*, 15(4), 205-220.

Aktivite-Rol için Motivasyon		
Becerilerin İncelenmesi Mevcut güçlü yanlarını ve kısıtlılıklarını anlama Doğru beceri inancı,doğru yetkinlik görünümü Kapasite farkındalığı	K S E KI	Kendi kapasitesini doğru değerlendirir, kısıtlılıklarının farkında, güçlü yanlarını tanıır Kendi yeteneklerini alt ya da aşırı olarak yine de eğilim tahmini var, bazı sınırlamaları tanıır Destek olmadan gücünü ve kısıtlılıklarını anlamada zorlukları var Becerileri yansıtamaz, kendi yeteneklerini gerçekçi tahmin etmede başarısız Yorumlar:
Başarı Beklentisi İyimserlik ve umut Öz-yeterlik, kontrol duygusu ve öz-kimlik	K S E KI	Başarı bekliyor ve zorluklarla mücadele etmek istiyor, engellerin aşılması konusunda iyimser Başarı için bir miktar umudu,yeterli öz-inancı var ama bazı şüphelere sahip,teşvik gerekebilir Engelleri aşma konusunda iyimserliğini sürdürmek için destek gerektirir, zayıf öz-yeterlik Kötümser, umutsuz hissediyor, engeller karşısında pes ediyor, kontrol duygusundan yoksun Yorumlar:
İlgi Hoşnutluk ifade edilir Memnuniyet Meraklılık Katılım	K S E KI	Açık,meraklı, hareketli, yeni aktivelere dener, hoşnutluğunu ifade eder, ısrarla devam eder, içeriği görülür Seçimlere rehberlik etmede yeterli ilgisi var, ilgilerine ulaşmak için bazı fırsatları var Çıkarlarını ya da kısa süreli ilgileri belirlemesi zor, aktivite seçimi konusunda kararsız Kolayca sıkılabilir, ilgilerini belirleyemez, ilgisiz, hatta destekli meraktan yoksun Yorumlar:
Seçimler Uygunluk taahhüdü Değiştirmek için hazırlık Değer ve anlam duygusu Tercihler ve hedefler	K S E KI	Tercihleri ve önemlilik duygusu net, hedeflerine yönelme çalışmasına motivasyonu var Seçimlerini çoğunlukla yapabilir ,ayarlar ve hedefler doğrultusunda çalışmak için teşvik gerekebilir Önemli olanın ne olduğunu belirleme veya hedeflere yönelik çalışma için zorlukları var, tutarsız Hedefler belirlenemez, dürtüsel,karmakarışık, hedeflere ulaşamaz ya da anti-sosyal değerlere dayanır Yorumlar:

Aktive-Rol Paterni		
Rutin Denge Alışkanlıkların organizasyonu Yapı Üretkenlik	K S E KI	Dengeli olmasını düzenleyebilir, günlük aktivitelerin rutini düzenli ve üretken Düzenli ve üretken günlük programı korumak veya takip etmek genellikle mümkündür Dengeli düzenleme, desteği olmadan üretken günlük aktivite rutinlerine sahip olması zor Karmakarışık veya boş rutinler,sorumlulukları ve hedefleri desteklemez,düzensiz rutine sahip Yorumlar:
Adaptasyon Değişim beklentisi Alışılmış değişim tepkisi Değişime tolerans	K S E KI	Değişiklikleri anlıyor, talebi karşılamak için eylemler veya rutini değiştirir (esnek / uzlaşmacı) Genellikle davranışını değiştirebilir, ayarlamak için zaman gerekebilir, tereddütlü Değişime adaptasyonu zordur, isteksiz, pasif ya da alışkanlıkla değişikliklere abartılı tepki veriyor Kati, rutinleri adapte etmeyen ya da değişiklikleri tolere edemeyen Yorumlar:
Roller Rol kimliği Rol çeşitliliği Aidiyet Katılım	K S E KI	Çeşitli rolleri tanımlar, rollerinde kimlik/aidiyet duygusu var Genellikle bir veya daha fazla rol ile tanımlar ve bu rollerin aidiyet duygusu vardır Rollerin kısıtlı tanımlanması, aşırı rol ya da çatışma, rolün aidiyet duygusu bir miktar zayıftır Herhangi bir rol ile tanımlamak zordur, rolün talepleri ihmal edilir, aidiyet duygusu yoktur
Sorumluluk Rol yetkinliği Beklentilerin karşılanması Yükümlülükleri yerine getirmek	K S E KI	Güvenilir bir şekilde aktiviteleri tamamlar ve rol yükümlülükleri ile ilgili beklentileri karşılar Çoğu sorumlulukları yerine getirir, çoğu beklentileri karşılar, çoğu rollerin yükümlülüklerini yerine getirir Beklentileri yerine getirmek ve desteği olmadan rol yükümlülüklerini karşılamak zordur Aktivite talepleri veya yükümlülüklerini karşılamak için sınırlı bir yeteneği var, rol aktivitelerini tamamlayamaz

Sorumlulukların dağıtılması		Yorumlar:
İletişim ve Etkileşim Becerileri		
Sözsüz Beceriler Göz teması Hareketler Oryantasyon Yakınlık	K S E KI	Kültür ve durumlara uygun (muhtemelen kendiliğinden) ortaya çıkan vücut dili Genellikle uygun vücut dili gösterebilir veya kontrol edebilir Uygun vücut dili görünümü/ kontrol etmek zordur (geç / kısıtlı / uygunsuz) Uygun vücut dili görülemez (yoktur / uyumsuz / güvensiz / saldırgan) Yorumlar:
Konuşma Açıklama Başlatılması ve sürdürülmesi Konuşma içeriği Dil	K S E KI	Uygun başlatır, açıklar ve sürdürebilir, konuşmalar (net / açık / doğrudan) Genellikle dili kullanabilir ve etkili bilgi alışverişi yapabilir Konuşmanın başlaması, açıklaması ve sürdürülmesi zordur (tereddüt / durdurma / kısıtlı / ilgisiz) İletişimsel olmayan, kopuk, tuhaf veya bilgileri açıklayamaz Yorumlar:
Vokal İfade Tonlama Artikülasyon Ses yüksekliği Hız	K S E KI	İddialı, konuşkan, uygun ses tonu, yüksekliği ve hızını kullanır Sesli ifadesi, genel olarak tonu, yükseklik ve hızı uygundur Kendini ifade zorluğu (mırıldanarak / baskılı konuşma / monoton) Kendini ifade edemeyen (belirsiz / çok sessiz ya da gürültülü / çok hızlı ya da pasif) Yorumlar:
İlişkiler İşbirliği Ortaklık İlişki Saygı	K S E KI	Hoş sohbet, destekleyici, başkalarının farkında katılımı sürdürmektedir, dost, diğerleri ile oldukça ilgilidir Genellikle başkalarıyla ilişki kurabilir ve başkalarının ihtiyaçlarının çoğuna farkındalık gösterir İşbirliği ya da birkaç olumlu ilişki kurması zordur Başkaları ile işbirliği veya pozitif ilişkiler kuramaz Yorumlar:

