

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

**ANKARA UMUT EVLERİNDE VE KURUMSAL BAKIM
MERKEZİNDE KALAN BİREYLERDE
MOHO (İNSAN AKTİVİTE-MODELİ) MÜDAHALESİNİN ETKİSİ**

Fzt.Ayşe GÖKTAŞ

**Ergoterapi Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2016**

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

**ANKARA UMUT EVLERİNDE VE KURUMSAL BAKIM
MERKEZİNDE KALAN BİREYLERDE
MOHO (İNSAN AKTİVİTE-MODELİ) MÜDAHALESİNİN ETKİSİ**

Fzt.Ayşe GÖKTAŞ

**Ergoterapi Programı
DOKTORA TEZİ**


**TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr.Mine UYANIK**


**ANKARA
2016**


ONAY SAYFASI


Anabilim Dalı : Ergoterapi
Program : Ergoterapi
Tez Başlığı : Ankara Umut Evlerinde ve Kurumsal Bakım
Merkezinde kalan bireylerde MOHO (İnsan Aktivite-
Modeli) Müdahalesinin etkisi
Öğrenci Adı-Soyadı : Ayşe Göktaş
Savunma Sınavı Tarihi : 23.6.2016


Bu çalışma jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Hülya Kayıhan 
(Hacettepe Üniversitesi)

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mine Uyanık 
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Doç.Dr.Gamze Ekici 
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Prof. Dr. Arzu Daşkapan 
(Kırıkkale Üniversitesi)

Üye: Doç. Dr. Elif Gökçearslan Çiftçi 
(Ankara Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Diclehan Orhan


Diclehan Orhan



TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Lisans, ve doktora eğitimim sürecinde sunduğu değerli paylaşımları ve desteklerinden dolayı Sayın Prof.Dr. Hülya Kayıhan'a,

Tez çalışmalarımda konunun belirlenmesi, çalışma alanı ile ilgili gerekli koşulların sağlanması, tez içeriğinin düzenlenmesi ve tezle ilgili sonuçların yorumlanmasındaki yoğun destek ve yardımlarından dolayı, tez danışmanım, hocam Sayın Prof.Dr. Mine Uyanık'a,

Tez çalışması boyunca verdiği değerli katkılardan dolayı Sayın. Doç. Dr.

Elif Gökçe Arslan Çiftçi,

Doktora derslerimde desteklerini hep yanımda hissettiğim Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü'ndeki değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Esra Akı, Sayın Prof.Dr. Gonca Bumin ve Sayın Doç.Dr. Gamze Ekici'ye,

Tez ile ilgili çalışmaların yapılmasında gerekli desteği sağlayan, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Daire Başkanı Hulusi Armağan Yıldırım ve Saray Engelsiz Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi müdür yardımcısı Recep Keleş, sosyal hizmet uzmanı Ahmet Veli Mahmutoğlu, İsa Kınas, Psikolog Aylin Hiçyılmaz, Çocuk eğiticisi Canan Topuz, Fizyoterapist Osman Abacı'ya,

Doktora eğitimim süresince manevi destekleriyle beni motive eden eşime, çocuklarıma anneme, babama, ablama, yeğenlerime, istatistik konularındaki desteğinden dolayı Nazmiye Kuscu'ya çok teşekkür ederim.

ÖZET

GÖKTAŞ, A., Ankara Umud Evlerinde ve Kurumsal Bakım Merkezinde Kalan Bireylerde MOHO (İnsan Aktivite-Modeli) Müdahalesinin etkisi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı, Doktora Tezi, 2016. Bu çalışmanın amacı, Ankara Umud Evlerinde kalan bireyler ile Kurumsal Bakım Merkezi'nde yaşayan bireylere Occupational Therapy Modeli'ne (MOHO) göre birey merkezli değerlendirme ve müdahale sonrası aktivite performansının incelenmesi amacıyla planlandı. Çalışmaya Umud Evlerinde kalan 17 zihinsel-ruhsal problemlili birey (Umud evi grubu) ile Saray Rehabilitasyon Merkezinde kalan 17 zihinsel-ruhsal problemlili olan birey (Kurum evi grubu) dâhil edilmiştir. Kurum evlerinde kalanların yaş ortalaması 31.65 ± 5.72 yıl iken, Umud Evlerindekiilerin 30.76 ± 5.45 yıl olarak belirlenmiştir. Zihinsel-ruhsal problemlili olan bireylerle ilgili sosyodemografik özellikleri bilgi toplama ile elde edilmiştir. İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı (İARMTA) ve Performans Süreç Modeli ile Aktivite-rol performansı değerlendirmesi, Konut Çevresel Etki Anketi ile bireylerin yaşadığı evlerin değerlendirilmesi yapılmıştır. Müdahale sonrası İARMTA ölçeğinin alt ölçeklerine bakıldığında; aktivite-rol için motivasyon, iletişim ve etkileşim becerileri, çevre komponentlerindeki fark puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak Umud Evindeki bireyler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Aktive rol paterni, süreç becerileri, motor becerilerindeki değişim kurumda yaşayan bireylere göre müdahale sonrasında anlamlı fark yaratmamıştır ($p > 0,05$). Umud Evinde yaşayan bireylerin müdahale sonrası, serbest zaman nesnelere, çalışma ve gündelik işlere katılım, yardımcı günlük yaşam aktivite (YGYA) katılımı, serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım, toplumsal aktiviteler, kendini ifadesi, evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri, personelle etkileşimleri, karar verme, otonomi, güçlendirme, hedef süreç, aktive-rol kimliği ve rol gelişimi, alanlarında gelişim elde edilmiştir ($P < 0,05$). İki yerleşim yeri karşılaştırıldığında; Umud Evlerinin çalışma ve gündelik işlere katılım, YGYA katılımı, serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım, toplumsal aktiviteler katılımı, kendini ifadesi, evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri, personelle etkileşimleri, karar verme, otonomi, güçlendirme, aktive-rol kimliği ve rol gelişim alanlarında önemli gelişmeler olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Umud Evlerinin tüm alanlarında sonuçların Kurumsal Bakım Merkezinde değerlendirilen evlere göre daha yüksek bulunmuştur. Umud Evlerinde aktive-rol için motivasyon, aktive rol paterni, süreç becerileri, iletişim etkileşim becerileri alanındaki değişim anlamlı iken ($p < 0,01$), Kurumda yaşayan bireylerin, aktive-rol için motivasyon, aktive rol paterni, süreç becerileri, çevre alanlarındaki değişim anlamlı bulunmuştur ($p < 0,01$). Umud Evlerinde serbest zaman nesnelere, çalışma ve gündelik işlere katılım, YGYA katılımı, serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım, toplumsal aktiviteler, kendini ifadesi, evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri personelle etkileşimleri, karar verme, otonomi, güçlendirme, hedef süreç, aktive-rol kimliği ve rol gelişimi, Kurum evlerinde ise günlük yaşam aktivite nesnelere, program/rutin, hedef süreç, ev dışında iletişim, aktive-rol kimliği ve rol gelişimi, alanları gelişmiştir. Sonuç olarak ergoterapi modellerinden olan **İnsan Aktivite-Rol Modeli** kullanılarak, kişinin kendisi için anlamlı ve amaçlı aktivitelerle yapılandırılmış ve doğal çevrelerinde toplumsal katılımlarını kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarında geliştirmek ve yaşam kalitelerini artırmak için ergoterapi müdahalelerinin etkisi ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: MOHO, Aktivite-Rol, Occupational Terapi, Umud Evi, Çevre

ABSTRACT

GÖKTAŞ, A., The influence of MOHO (Model of Human Occupation) Intervention on the Individuals Staying at Ankara Hope Houses and Institutional Care Centers, Hacettepe University, Institute of Health Sciences Ergotherapy Program, PhD. Thesis, 2016. The aim of this thesis is to analyze person-centred benefit of proper intervention approaches in accordance with Occupational Therapy Model (MOHO) to the individuals staying at Ankara Hope Houses, and living at Institutional Care Centers. It was intended to evaluate person-centered assessment in accordance with the MOHO, and to analyze occupation performance following the intervention. 17 individuals having mental and spiritual problems and staying at Hope Houses (Hope House group); and 17 individuals having mental and spiritual problems and staying at Saray Rehabilitation Center (Institution House group) were included in this study. The average age was obtained being 30.76 ± 5.45 at Hope Houses as compared to 31.65 ± 5.72 at Institutional Houses. Socio-demographic features of the individuals having mental and emotional problems were obtained with data collection. The evaluation of Activity Role Performance was made through Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) and Performance Process Model; the evaluation of the houses where individuals live was made through Residence Environmental Effect Survey. Given the subscores of MOHOST scale after intervention, when difference scores in motivation for occupation-role, communication and interaction skills and environmental components were compared a statistically significant difference in favor of the individuals staying at Hope Houses was found ($p < 0,05$). Active role pattern, process skills, change in motor skills did not lead to a significant difference after intervention among the individuals living at the institution ($p > 0,05$). Progress has been achieved in the fields of free time objects, engaging in work and daily works, engaging in supporting activities of daily living, engaging in free time/recreational activities, social activities, self-expression, interactions with the others living in the house, family and friends, interaction with personnel, decision-making, autonomy enhancement, target process, active-role identity and role development of the individuals living in Hope House after intervention ($P < 0,05$). When those two places were compared, significant progress in the field of free time objects, engaging in work and daily works, engaging in supporting activities of daily living, engaging in free time/recreational activities, social activities, self-expression, interactions with the others living in the house, family and friends, interaction with personnel, decision-making, autonomy enhancement, target process, active-role identity and role development at Hope Houses was detected ($p < 0,05$). In all fields of Hope Houses, results evaluated at the Institutional Care Center were found to be higher than those in the houses. While the change in the field of motivation for active-role, active role pattern, process skills, communication skills at Hope Houses was significant ($p < 0,01$), the change in the fields of motivation for active-role, active role pattern, process skills, environment of individuals living at the Institution was found significant ($p < 0,01$). Free time objects, engaging in work and daily works, engaging in supporting activities of daily living, engaging in free time/recreational activities, social activities, self-expression, interactions with the others living in the house, family and friends, interaction with personnel, decision-making, autonomy enhancement, target process, active-role identity and role development were improved in the Hope Houses; the fields of objects of daily life activity, program/routine, target process, communication outside the house, active-role identity and role development were improved at the Institution Houses. Consequently, using Human Activity-Role Model which is one of ergotherapy Models, the impact of ergotherapy interventions was presented for improving the community involvement of the individuals in their natural environment in the fields of self-care, productivity and leisure time and increasing their life quality with meaningful and purposeful activities for the individual.

Keywords: MOHO, Activity-Role, Occupational Therapy, Hope House, Environment

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kurumsal Bakımdan Vazgeçme Sürecine Ergoterapistlerin Katılımı	5
2.2. Amerika ve Avrupa Ülkelerinde Ruh Sağlığı Gelişimi ve Hizmetleri	10
2.2.1. Amerika’da Ruhsal Hastaların Topluma Kazandırılmasının Tarihiçesi	10
2.2.2. Avrupa ülkelerinde ruh sağlığı hizmetleri	14
2.3. Ruhsal Sorunlar Yaşayan Bireyler, Engellilik ve Sosyal Politikalar	21
2.4. Ruh Sağlığı Politikaları Alanında Reformlar: Kurum Temelli Hizmetlerden Toplum Temelli Hizmetlere Geçiş	23
2.5. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi Işığında Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Elde Edilen Haklara Yönelik Yaklaşım ve Temel İlkeler	24
2.6. Kurum Bakımı Nedir?	27
2.7. Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetleri ve Ruh Sağlığı Politikaları Reformu	29
2.7.1. Yasalarımıza göre engelli (özürlü) ne demektir?	29
2.7.2. Ülkemizde ruh sağlığı alanındaki ilgili bakanlıkların hizmet sistemi	30
2.7.3. Toplum-temelli ruh sağlığı hizmetleri	32
2.8. Türkiye’de Umut Evleri	35
2.9. Niçin MOHO Modeli Kullanılmaktadır?	38
2.10. Moho Kavramları	40
2.10.1. İnsan aktivite modeli	40
2.10.4. Kimlik ve yeterlilik	46

2.11. Uygulama İçin Kavramlar	47
2.11.1. Hikâye	48
2.11.2. Değişim	48
2.11.3. Kimlik	49
2.11.4. Yeterlilik	49
2.11.5. Adaptasyon	50
2.11.6. Uygulamada aktivite performans süreç modeli ve moho modelinin kullanılması	50
2.12. Müdahale	62
2.13. Müdahale Çeşitleri	65
2.13.1. Kompanse edici (adaptif) müdahaleler	65
2.14. Öğrenme ve Davranışsal Yöntemler	67
2.15. Öğrenme için müdahalede kullandığımız yöntemler	67
2.15.1. İpucu verme veya harekete geçirme	67
2.15.2. Geribildirim	68
2.15.3. Aktivitenin seçimi ve derecelendirilmesi 5	68
3. BİREYLER VE YÖNTEM	70
3.1. Bireyler	70
3.1.1. Ankara umut evleri grubu	72
3.1.2. Kurum evi grubu	72
3.2. Yöntem	72
3.3. Değerlendirme	72
3.3.1. Bireylerin Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesi	73
3.3.2. İnsan aktivite-rol modeli tarama aracı-iarmta (the model of human occupation screening tool- mohost)	73
3.3.3. Konut çevresel etki anketi -kçea (the residential environment impact survey-reis)	75
3.4. Ergoterapi Müdahaleleri	77
3.5. İstatistiksel Analiz	105
4. BULGULAR	107
4.1. Bireylere Ait Bulgular	107

4.1.1. Umut evi ve kurum evi grubundaki bireylerin yaş ile ilgili istatistikleri	107
4.1.2. Umut evi ve kurum evi grubundaki bireylerin cinsiyet ile ilgili istatistikleri	107
4.1.3. Kurum evleri ile umut evlerinde yaşayan bireylerin aile ve ilişkileri	109
4.2. Tüm Bireylerin Aktivite Rol Katılımları İle İlgili Değerlendirme	110
4.2.1. Güvenilirlik	110
4.2.2. Tüm bireylerin aktivite rol katılımları ile ilgili müdahale öncesi ve sonrası değerlendirme bulguları	110
4.3. Kurumda Yaşayan Bireylerin Aktivite-Rol Katılımları İle İlgili Müdahale Öncesi ve Sonrası Değerlendirme Bulguları	112
4.4. Umut Evinde Yaşayan Bireylerin Aktivite Rol Katılımları ile İlgili Müdahale Öncesi ve Sonrası Değerlendirme Bulguları	114
4.5. Umut Evi ve Kurum Evi Bireyelerinin İARMTA Puan Farklarının Karşılaştırılması	116
4.6. Kurum Evi ve Umut Evinde Çalışan Bireyelerin İARMTA Puan Durumları	118
4.7. Bilişsel Problemi Olan Bireyelerin Bilişsel Durumları	123
4.8. Bireyelerin Ev Çevresine Ait Bulgular	125
4.8.1. Umut evi ve kurum evi konaklama çevresi etki anketi (kçea) puanlarının karşılaştırılması	125
5. TARTIŞMA	132
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	175
KAYNAKLAR	182
EKLER	194
Ek-1. Müdahale Tabloları	
Ek-2. İzin Yazısı	
Ek-3. Mohost Anketi	
Ek-4. Konaklama Çevresi Etkisi Anketi	
Ek-5. Aydınlatılmış Onam Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR

%	Yüzde
ADT	Akran Destek Toplumu
ASPB	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
BM	Birleşmiş Milletler
BYDP	Bireysel Yerleştirme ve Destek Programı
DB	Destekleyici Barınma
Dİ	Düşünme İşlemleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EGG	Ek Güvenlik Geliri
FA	Fiziksel Aktivite
GY	Görsel Yapılandırma
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
İARMTA	İnsan Aktivite- Rol Modeli Tarama Aracı
İÇEAT	İş Çevresi Etki Anketi
İD	İşe Dönüş
İMM	İnsan Mesleği Modeli
İPP	İstatistik Paket Programı
KÇEA	Ev Çevresi Etki Anketi
KÇEA	Ev Çevresi Etki Anketi
KÇEA	Konut Çevresel Etki Araştırması
Maks	Maksimum
Min	Minimum
MKB	Madde Kullanım Bozukluğu
MOHO	İnsan Aktivite Modeli
n	Hasta Sayısı
Ort	Ortalama
P	İstatistiksel Yanılma Payı
PSM	Performans Süreç Modelini
SB	Sağlık Bakanlığı
SGMS	Sosyal Güvenlik Maluliyet Sigortası

SS	Standart Sapma
TRSBBE	Toplum Ruh Sağlığı Bakımı için Bölgesel Enstitüler
TT	Toplum-temelli
TTSM	Toplum Temelli Sağlık Merkezleri
UE	Umut Evleri
WEIS	Work Environment İmpact Scale
YKDU	Yeni kanıta dayalı uygulama



ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa No
3.1. Çalışma çerçevesi	71
4 1. Kurumda Yaşayan Bireylerin İARMTA Puanlarının Karşılaştırılması	114
4.2. Umut Evinde Yaşayan Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası İARMTA Puanlarının Karşılaştırılması	116
4.3. Umut Evi ve Kurum Evi Bireyelerinin İARMTA Puan Farklarının Karşılaştırılması	118



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. MOHO müdahalesinin Temel Öğeleri	85
4.1. Kurum Evleri ile Umut Evlerinde Yaşayan Bireylerin Yaş İstatistiksel Verileri ve Karşılaştırılması	107
4.2. Kurum Evleri ile Umut Evlerinde Yaşayan Bireylerin Cinsiyet Durumları	108
4.3. Umut Evi ve Kurum Evinde Yaşayan Bireylerin Demografik Bilgileri	108
4.4. Kurum Evleri ile Umut Evlerinde Çalışan Bireylerin Çalışma Yerleri	109
4.5. Kurum evleri ile umut evlerinde yaşayan bireylerin aile durumları	109
4.6. Kurum Evleri ile Umut Evlerinde Yaşayan Bireylerden Ailesi Olanların Aileleriyle İlişki Durumları	110
4.7. Vaka İşleme Özeti	110
4.8. Güvenilirlik İstatistikleri	110
4.9. Tüm Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası İARMTA Puanlarının Alt Parametrelere Göre Karşılaştırılması	111
4.10. Kurum Evinde Yaşayan Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası İARMTA Alt Parametrelerinin Karşılaştırılması	113
4.11. Umut Evinde Yaşayan Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası İARMTA Alt Parametrelerinin Karşılaştırılması	115
4.12. Umut Evi ve Kurum Evi Bireylerinin İARMTA Alt Parametrelerine Göre Puan Farklarının Karşılaştırılması	117
4.13. Kurum Evinde Çalışan Bireylerin Müdahale Öncesi İARMTA Puan Durumları	119
4.14. Kurum Evinde Çalışan Bireylerin Müdahale Sonrası İARMTA Puan Durumları	120
4.15. Umut Evinde Çalışan Bireylerin Müdahale Öncesi İARMTA Puan Durumları	121
4.16. Umut Evinde Çalışan Bireylerin Müdahale Sonrası İARMTA Puan Durumları	122
4.17. Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası DOTCA-Ch Test Puanlarının Karşılaştırılması	124

4.18. Kurum Evleri Bireylerinin Müdahale Öncesi ve Sonrası KÇEA Puanlarının Karşılaştırılması	126
4.19. Umut Evlerinde Yaşayan Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası KÇEA Puanlarının Karşılaştırılması	127
4.20. Kurum Evleri ile Umut Evlerinin Müdahale Öncesi ve Sonrası, KÇEA Testi Fark Puanlarının Karşılaştırılması	129
4.21. Kurum Evleri ve Umut Evlerinin Güçlü, Uygun Bulunma ve Olumlu Durumlarının Karşılaştırılması	130
4.22. Kurum Evi ve Umut Evlerinin Büyük iyileştirme, Az iyileştirme ve Olumsuz Durum Açısından Karşılaştırılması	131



1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünyada dört insandan birinin yaşamlarının bir döneminde nörolojik ya da ruhsal-zihinsel rahatsızlıklar nedeniyle etkilendiğini bildirmiştir. Ailesi yanında bakımı mümkün olmayan engellilerin, sürekli bakım hizmetlerinin sunulduğu Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde çok sayıda engellinin bir arada bulunmasından dolayı toplumsal hayata katılımında zorluklar yaşanmakta, toplu yaşamın getirdiği olumsuzluklar ortaya çıkmaktadır. Burada yaşayan bireylerde bireysel otonomi ve kontrol oldukça zayıftır. Kurum hizmetlerinin yetersizliği, bakılan çocuk, engelli ve yaşlıların beklentilerine yeterince cevap verememesi nedeniyle problemler yaşanmaktadır (1-5). Uzun süreli kurum bakımının gerek bireyler üzerindeki olumsuz etkileri (sosyal izolasyon, fiziksel yoksunluk, depresyon, yalnızlaşma, duygusal boşluk, yabancılaşma vb.), gerekse maliyetinin yüksek olması ve personelin kalifiye olmamasından dolayı, toplum temelli bakım modellerine geçilmeye başlanmıştır. Kurum bakımının devam etmesi; evde verilecek desteğe rağmen bakılamayacak durumda olan, yardıma ihtiyaç duyan bireyler için bir alternatif olacaktır (5).

Çok sayıda engelli bireyin bir arada kaldığı kurumsal bakım merkezlerinde bireylerin tek tek kişisel ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması amacına yönelik, bireysel müdahale planları geliştirmek oldukça güçtür. Oysa engellilerin toplum yaşamına aktif katılımlarının sağlanarak, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlandırılması temel konudur. Günümüzde engellilik, kronik hastalık ve yaşlılık gibi geçici veya sürekli bakıma gereksinim duyulan durumlarda, bakım sorumluluğunun organizasyonunda topluma da bir sorumluluk yüklenmiştir (6). Teknolojinin insan yaşamına getirdiği kolaylıklar, demokrasinin, insan haklarının ve sosyal adaletin gelişmesi; bakıma gereksinim duyulan bireylerin psikolojik, sosyo-ekonomik ve fizyolojik gereksinimlerinin, çağın gereklerine uygun bir biçimde karşılanması konusunu bir kez daha gün yüzüne çıkarmıştır. Hükümet politikası son on yılda mesleklerin bireysel katkıları yerine tüm ruh sağlığı çalışanlarının gerekli olan yetenekleri üzerinde odaklanmıştır (6,7).

Bugün sosyal açıdan refah ülkelerindeki bakım politikaları bireylerin yaşam kalitesini ve iyilik halini geliştirmeye odaklanmaktadır. 1970'li yıllardan itibaren ruhsal sorunları olan bireylerin toplumdan ve toplumsal rollerinden

uzaklaştırılmaksızın iyileşmelerini temel alan toplumlarda; yaşam hizmetleri konuları üzerinde odaklanıldığı için sağlık, toplumsal hayata katılım ve yaşam kalitesinde değişimler elde edilmeye başlanmıştır. Ruhsal sorunları olan bireyler, aileleri, kurumlar ve politikalar için artan bir ilgi odağı haline gelmiştir (7). Gelişmiş ülkelerde 20. yüzyılın ortalarından itibaren toplu bakım esasına dayalı bakım azalmıştır. İsveç, İsviçre ve diğer İskandinav ülkeleri ile İngiltere, Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde bu tarihten itibaren yeni yaklaşımla herkesin hayatta birtakım sosyal rollere sahip olduğu düşünölmeye başlanmıştır (6, 8, 9).

Türkiye’de, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevlerini belirleyen 03 Haziran 2011 tarih ve 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname doğrultusunda, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan, Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, engelli bireylere sunulan bakım hizmetlerini oluşturmak, geliştirmek ve uygulamakla yükümlüdür (10).

2001 yılında DSÖ ruhsal bozukluklar başlıklı raporuyla, ruhsal rahatsızlıkların profesyonel farkındalığını artırmayı amaçlamıştır. Yeni bir anlayış, yeni bir umut öngörüyordu. Rapor ruhsal hastalıklar hakkında son istatistiksel veriler ve tedavilerinde ulusal liderler olarak hükümetleri, rollerini yerine getirmelerini ve stigmatı azaltmayı amaçlamış ve kurumsal bakımdan vazgeçme programlarını başlattı. Bu süreç içerisinde, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin modern psikiyatri, klinik psikoloji ve sosyal hizmet v.b. disiplinlerinin katkılarından azami biçimde yararlanmalarını mümkün kılacak ve aynı zamanda bu bireylerin toplum içerisinde kaybettikleri toplumsal rollerini geri kazanacakları bir biçimde desteklenmelerine imkân verecek toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri yaklaşımı ortaya çıkmıştır (1,4,11). Bu interdisipliner yaklaşım içerisinde ergoterapistler önemli bir rol üstlenmektedirler. Tarih boyunca, ergoterapistler medikal ve psikolojik yaklaşımların yanı sıra aktivite ve sosyal bir yaklaşımı teşvik ederek günlük hizmetlerde önemli takım arkadaşları olmuşlardır (12).

Ergoterapinin ruhsal-zihinsel sağlıktaki amacı, bağımsız yaşam için ihtiyaç duyulan desteğin elde edilmesi ve becerileri geliştirmek için insanlara yardımcı olmaktır. Ergoterapist, bireyin amaç ve seçimlerine dayalı müdahale planı geliştirmek için birey merkezli aktivite temelli değerlendirmeler kullanır. Bu müdahaleler ile günlük yaşamda katılım ve daha iyi bir yaşam kalitesi elde edilir. Terapi kişiyi

ergoterapinin çeşitli alanlarında beceriler kazanmak için teşvik eder, destekler ve sosyal katılımı güçlendirir (12-14).

Ergoterapistlerin ciddi ruhsal-zihinsel bozuklukları olan bireylerin değerlendirilmesi ve gördüğü müdahale sürecinde, çevre ve onların karmaşık etkileşimleri ile rol sorumlulukları almalarına yardımcı olduğu ifade edilmektedir (zihinsel sağlık uygulama Ergoterapi, 2006 Amerikan Ergoterapi Derneği [AOTA]) (12). Ciddi ruhsal bozuklukları olan kişiler için, becerilerini geliştirerek iş, eğitim, ebeveynlik, ev yönetimi ve gönüllülük içeren ücretli, ücretsiz istihdama katılım için özellikle önemli olan üretken yaşam için desteğin elde edilmesini sağlar. Temelde engelli bireyler için rehabilitasyon ve bakımını sağlamak problemi bütünüyle çözmektedir. Çünkü o birey de toplumda yaşayan bir vatandaş olarak diğer bireylerle eşit düzeyde haklara sahiptir. Bu nedenle engelli bireyler de diğer insanlarla birlikte yaşamalıdır. “Toplum temelli eğitim ve rehabilitasyon” toplumsal ve sosyal gelişmenin bir aktivitesi şeklinde kabul edilip bu programda toplumsal hizmetlerin hedeflenmesi ve planlanmasında öngörülen sağlık, kendine bakım, iş edindirme, kariyer eğitimi, sanat, spor, rekreasyon gibi programların hepsi birbirine entegre edilerek toplumsal katılım sağlanmalıdır (2,11). Toplum temelli merkezlerde yaşayan bireylere yönelik yapılan ergoterapi (MOHO temelli) müdahale sonuçlarının araştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda özellikle toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri üzerine yoğunlaşmaktadır (4,11,15-22).

Kurumsal bakımdan, bağımsız yaşam evlerine geçişin, Türkiye’de ne kadar yararlı olacağı ile ilgili çalışmalar yeni başlamıştır. Dünyanın farklı bölgelerinden ülkeler DSÖ tarafından desteklenen kurumsal bakımdan vazgeçip (deinstitutionalization), toplumla bütünleşme çalışmalarını sürdürmektedir (2, 6, 9, 23-25). Bu nedenle kurumsal bakımdan vazgeçme hareketinin yürütülmesi için daha fazla araştırmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmanın amacı; Ergoterapi Modellerinden olan (MOHO) göre uygun müdahale yaklaşımlarının, kişi merkezli faydasını incelemek amacıyla Ankara Umut Evlerinde kalan bireyler ile Kurumsal Bakım Merkezinde yaşayan bireylerde, Ergoterapi modeline göre uygun müdahale yaklaşımlarının etkisinin ortaya çıkacağı düşünülmektedir. MOHO’nun bireyle ilgili holistik bir bakış açısı sağlayarak, bireyin belirleyeceği performans ile ilgili becerilerini geliştirerek ve bireylerin ergoterapi hizmetleri ile ilgili birey merkezli

uygulamaları kolaylaştırarak, aktivite performansına, bireylerin toplumsal katılımına ve yaşam kalitesine etki edileceği düşünölmektedir.

Hipotez 0:Umut Evlerinde kalan bireyler ile Kurumsal Bakım Merkezi'nde kalan bireyler arasında, Ergoterapi Modeli olan, İnsan Aktivite Modeli'ne (MOHO) göre yapılan müdahale sonrası aktivite-rol katılımı açısından fark yoktur.

Hipotez 1: Umut Evlerinde kalan bireyler ile Kurumsal Bakım Merkezi'nde kalan bireyler arasında, Ergoterapi Modeli olan, İnsan Aktivite Modeli'ne (MOHO) göre yapılan müdahale sonrası aktivite-rol katılımı açısından fark vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kurumsal Bakımdan Vazgeçme Sürecine Ergoterapistlerin Katılımı

Birinci ve İkinci Dünya Savaşlarının ardından Avrupa ve Kuzey Amerika toplumlarında; ruhsal-zihinsel problemleri olan bireylerin hastanelerden taburcu edilip topluma kazandırılması için, çağdaş toplumlarının sözde toplumsal problemleri için resmi olarak sorumluluk almaya başlanıp sosyal ve kurumsal olarak yeniden yapılandırılması süreçleri ortaya çıktı. Başka bir deyişle, ruhsal-zihinsel problemi olan bireylerin taburcu edilip topluma kazandırılması hareketi, ‘savaş sonrası refahın kazandırılması’ düşüncesini köken almıştır (1).