Süreç Becerileri		
Bilgi Bilgi araştırma ve akılda tutma Bir aktivitede ne yapacağını bilmek Nesnelerin nasıl kullanılacağını bilmek	K S E KI	İlgili bilgileri arar ve aklında tutar, araçlarını uygun şekilde kullanır Genellikle ilgili bilgileri arayabilir ve aklında tutabilir, araçlarını uygun şekilde kullanabilir Araçları kullanması zordur, bilgi sorması ya da bilginin tutulması zordur Bilgi / araçlarını kullanamaz, bilgi tutamaz, aynı bilgi için tekrar tekrar sorar Yorumlar:
Zamanlama Başlatma Tamamlama Sıralama Konsantrasyon	K S E KI	Konsantrasyonu sürdürmektedir, başlar, sıralar ve uygun zamanlarda aktivite-rolü tamamlar Genellikle konsantrasyonu sürdürebilir, başlar, sıralar ve uygun aktivite-rolü tamamlayabilir Dalgalı konsantrasyon veya dağınık başlatma, sıralama ve tamamlamak zordur Konsantre olamaz, başlatamaz, sıralama veya aktivite- rolü tamamlayamaz Yorumlar:
Organizasyon Alanları ve eşyaları düzenlemek Düzeltilme Hazırlık Eşyaların toplanması	K S E KI	Aktivite-rolde gerekli araçları / eşyaları etkin bir şekilde arar, toplar ve geri düzeltir (düzenli) Genelde gerekli araçları / eşyaları arayabilir, toplayabilir ve geri düzeltir Arama, toplama ve araçları / eşyaları geri düzeltme zordur, dağınık / düzensiz görünür Araçları ve eşyaları aramaz, toplamaz ve geri düzeltmez (karmaşık, dağınık) Yorumlar:
Problem Çözme Yargılama Adaptasyon	K S E	Doğru karar verir, zorlukları anlar ve uygulanabilir çözümler üretir (mantıklı) Genellikle ortaya çıkan zorluklara göre kararlar verebilir Ortaya çıkan zorlukları anlama ve adapte etme zordur, teşvik ister

Karar verme Cevap verme	KI	Ortaya çıkan zorlukları anlamaz ve adapte edemez, uygunsuz kararlar verir Yorumlar:
Motor Becerileri		
Postür ve Hareketlilik İstikrar Yürüyüş Yerleşimi Ulaşma Pozisyonlama Bükülme Denge Transferler	K S E KI	Sabit, dik, bağımsız, esnek, hareket aralığı iyi (muhtemelen çevik) Genellikle aktivite-rolde duruş ve hareketliliği bağımsız olarak veya yardımlar ile sağlayabilir Herhangi bir yardımcıla bile zaman zaman sabit değil, yavaşlar veya zorluk ile yönetir Son derece dengesiz, ulaşamaz, bükülemez ve yürüyemez Yorumlar:
Koordinasyon Manipülasyon Hareket kolaylığı Akışkanlık İnce motor beceriler	K S E KI	Vücut parçalarını birbirleri ile koordine eder, pürüzsüz, akışkan hareketleri kullanır (muhtemelen becerikli) Aktivite-roller için küçük kesintiler, bazı gariplik ve sertlikler var Hareketleri koordine etmesi zordur (beceriksiz / ürkek / garip / sert) Koordine edemez, manipülasyonu ve akışkan hareketleri kullanamaz Yorumlar:
Güçü ve Çabası Kavrama Kaldırma Elle alma Taşıma Hareket Kalibrasyonu	K S E KI	Kavrama, hareket ve yeterli güç / hız ile eşyaları güvenli taşır (muhtemelen güçlü) Genellikle güç ve çabası görevlerin çoğu için yeterli olmaktadır Yeterli güç ve hız ile eşyaları taşımada, kavrama ve hareket zorlukları var Kavrama yapamaz, hareket etmez, uygun güç ve hız ile eşyaları taşıyamaz (zayıf / çelimsiz) Yorumlar:
Enerji Dayanıklılık Hız Dikkat Dayanma gücü	K S E KI	Uygun enerji seviyesini korur, aktivite-rol boyunca tempoyu koruyabilir Enerji bazı zamanlarda biraz yüksek ya da düşük olabilir, çoğu görevler için kendini ayarlayabilir Enerjiyi korumada zorlanıyor (kolayca yoruluyor/ yorgunluğa bağlı / dağınık / huzursuz) Enerjiyi koruyamaz, odaklanmadan yoksun, uyuşuk, pasif veya çok aşırı aktif Yorumlar:

ÇEVRE	Becerilerin değerlendirildiği çevre	
Fiziksel alan Kendine-bakım, Üretkenlik ve Serbest zaman olanakları	K S E	Çevre çeşitli fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rolleri destekler, uyarır Çevre çoğunlukla yeterli, günlük aktivite-rollerin sürdürülmesine izin verir Sınırlı fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rollerin performansını azaltır

Mahremiyet ve Erişebilirlik Stimülasyon ve Rahatlık	KI	Çevre fırsatları kısıtlar ve değerli aktivite-rollerin performansını engeller Yorumlar:
Fiziksel Kaynaklar Ekonomi Ekipmanlar ve araçlar Eşyalar ve ulaşım Güvenlik ve bağımsızlık	K S E KI	Kolaylıkla aktivite-rolün hedefleri sağlanabilir, ekipmanlar ve aletler uygundur Genellikle aktivite-rol hedeflerine ulaşılmasına izin verir, bazı engeller ortaya çıkabilir Güvenli bir şekilde aktivite-rol hedeflerine ulaşmak için yeteneği engellenmiştir, ekipmanlar ve araçlar yetersiz Aktivite-rol hedeflerine ulaşma becerisinde önemli bir etkiye sahip araçların eksikliği yüksek risk sebebidir Yorumlar:
Sosyal Gruplar Aile dinamikleri Arkadaşlar ve sosyal destek Çalışma ortamı Beklentiler ve katılım	K S E KI	Sosyal gruplar uygulama desteği sunar, değerler ve inançlar en iyi fonksiyonu destekler Genellikle destek sunabilir ama bazen katılım altında veya üzerinde olur Az destek verir veya katılımdan uzaklaştırır, bazı gruplar destekler, diğerleri desteklemez İlgi eksikliği veya uygunsuz katılımdan dolayı desteklemez Yorumlar:
Aktive-Rol Talepleri Aktivite talepleri (Kendine-bakım, Üretkenlik ve Serbest zaman) Kültürel sözleşmeler Aktivitelerin Yapısı	K S E KI	Aktivitelerin talepleri yetenekler, ilgiler, enerji ve kullanılabilir zaman ile iyi eşleşmiştir Genellikle yetenekler, ilgiler, enerji ve kullanılabilir zaman ile uyumlu, zorluklar ortaya çıkabilir Yetenekleri ve ilgi ya da kullanılabilir zaman ve enerji ile bazı net tutarsızlıklar var Çoğunlukla talebin altında ya da üstünde yetenekleri ile tutarsız aktivite oluşumu Yorumlar:

EK-2. Değerlendirme Formu 2

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KEA)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

1. n Gözlem Kılavuzu

Yer Erişimi:

- Ev içinde erişebilirliği
- Katılımcılarının seçtiği aktivite yerine ulaşabilirliği/mevcudiyet (mutfak, amaşırhane)

Kognitif ve Fiziksel Destekler:

- Kognitif destekler resimleri içerir, hatırlatma sistemleri, yazılmış program, kontrol listeleri, vb.
- Fiziksel destekler dahilinde tutunma barları, merdiven korkulukları, adaptif cihaz

Fiziksel evre:

- Ev içinde ve dışında bariyerler (merdiven ve korkuluk varlığı, yığılma, kalabalık)
- Yeterli aydınlatma
- Kapı genişliği, kapı tokmakları ya da kollarının kullanım kolaylığı, açmak için kolay kapılar, ışık anahtarları uzanabilir mesafede
- Banyo erişilebilirliği: tuvalet yüksekliliği, lavabo, küvet ve tuvalet için tutunma barları

Doğal evre:

- Ev dışında bahçesinin durumu ve ulaşılabilirlik

Mobilya:

- Katılımcıların kapasiteleriyle eşleşen mobilayanın durumu (sandalye / kanepeler kolay kullanması ve rahatı)
- Güvenlik konuları (banyo, kilim, halı)

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

1. Ön Gözlem Kılavuzu (devam)

Duyusal Çevre:

- Aşırı sıcaklığın olması, sağlığa zararlı kokular, görsel ya da işitsel dikkat dağıtıcı, gürültü seviyesi
- İstenilen kadar çevrenin duyuşal niteliklerini değiştirme fırsatı
- Duyusal girişe ulaşılabilirliği (sallanan sandalye)
- Sessiz alana ulaşılabilirliği

Ev/ Yaşanan yer kalitesi:

- Ev dekoru, kişisel ilgileri yansıtır mı?
- Dekor, yemek ve müzik katılımcıların kültürünü yansıtır mı?
- Duvarlarda resimlerin varlığı
- Mobilyanın kalitesi, evde ne tip mobilya bulunuyor?

Nesnelerin Mevcudiyeti:

- Sakinlerin aktiviteler yapmak için mevcut nesneleri, kitaplar, filmler, egzersiz ekipmanları, bilgisayar ve el sanatları gibi var mı?
- Hareketli olduğunda kullanılıyor munun gözlemi

Kişisel Tercihleri:

- Çevre; ilgi, keşif, sosyal ilişkiler, kişisel tercih ve karar vermeyi ne kadar destekler görünüyor

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

1. Ön Gözlem Kılavuzu (devam)

Program:

- Günlük programı
- Görev ve sorumluluklar nasıl dağıtılır ve iletilir?
- Standart rutini değiştirmek için fırsatlar neler?
- Ev içinde hayat/fonksiyon üzerinde rutinin etkisi

Evinde Arkadaşlar ve Aile ile İletişim:

- Ev dışında sosyal ağ
- Problem çözümü
- Evdeki kişiler arasında etkileşimin yapısı

Personel ile İletişim:

- Katılımcılarla iletişimin şekli (anaç, tarafsız, otoriter, baba gibi)
- Kişilere karşı duyguların ifadesi, davranışlar ve tavırlar
- Problem çözümü
- Karar verme işlemi
- Özerkliğin desteklenmesi ve güçlendirilmesi

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

2a. Aktiviteler / Görevler Gözlem Kılavuzu

Üç aktivitenin gözlenmesi önerilmiştir. Bir yemek zamanı, bir geçiş süresi (sabah rutini veya yatmaya geçiş rutini) ve bir grup aktivitesi, ya bir topluluk toplantısı ya da serbest zaman / eğlence aktivitesini içermelidir.

Gözlemlendiği Aktivite :

Sakinler ve Personelin varlığı:

Etkileşimlerin yapısı:

• Kişi-Kişi:

• Sakin-Personel:

Personel ve Çevresel Destek:

• Sağlanan destek tipi/tipleri

• Destek nasıl sağlanır?

• Desteğin seviyesi uygun mu?

• Desteğin seviyesi sakın ya da sakinler tarafından istenildi mi?

İlave Yorumlar:

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

2a. Aktiviteler / Görevler Gözlem Kılavuzu

Üç aktivitenin gözlenmesi önerilmiştir. Bir yemek zamanı, bir geçiş süresi (sabah rutini veya yatmaya geçiş rutini) ve bir grup aktivitesi, ya bir topluluk toplantısı ya da serbest zaman / eğlence aktivitesini içermelidir.

Gözlemlendiği Aktivite :

Sakinler ve Personelin varlığı:

Etkileşimlerin yapısı:

- Kişi-Kişi:
- Sakin-Personel:

Personel ve Çevresel Destek:

- Sağlanan destek tipleri
- Destek nasıl sağlanır?
- Desteğin seviyesi uygun mu?
- Desteğin seviyesi sakın ya da sakınlar tarafından istenildi mi?

İlave Yorumlar:

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

2a. Aktiviteler / Görevler Gözlem Kılavuzu

Üç aktivitenin gözlenmesi önerilmiştir. Bir yemek zamanı, bir geçiş süresi (sabah rutini veya yatmaya geçiş rutini) ve bir grup aktivitesi, ya bir topluluk toplantısı ya da serbest zaman / eğlence aktivitesini içermelidir.