1970’li yıllarda ortaya çıkan toplumsal hareketler ve psikiyatri ile psikoloji disiplinlerinin içerisinde güçlenen eleştirel akımlar; ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin kurum temelli bir modelle iyileştirilmelerinin tek yol olmadığını ifade etmeye başladılar. Bu ortamda, entellektüeller sosyal yaşamın düzenlenmesi ve yönetiminde artan bir role sahip oldu. Bu, büyük oranda temel özelliği tespit edilen sorunları çözmek için bilgi ve teknik arasında bir bağlantı kurmak olan bilimsel rasyonalizm ile destekleniyordu. Ruhsal-zihinsel problemleri olan bireylerin taburcu edilip topluma kazandırılmasına yönelik siyasi ve kurumsal tercih, ister ruh hastalıkları hastanesi ister hapisane ya da rehabilitasyon kurumları olsun “tam gözetim kurumları” sorununu ele almak için farklı seçenekler ve farklı görüşler ortaya koydu. Birincisinde Amerika Birleşik Devletleri, Fransa ve İngiltere’de geliştirilen toplum hizmetlerinin oluşturulmasına vurgu yapıldı. İkincisinde İtalyanlar tarafından sadece ruhsal problemler için geliştirilen ruh hastalıkları hastanelerini içeriden değiştirmeye zorlayacak koşulların yaratılması fikrine odaklanıldı. Basaglia’ya göre, ruh hastalıkları stratejik olarak delilikten ayrılmalı ve zihinsel sıkıntı ya da insani bir tezat olarak anlaşılmalıdır. Sadece psikiyatriyi değil aynı zamanda Batılı rasyonalizmi ve Beşeri Bilimler alanındaki işleyişi sorgulamak için bu ayrımın vurgulanması önemli bir hal almıştır. İtalyan demokrat psikiyatristlerin görüşüne göre; ruh hastalarının taburcu edilip topluma kazandırılması kavramı, ruh hastanesi kültürünün yıkılması ve yerine insanların ihtiyaçlarının karşılanmasından sorumlu güçlü, hiyerarşik olmayan, karmaşık ve bölgesel hizmetlerin oluşturulmasını ima etmektedir (1). Dolayısıyla, her bireyin ihtiyaçlarını karşılayabilmek için, yerel sağlık merkezleri, ayaktan tedavi

üniteleri, toplum merkezleri ile gündüz ve gece hastaneleri oluşturulmalıdır. Ayrıca bu hizmetlere ihtiyaç duyan ruhsal-zihinsel problem içerisindeki bireyler için kooperatifler, konaklama imkânları ve tedavi etmeye refakat sağlamak için diğer kurumlarla ortak girişimlerin teşvik edilmesi de önemlidir. Vatandaşlık kavramının gelişimi 1970'lerin sonu ve 1980'lerin başında Brezilya'da merkezi bir problem haline gelmişti. Aynı zamanda, uluslararası düzeyde insan hakları hareketleriyle de eylem kapsamı genişledi ve toplumsal eylem için bir çerçeve oluştu. Toplumsal ve siyasi değişime ihtiyaç, kademeli olarak kamu hizmetlerine erişimden ülkenin siyasi yaşamının demokratikleştirilmesine kadar geniş bir yelpazede taleplerde bulunan çeşitli toplumsal hareketlere dönüştü. Bu, siyasi genel af, artan yaşam maliyetleriyle mücadele ve daha iyi sağlık ve eğitim hizmetinin sağlanmasına yönelik yaşam kalitesine ilişkin talepleri içeriyordu. O sırada, toplumsal mücadele; sosyal haklara erişim ve toplumsal dışlama mekanizmaları gibi konulara odaklanıyordu. Dışlanma, 1990'lı yıllar boyunca popüler akımların analizi için baskın bir konu başlığı haline geldi (1). Gerek yapısal süreçlerden (iş gücü gibi) gerekse toplumsal alışverişten dışlanan insanların durumlarını içermediğini aynı zamanda hem dışlanmaya yol açan süreçler hem de dışlanan insanların içinde buldukları kötü duruma direnmesi ifade edilmiştir. Ruh hastaneleri ve hapisane gibi kurumlara karşı eleştirel hareketi de kapsayan bu toplumsal problemler, ergoterapinin anlaşılması ve müdahalesinde daha çok değişikliğe de ihtiyaç doğurmuştur. "Tam destekli bakım kurumlarının" varlığının eleştirilmesinde, birey olarak değerli olduğu ve söyleyecek bir sözü olabileceğinin anlaşılmasına yönelik gittikçe artan bir eğilim meydana getirdi. Bunun temel sonucu, İtalyan Demokratik Psikiyatri Hareketi tarafından bölge olarak adlandırılan belirli bir alan içerisindeki insanların bakımı için aşağıda açıklanacak bir kavram olan sağlık ve toplum hizmetleri çalışanlarının tam sorumluluk üstlenmesi fikridir. Ruh hastalarının taburcu edilip topluma kazandırılması süreçlerinin aşağıdaki ilkelere sahip yeni bir uygulama olan ergoterapiyi ortaya çıkardığı ve gelişimini desteklediği açıktır:

- Hizmet kullanıcıları vatandaşlık haklarına sahiptir ve ihtiyaçları dikkate alınmalıdır.

-Disiplinler arası eylemler ve sosyolojik, antropolojik bilgiler vurgulanmalıdır.

-Durumlarının ciddiyetine göre ihtiyaç sahibi bireyleri desteklemek için tasarlanmış profesyonel eğitimlere ihtiyaç vardır (1).

- Ergoterapistler toplumsal ve siyasi araçlar olarak görülmelidir.
- İş, yaşam ve ekonomik bağımsızlık, bir insanın uygulaması olarak aktiviteler ile toplumsallaşma ve karşılıklı ilişki kurma yöntemi olarak değerlendirilmelidir.
- Aktivite, gerçek yaşam sürecinin bir parçası olarak anlaşılır ve her birey, içerik ve hikâye ayrı olarak, ayrı düşünülür.
- Aktivitelerin kullanımına ilişkin yaklaşım, onların soyut olduğu ve belirli patoloji, semptom ve varsayımlar için incelenmesi ve önerilmesine karşı çıkmaktadır.
- Ayrımcılığın hâlâ bariz olduğu yerlerde, ergoterapistlerin çalışma alanı; toplumsallaşma ve kendini ifade etmeyi sağlayan aktivitelere vurgu yapmakta ve aynı zamanda kurumsal yaşamın bırakılıp yerine alternatif yaşam biçimlerinin inşa edilmesini teşvik eden durumlara odaklanmaktadır (1). Son yıllarda geliştirilen tüm ergoterapi modelleri holistik ve kişi merkezlidir; sağlık ve engelliliğe, sosyal ve hümanistik bakıştan yaklaşmaktadır. Ergoterapistler tıbbi ve sosyal modeli birleştirerek akut bakım ile kişinin ev, aile ve kültürel dünyası arasında köprü oluştururlar. Sağlığın kazanılması ve desteklenmesinde; ev, okul, işyeri ve toplumsal yaşama katılmak için gerek duyulan aktivitelerle ya da istenen aktivitelerle çalışılması gerekir. Bundan dolayı, ergoterapi yalnızca aktivite ile ilgilenmez, kişilerin sağlığını geliştiren aktivitelere katılımını sağlayan ve güçlendiren karmaşık faktörlerle de ilgilenir.

Ergoterapinin bakışında, sosyal adalet kavramı ev/okul yaşamına katılım ve sağlığı geliştiren aktivitelerle uğraşmanın ahlaki, manevi ve vatandaşlıkla ilgili faktörler tarafından desteklenebileceği ya da engellenebileceğiyle ilgilenen alanı tanımlamak için, “aktiviteye katılma hakkı” (occupational justice) anlayışı vardır. “Aktiviteye katılma hakkı” kişilere ve topluluklara, yapmak istedikleri aktivitelere tam katılımları için olanak sağlar. Bu alanla ilgilenen ergoterapistler, kişilerin yaşamı için anlamlı ve amaçlı aktivitelerle uğraşmalarına izin veren sosyal politikalar, eylemler ve yasaları tanımlar ve bunları desteklemek için çalışırlar (11,12). Ergoterapistler, dâhil etme ve ayırım gözetmeme sorumluluğuyla, herhangi bir sağlık problemi nedeniyle, vücut yapısı ve işlevlerinde bozukluğu olan veya yer aldığı sosyal ya da kültürel azınlık grup nedeniyle toplumdan dışlanmış veya katılımı kısıtlanmış tüm kişilerin grupların ve toplumların refahı için mücadele eder. Bu amaçla ergoterapistler toplum temelli

uygulamalar yaparlar ve toplum temelli rehabilitasyon ekibinde yer alırlar (11,12, 26-33). 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 kişi, çevre ve aktivitelere katılım arasındaki karmaşık ilişkiyi değerlendirirler (12).

Ergoterapist, mesleki aktivitelere katılımı, kişinin mesleki aktivitelerindeki performansını, yeteneklerini, becerilerini, nörodavranışsal faktörleri, fiziksel sağlık ve kondisyonu, bilişsel ve psikolojik/duygusal iyilik hâlini ve çevreyi değerlendirir. Ergoterapist, çalışan, işveren ve kişinin çalışma arkadaşları arasında koordinatör görevi görür. Ergoterapi uygulama çerçevesi temel aktivite düzenlemelerinin, sağlık ve katılım arasında yaşamsal bir bağlantı kurduğunu beyan eder (12, 14, 26-28). Tarih boyunca, ergoterapistler tıbbi ve psikolojik yaklaşımların yanı sıra, aktivite ve sosyal bir yaklaşımı teşvik ederek günlük hizmetlerde önemli takım elemanı olmuşlardır. Bu şekilde, ergoterapi insanları güvenli ve toleranslı bir ortamda destekleyerek, iyileşmeyi ve topluma geri kazandırmayı kolaylaştıracak şekilde gelişmiştir (1,26, 29, 30).

Yaşamının büyük bir bölümünü kurumlarda geçiren ruhsal ve zihinsel problemleri ile yaşamaya devam eden bireylerin, topluma dahil olarak yaşamaya başlamaları süreci, ancak bireylerin toplum temelli sağlık hizmetlerinin ne kadar başarılı bir biçimde hayata geçirilebileceği ve dinamiklerin ne kadar doğru yönlendirebileceği ile yakından ilişkilidir. Profesyonel disiplinlerin bakış açısından, ruhsal ve zihinsel problemler yaşayan bireylerin topluma dahil olma durumlarının, yalnızca hekimlik yaklaşımı ile değil (engelliliğe tıbbi yaklaşım) aynı zamanda multidisipliner yaklaşımı da içeren holistik bir yaklaşımla desteklenmesi gerekmektedir. Bu yeni anlayışın daha etkin olduğu ülkelerde, dönüşümlerin tedavi-rehabilitasyon anlayışını değiştirdiği görülebilir (3, 6, 8, 34). Bu yeni yaklaşımda herkesin hayatta birtakım sosyal rollere sahip olduğu düşünülür: Bir anne, bir çalışan, arkadaş, öğrenci ya da bağımsız yaşayan bir kişi olmak gibi. Birey merkezli tedavi planında, bireyin istek ve tercihleri, hayalleri, arzu ve destek ihtiyaçları, doğuştan gelen yetenekleri, güçleri, becerileri değerlendirilir. Plan dâhilinde bireyin karar almasına yardımcı olunur, bağımsız bir birey olması için gerekli olan becerileri kazandırılır. Kişinin ruhsal ve zihinsel hastalıklarından dolayı kaybolan rollerini tekrar

elde etmesi, geliştirmesi veya tekrar kazanması gereken yetileri kademeli olarak, sürekli pratik uygulamalarla zamanla geliştirmesi sağlanır, iletişimi desteklenir. Engelli bireylerin yapmak istediği iş, yaşamak istediği yer ve serbest zaman aktivitelere ilişkin hedeflerini geliştirmelerine yardımcı olmak için desteklenmesi gerekmektedir. Engelli bireylerin beraber yaşadıkları kişiler ve destek veren diğer çalışan personelle ilişkilerinin geliştirilmesine yardımcı olunur. Toplumsal farkındalık oluşturmak için, sosyal grupları birey hakkında bilgilendirmeye ihtiyaç duyulur (11, 32, 35-37).

DSÖ sağlıklılık durumunu, yalnızca hastalığın olmaması durumu olarak değil, fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir iyilik hâli olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda ruh sağlığı politikalarını, ruhsal sorunların oluşmasını önleyici, toplumsal katılımı destekleyen ve ruhsal sorunları bulunan bireylerin rehabilitasyonunu ve tedavisini içeren politikalar bütünü olarak tanımlamaktadır. DSÖ' ne göre ruhsal sorunlar; anormal düşünceler, duygular, davranışlar ile diğer insanlarla ilişkilerin farklı tür bileşimleri olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal sorunlara örnek olarak; şizofreni, depresyon, zihinsel engellilik ve madde bağımlılığına bağlı bozukluklar verilebilir (23,24).

DSÖ ve psikiyatri otoriteleri, ruhsal sorunların büyük bir çoğunluğunun tedavi edilebileceğini bildirmektedir. Psikiyatrik teşhis alan bireylere sıklıkla psikiyatrist gözetiminde ilaç tedavisi ve/veya psikiyatristler ve klinik psikologlar eşliğinde terapi uygulamaları önerilmektedir. Hâkim olan bu anlayışın yerine 1970'li yıllardan itibaren ruhsal sorunları olan bireylerin toplumdan ve toplumsal rollerinden uzaklaştırılmaksızın iyileşmelerini temel alan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri anlayışına geçilmeye başlanmıştır. "Toplum temelli rehabilitasyon ve eğitim" in esas amacı; engelli bireylerin, normal insanlar gibi toplum yaşamına tam katılımlarının sağlanmasıdır. Bu konu, engelli bireyler için de var olan "insan hakları" konusu ile ilgilidir. Temelde engelli bireylerin rehabilitasyon ve bakımını sağlamak problemi çözmemektedir; çünkü engelliler de bir vatandaş olarak diğer bireylerle eşit düzeyde haklara sahiptir. Bu nedenle engelli bireyler de diğer insanlarla birlikte yaşamalıdır. "Toplum temelli eğitim ve rehabilitasyon" toplumsal ve sosyal gelişmenin bir aktivitesi şeklinde kabul edilip toplumsal hizmetlerin hedeflenmesi ve planlanmasında

öngörülen sağlık, bakım, iş edindirme, eğitim, sanat ve spor gibi programların hepsi birbirine entegre edilmelidir (2, 3, 8,11, 23, 24).

Bireyin iradesini ve onun tespit edeceği ihtiyaçları merkeze alan, bireye özel yapılan destek hizmet çalışmalarının hepsine toplum temelli hizmetler denilmektedir. Kurumsal bakıma dayalı kurum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin bırakılarak, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri anlayışına geçişin ruhsal problemler yaşayan bireylerin insanlık onurlarına ve özerkliklerine çok daha uygun bir yaklaşım olduğu ifade edilmektedir. Psikiyatrik teşhis alan bireyler, doğrudan toplum temelli bir yaklaşımla sunulan hizmetlerden yararlanmaya başladıklarında, kurum temelli hizmetlerde ortaya çıkan problemlerin çok azı ile karşılaşmaktadırlar. Bakıma gereksinim duyan bireye, bağımsızlığını koruması ve kendi ayakları üzerinde durabilmesi için gerekli bilgi ve sosyal yaşam becerileri kazandırma, yaşamının üzerinde kontrol sahibi olabilmesi için çalışma ve diğer olanaklardan yararlanmasını sağlama işlevlerine sahip olan toplum temelli bakım; bu yönüyle ekip çalışmasını gerektiren bir hizmet modelidir (2, 8, 9,11).

Dünyanın farklı bölgelerinden ülkeler, DSÖ tarafından desteklenen kurumsal bakımdan vazgeçip desteklenen kurumsal bakımdan vazgeçip (deinstitutionalization), toplumla bütünleşme çalışmalarını sürdürmektedir (2, 6, 9,11 23, 24). Bu nedenle, hareketin yürütülmesi için daha fazla araştırmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Bireyin kendi iradesini ve onun belirleyeceği ihtiyaçlarını merkeze alan, kişiye özel sunulan ergoterapi hizmetleriyle bireyler yeniden topluma entegre edilecektir.

2.2. Amerika ve Avrupa Ülkelerinde Ruh Sağlığı Gelişimi ve Hizmetleri

2.2.1. Amerika'da Ruhsal Hastaların Topluma Kazandırılmasının

Tarihçesi

Psikiyatrik kurumlar dünya çapında gelişmeye başlamış, modern toplum ruh sağlığı hizmetleri için temeller atılmaya başlanmıştır. 3 Temmuz 1946'da Ulusal Ruh Sağlığı Yasası ile, ilk defa Amerika Birleşik Devletleri tarafından hem psikiyatrik eğitim, hem de araştırmaların yürütülmesi için büyük bir federal fon oluşturulmuştur. Ruh hastalarının taburcu edilip, topluma kazandırılmasının tarihçesi, zaman içerisinde politikalar ve hedeflerin değişmesi ile birlikte birkaç aşamaya bölünmüştür (9). İlk zamanlarda odaklanılan nokta, bireyleri devlete ait ruh sağlığı hastanelerinden çıkarmaktı. Ancak daha sonra verilen tıbbi tedavinin toplumun huzur ve güvenliğini

sağlamak için yeterli olmadığını farkına varılarak, toplumda yer alan bu kişilere verilen hizmet ve desteğin iyileştirilmesi ve geliştirilmesine odaklanıldı. 1990'lı yıllarda kurumlar, kayda değer sayıda kapanmaya başladı ve toplum bütünlüğünü güvence altına alan haklar barınma ve istihdama erişim hakkı gibi, daha da önem kazandı (6, 8, 24, 38).

İlk aşamalarda, devletler o zaman mevcut olan antipsikotik ilaçlara iyi tepki veren bireyler için, küçük toplum pilot programlarını desteklemiştir. 1965 yılında toplum ruh sağlığı merkezleri programı ile ulusal boyutta ruh hastalarının topluma kazandırılma hareketi başladı. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde üç harekete odaklanıldı.

1-Toplum ruh sağlığı merkezinde çalışanların profesyonel eğitimi

2-Toplum ruh sağlığı merkezleri tarafından kullanılan metodolojide araştırmanın geliştirilmesi

3-Yeni ruh sağlığı merkezleri ortaya çıkana kadar, mevcut bakım programlarının kalitesini geliştirmektir (6, 9). Bu hareket daha sonra sivil haklar ve kurumlardaki durumlara ilişkin problemler tarafından desteklendi. Bu da mahkemelerin rıza dışı, ruh hastanelerine hasta yatırılmasına kısıtlama getirmesi ve kurumlardaki bakım hizmetleri için minimum standartlar belirlemesi ile sonuçlandı (23).

Federal politika, devletleri kurumsal bakım sahaları arasında geçiş yapma konusunda etki altına aldı. 1970'li yıllar boyunca Toplum Temelli Sağlık Merkezleri (TTSM) programı genişletildi. Ek Güvenlik Geliri (SSI) ve Sosyal Güvenlik Maluliyet Sigortası (SDI) gelir desteği sağlarken, Medicaid ve Medicare, geniş bir ruh sağlığı hizmetleri yelpazesini kapsıyordu. Federal Medicaid ödeneğinin sağladığı teşvike cevaben, toplum temelli genel hastanelerin psikiyatri yatak sayıları hızla arttı ve devletler kamuya ait ruh hastanelerine verilmeyen Medicaid ödeneğini almak için hastaları bakım evlerine nakletti (23,24). Ancak genel ilerleyiş oldukça yavaştı ve toplum sağlığı için kaynaklar önemli bir sorundu. 1993 yılına kadar, toplum sağlığına ayrılan devlet kontrolündeki ruh sağlığı ödenekleri, devlet kurumlarına ayrılandan fazla değildi (11, 29, 30,38).

Siyasi Ortam

Ruh hastalarının topluma kazandırılması doğrusal bir süreç değildir; politikalar ve hedefler zamanla değiştiği için birkaç aşamaya bölünmüştür. Psikiyatri hastanesine yatırılan hasta sayısındaki azalma, kamu hastanelerinin 559.000 kişiyi barındırdığı 1956 yılında başladı. Önemli bir çoğunluk genellikle yıllarca günümüzdeki bakım evlerine paralel olarak geri planda koşullarda kalıyordu. Kamu hastanelerinin geri koşulları iyileşmesi beklenmeyen hastalar içindi. Burada sadece gözetim altında tutulurlar, herhangi bir tedavi uygulanmazdı. Takip eden 25 yıl boyunca, hastanelerde kalanların sayısı neredeyse dörtte üç oranında azalarak 1980 yılında 154.000 kişiye kadar düştü. 25 yılın ardından kurumların kapanması ve toplum hizmetleri ve desteklerinde kayda değer değişiklikler gerçekleştirilmişti (6, 9,11).

Ulusal boyuttaki ruh hastalarının topluma kazandırılması hareketi, federal yasalarca Kongre'ye rapor vermek üzere oluşturulan, Ortak Ruh Sağlığı Komisyonu tarafından bir rapor yayımlanması ile başladı. "Ruh Sağlığı için Eylem" başlıklı Komisyon raporu, ruh hastalarının toplum tabanlı kliniklerde tedavi edilmesi için ulusal program ve politikalara çağrı yapıyordu. Klinik bakımın amacı, gelecekte zihinsel engelliliği azaltmak için önleme ve erken müdahale hizmetleri sunmak ve ruh sağlığı düzeyini yükseltmektir. Bir diğer amaç da ruh hastalıkları yüzünden engelli hale gelenler için hastaneleri büyük oranda iyileştirmektir. Bu amaçlara ulaşmak için, Komisyon beş yıl içerisinde ruh sağlığına ayrılan ödeneklerin iki katına, on yıl içerisinde de üç katına çıkarılması için çağrı yaptı (34,35,38).

1990'ların başından itibaren, daha geniş toplum temelli hizmet sağlayıcı ağlarının gelişimi ve Medicare ve Medicaid'den ödeme seçeneklerine ilişkin yenilikler ile birlikte, ruh hastaları için birçok olumlu gelişme meydana geldi. Bu ilerlemelere rağmen, sağlık hizmetinin artan maliyetleri ile ilgili birçok sorun vardı. Toplum ruh sağlığı teşvikine rağmen, çoğu doktor, ruh sağlığı uzmanı ve hatta birçok hasta, bir tedavi olarak etkinliğini sorgulamaya başladı. Toplum ruh sağlığının altında yatan varsayımlar, toplum içerisindeki tedavi edilen hastaların, yaşayacak bir yerlerinin, onlara bakacak bir aile ya da rehabilitasyonlarını engellemeyecek bir destekleyici sosyal çevrelerinin olmasını gerektirmektedir (2,4,11). Toplum ruh sağlığının sunduğu faydalar ile söylenecek çok fazla şey varken, birçok toplum, çoğunlukla bir bütün olarak ruh hastalarına karşı olumsuz bir tutum beslemektedir. Tarih boyunca ruh

hastaları şiddet ve suç eğilimli olarak tasvir edilmiştir ve bu yüzden birçok Amerikan hapisanesi, çeşitli suçlardan yakalanan ciddi ruh hastalıkları olan kişiler için, barınak haline gelmiştir. 1999 yılında, mahkemede alınan karar: Bir birey için daha uygun ve daha az kısıtlayıcı bir toplum hizmeti varken suçlu hastayı, hastane gibi daha kısıtlayıcı bir tedavi ortamında tutmanın 1990 tarihli Engelli Amerikanlar Yasası'na aykırı olduğudur (1, 25).

1985 yılında Senatoda geçirilen yeni tasarıda TTSM (Toplum Temelli Sağlık Merkezleri) programı için geliştirilmiş bir mevzuattan bahsediliyordu. Bu mevzuatın amacı: En uygun ve en etkili uzun vadeli bakım sisteminin geliştirilmesi için, bir mekanizma sağlamaktı. Bakıma gereksinim duyan bireye, bağımsızlığını koruması ve kendi ayakları üzerinde durabilmesi için gerekli bilgi ve sosyal yaşam becerileri kazandırma, yaşamının üzerinde kontrol sahibi olabilmesi için çalışma ve diğer olanaklardan yararlanmasını sağlama işlevlerine sahip olan toplum temelli bakım, bu yönüyle ekip çalışmasını gerektiren bir hizmet modeliydi (1, 25, 39).

Toplum Destek Programlarının temel unsurları:1-Sorumlu ekip 2-Evde bakım 3-Acil bakım 4-Medicare bakım 5-Yarı yol evi 6-Denetimli (desteklenmiş) daireler 7-Ayaktan tedavi 8-Denetimli mesleki eğitim ve fırsatları (desteklenmiş) 9-Sosyal ve rekreasyonel fırsatlar 10-Aile ve sosyal ağ dikkati sağlamaktır.

Bu yapı iyi bir toplum ruh sağlığı servisleri için teorik bir kılavuz olarak kullanılır (11, 25-27, 31).

21. Yüzyıl ve Çağdaş Eğilimler

2002 yılında ABD Başkanı George W. Bush, toplum sağlık merkezleri için fonu artırdı. Fon, ilave merkezlerin inşa edilmesine yardımcı oldu ve sağlık yardımları da dâhil olmak üzere bu merkezlerde sunulan hizmetlerin sayısını artırdı. Başkan Bush tarafından kurulan Ruh Sağlığı Yeni Özgürlük Komisyonu, 2003 yılında bir rapor yayımladı. Rapor, “Amerika Birleşik Devletleri ruh sağlığı sunum sistemine ilişkin kapsamlı bir çalışma yürütmek” için yürürlüğe girdi. Amaçları arasında kamu ve özel ruh sağlığı kuruluşlarının etkinliği ve kalitesinin değerlendirilmesi ve tedaviye yardımcı olabilecek yeni teknolojilerin tespit edilmesi vardı. 20. yüzyılın sonlarına ve 21. yüzyılın başına doğru, toplum ruh sağlığı merkezlerinde, ruh hastalığı ile madde bağımlılığı tedavisi görenlerin sayısı 210.000'den yaklaşık 800.000'e çıktı (23-25, 39,

40). Bu yaklaşık dört katlık artış, toplum ruh sağlığı merkezlerinin genel nüfusun refaha erişmesinde ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (9,11, 23, 38, 40).

Şili: Şili’de tüm sağlık sektöründe gerçekleştirilen reformun bir parçası olarak, psikiyatri hastalarının insan haklarını koruyacak ve yaygınlaştıracak yeni bir şart kabul edilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının katılımıyla oluşturulan Psikiyatri Hastalarının Korunması için Ulusal Komisyon Mart 2001’de çalışmalarına başlamıştır. Psikiyatri merkezlerindeki ruh sağlığı çalışanlarının, psikiyatri hastalarının hakları konusunda eğitilmesi ülke genelinde oldukça olumlu sonuçlar doğurmuş; şiddet davranışları gösteren psikiyatri hastalarına uygulanan psikocerrahi uygulamaları ülke genelinde durdurulmuştur. Bazı psikiyatri kliniklerinde gerçekleşen insan hakları ihlallerine soruşturmalar açılmış, hastalar ve aileleri rehabilitasyon ve tedaviye erişim sırasında yaşadıkları güçlüklerin üstesinden gelmeye çalışmıştır. Komisyon önceleri yılda yalnızca 40 psikocerrahiye izin vermiş ve bir iki yıl içinde haklarında psikocerrahi talebinde bulunan hasta adaylarının sayısı 11’e düşmüştür. Tüm hastalar için daha az risk taşıyan tedavi yöntemleri uygulanmaya başlanmıştır.

2.2.2. Avrupa ülkelerinde ruh sağlığı hizmetleri

Ruhsal sorun yaşayan bireyler için öngörülen hastane ile ilaç odaklı ruh sağlığı hizmetleri modeli olan tıbbi modelin sorgulanması, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modelinin oluşmasında önemli katkılar sağlamıştır. Bazı sivil toplum örgütleri ise hizmet sunumu rolünü, reform süreçleri içerisinde üstlenmeye başladı. Ruhsal sorunlar yaşayan bireyler için sivil toplum örgütleri tarafından hizmet sunumu rolü üstlenmeye başlamaları 1980’li yıllarda oldu. Hız kazanan yeni ekonomik dönüşümlerin yanı sıra sağlık, eğitim, sosyal hizmetler gibi devlet eliyle yürütülen hizmetlerin özel sektör ya da kâr gütmeyen, sivil toplum örgütlerinin hizmet sunucu rolü üstlenmeleri gündeme geldi (29).

Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin, sivil toplum örgütlerinin hizmet sunumu rolünü üstlenmek için gönüllü olmalarında, ilaç ve hastane odaklı, ruhsal sorunları olan bireylerin toplum dışına itilmesi ve toplumsal damgalanmaya maruz kalarak ötekileştirilmesi ile sonuçlanan, geçmiş olumsuz tecrübelerin payı büyüktü. Fakat bu sivil toplum örgütlerinin hizmet sunumunu üstlenmeleri, gerek ruh sağlığı hizmetlerine erişim, gerekse ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı açısından önemli

sıkıntıları da birlikte getirdi. Örneğin Büyük Britanya’da, devlet eliyle yapılan hizmetlerin özel sektör ya da kâr elde etmeyi düşünmeyen sivil toplum örgütleri tarafından sunulmaya başlanması, ekonomik kriz sonucunda bu örgütlere verilen kamu kaynaklarının giderek azaltılmaya başlanması, doğrudan kamu eliyle yapılmayan bu hizmetlerde çalışan kişilerin işsiz kalmalarına ve yapılan hizmetlerin aksamaya başlamasına neden oldu (29, 41).

Psikiyatrik teşhis almış zihinsel engelli bireylerin insan hakları ve ruh sağlığına ilişkin standartlar, pek çok ülkede, kendi ulusal yasaları için bir temel oluşturmuştur. Portekiz, Avustralya, Macaristan gibi ülkeler bu standartların bir kısmını, bazen de ilgili metnin tamamına yakınına kendi ulusal yasalarına dâhil etmiştir (1, 29, 41).

Avusturya

Avusturya Federal Hükümeti, DSÖ’nün sağlık tanımına dayanarak genel sağlık yasalarını düzenlemiştir. Buna bağlı olarak önleyicilik, rehabilitasyon ve toplum temelli hizmetler önem kazanmıştır. Zihinsel engeli bulunan bireyleri de kapsayacak şekilde engellilerin mesleki durumlarını iyileştirmek ve cazip hâle getirmek için özel düzenlemeler yapılmıştır. Bu yasada teşhis, sağlık eğitim programları, risk altındaki kişilerin sosyal ve kültürel konumları, primer sağlık hizmetlerine erişim, fiziksel çevreye bağlı olarak ortaya çıkan risklerden koruyucu ve ruh sağlığını koruyucu önlemler ve uygunsuz barınmanın önlenmesi ele alınmıştır. Bunun bir parçası olarak Walloon Ajansı, engelliler hakkında bilgi toplamak, izleme, önleme ve erken yardım sağlamak için harekete geçmiştir. 17 erken yardım merkezi hizmet sunmaktadır. Federal yasaların tümünde zihinsel engeli bulunan bireylerin korunmasıyla ilgili hükümler yer almaktadır. Yasalar, tüm diğer hususların yanında azınlık mensubu engellilerin, adli gözetimde olan engellilerin, reşit olmayan engellilerin, kendini idare edemeyen kişilere ait mülkiyetin ve psikiyatri hastalarının korunmasını da içerecek şekilde genişletilmiştir.

Norveç

Norveç 1999’daki İnsan Hakları Kanunu’yla, BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi’ne Norveç Kanunu statüsü vermiştir. 1998-2002 eylem planı doğrultusunda, işveren kooperatifleri zihinsel engeli bulunan ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin çalışacağı daimi işyerleri kurmuştur.

Yunanistan

Yunanistan'da psikiyatrik hizmetler 1980 yılına kadar 9 büyük devlet ve 40 özel psikiyatri hastanesinde sunulmaya çalışılıyordu. Bu dönemde psikiyatri hizmetleri toplum psikiyatri hizmetleri olmadan merkezi bir yapı içerisinde sunuluyordu. Ayrıca psikiyatri hizmetlerinde önemli bölgesel eşitsizlikler bulunuyordu. 1984 yılında 100.000 nüfusa düşen nöropsikiyatrist sayısı 6.6 iken bu sayı 1990 yılında 10.5, 1996 yılında 15.4'e çıkmıştır. Diğer ruh sağlığı çalışanlarının sayısında da önemli artışlar elde edilmiştir. 10 yıllık süre boyunca psikolog sayısında %107, hemşire sayısında %21, sosyal hizmet uzmanı sayısında %148 ve ergoterapist sayısında da % 300'lük artış elde edilmiştir. Hastane dışı psikiyatri hizmetleri olarak tarif edilen TRSM'leri ve ayaktan psikiyatri hizmetlerinde çok büyük gelişmeler elde edilmiştir. TRSM'leri 80.000-150.000 nüfusluk tarama alanlarını kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. TRSM'lerinin toplam sayısı 1984 yılında sadece 7 iken 1996 yılında bu sayı 33'e çıkmıştır. Ayrıca ayaktan tedavi kliniklerinin sayısı da 20'den 56'ya çıkmıştır (29-31).