Gözlemlendiği Aktivite :

Sakinler ve Personelin varlığı:

Etkileşimlerin yapısı:

- Kişi-Kişi:
- Sakin-Personel:

Personel ve Çevresel Destek:

- Sağlanan destek tipleri
- Destek nasıl sağlanır?
- Desteğin seviyesi uygun mu?
- Desteğin seviyesi sakın ya da sakınlar tarafından istenildi mi?

İlave Yorumlar:

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.a: YER**Kişiler/Sakinlerden Grup Görüşmesi ile Elde Edilebilir Bilgiler**

Ev ortamında ve çevresinde yerler aşağıda listelenmiştir. Her açıklama için, sakinlerin alanı kullanma ve erişimin olup olmadığı sorusuna nasıl yanıt verdiği işaretlenecektir.				Sonra, her zaman erişilebilir olmayan öğeler için, erişilebilirliğin sakinler için ne kadar önemli olduğu işaretlenecektir.		Bu bölümde herhangi bir ek yorum varsa yazılacaktır.
	Erişilemez	Bazen erişilebilir	Her zaman erişilebilir	Önemli değil	Önemli	Yorumlar
Fiziksel Mekanlar						
Yatak odası						
Mutfak						
Çamaşır odası						
Oturma odası						
Banyo						
Kişisel eşyalar için depolama yeri (kıyafet, para, bakım öğeleri) dolaplar, çekmeceler veya kaplar gibi						
Yalnız kalmak için yer						
Diğerleri ile etkileşim için yer (ev arkadaşları, misafirler)						
Doğal çevresi						
Bahçe						
Evin dışında dolaşmak için güvenli bir yer						

Ek sorular:

- Gürültü olursa sessiz bir yere ulaşılabilir mi?
- Evde rahat hissediyor musunuz?
- Burada güvenli bir yaşam hissediyor musunuz?

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.a: YER (devam)**Kişiler/Sakinlerden Grup Görüşmesi ile Elde Edilebilir Bilgiler**

Çevrenin özellikleri aşağıda listelenmiştir. Her birisi için, bu özelliklerin bir sorun olup olmadığı konusunda sorgulandığı zaman sakinlerin nasıl yanıt verdiğini işaretlenecektir.			Bu bölümde herhangi bir ek yorum varsa yazılacaktır.
	Sorun yok	Sorun var	Yorumlar (sorunu ve kısıtlılığı/bariyeri anlat)
Fiziksel Çevre			
Ev dışında Merdivenler			
Ev içinde Merdivenler			
Mobilya türü			
Odadaki mobilya miktarı			
Dağınıklık derecesi (evde çok fazla eşyanın olması)			

Ek sorular:

- Evde herhangi bir sizi etkileyen ya da rahatsız eden şey sıcaklık, gürültü, aydınlatma veya koku vs. var mı?
- İstedığınız zaman sıcaklık, aydınlatma ve ses düzeyini değiştirebilir misiniz?
- Bu sizin için ne kadar önemli?
- Evde dolaşmak kolay mı? (Mutfakta, oturma odası, yatak odası, banyo, diğer odalara ulaşmak, kapı açılması, kapı önüne çıkmak)
(Evde hareket bozukluğu olan bir kimse ve/veya bir baston, yürüteç, tekerlekli sandalye ya da gibi herhangi bir yardımcı cihaz kullanıcısı var mı?)
- Banyo kullanımı kolay mı ve güvenli hisseder mi? (Tuvalet ve küvet/duşa girmek ve çıkmak)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.b: NESNELER**Kişiler/Sakinlerden Grup Görüşmesi ile Elde Edilebilir Bilgiler**

Aşağıda kişisel eşyaların bir listesi yer almaktadır; bu eşyalar olmayabilir veya listede olmayan evde olan her nesne için kişinin kullanabilmeye hazır olup olmadığı kontrol edilecektir			Sonra, mevcut olmayan nesnelere her biri için, görüşülen sakinlere önemli olup olmadığı sorulacaktır (isteğe bağlı bölüm)		Nesnelerin evde olup olmadığı kontrol edilecektir		Bu bölümde herhangi bir ek yorum varsa yazılacaktır.
NESNELER	mevcut değil	mevcut	Önemli değil	önemli	evet	hayır	Yorumlar
Günlük Yaşam Aktiviteleri							
Bakım Malzemeleri / Makyaj (şampuan, sabun, deodorant, kadın ürünleri)							
Bakım Araçları (traş makinesi, diş fırçası, tırnak kesme makinası)							
Giysiler							
Adaptasyon cihazı; özel yemek kapları, giyinme yardımcıları							
Serbest zaman/Dinlenme							
Kendi televizyonu							
Kendi VCD / DVD oynatıcı ve video / DVD							
Kendi müzik aleti ya da radyosu							
Sanat ve zanaat gibi hobiler için kendi malzemeleri (boyalar, keçeli kalem, kağıt, makas, yapıştırıcı, iplik, el sanatları materyali, bahçe aletleri, kamera/ilgili ise)							
Kendi eğitim malzemeleri (defterler, kalemler, kitapları)							
Kendi parası							
Kendi kitapları							
Kendi fotoğrafları							
Kendi "özel eşyaları"							
Diğer:							

- Benim sizin için önemli olduğunu sormadığım bir şey var mıydı?

- Eğer mümkünse, istediğin evde var olmayan şeyler var mı?

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.c: GÖREVLER / AKTİVİTELER**Kişiler/Sakinlerden Grup Görüşmesi ile Elde Edilebilir Bilgiler**