Yunanistan'da 1999 yılında Avrupa Birliği düzenlemeleri çerçevesinde ruh sağlığı hizmetlerinin modernizasyonu ve gelişimini hedefleyen "Psychargos" adlı bir eylem planı kabul edilmiştir. Psikiyatri hastanelerinin ve TRSM'lerinin geliştirilmesi ve personeline kapsamlı eğitim programlarının sunulması, hemşire evlerinin ve yarıyol evleri (half-way houses) kurulması, ruh sağlığı personelinin psikososyal rehabilitasyon alanında eğitilmesi ve psikiyatri hastalarına mesleki eğitim programlarının düzenlenmesi planlanmıştır (11, 29-31).

İngiltere

İngiliz sağlık sistemi için 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmetinin (National Health Service-USH) yürürlüğe girmesiyle USH'nin merkezi idaresi ve finansmanı Sağlık Bakanlığı yoluyla yürütülmeye başlanmıştır. Toplum Rehabilitasyon ekipleri toplum içerisinde rehabilitasyon ihtiyacı olan psikiyatrik hastaların barınma, gelir, meslek ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için hizmet yürütmektedirler. Bu amaçla toplam 72 Toplum Rehabilitasyon Ekibi oluşturulmuştur. Bu ekiplerde ağırlıklı olarak psikiyatri hemşireleri ve sosyal hizmet uzmanları psikiyatrist, klinik psikolog ve

ergoterapist de bulunmaktadır. Toplum Rehabilitasyon Ekiplerinin olmadığı yerlerde bu hizmeti Girişken Sosyal Yardım Ekipleri ya da TRSE yürütmektedir (29-31).

İngiltere’de 2004 yılı sayılarına göre toplam 102 gündüz hastanesi yer almaktadır. Gündüz hastanelerinde hastalara ergoterapist, sosyal sorunlara yönelik danışmanlık, ev idaresi ve aşçılık gibi günlük yaşam eğitimleri, sportif aktivite, müzik terapisi, dans terapisi, tedavi ve semptomlarla baş etme becerisi, biyolojik ve psikolojik müdahaleler gibi hizmetler sunulmaktadır. Ayrıca meslek terapisi de gündüz hastaneleri hizmetleri arasında yerini almaktadır (11, 29-31).

Almanya

Almanya’da psikiyatri reformu Amerika Birleşik Devletlerine göre 15-20 yıl gecikmeli olarak başlamıştır. “Uzman Komisyonu Raporu”nun 1988 yılında yayınlanmasından sonra Almanya’da oluşturulan 14 model bölgede “Gemeindepsychiatrischer Verbund” (GPV) adı verilen bütünleşmiş toplum psikiyatri bölümleri kurulmuştur. Bu merkezlerdeki esas amaçlar, sosyal yardım işlevi olan toplum psikiyatrisi hizmeti ve sosyal destek, iş ve diğer aktivite hizmetlerinin sunulduğu gündüz merkezlerinin açılmasıdır. Her bir merkezin 100.000–150.000 nüfusa hizmet vermesi planlanmıştır. Almanya’da hâlen ayaktan tedavi hizmetlerindeki hemşirelik, psikolojik, ergoterapisi ve sosyal hizmetler alanında yetersizlik olduğu vurgulanmaktadır. 1991 yılında Almanya’da reform sonrası psikiyatri yatak sayısının yaklaşık %50 oranında azaltılması toplum psikiyatrisi alanında ciddi bir personel yetersizliğine neden olmuştur. Bu nedenle 1991 yılından sonra personel açığının giderilmesine odaklanılmıştır (29).

Hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ergoterapist sayısında da önemli artışlar elde edilmiştir. 1990 yılında psikiyatri alanında görev yapan toplam personel sayısı 15253 iken, bu sayı 1995 yılında %24’lük bir artışla 18939’a kadar ulaşmıştır.

Psikiyatri hastalarının taburcu edilmesinden sonra destek hizmetinin yetersiz olması, psikiyatri hastalarına yeterli finansal destek sağlanamaması, kronik psikiyatri hastalarının yaklaşık %50’sinin hâlen aileleri ile yaşıyor olması ve psikiyatri hizmetlerinin hasta ve hasta yakını merkezli olmaması hasta yakınları üzerinde önemli yük oluşturmaktadır (29, 30).

İspanya

İspanya’da 1983 yılında İspanyol Hükümeti tarafından oluşturulan “Psikiyatri Reform Komisyonu”nun 1985 yılında yayımladığı raporla reform süreci başlamıştır. Reform döneminde ilk gerçekleştirilen büyük psikiyatrik hastanelerinin yatak sayılarının azaltılmasıdır. Yatak sayısının azaltılması, hastaların topluma katılımının desteklenmesi için tedavi ihtiyacını da doğurmuştur. Bu amaçla İspanya’da Ruh Sağlığı Merkezleri açılmıştır (41).

1985 yılından itibaren açılmaya başlayan Ruh Sağlığı Merkezlerinin sayısı 1991 yılında 387’e, 1995 yılında ise 550’ye yaklaşmıştır. Her merkezde psikolog, psikiyatrist, hemşire ve bir de idareci görev üstlenmektedir. Uygulanmaya başladıktan 10 yıl sonra, İspanya’da ayrıca “Ara Toplum Hizmetleri” (Intermediate Community Services) oluşturulmuştur. Bu hizmetlerin içeriğinde korunaklı barınma, rehabilitasyon hizmetleri, sosyal bütünleşme gibi hizmetler yer almaktadır. Bölgelerdeki psikiyatri hastanelerinde yer alan yatakların sayısı her 100.000 kişi için yaklaşık 100’den 25’in altına düşmüştür. 21 yıl sonra hastanelerde ikamet eden insanların yaklaşık %25’i ailelerine geri dönmüş, %50’si korumalı yerleşim bölgelerinde yaşamaya başlamıştır. Ortalama 87.000 insanı kapsayacak şekilde yaklaşık 500 ruh sağlığı merkezi açılmıştır. Genel hastanelerde 95 psikiyatri birimi ve 108 tane gündüz hizmet sunan hastane kurulmuştur. 1986 yılında kabul edilen Genel Kamu Sağlığı Yasası; ruh sağlığına ilişkin bir yasadır. Ülkede toplum programları ve esas bakım hizmetleri geliştirilmiştir. Ruh sağlığı merkezleriye gezici psikiyatrik hizmet verecek şekilde düzenlenmiştir. Genel hastanelerde psikiyatri bölümleri açılmış ve ciddi psikiyatrik hastalığı olan bireylerin bakımı ve rehabilitasyonunu yapmak için terapi toplulukları oluşturulmuştur (29,41).

İsveç

İsveç’te, 1960’lı yıllarda ortaya çıkan akım ile ruh sağlığı hizmetlerinin yapılandırılması süreci başlamıştır. İsveç’te Ulusal Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurulu bir rapor yayımlamıştır. Ayaktan tedavi hizmetleri desteklenmeye ve psikiyatri hastalarının hastanelerde kalma süreleri azaltılmaya çalışılmıştır (29).

İsveç örneği; hastanelerin kapasitelerinin düşürüldüğü, toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımının yerleştirilmeye çalışıldığı ilk süreçte, destekleyici hizmetlerin

varlığının önemli olduğunu göstermektedir. İsveç ruh sağlığı hizmetlerinde, birey merkezli yaklaşımın yaygın olduğu, bireysel tedavi planının bireyin aktif katılımı, uzman hekim, klinik psikologların ve hemşirenin yer aldığı bir ekip ile oluşturulmakta ve uygulanmakta olduğu görülmektedir. Kurum temelli modelden toplum temelli modele geçişte, hastanelerde kalan ruhsal problemler yaşayan bireylerin bu geçişe hazırlanması önemli görülmektedir. Ruhsal problemler yaşayan bireyler taburcu edildiklerinde, eğer kişi kendini toplumsal katılıma hazır hissetmiyorsa ve taburcu edildiği zaman bir destek sistemi ile desteklenmiyorsa, zorlu bir ortamın oluşmasına neden olmaktadır (42).

1985 yılında kurulun tanımladığı prensiplere uygun 135 psikiyatri kliniği oluşturulmuştur. Bireylere eşit yurttaşlık temelinde, eşit erişim fırsatı sağlayan bir ruh sağlığı sistemini (Psikiyatri hizmetlerine ulaşım ve özürlülük yasalarına uygun destek almada sıkıntıları olmakla birlikte) ruhsal problemler yaşayan bireylerin haklarının en uygun şekilde korunduğu bir sistem oluşturulmaktadır. İsveç'te, ruhsal problemler yaşayan bireyler, diğer bireylere sunulan barınma, istihdam, terapi desteği, sağlık hizmetlerine erişim gibi haklardan yararlanabilmektedirler. Burada yaşayan bireylere, toplumdan ayrıştırılmaksızın da hizmetlerin sunulabileceğinin gösterilmesi önemlidir. İsveç örneğinin örneklediği yurttaşlık temelinde eşitlik, devletin sadece bu eşitliği hukuksal olarak yerleştirmesi yolu ile değil, aynı zamanda ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin, sorunlarının tüm sosyal politika alanlarında ana akımlaştırılması yolu ile aktif olarak düzenlemesi ile mümkün olmuştur. İstemsiz yatış için mahkeme kararı konulmuştur ve kesin bir şekilde uygulanmaktadır (29, 30, 42).

Hollanda

1974 yılında Hollanda Hükümeti tarafından yayımlanan raporla Toplum Ruh Sağlığı Bakımı için Bölgesel Enstitülerinin (Regional Institutes for Community Mental Health Care-RIAAG) kurulacağı duyurulmuştur. Bu kurumlarda herkesin ulaşabileceği ruh sağlığı hizmeti sunularak psikiyatri hastalarının hastanede kalmasının ve damgalanmasının önlenmesi amaçlandı. Bütün ülkeyi kapsayan toplam 58 RIAAG kuruldu. 1955 yılında psikiyatrik yatak sayısı 28.000 iken; bu rakam, 1996 yılında 22.885'e, 2006 yılında ise 21.760'e düşmüştür. Psikiyatri yataklarının % 66'sı 1 yıldan daha uzun süre tedavi gören psikiyatri hastaları tarafından kullanılmaktadır.

Hollanda’da psikiyatri hastalarının rehabilitasyon ve eğitim hizmetlerinin sağlandığı gündüz hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri mevcuttur. Ciddi psikiyatrik problemleri olan hastalar için korunaklı barınma hizmetleri de sağlanmaktadır. Korunaklı barınma hizmetleri 2 sınıfta verilmektedir: Birincisi uzun zaman hastanede yatarak tedavi görmesi gereken hastalar için ayrılmış yataklı tedavi servisleri, ikincisi ise toplum ortamında psikiyatri personeli tarafından desteklenen grup evlerini kapsamaktadır (11,30).

Hollanda hasta haklarında, kişinin tedaviye erişim ve tedaviyi reddetme hakkı birlikte tanınmıştır. Hollanda’da ruh sağlığı hizmetlerindeki temel amaç iyileşme sürecinde ruhsal problemler yaşayan bireylerin özerkliklerinin korunması yoluyla güçlendirilmesidir. Bu yaklaşımda, ruhsal sorun yaşayan bireylerin iyileşme ve adaptasyonları sürecinde aktif bir birey olarak karar verici durumda olmalarına fırsat sağlamaktır. Bu yasal yapısıyla Hollanda’da ruhsal problemler yaşayan bireylerin hakları en üst seviyede korunmakta, bazı sivil toplum kuruluşları, ruhsal problemler yaşayan bireylere kamu finansmanı ile istihdam koçluğu hizmeti vermektedirler (11, 30, 43).

İtalya

Yaklaşık yirmi yıl önce İtalya Parlamentosu “*Kanun 180*”i kabul etmiştir. Söz konusu kanun ülke genelinde psikiyatri hizmetleri konusunda radikal değişiklikler getirmiş ve bir çerçeve yasa oluşturmuştur. Psikiyatri kliniklerindeki hastalara yönelik üç alternatif geliştirilmiştir: genel hastanelerde psikiyatri yatakları; tam ya da yarı zamanlı ikametgâhlar ile hastane olmayan merkezler ve günlük hastaneler, günlük merkezler ve ayakta tedavi kliniklerini içeren yataklı olmayan, ayakta tedavi merkezleri’dir (11, 44).

Kanunun kabul edilmesini izleyen ilk on yıl içinde psikiyatri hastanelerinde yatanların sayısı %53 azalmıştır. Psikiyatrik nedenlerle zorunlu hastanelere yatışların sayısı giderek azalmıştır (1975’te % 50; 1984’te % 20; 1994’te % 11,8). Şizofren bireylerin temel bakımıyla ilgili yaygın bir eğitim yapılmıştır. Eğitimden sonra psikocerrahi talebinde bulunan ailelerin sayısı sadece %8’di (11,45).

İtalya’nın Trieste bölgesinde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş konusunda öncü olmuş bir yapılanmaya sahip olduğu için Trieste modeli, seçilmiştir.

Trieste modeli, ruh sağlığı hizmetlerinde sadece kurumların (engelli olarak tanımlanan bireylerin toplumdan izole edilerek birlikte yaşamaya zorlandığı mekanlar olarak tanımlanabilir) rolünün asgari düzeye çekildiği bir modeldir. Trieste modelinin merkezinde, şu amaçlar yer almaktadır: 1) Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin gündelik yaşamlarında kendi kararlarını vermelerinin desteklenmesi, 2) Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin kendi yaşamlarının kontrolünü yeniden kazanmalarının sağlanması, 3) Kurum temelli hizmetlere son vererek ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin toplumdan dışlanmasının ortadan kaldırılması. Trieste’de gündüz hizmet veren toplum ruh sağlığı merkezleri, sistemin merkezinde oturmaktadır. Bu merkezlerin hizmetlerinde ilaç tedavisi dışında uygulanan alternatif terapi modelleri öne çıkmaktadır. Hizmetler birey temelli olarak sunulmaktadır. Bireysel tedavi planları, ruhsal sorun yaşayan bireyin kendisinin de katılımıyla hazırlanmakta ve düzenli aralıklarla yeniden değerlendirilmektedir (44).

Toplum ruh sağlığı merkezlerinden belirli bir süre hizmet alan bireyler, merkezle ilişikleri kesildikten sonra, merkez görevlileri tarafından yapılan düzenli ev ziyaretleri ile takip altında tutulmaktadır. Trieste modelinde, ruh sağlığı hizmetleri ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin rızası temelinde çalışmaktadır. İstemsiz yatış ancak mahkeme kararı ile gerçekteşmektedir. Hizmetler ile ilgili durum değerlendirme toplantıları düzenli olarak ve ruhsal sorun yaşayan bireylerin de katılımıyla gerçekteşirilmektedir (11, 44).

Ruh sağlığı merkezleri içerisinde ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istihdam edilmesine yönelik sosyal kooperatifler kurulmuştur. Toplum ruh sağlığı merkezleri sosyal kooperatifler ile ortak çalışmalar yaparak korumalı iş yerleri açmaktadırlar. Bu iş yerlerinde ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin haftada 20 saati aşmayacak bir biçimde istihdamı sağlanmaktadır. Ruh sağlığı Merkezinin kafeteryası 15 ruhsal sorun yaşayan bireyin, istihdam edildiği bir sosyal kooperatiftir. Bu uğraşların ruhsal sorunların tedavi sürecine önemli katkılar yaptığı belirtilmiştir (11, 30, 46).