Aşağıdaki aktiviteleri kişiler yapar ya da yapmayabilir; her bir aktivite için bu aktiviteyi yapıp yapmadığını kontrol edin. Etkinlik ev içinde uygulanamazsa, "Uygulanamaz" (U)'ı işaretleyin. Aktivite yapmama nedenini yazın.						Bu bölümde herhangi bir ek yorum varsa yazılacaktır.
Aktivite	U	Bu aktiviteyi yapıyor musunuz?		Eğer aktivite yapmıyorsanız, bunu yapmakla ilgilenir misiniz?		Eğer aktiviteyi yapmakla ilgileniyorsanız, ama yapmıyorsanız, sizi engelleyen nedir?
		E	H	E	H	
Günlük Yaşam (GYA) Aktiviteleri						
Kendi beslenmesi						
Kendi Giyinmesi						
Kendi Banyo yapması/duş alma						
Kendi başına tuvalet kullanma						
Kişisel Bakım (tıraş, diş fırçası, tırnak bakımı, makyaj)						
Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri						
Arama yapma veya telefona cevap verme						
İstediği şey için para harcama						
İlaç alma						
Alışveriş						
Pişirme / Fırınlama						
Egzersiz						
Bir evcil hayvan bakımı yapma						
İş / Okul / Gündelik İşler						
İşe ya da bir çalışma programına gitme						
Günlük bir programa gitme						
Okul veya iş eğitim programına gitme						
Gönüllü işe gitme						
Ev işleri yapma (temizlik, çamaşır yıkama)						
Bahçe işi yapma						
Sebest zaman/Rekreasyon						
Çizim/Boyama						
Dikiş/El sanatları/örme						
Okuma						
Fotoğraf çekimi						
Ev dekorasyonu						
Televizyon/film izlemek						

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

Aşağıdaki aktiviteleri kişiler yapar ya da yapmayabilir; her bir aktivite için bu aktiviteyi yapıp yapmadığını kontrol edin. Etkinlik ev içinde uygulanamazsa, "Uygulanamaz" (U)'ı işaretleyin. Aktivite yapmama nedenini yazın.						Bu bölümde herhangi bir ek yorum varsa yazılacaktır.
Aktivite	U	Bu aktiviteyi yapıyor musunuz?		Eğer aktivite yapmıyorsanız, bunu yapmakla ilgilenir misiniz?		Eğer aktiviteyi yapmakla ilgileniyorsanız, ama yapmıyorsanız, sizi engelleyen nedir?
		E	H	E	H	
SerbestZaman/Rekreasyon (devam)						
Bilgisayarkullanma (oyun, e-mail, web)						
Yazma (şairler, hikayeler, günlük)						
Evde partiler / etkinlikler için planlama						
Evdeki etkinliklere katılım						
Dans etme						
Şarkı söyleme						
Müzik dinleme						
Tahta oyunları veya kart oyunları						
Bir spor yapma						
Eğlence/ egzersiz için mahallede yürüme						
Ev içinde aile ziyareti						
Ev içinde arkadaşları ziyaret						
Toplumsal Aktiviteler						
Parka gitmek, spor merkezi veya fitness merkezine gitme						
Geziler/seyahate gitme						
Toplu taşıma / Özel Ulaşım kullanma						
Sinemaya gitme						
Kütüphaneye gitme						
Toplumdaki etkinliklere gitme(spor etkinlikleri, tiyatro, konser)						
Restorana gitme						
Randevuya gitme						
Cami yada tapınağa gitme						
Listede yer almayan diğer aktiviteler						
başka:						
başka:						
başka:						

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.c: GÖREVLER / AKTİVİTELER (devam)

Kişiler/Sakinlerden Grup Görüşmesi ile Elde Edilebilir Bilgiler:

☐

Ek sorular:

Mümkünse EN ÇOK yapmayı istediğin ama yapmadığın aktiveler hangisi?

☐Aktiviteleri yapmak için sana yardımcı olacak bazı değişiklikler önerebilir misin?

☐Bahsettiğiniz şeyleri yapmak için yeterli yardım aldığınızı hissediyor musun? Eğer değilse, sen daha fazla yardım sağlamak için ne yapmayı düşünüyorsun?

☐ Personelin sana gerektiğinden fazla yardım ettiğini veya seni çok yakın izlemeye başladığını hissediyor musun?

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.d: SOSYAL GRUPLAR / SOSYAL ORTAM**Kişiler/Sakinlerden Grup Görüşmesi ile Elde Edilebilir Bilgiler:**

Aşağıdakiler ortamda verilebilecek kararlardır. Her karar için, bu kararların nasıl alındığını belirtin. Kararlar personel dışında bir kişi tarafından verilmiş ise, ebeveyn, akran, vb olup olmadığını belirtin.						Bir başkası karar vermişse sakinlerin yapmak istediği ile aynı mı?		Bu bölümde herhangi bir ek yorum varsa yazılacaktır
Kim karar verir?								
Karar	Bireysel sakinin kararı	Sakinleri tarafından grup kararı	Personel ve sakinin birlikte kararı	Personel ya da diğer kişinin kararı	Diğerlerinin kararı kimi işaret ediyor	Hayır	Evet	Yorumlar
Kişisel Tercihleri								
Kendi odasını düzenleme ve dekore etme								
Düzenleme ve ortak alanları süslemek								
Hangi elbiseyi giyeceği								
Radyoda ne dinleyeceği								
Televizyonda ne izlemek istediği ve ne zaman								
Para harcama isteği ve zamanı								
Ne yemek yemek ve ne zaman								
Para, giyim ve bakım ürünlerini nereye koyacağı								
Program / Rutin								
Ne zaman uyanacağı ve uyumaya gideceği								
İşten sonra neler yapacağı								
Serbest zamanı nasıl geçireceği								
Ne zaman ve nasıl ev işleri yapacağı								
Duş / banyo yapma zamanı								
Telefonla arama zamanı								
Ziyaretçi kabul zamanı								
Ziyaretçi ile ne yapacağı								
Sosyal politikaları								
Oda arkadaşı nasıl seçilir								
Odalar nasıl belirlenir								
Gezilere kim gider								
Geziler nereye yapılır								
Kim , ne zaman evden ayrılır								
Genel olarak, kurallar ve kararlar nasıl şeyler hakkında konur?								

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.d: SOSYAL GRUPLAR / SOSYAL ORTAM (devam)

Kişiler/Sakinlerden Grup Görüşmesi ile Elde Edilebilir Bilgiler: Ek sorular:

Rutin

- Kalktığınız zamandan, uyuma zamanına kadar günlük rutininizi anlatınız. Bundan memnun musunuz?
- İsteddiğinizini yapmak için yeterli zamanınız var mı, yeterli serbest zaman var mı ?
- Eğer günün hakkında bir şey değiştirebilseydin, bu ne olur?