2.3. Ruhsal Sorunlar Yaşayan Bireyler, Engellilik ve Sosyal Politikalar

Dünya Sağlık Örgütü engelliliği şöyle tanımlamaktadır: “Engellilik insanın bedeninin özellikleri ile içinde yaşadığı toplumun özelliklerinin arasındaki etkileşimi yansıtan karmaşık bir durumdur”. Bu tanıma göre, ruhsal sorunlar yaşayan bireyler,

ruhsal özellikleri ile içinde yaşadıkları toplumun ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yaklaşımına dair yapısının etkileşimi doğrultusunda bir engellilik deneyimi yaşarlar. Ruhsal sorunlar yaşayan bireyler ile zihinsel engellilerin gerek engellilik deneyimleri, gerekse öne çıkan ihtiyaçları birbirlerinden oldukça farklıdır. Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Engellilik Birliği'ne göre, zihinsel engellilik bireyin gündelik toplumsal ve pratik becerilerine dair zihinsel işlerliğinin ve uyumlu davranış kapasitesinin önemli ölçüde kısıtlılığı durumu olarak tanımlanmaktadır. Zihinsel engellilik, 18 yaş öncesinde ortaya çıkmaktadır (46).

Zihinsel engelli bireylere yönelik politikalar çoğunlukla erken çocukluk ve ergenlik sürecine odaklanan rehabilitasyon ve eğitim hizmetleri ile, destekli istihdam hizmetleri alanlarına odaklanmaktadır. Türkiye hukukunda, Türkiye yurttaşı engelli bireylerin haklarını ve bu bireylere sağlanan ayrıcalık ve muafiyetleri, 2005 yılında çıkarılan Özürlüler Yasası düzenlemektedir. 5378 sayılı Engelliler Hakkında Bu Kanunun amacı; engellilerin temel hak ve özgürlüklerden faydalanmasını teşvik ve temin ederek ve doğuştan sahip oldukları onura saygıyı güçlendirerek toplumsal hayata diğer bireylerle eşit koşullarda tam ve etkin katılımlarının sağlanması ve engelliliği önleyici tedbirlerin alınması için gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlamaktır. Engelliler Yasası uyarınca, engelli bireyler istihdamda pozitif ayrımcılık, evde bakım desteği, gelir desteği gibi haklara sahiptirler. Yasa engelli kişiyi "Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi" olarak tanımlamaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere, ruhsal sorunlar yaşayan ruhsal ve sosyal yeteneklerini kaybeden bireyler de engelli olarak kabul edilmektedirler (46)..

Engelliler Yasası'nda yapılan tanım, engelli bireylerin yapabilirliklerini kısıtlayan toplumsal çevre (engelliliğe sosyal yaklaşım) ile kişinin bedensel ve ruhsal özelliklerinin ilişkisine (biopsikososyal yaklaşım) kişinin yeti yitimine (engelliliğe tıbbi yaklaşım) vurgu yapması nedeniyle, Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nde temel alınan ve engelliliği tüm boyutlarıyla ele alan biyopsikososyal yaklaşıma yapılan tanıma oranla hayli yetersiz kalmaktadır. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin Türkiye hukukunda, engellilere tanınan hak, ayrıcalık ve muafiyetlerden

yararlanabilmeleri için psikiyatrik teşhis almış olmaları gerekmektedir. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin, ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerinin önünde maddi engeller olabileceği gibi, bu bireylerin psikiyatrik teşhis aldıkları durumda damgalanmaya maruz kalmaktan çekinmeleri gibi sosyal nedenler de olabilir. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin, hangi nedenlerle uzman yardımına başvurmadıkları konusu gerek bilimsel, gerek de siyasi olarak önemli bir araştırma konusudur (46).

2.4. Ruh Sağlığı Politikaları Alanında Reformlar: Kurum Temelli Hizmetlerden Toplum Temelli Hizmetlere Geçiş

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş öncesinde, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin yaşamlarını genellikle ruh sağlığı hastanelerinin dışında geçirme şansları bulunmamaktaydı. Ruhsal sorunlar ile yaşayan bireylerin hastane içerisinde yaşamlarını sürdürmek zorunda bırakılmaları, bu bireylerin toplumsal olarak izole olmalarını ve yaşamlarının kendi kontrolleri dışında rutin bir biçimde sürdürmelerine yol açmaktaydı. 1970'li yıllarda psikiyatri ile psikoloji disiplinlerinin içerisinde güçlenen eleştirel akımlar ve ortaya çıkan toplumsal hareketler, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin kurum temelli bir modelle iyileştirilmelerinin tek olmadığını ortaya çıkarmaya başlamıştır (2). Bu zaman içerisinde ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin klinik psikoloji, modern psikiyatri ve sosyal hizmetler disiplinlerinin sağlayacağı katkılarında azami biçime yararlanmalarını mümkün kılacak ve bu bireylerin toplum içerisinde kaybettikleri toplumsal rollerini geri kazanacakları bir biçimde desteklenmelerine imkan sağlayacak toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri yaklaşımı ortaya çıkmaya başlamıştır. Yeni psikiyatrik teşhis alan bireyler, doğrudan toplum temelli bir yaklaşımla verilen hizmetlerden yararlanmaya başladıkları durumda kurum temelli hizmetlerde yaşanan sorunların çok azı ile karşılaşmaktadırlar. Fakat kurum temelli yaklaşımın baskın olduğu dönemde psikiyatrik teşhis almış bireyler için toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş süreci hemen hiçbir ülkede problemsiz bir biçimde gerçekleşmemiştir (46). Özellikle 1970'li yıllarda kurum temelli yaklaşımdan toplum temelli yaklaşıma geçilmesiyle, ruhsal sorunlar ile yaşayan çoğu birey, çok da iyi planlanmamış bir süreç ile daha önce uzun süreler kaldıkları kurumlardan ayrıldılar ve toplum içerisinde yaşamaya başladılar. Yaşamının önemli bir bölümünü kurumlarda geçirmiş, ruhsal sorunlar ile yaşayan bireylerin toplum

içerisinde yaşamaya başlamaları süreci ancak, bu bireylerin topluma dâhil olma hâllerinin desteklenmesi ile başarıya ulaşabilmektedir (2,31,46).

2.5. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi Işığında Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Elde Edilen Haklara Yönelik Yaklaşım ve Temel İlkeler

Daha önce yürürlüğe girmiş olan, insan hakları sözleşmelerinin engelli bireylerin haklarını güvence altına almaya yetmemesi üzerine, Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi oluşturulmuş ve 2007 yılında taraf ülkelerin imzasına açılmıştır. 2007 yılında imzaya açılan bu sözleşmeyi ve eki olan İhtiyari Protokolü, Türkiye, 3 Aralık 2008 tarihinde 5825 sayılı Kanunla imzalamıştır. Bu Sözleşme'nin ilkeleri şunlardır: **(a)** Kendi seçimlerini yapma özgürlükleri ve bağımsızlıkları da dâhil olmak üzere, kişilerin doğuştan sahip oldukları onura ve bireysel özerkliklerine saygı gösterilmesi; **(b)** Ayrımcılık yapılmaması; **(c)** Topluma tam ve etkili katılım ve dâhil olma; **(d)** Farklılıklara saygı gösterilmesi ve engelliliğin insan çeşitliliğinin ve insanlığın bir parçası olarak kabul edilmesi; **(e)** Fırsat eşitliği; **(f)** Erişilebilirlik; **(g)** Kadın ve erkek arasında eşitlik; **(h)** Engelli çocukların gelişen kapasitelerine saygı duyulması ve engelli çocukların kendi kimliklerini koruyabilmeleri için haklarına saygı duyulması (46). Engelli bireylerin insanlık onuruna saygı gösterilmesi ve kendi kararlarını alabilmelerine dair, bireysel özerkliklerinin ve özgürlüklerinin tanınması sözleşmenin temel prensiplerinden biridir.

Sözleşme engelli bireylere yönelik her türlü ayrımcılığı yasaklamakta, engelli bireylerin topluma tam ve eşit katılımlarını güvence altına almakta, engelli bireylerin farklılıklarına insan çeşitliliğinin bir parçası olarak saygı gösterilmesini öngörmekte ve engelli bireylere yönelik fırsat eşitliğinin sağlanmasını önermektedir. Sözleşmenin 12'nci maddesi ise engelli bireylerin yasa önünde eşit tanınmalarını düzenlemektedir. Bu konu hak ehliyetlerini kullanmalarının önüne ciddi engeller çıkarılan ruhsal sorun yaşayan bireyler için büyük önem taşımaktadır (47). Madde taraf devletlerin “engellilerin hak ehliyetlerini kullanırken gereksinim duyabilecekleri desteği alabilmeleri için uygun tedbirleri” almakla ve “hak ehliyetinin kullanılmasına ilişkin tüm tedbirlerin, uluslararası insan hakları hukukuna uygun şekilde istismarı önleyici uygun ve etkili güvenceler sağlamasını garanti etmekle” yükümlü kılınmışlardır.

Benzer bir biçimde, sözleşmenin 14'üncü maddesi de “engelliliğin, hiçbir koşulda özgürlüğün kısıtlanmasının gerekçesi olarak gösterilmemesi” gerektiğine vurgu yapmıştır. Son olarak, sözleşmenin bağımsız yaşama ve topluma dâhil olma başlıklı on dokuzuncu maddesi, engellilerin “toplum içinde yaşama hakkı” olduğunu belirtmektedir.

Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmenin ana maddeleri; (46,47).

Eşitlik Ve Ayrımcılığa Uğramama Hakkı: Anayasamızın 10,12,17. maddeleri “Kanun önünde herkesin eşit olduğu”nu söyler. Zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan bireyler için ayrıca Özürlüler Hakkında Kanun’un 4. maddesiyle özel bir düzenleme yapılmış ve engelliler aleyhine ayrımcılık yapılamayacağı belirtilmiştir.

Eğitim Hakkı; Eğitim hakkı herkes için temel bir haktır. Zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan bireyler için, eğitim kendilerini geliştirmenin ve tedavinin bir yolu olduğu gibi, toplumsal hayata katılmalarının da en önemli araçlarından biridir. Zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı bulunan bireylerin eğitim hakkı, 5378 sayılı Özürlüler Hakkında Kanun (m.15), Temel Eğitim Kanunu (m.8) ve 26184 sayılı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği’nde (m.6) geçmektedir (46).

Rehabilitasyon Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı; Engelliler Kanunu’nun 10. maddesinde, toplumsal hayata katılım ve eşitlik temelinde zihinsel ya da ruhsal rahatsızlığı olan bireye habilitasyon ve rehabilitasyon hizmetleri verilir. Habilitasyon ve rehabilitasyon kararının alınması, planlanması, yürütülmesi ve sonlandırılması dâhil her aşamasında engelli ve ailesinin aktif ve etkin katılımı sağlanır. Rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanabilmeleri için Milli Eğitim Bakanlığına bağlı RAM (Rehberlik Araştırma Merkezi) tarafından eğitsel tanı verilmekte ve rapor düzenlenmektedir (46, 47).

Aile Ortamında Yaşama Hakkı/ Bağımsız Yaşama Hakkı; Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme'nin 19. maddesi bağımsız yaşama ve topluma dâhil olma hakkı şöyle tanımlamaktadır: Engelliler, diğerleriyle eşit bir şekilde ikamet edeceği yeri ve nerede, kiminle yaşayacaklarını seçme hakkına sahiptir ve belirli bir şekilde düzenlenmiş bir yerde yaşamak zorunda değildir. Devlet, engelli kişilerin yaşama ve topluma dâhil olmalarının desteklenmesi; toplumdan tecrit edilmeleri ve toplum dışında kalmalarının önlenmesi için gerekli olan kişisel yardım dâhil olmak üzere; ev

içindeki veya yerleşim yerindeki başka toplumsal destek hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamalıdır. Vatandaşlara yönelik toplum hizmetleri ve tesisler, herkesin eşit biçimde yararlanmasına açık olmalıdır.

Çalışma Hakkı; Engellilerin çalışma hakkına yönelik düzenlemeleri içeren Engelliler Kanunu'nun 14. maddesidir. İşe alımlarda engelliler aleyhine ayrımcılık yasaklanmakta olup 13. maddesinde mesleki rehabilitasyon hizmetleri verilmesi ve korumalı iş yerleri açılmasına ilişkin hükümler yer almaktadır. Türk Ceza Kanunu 122/a maddesi de işe alımlarda engellilere ayrımcılığı yasaklamıştır. Engellilerin meslek seçebilmesi ve bu alanda eğitim alabilmesi için gerekli tedbirler alınır. İstihdama ilişkin işe başvuru, alım, çalışma süreleri ve şartları ile istihdamın devamlılığı, sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları, kariyer gelişimi olmak üzere istihdama yönelik bütün konularda engelliliğe dayalı ayrımcı uygulamalarda bulunulamaz.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca yapılan meslek ve iş analizleri doğrultusunda, engelliler için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Millî Eğitim Bakanlığı tarafından eğitim, rehabilitasyon ve mesleki habilitasyon, programları geliştirilir (47). Yukarıda bahsi geçen maddeler ve prensipler, ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik zorla hastaneye yatırılma ya da istemediği bir tedaviye zorlama gibi rıza dışı uygulamalara son verecek düzenlemelerinin, ruhsal sorunlar yaşayan bireylere yönelik destekli karar alma mekanizmalarının ve bu bireylerin toplumsal yaşama entegrasyonlarını mümkün kılacak düzenlemelerin hayata geçirilmesine temel oluşturacaktır. Sözleşmenin engelliliğin özgürlüğün kısıtlanmasına gerekçe oluşturamayacağına dair prensibi ile engellilerin toplum içinde yaşama haklarına yaptığı vurgu ise taraf devletlerin ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istemleri dışında hastaneye yatırılma uygulamalarını terk etmelerini ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri geliştirmelerini gerektirecektir. Daha sonra detaylı olarak incelenecek olan Türkiye Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı genel olarak Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin temel felsefesi ile uyumludur. Eylem Planı ülkemizdeki kurum temelli ruh sağlığı yaklaşımının kademeli olarak terk edilerek, hizmetlerin toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımına göre yeniden düzenleneceğini duyurmaktadır (48).

Ülkemizin de 2009 yılında taraf olduğu Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'ne göre, ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin özgür ve bağımsız bireyler

olarak tanınmaları her türlü politikanın temelini oluşturmak durumundadır. Ciddi ruhsal sorunlar ile yaşayan bireylerin rehabilitasyonlarına yönelik müdahalelerde kişinin kendi kaderini tayin etme hakkı ile paternalizm arasında cereyan eden bir skalada farklı etik tercihler üzerinden hareket edilmektedir. Benzer bir ikilik bireylerin kendi kaderlerini tayin kapasitelerini azami düzeye yükseltme amacı ile, toplumsal güvenliği idame ettirme amacı arasında da görülebilmektedir. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin ve toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımının felsefesi gereğince, politikaların yukarıda sözü edilen ikiliklerden giderek daha fazla ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin özerkliklerinin azami ölçüde gözetildiği bir yaklaşımın uygun bir biçimde oluşturulmasının gerekliliğidir (46, 47).

2.6.Kurum Bakımı Nedir?