Ev arkadaşları, Aile ve Arkadaşlar ile Sosyal Etkileşim

- Ev dışında arkadaşların var mı? Ne kadar sıklıkla onları arıyorsun? Onları ziyaret ediyor musun ya da sizi ziyarete geliyor mu?
- Komşularınızla konuşuyor musunuz?
- Ailenizle temasın var mı? Ne sıklıkta? Onları ziyaret ediyor musunuz ya da sizi ziyarete geliyorlar mı?
- Evinizdeki herkes ile anlaşabilir misiniz?
- Hiç evinizde biriyle bir anlaşmazlık oldu mu? Bir anlaşmazlık olduğunda ne olur?
- Yemek saatlerinde ne olur? İnsanlar birbirleri ile konuşuyorlar mı? (Personel ve sakinler, sakinler ve sakinler)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.d: SOSYAL GRUPLAR / SOSYAL ORTAM (devam)

Kişiler/Sakinlerden Grup Görüşmesi ile Elde Edilebilir Bilgiler:

Personelle Sosyal Etkileşim

- Personelle nasıl gidiyor?
- Konuşmak istediğiniz zaman personeller orda mı?

Politikaları / Kurallar

- Evinizde kurallar nelerdir?
- Değiştirmeyi düşündüğünüz kurallar var mı? (Biz kuralları değiştirme gücüne sahip değiliz, kural eklemek isteyebilirsiniz ancak kuralları değiştirebilmek için isteğinizi iletebiliriz)
- Hiç kendi evinizden dışarı çıkabiliyor musunuz? Nereye gitmek istediğinize karar veriyor musunuz?
- Hiç dışarı çıkmamış olmanızın nedeni ne olabilir? (istiyorsunuz ama izin verilmez, daha önce hiç yapmadınız ya da istemiyorsunuz)

Ev Yerleştirme

- Burada yaşamaya nasıl karar verildi?
- Burada yaşamak istiyor musun, neden?

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

Görüşülen kişinin adı:

Burada ne zaman çalışmaya başladı?

İş unvanı (Yönetici, Süpervizör, direk Bakımdan Sorumlu Personel [hafta içi], direk Bakımdan Sorumlu Personel [hafta sonu], vb)

IV. Süpervizör / Personel Görüşmesi

Bildiğiniz gibi biz ev yaşamını geliştirmek için öneriler çıkarmaya çalışıyoruz. Ben kişilerden bir çok bilgi aldım ve gözlemlerim.

Şimdi sizin bakış açınızı öğreneceğim.

1. Ben evde kararların nasıl verildiği hakkında kişilerden bilgi topladım. Sizin bakışınızı da almak istiyorum. Kişilerin evdeki kararlara katılma fırsatı var mı? Bana kişilerin karar vermeye katıldığına dair bir örnek verebilir misiniz?(Örnek olarak, ortak alanları düzenlemek ve dekore etmek için kim karar verir? Kim sakinlerin uyumaya gitme zamanı hakkında karar verir?)
2. Sakinler personelle nasıl anlaşıyor? Kişiler birbirleri ile nasıl anlaşıyor?
3. Farklı aktivitelerde kişilere gerekli yardım ne kadar ? (örneğin, kendine bakım, ev işleri, dinlenme aktiviteleri, toplumda seyahatler, iletişim/etkileşim) Kişilerin doğru miktar yardım almakta olduğunu düşünüyor musunuz? Değilse, neden ve hangi durumlar/aktiviteler doğru miktar yardım sağlamak için en zor?

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

4. Kişiler tarafından zor davranışlarla nasıl baş edilir? Personel için en zor davranışlar hangileri ?

5. Kişilere yardımın doğru şeklini sağlamak için siz ve personel ek bilgilere ve yeteneklere ihtiyaç hissediyor musunuz? Ne tür eğitim programları veya deneyimler personele verilmelidir?

6. Ev ve gündüz programları arasında, ve ev ve aileler arasındaki iletişimin iyi olduğunu düşünüyor musunuz? Bunu geliştirmek için neler yapılabilir?

7. Hedefler nasıl belirlenir? Onları faydalı buluyor musunuz? Bu süreç nasıl geliştirilebilir?

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

8. Personel, kişilerin kendi hedeflerine ulaşmasına yardımcı olacak aktiviteleri seçer mi? Bunu nasıl geliştirebilir?

9. Kişilerin güçlendirilmesi ve öz-savunmayı desteklemek için personel ne yapar? Örneğin, savunma gruplarına katılır mı, kararlar nasıl verilir öğrenir mi? Kendileri ve kendi ihtiyaçları için konuşmayı öğrenirler mi?

10. Kendin düşündüğünde, ev sakinleri iyi olarak ne yapar?

11. İyileştirmek gereken alanlar sizce nedir? İyileştirme için engeller nelerdir? (örnek olarak idari destek, hükümet politikaları, bütçe kısıtlamaları gibi) Ne değişiklikler önerirsiniz?

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

Aşağıdaki her madde ev ortamının bir yönünü ifade eder ve 4-noktalı ölçek kullanılarak puanlanır. Sizin puanınız, sakinlerinin ihtiyaçlarını ve isteklerini karşılayan çevrenin her yönünü ve uygun destek ve fırsat sağlama derecesini yansıtmalıdır		
4	Güç	Bu çevresel yön, ev ortamındaki gücü ve sakinlerinin fevkalade fırsatları ve desteği ile sağlar.
3	Uygun	Bu çevresel yön, ev ortamındaki sakinleri için uygun destek ve fırsatlar sunar.
2	Bazı iyileştirme ihtiyaçları var	Ev ortamındaki bu çevresel yön için sakinlere uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir.
1	Büyük iyileştirme ihtiyaçları var	Bu çevresel yön, sakinlere destek ve fırsat sağlamak için, önemli iyileştirme gerektirir.
D	Değerlendirilmedi	Puanlanmamış, bu ögeyi derecelendirmek için yeterli bilgi yok
G/D	Geçerli değil	Bu madde, bu evde geçerli değildir

Değerlendirici:	Ev Koordinatörü / Danışman:	Katılan sakinleri:	
Tarih (ler):			
Ev Adı / türü:	Personel katılımcı:		
Ev adresi:			