Bakıma muhtaç bireylerin aile yanında bakımının mümkün olmaması halinde kurumda bakım hizmeti verilir. Bakım Hizmetleri Aile ve Sosyal Politikalar (ASPB) İl Müdürlüğü denetiminde yürütülmektedir. Bakıma muhtaç engelli bireye, Aile ve Sosyal Politikalar Bakım Merkezlerinde ya da özel bakım merkezlerinde hizmet verilmektedir. Ayrıca çocuk haklarının izlenmesinden, Türkiye'nin BM Çocuk Hakları Sözleşmesi çerçevesindeki uluslararası yükümlülüklerini yerine getirmesinden sorumlu koordinatör kuruluştur. Genel Müdürlüğün hizmetleri, çocuklar ve ailelerle sınırlı da değildir: kadın sığınma evleri, yurtlar, engelliler ve yaşlılara rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri de çalışmaları arasındadır. ASPB'nin görevleri, çeşitli değişiklikler geçiren 1983 tarih ve 2828 sayılı yasada ayrıntılı olarak belirtilmiştir. Bu Kanunun amacı; korunmaya, bakıma veya yardıma muhtaç aile, çocuk, özürlü, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetlere ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan teşkilatın kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklar ile faaliyet ve gelirlerine ait esas ve usulleri düzenlemektir. "Korunmaya Muhtaç Çocuk"; beden, ruh ve ahlak gelişimleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede olup;

1. Ana veya babasız, ana ve babasız,
2. Ana veya babası veya her ikisi de belli olmayan,
3. Ana ve babası veya her ikisi tarafından terk edilen,
4. Ana veya babası tarafından ihmal edilip; fuhuş, dilencilik, alkollü içkileri veya uyuşturucu maddeleri kullanma gibi her türlü sosyal tehlikelere ve kötü

alışkanlıklara karşı savunmasız bırakılan ve başıboşluğa sürüklenen çocuğu içermektedir (37).

"Özürlü", doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle, normal yaşamın gereklerine uymama durumunda olup; korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyacı olan kişiyi kapsamaktadır. Daha önce yürürlüğe girmiş olan, insan hakları sözleşmelerinin engelli bireylerin haklarını güvence altına almaya yetmemesi üzerine, Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi oluşturulmuş ve 2007 yılında Birleşmiş Milletler tarafından imzaya açılıp, 2008 yılında Türkiye tarafından da onaylanan Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme ise "Engelli kişiler, diğerleri yanında, çeşitli engellerle etkileşerek kişinin diğerleriyle eşit bir şekilde, topluma tam ve etkili şekilde katılmasını engelleyen uzun süreli fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal sakatlığı olan kişileri kapsar" ifadesini kullanmıştır. "Bakıma Muhtaç Özürlü"; özürlülük sınıflandırmasına göre resmî sağlık kurulu raporu ile ağır özürlü olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişiyi içermektedir (49).

Koruma ve bakım altındaki engelli çocuk sayısı 2007 yılında SHÇEK'e bağlı kuruluşlarda 12.092 olduğu bilinmektedir (37,49,50).

"Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri"; bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri nedeniyle normal yaşamın gereklerine uymama durumunda olan kişilerin, fonksiyon kayıplarını gidermek ve toplum içinde kendi kendilerine yeterli olmasını sağlayan beceriler kazandırmak veya bu becerileri kazanamayanlara devamlı bakmak üzere kurulan sosyal hizmet kuruluşlarıdır. 12 kişinin yaşayabildiği evleri, bahçesi, geniş alanları olan toplam 139 evden oluşan 14 engelsiz yaşam merkezi bulunmaktadır (49,50).

2.7.Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetleri ve Ruh Sağlığı Politikaları Reformu

2.7.1. Yasalarımıza göre engelli (özürlü) ne demektir?

Engelli, fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duysal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen bireyi içermektedir.

Özürlüler Hakkında 1/7/2005 tarihinde çıkarılan 5378 sayılı Özürlüler Kanun hükümlerindeki "özürlü", "sakat" ve "çürük" gibi ibarelerin "engelli" olarak değiştirilmesini düzenleyen 6462 sayılı Kanunla, 3 Mayıs 2013 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Kanun, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığınca engellilik politikaları doğrultusunda yürütülen mevzuat çalışmalarının başlangıç noktasını ifade etmektedir.

Engelliler hakkında çıkarılan 5378 sayılı Kanun hükümleri uyarınca; Doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza nedeniyle bedensel, zihinsel, ruhsal, duysal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi sonucu toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi, engelli kabul edilir. Bu Kanun kapsamında bulunan hizmetlerin yerine getirilmesinde; a) Engellilerin insan onur ve haysiyetinin dokunulmazlığı temelinde, kendi seçimlerini yapma özgürlüğünü ve bağımsızlığını kapsayacak şekilde bireysel özerkliğine saygı gösterilmesi esastır. b) Engelliliğe dayalı ayrımcılık yapılamaz, ayrımcılıkla mücadele engellilere yönelik politikaların temel esasıdır. c) Engellilerin tüm hak ve hizmetlerden yararlanması için fırsat eşitliğinin sağlanması esastır. d) Engellilerin bağımsız yaşayabilmeleri ve topluma tam ve etkin katılımları için erişilebilirliğin sağlanması esastır. e) Engellilerin ve engelliliğin her tür istismarının önlenmesi esastır. f) Engellilere yönelik hizmetlerin sunumunda aile bütünlüğünün korunması esastır. g) Engeli olan çocuklara yönelik hizmetlerde çocuğun üstün yararının gözetilmesi esastır. h) Engeli olan kadın ve kız çocuklarının çok yönlü ayrımcılığa maruz kalmaları önlenerek hak ve özgürlüklerden yararlanmalarının sağlanması esastır. i) Engellilere yönelik politika oluşturma, karar alma ve hizmet sunumu süreçlerinde engellilerin, ailelerinin ve engellileri temsil eden sivil toplum

kuruluşlarının katılımının sağlanması esastır. j) Engellilere yönelik mevzuat düzenlemelerinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının görüşü alınır (47).

Yasalarımız açısından, kişinin, medeni haklarını kullanması ve cezai sorumluluk taşıması için ruhsal yönden sağlıklı olması ön koşuldur. Oysa son yıllardaki gelişmelerle birlikte her insan gibi, zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin de doğrudan ya da destekle kendi adlarına konuşabilmesinin yolları araştırılmaktadır. Engel düzeyleri ve aldıkları destek türü ne olursa olsun, bu kişilerin ihtiyaç ve isteklerini dinlemek ve anlamak mümkündür. Bu kişiler de kendi yaşamları hakkında karar verme, yaşamlarına yön verme hakkına sahiptir (47).

2.7.2. Ülkemizde ruh sağlığı alanındaki ilgili bakanlıkların hizmet sistemi

Türkiye’de bakım hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, özel kuruluşlar ve yerel yönetimler tarafından verilmektedir. Sağlık Bakanlığı evde ve kurumda sağlık hizmetleri verirken ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı özellikle dezavantajlı gruplar içerisinde yer alan genç, çocuk, yaşlı, kadın ve özürli bireylere yönelik koruyucu-önleyici, tedavi-rehabilitasyon edici, iyileştirici-geliştirici, hizmetler sunmaktadır. Sorunların ortaya çıkmadan önlenmesi için çağdaş hizmet politikaları bağlamında birey, aile ve topluma yönelik sunulan bu üç tür hizmet modelinin uygulamasında daha etkili ve verimli olunabilmesi için dünyadaki çalışmaların, örnek uygulamaların paylaşılması büyük önem taşımaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevlerini belirleyen 03 Haziran 2011 tarih ve 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname doğrultusunda ihdas edilen Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, engelli bireylere verilen bakım hizmetlerini oluşturmak, uygulamakla ve geliştirmekle yükümlüdür (50).

Bu çerçevede, engelli bireylerin saptanması, bakım ve rehabilitasyonu, korunması ile toplum içinde bağımsız olarak yaşamasını sağlayacak hizmetleri planlamak, bu hizmetlerden yararlanamayacak durumda olan engellilere sürekli bakım sağlayıcı hizmetleri yürütmek, hizmeti yönlendirmek, kuruluş açma sorumluluğu ile hareket edilmektedir. Engelli bireyler için yatılı-gündüzlü ve yatılı hizmetler, 81 ilde Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüklerince idare ve koordine edilmektedir. Bu koordinasyon özel ve resmi kuruluşlarla yürütülmektedir.

Engelli bireylere yönelik bakım hizmetlerinde yürütülen politika ve stratejilerde engelli bireylerin evde ailesi yanında bakımının sağlanmasının önemli görüldüğü ifade edilmektedir.

Ancak ailesi yanında bakımı mümkün olmayan engelli bireyler için alternatif olarak kuruluş bakımı seçenekleri ile farklı hizmet modelleri sunulmaktadır (50).

Ülkemizde var olan ruh sağlığı hizmet sistemi, sekiz ruh sağlığı hastanesi ve bazı hastanelerin psikiyatri bölümlerinde yürütülmektedir. Bu hastanelerde toplam yedi bin beş yüz civarında yatak vardır. Bakım hizmetlerinden sorumlu Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ise elli iki yatılı kurumu ve yirmi civarındaki özel bakım merkezi ile bakım hizmeti vermektedir. Uzmanlık gerektiren durumlarda, alzheimer, zihinsel engelli, ruh hastaları, sağlıklı yaşlılar ve bedensel engelliler için ayrı en fazla 40-50 kişilik merkezler organize etmeye, ayrıştırmaya, ihtisaslaştırmaya, küçültmeye yönelik çalışmaları devam etmektedir.

Ayrıca evde bakım hizmetlerini destekleyecek, gündüzlü modeller de bulunmaktadır. Yaşlılar için yaşlı hizmet merkezleri, engelliler için de gündüz bakım merkezleri bulunmaktadır. Gündüz merkezlerinde yarım veya tam günlük hizmetler verilmekte, bireysel programlar, aile danışmanlıkları, toplu eğitimler ve benzeri eğitim programları uygulanmaktadır. 2013 yılında yapılan ‘Ulusal Katılımlı Ergoterapi ve Rehabilitasyon Kongresinde’ verilen bilgilere göre 454 engellinin yararlanmakta olduğu ve bu merkezlerin her ilde olmasına ve yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmaların bakanlıkça yürütülmekte olduğu bildirilmiştir.

Ayrıca 5 bine yakın engelli bireye hizmet verilen resmi bakım kurumları bulunmaktadır. Bu kurumların ikisi, 125 kişiye bakım sunulan, zihinsel-ruhsal hastalarına yönelik merkezler olarak belirtilmektedir (37, 50).

Ayrıca 2006 yılından bu yana 2 asgari ücret tutarında ödeme yapılan, yaklaşık 7000 kişinin yararlandığı 150 özel bakım merkezi bulunmaktadır. Buralarda ağır zihinsel engelli bireylere ve ruh hastalarına yönelik hizmet verilmektedir. Bu merkezlerin 83'ünde 2336 ruh hastası hizmet aldığı bildirilmiştir (37,50). Ergoterapistlerin, bireye uygun hizmetin ve yönlendirmenin yapılması, toplum içinde kendi istekleri, yetenekleri ve kapasitesi doğrultusunda bağımsız bir birey olmaları yönünde oldukça önemli rolü ve etkisi bulunmaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı yayınlarında ergoterapistlere özellikle ihtiyaçlarının bulunmakta olduğunu

belirtmektedir (37). Örgün eğitim içinde tüm engelli grupları için, beş yüz civarında eğitim okulu ve mesleki okul bulunmaktadır. Kaynaştırma eğitiminden pratikte pek çok zihinsel engelli bireyin yararlanamadığı belirtilmiştir (46).

2.7.3. Toplum-temelli ruh sağlığı hizmetleri

Son kırk yılda dünyadaki gelişmeler, bu alanda kullanılan tıbbi tanımların yerine sosyal engellilik tanımını getirmiş, yani toplumun devletin zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin uyumu için yapmadığı şeyler asıl engel olarak görülmeye başlanmıştır. Bu kişiler de kendi yaşamları hakkında karar verme, yaşamlarına yön verme hakkına sahiptirler. Bu bakış açısından hareketle toplum temelli hizmetler hayata geçirilmiştir. Toplum-temelli (community-based) ruh sağlığı hizmetleri, kişilerin engel durumları ne olursa olsun, büyük kapalı kurumlar yerine, buldukları yerde istedikleri şekilde yaşamalarına ve özgür iradelerini kullanmalarına olanak verecek, ruh sağlığı hizmetlerini kapsadığı belirtilmektedir (11). Avrupa ve ABD'nin bazı eyaletlerinde toplum-temelli hizmetler küçük ölçekli toplum ruh sağlığı servislerinde (korunmalı evler, ruh sağlığı merkezleri, bakım merkezleri, korunmalı işyerleri vb.) ve ancak zorunlu durumlarda psikiyatri hastanelerinde verilmektedir. Her belediye sınırı içinde insanların her tür sorunuyla ilgili yönlendirme yapan sosyal servisler bulunmaktadır. Psikoterapi ve psikiyatrik ilaç tedavisi kadar, sosyal destek, akran dayanışma grupları ve kendine yardım grupları da pek çok ülkede tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, ailelere mola desteği, kişi merkezli planlama (rahatsızlığı olan kişinin, tedavisine ve yaşama biçimine uzmanların desteğiyle kendisinin karar vermesi),vasiliğe alternatif olarak destekli karar verme, istemsiz yatışları azaltmak için psikiyatrik önruza formu veya kriz kartı gibi farklı ihtiyaçlara göre geliştirilmiş ve ülkemizde henüz uygulanmayan hizmet türleri bulunmaktadır (4, 6, 9, 11). Ancak, son birkaç yıl içinde toplum-temelli hizmetlerle ilgili yetkili kurumlar tarafından Türkiye'de de adımlar atılmış, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 'nda yer alan "Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Tüm ihtiyaçlarını Karşılamanın Bütüncül Bir Ruh Sağlığı Sistemi Kurulması" amacı doğrultusunda, ülkemizde uygulanan "Hastane Temelli Ruh Sağlığı Modeli"nden "Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli"ne geçilmesine karar verilmiştir (48).

Toplum temelli ruh sağlığı modelinin esas hedef noktasını ağır ruhsal bozukluğu olan veya hastanede uzun süre yatırılan hastalar oluşturmaktadır. Bu modelde hastaların kendi yaşadıkları yerde bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, aile ve sosyal ortamlarından uzaklaştırılmadan yaşamalarını sürdürebilmeleri amaçlanmaktadır. Bu sayede hastaların toplumun dışına itilmeden ve dışlanmadan toplum içinde yaşamaları sağlanır (23,11). Hastalarla ilgili problemi sadece tedavi yönüyle değil sosyal, hukuki, ekonomik yönleri ile ele alan bir modeldir. Birçok ülkede gereksinimlere göre hastane ve toplum temelli hizmetler entegre edilerek sunulmaktadır. Çocuklara yönelik engelliliğin önlenmesi erken gelişim programları (UNICEF tarafından da önerilmektedir); çocuk psikiyatrisi alanında uygulanan okul temelli ruh sağlığı servisleri, ergen mahkemeleri ve bakım kurumlarıyla ilişkili ruh sağlığı merkezleri, 1.basamak sağlık hizmetleri entegrasyonu ile yürütölen toplum temelli bakım sistemleri örnekleri olarak belirtilmektedir (37).

Ölkemizde engellilere yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün teknik desteğiyle Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından "Engellilere Yönelik Hizmetlerin İyileştirilmesi" projesi yapılmıştır. Bu projede ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar ve zihinsel engellilere yönelik toplum temelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Ölkemizde uygulanmaya başlanan toplum temelli hizmetler olarak kişi odaklı bakım planı geliştirme, engelli kişinin bireysel ihtiyaçlarının belirlenerek karşılanması, toplum içinde yerleşimlerinin ve hizmet almalarının sağlanması (Toplum Ruh Sağlığı Mekezleri, Umut Evleri, Korumalı Ev ve Korumalı İş yerleri kurulması ve Korumalı Ev) rehabilitasyon çalışmalarının yapılması yer almaktadır. Bolu ve Elazığ'da örnek uygulamalara yer verilmiştir. Büyük bakım kurumlarının küçöltölmesi ve bütün Türkiye'ye uygulanması yönünde planlar yapılmıştır. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin yürüttüğu Bahçelievler projesi ve hastane bünyesinde kurulan gündüz hastanesi ile Akdeniz, Kocaeli ve Ankara Üniversitesitelerinde bulunan rehabilitasyon merkezleri, "Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi" ve gündüz hastaneleri bu modelin ilk uygulamaları olarak ifade edilmektedir. 2013 yılında yapılan uluslararası katılımlı Ergoterapi ve rehabilitasyon kongresinde; Türkiye'de toplam 54 ilde 70 TRSM olduğu ve her ekipte ayrıca psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve psikolog bulunduğu, üniversiteler ve meslek örgütleri ile çalışmalar yapıldığı ifade edilmiştir (37,48).