1. Alan Erişimi: Fiziksel alanı uygun, erişilebilir genişlikte ve sakinlerinin ihtiyaçlarını / isteklerini karşılar	4	3	2			
Yorumlar:						
2. Doğal çevre: Ev etrafındaki bölge uygun erişilebilirlik sağlar ve sakinlerinin ihtiyaçlarını / arzularını karşılar	4	3	2			
Yorumlar:						
3. Fiziksel Çevre: Fiziksel çevre engelsiz, ve bağımsızlık ve güvenliği kolaylaştırıcı	4	3	2			
Yorumlar:						
4. Duyusal Ortamı: Evde duyuşal şartlar ve fırsatlar uygun ve sakinlerinin ihtiyaçlarını/isteklerini karşılar.	4	3	2			
Yorumlar:						
5. Ev ortamı kalitesi: Rahat bir ev, kültürel olarak uygun ve hoş bir ortam.	4	3	2			
Yorumlar:						
6. GYA Nesnelere: Günlük yaşam aktiviteleri için nesnelere vardır ve bunların kullanımı için uygun destek sağlanılır	4	3	2			
Yorumlar:						
7. Serbest Zaman Nesnelere: Serbest zaman nesnelere vardır ve bunların kullanımı için uygun destek sağlanılır	4	3	2			
Yorumlar:						
8. Adaptasyon Ekipmanları: Uygun ve gerekli adaptasyon araçları temin edilir ve kullanım için uygun desteği var	4	3	2			
Yorumlar:						
9. GYA katılımı: Günlük yaşam aktivitelerine sakinlerin katılımı için fırsatlar ve kaynaklar (yeme, giyinme, banyo, kişisel bakım)	4	3	2			
Yorumlar:						
10. Çalışma ve Gündelik İşlere Katılım: Sakinlerin istedikleri kadar çalışma ve ev işlerine katılmada fırsatlar ve kaynakları	4	3	2			
Yorumlar:						
11. EGYA katılımı: Sakinlerin enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri performansına katılmak için fırsatlar ve kaynakları vardır (pişirme, çamaşır yıkama, yönetimi finans, alışveriş, telefon, bilgisayar kullanımı)	4	3	2			
Yorumlar:						
12. Serbest Zaman/Rekreasyon Aktivitelerine katılım: Sakinlerin serbest zaman aktivitelerine katılmak için fırsatlar ve kaynakları vardır.	4	3	2			
Yorumlar:						
13. Toplumsal Aktiviteler: Sakinlerin toplumdaki olaylara ve gezilere katılmak için fırsatlar ve kaynakları vardır	4	3	2			
Yorumlar:						
14. Kendini İfadesi: Kişisel alan dekorasyonu, giyim seçimi ve vakit geçirmek amacıyla sakinlerin kendilerini ifade etmesi için fırsatlar ve kaynaklar vardır	4	3	2			
Yorumlar:						
15. Program / Rutin: Program ve rutin, maksimum katılımını ve bağımsızlığını kolaylaştırır	4	3	2			
Yorumlar:						
16. Evde Yaşayan Diğerleri, Aile ve Arkadaşlar ile Etkileşimleri : Başkaları ile etkileşimde sakinler için fırsatlar ve kaynaklar vardır	4	3	2			
Yorumlar:						

17. Personelle Etkileşimleri: Personel ile etkileşimleri olumlu ve uygun	4	3	2	1		
Yorumlar:						
18. Karar Verme: Evdeki yaşam üzerine etkisi olan kararlara katılmada sakinler için fırsat ve kaynak var (politikalar, kurallar, rutinler)	4	3	2	1		
Yorumlar:						
19. Sağlanan Yardım Düzeyi: Personel tarafından sakinlerine sağlanan yardım düzeyi, uygun, istenilen ve maksimum katılımı destekleyen şekilde	4	3	2	1		
Yorumlar:						
20. Otonomi: Sakinlerin ihtiyaçlarını ve isteklerini karşılayan otonomi ve bağımsızlık için fırsatlar	4	3	2	1		
Yorumlar:						
21. Güçlendirme: Sakinlerin kendileri için en önemli olan şeyleri tanımlaması ve sürdürmesine uygun fırsatlar ve kaynaklar ile sağlanır, kendileri için sonucu bilinçli kararlar ve savunuculuk	4	3	2	1		
Yorumlar:						
22.Hedef Süreç: Sakinleri için kurulan hedeflere, potansiyel başarı ve ilerlemeye uygun ve kullanışlı bir ölçü sağlar	4	3	2	1		
Yorumlar:						
23. Dışında İletişim: Günlük program / iş merkezi ve aile ile iletişim iyi koordine edilmiş ve evde günlük program ve aile aktiviteleri içinde sakinlerinin tam katılımını destekler	4	3	2	1		
Yorumlar:						
24. Aktive-Rol Kimliği ve Rol Gelişimi: Sakinlere olumlu ve anlamlı bir aktive-rol kimliği ve rolleri geliştirmek için uygun fırsatlar ve kaynaklar ile sağlanır	4	3	2	1		
Yorumlar:						

ÖNERİLER FORMU

Değerlendirici:	
Tarih:	
Ev Adı/Adres :	
Ev Koordinatörü/Danışmanı:	
Öncelikler	<p>Yönetim için Öneriler:</p> <p>Olası stratejiler:</p> <p>Koordinatör / Danışman için Öneriler:</p> <p>Olası stratejiler:</p> <p>Diğerleri için Öneriler (danışman psikolog, sosyal hizmet uzmanı):</p> <p>Olası stratejiler:</p> <p>Bakım Personeli için Öneriler:</p> <p>Olası stratejiler:</p> <p>Sakinler için Öneriler:</p> <p>Olası stratejiler:</p>

Sorumlu personel / idare tarafından doldurulacaktır.

İsimler:

Yanıt / Yorumlar:

Plan / Zaman Çizelgesi:

EK-3. Değerlendirme Formunu Kullanma Anlaşması 1

Model
of Human Occupation
CLEARINGHOUSE

Department of Occupational Therapy (MOHO)
University of Kentucky
103 West Taylor
Chapel Hill, KY 40512
606-255-7449
mo-172-413-1156

Assessment Form Translation Agreement

By signing this translation agreement, I/we agree to:

- Translate only the assessment forms
- Have the responsibility to update the translation to reflect the most current version and development of the assessment forms
- Allow the translated assessment forms to be posted as a pdf file on the MOHO Clearinghouse website
- Have my/our name(s) as author of the translated assessment forms
- Allow my/our contact info posted on the MOHO Clearinghouse website
- Retain and protect authors of this assessment as I/we do not allow
- Refer to all other stipulations as discussed by the "MOHO Clearinghouse Translation Agreement" manual.

Please also note that this agreement does not legally assign copyright of the translation to either party organization. In the future if I/we want permission to seek copyright of the translation of the entire manual, I/we will have to contact the MOHO Clearinghouse first to seek permission to do so in the manual.

Agreement to Translation Contract

I/we Dr. HINE KYANIK and Mahmud Zakerneh (name(s)), on behalf of myself or/so, we, the following organization: HACETTEPE UNIVERSITY HEALTH SCIENCES FACULTY / OCCUPATIONAL THERAPY DEPT agree to the listed conditions concerning translation of the assessment forms for MOHOST

(Assessment form id):

to: TURKISH (language)

Contact information:

Address: Hacettepe Univ. Health Sciences Faculty - O.T. Department
Phone number: +90 312 305 25 60 04100 - Sıhhiye - Ankara /
Email: myanik @ hacettepe . edu . tr TURKEY

M. Uygun 21th February 2016
Signature Date

Kevin Taylor 1/30/14
MOHO Clearinghouse Signature Date

EK-3. Değerlendirme Formunu Kullanma Anlaşması 2

Model
of Human Occupation
CLEARINGHOUSE

Department of Occupational Therapy (MO, 811)
University of Illinois at Chicago
1919 West Taylor St
Chicago, IL 60612
312-413-7469
fax: 312-413-0756

Assessment Form Translation Agreement

By signing this translation agreement document, I/we agree to:

- Translate only the assessment forms.
- Have the responsibility to update the translation to reflect the most recent version and development of the assessment forms.
- Allow the translated assessment forms to be posted as a pdf file on the MOHO Client release website.
- Have myself (or us) as author of the translated assessment forms.
- Allow my/our contact info posted on the MOHO Clearinghouse website.
- Retain all previous authors of this assessment on the translation.
- Refer to all other stipulations as discussed by the "Policy Governing Translation Agreements" document.

I/we also understand that this agreement does not legally assign copyright of the translation to myself or my organization. In the future, if I/we want permission to receive copyright of a translation of the entire manual, I/we will have to contact the MOHO Clearinghouse first, to seek permission to translate the manual.

Agreement to Translation Contract

I/we Mine Ugankant Mahmut Zekereh (name(s)), on behalf of myself, ourselves, the following organization: HACETTEPE UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES FACULTY / OCCUPATIONAL THERAPY DEP. agree to the listed conditions concerning translation of the assessment forms for: REIS

(Assessment/ manual)

to: TURKISH (language)

Contact Information:

Address: Hacettepe Univ. Health Sciences Faculty - O.T. Department

Phone number: +90 312 315 25 80

Email: m.ugankant@hacettepe.edu.tr

Signature

[Signature]

Feb. 24, 2014
Date

MOHO Clearinghouse Signature

[Signature]

March, 31, 2014
Date

EK-5. Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ergoterapistin Açıklaması:

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmada Ankara Umut Evlerinde Kalan Bireylerin Aktivite-Rol Katılımı Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi çalışması amacıyla bu evlerde kalan bireylerin çevresi değerlendirilmektedir. Çalışma Türkçe konuşan yetişkin bireyleri performance katılımını değerlendirmek, anketin klinik ve akademik çalışmalarda uygulanabilirliğini sağlamak, gelecek çalışmalara ışık tutmak amacıyla planlanmıştır.

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

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Ergoterapist (occupational therapist) Mahmoud Zakarneh tarafından size bazı sorular sorulacaktır. Bu anket sonuçları kimliğiniz belirtilmeden sağlık ve sosyal alanında öğrenim gören öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikteki çalışmalarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmada Ankara Umut Evlerinde Kalan Bireylerin Aktivite-Rol Katılımı Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi için bu anket kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

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

Yapılacak çalışmanın getireceği olası yararlar: Ankara Umut Evlerinde Kalan Bireylerin Aktivite-Rol Katılım problemlerinin ortaya çıkaracağı olası sorunların tespiti; müdahale planının düzenlenerek yaşam kalitesinin artırılması için önemlidir. Bu tespitin ya da problem seviyesinin belirlenebilmesi için yapılan anketler ile Türkçe konuşan yetişkin bireylerin Aktivite-rol Performans değerlendirmesi, kanıta dayal bir yöntem ile kolaylaşacağını düşünüyoruz.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Katıldığınız takdirde yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Böyle bir durumda çalışmacıyı mağdur etmemek için çalışma tamamlanmadan haber verme yükümlülüğünüz vardır.

Katılımcının Beyanı

Prof. Dr. Mine Uyanık ve OTR. Mahmoud Zakarneh tarafından yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarılarak bilgilendirildim. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “ katılımcı” olarak davet edilip ve onayımız istenmiştir. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verilmiştir. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmemekteyim. Bana bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmam konusunda bana zorlayıcı bir davranışta bulunulmamıştır. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma davetini gönüllülük içerisinde kabul etmiş bulunmaktayım.

Katılımcı Adı-Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Görüşme Tanığının Adı-Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Katılımcı İle Görüşen Ergoterapist

Adı soyadı: OTR. Mahmoud Zakarneh

Adres: Kürtülüş – Cebeci Erkek Yurdu

Telefon: 05532894123

İmza:

ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Ankara Umut Evlerinde Kalan Bireylerin Aktivite-Rol Katılımı Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi için planlanan bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü tarafından yapılmaktadır. Sizin çalışmada kullanılan anket sorularına vereceğiniz yanıtlar ile Türkçe konuşan yetişkinlerin aktivite-rol katılımını değerlendirip kullanıma uygunluğunu belirlemiş olacağız. Bu nedenle sorulan soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya bilimsel amaçlar için) kullanılacaktır.

Anket üzerindeki gerekli bilgileri, adınızı, soyadınızı ve günün tarihini yazmayı unutmayınız.

Yanıtlarınızı, soruların yanında yer alan boşluklara yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağı ismi ve iletişim bilgileri verilen sorumlu araştırmacı ile iletişime geçebilirsiniz.

Prof. Dr Mine Uyanık
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ergoterapi Bölümü,

Öğretim Elemanı

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

KABUL EDİYORUM.

EK-6. Etik Kurul Onay Sayfası



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

Sayı : 16969557 - 63

05 Haziran 2014

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 04.06.2014 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2014/09
Proje No : GO 14/179 (Değerlendirme Tarihi 02.04.2014)
Karar No : GO 14/179 - 06

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Mine UYANIK'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, Mahmoud ZAKARNH'ın tezi olan GO 14/179 kayıt numaralı ve "Ankara Ümit Evlerinde Kalan Bireylerin Aktivite - Rol Katılımı Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Melahat Görduysus (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | GÖREVLİ |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 10. Prof. Dr. Cansın Saçkesen (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Maftuoğlu (Üye) | 11. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye) | 12. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| GÖREVLİ | 13 Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 14. Prof. Dr. Leyla Dinç (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Songül Vaizoğlu (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) |
| GÖREVLİ | 16. Av. Meltem Onurlu (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal (Üye) | |