Devletin; engelli kişilerin yaşama ve topluma dâhil olmalarının desteklenmesini, engellilerin; toplumdan tecrit edilmeleri ve toplum dışında kalmalarının önlenmesi için gerekli olan, kişisel yardım dâhil olmak üzere, ev içindeki veya yerleşim yerindeki başka toplumsal destek hizmetlerinden yararlanmalarının sağlanması, vatandaşlara yönelik toplum hizmetleri ve tesisler, herkesin eşit biçimde yararlanmasına açık olmasına dair bilgiler eylem planında belirtilmiştir (37,48).

Ruh sağlığı hizmetlerinin kapsamlı, kaliteli ve etkin olarak sunulabilmesi için gereken iş gücünün yetiştirilmesi ve istihdam edilmesinin büyük önem taşıdığı ve bu hizmetlerin sunumunda görev alacak uzmanlık kollarının psikiyatristler, ergoterapistler, psikologlar, psikiyatri hemşireleri, sosyal hizmet uzmanları olduğu belirtilmiştir (48).

Ergoterapistin görev ve yetkileri Sağlık Bakanlığı tarafından İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik ile 22 Mayıs 2014 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanmıştır: a) Bireyin ev, iş ve okul ortamlarında fonksiyonel potansiyelini değerlendirerek performansını en üst düzeye çıkarmak ve çevreye uyumunu sağlamak için önerilerde bulunur. b) Bireylerin hastalık ve engellilik sonucu ortaya çıkan fonksiyonel sınırlılıklarını değerlendirir, günlük faaliyetlerini ve mesleklerini sürdürecekteki uygulamaları yapar. c) Hastaların duygusal, psikososyal, gelişimsel ve fiziksel yeterliliklerini mesleği ile ilgili ölçüm ve testleri kullanarak değerlendirir. ç) Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı sağlamaya yönelik yöntemler ile araç-gereçleri belirler ve kullanımını öğretir. d) Bireysel ve grup olarak mesleki, sosyal, sanatsal ve eğitim aktivitelerinin kullanımıyla ilgili rehabilitasyon programları yapar ve uygular. e) Duyu algı motor bütünleşme eğitimini ve bu alanlarda iş ve uğraşı terapisi uygular. f) Kişilerin topluma katılımını etkileyen kişisel çevresel ve aktivite performansına ait engelleri değerlendirir. g) Dışlanmış bireylerin topluma kazandırılması için gerekli değerlendirme ve rehabilitasyon işlemlerini yürütür.

Ergoterapistler hastaneler, günlük programlar ve uzun dönem bakım kurumlarında mental sağlık hizmetleri sağlarlar (37,51,52).

Ergoterapistlerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerindeki görev ve yetkileri, Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (16/02/2011 tarih ve 7364 sayılı Makam Onayı) ile yürürlüğe girmiştir. Bu yönerge’nin amacı: Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı

modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulabilmesidir. Bunun için, Sağlık Bakanlığına ait yataklı sağlık tesislerine bağlı olarak faaliyet göstermek üzere toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması ve işleyişi, asgari fiziki şartları ile bulundurulması gereken araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev, yetki ve sorumlulukları ile uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek hizmetin etkin ve ulaşılabilir bir şekilde sunulmasını sağlamaktır (52).

2.8. Türkiye’de Umut Evleri

Kurumsal bakımdan, bağımsız yaşam evlerine geçişin, Türkiye’de ne kadar yararlı olacağı ile ilgili çalışmalar yeni başlamıştır. DSÖ, Kurumsal bakımdan vazgeçme programlarını başlatmıştır. Dünyanın dört köşesinden farklı ülkeler, bu programa katılmışlardır. Türkiye Cumhuriyeti hükümetine, DSÖ bu konuda destek vermiştir. DSÖ teknik desteği ile Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilen, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) tarafından yürütülen “Engelli Bireyler için Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi” kapsamında ruhsal bozukluğu ve zihinsel engeli olan bireyler için etkili, uygun ve etkin toplum temelli destek hizmetleri sağlamak için yürütülen araştırmaları desteklemek üzere çalışmalar yapılmıştır. Özellikle zihinsel engelli bireylere yönelik ev ortamlarında bakım hizmetinin verilmesinin amaçlandığı Umut Evleri; engellilerin toplumsal hayata katılımlarını kolaylaştırmak üzere, toplumla bağlantıları olan ve aile ortamına benzer bir ortam sunan hizmet merkezleri olarak faaliyete geçirilmiştir. Bu nedenle zihinsel ve ruhsal engellilik alanlarında, kurumsal bakımdan vazgeçip topluma uyum sağlama çalışmalarında, bu alan üzerinde daha çok araştırmalara ihtiyaç duyulduğu açıklanmıştır (34).

DSÖ ve ASPB ve Sağlık Bakanlığı tarafından bir projenin yürütülmeye başlanmasıyla Ankara’da 6 tane Umut Evi, Saray Rehabilitasyon Merkezi’nden seçilen kişilerle hizmete girmiştir. Eylül 2013’te Türkiye’de 50 Umut Evi varken, Kasım 2014’ten başlayarak ülke genelinde bu sayı 84 ‘e yükselmiş, ise 114 Umut Evi’ne ulaştığı bakanlıkça rapor edilmiştir (50).

ASPB toplum temelli bakım hizmetlerini geliştirmek suretiyle, toplumdaki yalıtılmış kurumsal bakım hizmetleri uygulamalarını sonlandırarak, Umut Evlerini gelecekte ulusal bir model haline getirmeye karar vermiştir. Bununla birlikte, geçiş donemi suresince, birçok sosyal bakım kurumu, kurumlarda kalan onemli sayıda bireye barınma hizmeti sunmaya devam etmektedir (10).

Engelli bireylerin toplum yaşamına aktif katılmalarının sağlanarak, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlandırılması onemli bir konudur. Ailesi yanında bakımı mumkun olmayan engellilerin, surekli bakım hizmetlerinin sunulduğu Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde toplu yaşamın getirdiği olumsuzluklar yaşanmaktadır. Bu olumsuzlukların en onemlisi çok sayıda engelli bireyin bir arada bulunmasından dolayı toplumsal hayata katılmada zorluk yaşanmasıdır. Bireylerin bakım merkezinden alınıp toplum içindeki grup evleri olan Umut Evleri'ne yerleştirilmeleri, topluma aktif katılmalarının desteklenmeleri için bireylere fırsat yaratmaktadır. Ancak, engelli bireylerin sadece fiziksel olarak bakım kurumlarından alınıp yeni yaşam alanlarına taşınması toplum yaşamına tam olarak katılmaları, anlamına gelmemektedir (37). Topluma aktif katılmalarının sağlanması için gerekli olan ergoterapi çalışmalarına ve toplumun diğer uyeleri ile birlikte çalışılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Umut Evlerinin belirlenen hedef ve hedef sureerindeki iyileştirme, gelişme ve başarılı toplumsal katılım ihtiyaçları olduğu tespit edilmiş; zihinsel-ruhsal problemleri olan bireylerin sadece bakım ve gozetim hizmetlerinin yerine getirilmesi duşuncesinin değiştirilmesi ve toplumun aktif bireyleri olarak topluma kazandırma duşuncesi için çalışılması gerektiği ortaya çıkmıştır.

Umut Evinin işleyişi hakkında çalışma esasları, "ocuk evlerinin" işleyiş mevzuatı da dikkate alınarak İl Mudurluklerince hazırlanmaktadır. Belirlenen alışma esasları, Valilik Makamının onayı ile yururluğe konmaktadır.

Umut Evinin, ek unite olarak bağlı oldukları Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Mudurluklerinin bir parçası oldukları kabul edilerek her turlu ihtiyaçları ve giderleri bu kurum tarafından karşılanmaktadır. Bireylerin toplumdaki soyutlanmadan 4 ile 5 kişilik evlerde yaşamlarını surdurmeleri hedeflenmektedir.

Ankara'da; Pursaklar, Oran, ubuk semtlerinde 4-5 kişinin birlikte yaşadığı Umut Evleri mevcuttur. Aynı evde vardiya ile değişen kurumdaki govlendirilen bir bakım personeli çalışmaktadır. Her Umut Evinde evlerden sorumlu olarak çalışan

sosyal çalışmacı, psikolog, çocuk eğitimi uzmanı, hemşire, öğretmen ve diğer meslek elemanları arasından birisi görev almaktadır.

Engelli bireylerin yeniden kurumsallaşmasını engellemek ve toplum hizmetlerinden faydalanan, toplumla bütünleşmiş bireyler olarak varlık göstermelerini sağlamak için çalışmaların büyük bir titizlikle yapılması gerekmektedir. Yaşamının önemli bir bölümünü kurumlarda geçirmiş, zihinsel-ruhsal sorunlar ile yaşayan bireylerin toplum içerisinde yaşamaya başlamaları süreci ancak, bu bireylerin topluma dâhil olma hâllerinin desteklenmesi ile başarıya ulaşabilmektedir (31,44).

Umut Evlerinde, hizmet sağlayıcıların ve personellerin yönlendirilmesinde, engelli bireylere doğru hizmetin sunulmasının sağlanmasında ergoterapistlere büyük ihtiyaç duyulmaktadır (37). Bu ortamda, ergoterapi insanları güvenli ve hoşgörülü bir ortamda destekleyerek iyileşmeyi ve topluma geri kazandırmayı kolaylaştıracak şekilde uygulanmalıdır. Bireyin bir parçası olmayı amaçladığı toplum yaşamına ilişkin bilgi, ergoterapinin önemli bir boyutudur. Bu bilgi aracılığıyla, aktivite-rol tasarımı, yaratılması ve değerlendirilmesi ile sosyal entegrasyon ve katılımı kolaylaştırılabilir. Bu süreç, aktivite-rol yabancılaşmayı aşmak için bireysel ve kolektif tabanda, bireylerle işbirliği içerisinde gerçekleştirilmelidir. İşbirliği, anlamlı aktivitede, diyalog, güç paylaşımı ve sürekli aktif katılıma dayalı olmalıdır. Ergoterapistler Umut Evlerinde yaşayan bireyler için, ana yerleşim yeri olan toplum ortamlarında katılım olanakları yaratarak ve geliştirerek modelleyebilmektedirler. Bu modelden en çok kullanılan ve kanıta dayalı araştırmalarda belirtilen MOHO Modelidir. Anlamlı aktivite-rol, bireylere güvenli ve destekleyici ilişkiler yaratmak için temel olabilir ve bireylerde kendi iyileşme süreçleri üzerinde seçim yapma ve kontrol algısı sağlayabilir. Bu sahip olma ve aidiyet algısı, aynı zamanda günlük hizmetler gibi sosyal bağlamda tekrarlanan aktiviteler ya da alışkanlık veya rutinler oluşturarak da sağlanabilir. Farklı aktivite-rol ile aktivite ve sosyal bakış açısını birleştiren katılım sağlanabilir. Sosyal temas ve desteği vurgulayan aktivite-rol katılımları, kişilere kiminle sosyal temasta buldukları, ne zaman katıldıkları ve ne yaptıkları konusunda esneklik ve seçim hakkı sunmaya başlar ve toplumla bütünleşmeyi kolaylaştırır (12).

2.9. Niçin MOHO Modeli Kullanılmaktadır?

Ergoterapi modeli olan MOHO (model of Human Occupation) İnsan Aktivite Modelidir. Ergoterapide gerek klinik ortamlarda gerekse araştırmalar için dünya çapında kullanılan modeller arasında yer almaktadır (53). Bozuklukların tedavisi ve değerlendirilmesi için üretilmiş olan birçok modelden farklı olarak, MOHO günlük yaşamda problem yaşayan herhangi bir insan için tasarlanmıştır. Birey merkezli, holistik, uygulaması kolay ve diğer uygulama modelleri ile birlikte kullanılabilen bir modeldir (54). Yaşanan problemler kişinin alışkanlıklarından, iradesinden, performans kapasitesinden ve aktivite yapmasına engel olan çevreden kaynaklanabilir. Ergoterapi uygulamada aktivite-rol fonksiyon bozukluğuna eşlik eden birbiriyle ilişkili faktörleri anlamak için MOHO kavramı ile bireyi değerlendiren ergoterapist, kişinin aktivite-rol adaptasyon ve fonksiyon bozukluğunu kapsayan bu faktörleri de analiz eder (32). Aynı zamanda yaşam boyunca uygulanan bir model olarak ergoterapistler tarafından müdahale amaçlı olarak kullanılabilen ve fonksiyon değerlendirmeleri için, ergoterapi alanlarında uygun bir modeldir. MOHO, bozukluğun ötesine, aktivite-rol performansı etkileyen diğer birey ile ilgili faktörlere bakan ilk birey odaklı model olmuştur (22). Hızlı tarama ve esnek bir veri toplama yöntemi olan araç; MOHO' nun belli konulara odaklanılan değerlendirmelerini seçmeyi sağlar. Özel değerlendirmelere yardımcı olur.

-Özel bir problem bölgesi tespit edilir ve daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulur.

-Bir performans değerlendirilmesi yapılmasına gereksinim vardır (gözlem).

-Değerlendirmeler, iş veya okulların özel uygulama alanları için gereklidir (12).

Aktivite-rol yaşamında problem yaşayan bireyler ele alınmaktadır. Bu model aynı zamanda, terapinin sonucu olarak görülen değişimi tespit etmek için kullanılmaktadır. MOHO, aktivitelerin nasıl motive edildiği (iş, oyun, kendine bakım gibi), aktivite paternlerinin insanlar tarafından nasıl öğrenildiği ve biçimlendirildiği ve fiziksel, kognitif ve sosyal boyutların birleştirilerek aktivitenin nasıl gerçekleştiği üzerinde durur (54,55). Bireylerin güçlü ve zayıf yanları hakkında ölçülebilir değerler ile bilgi verir (56). İrade, alışkanlıklar, performans kapasitesi, çevresel koşulların, kişinin aktivite performansı, kimlik, yeterlilik ve aktivite-rol adaptasyon oluşurmaya nasıl katkıda bulunduğunu anlamaya ve aktivite, rol ve görevler üzerinde nasıl etkin

olduğunu inceler. Model tedavi süreci hakkında bireylerin aktivite-rol adaptasyonu konusunda bir düşünme yolu sağlamaktadır. Bu nedenle MOHO ile, iradenin, alışkanlıkların ve çevrenin de etkileri göz önünde bulundurularak, kişinin kendine bakım, serbest zaman ve üretici aktivite performansını tamamlaması için çevreyle nasıl bir bağ kurduğunu incelenir. Dolayısıyla, zorlu durumlarda bile birey merkezli uygulama yapılması; tedavinin amaçlarına rehberlik etmek ve aktivite-rol amaçları edinmek için birey ile tartışmaya izin vermektedir (53).

İnsan Aktivite Rol Modelinin (İARM) hem ulusal hem de uluslararası bağlamda en yaygın kullanılan aktivite-rol odaklı model olduğunu göstermektedir. MOHO, kullanım amaçlarını yönlendirmek için önemli kaynaklara sahiptir. Yapılan çalışmalar, ergoterapistlerin bu modeli ve kaynaklarını uygulama açısından faydalı bulduğunu belirlemiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan ulusal ölçekli bir anket çalışmasında Lee, Taylor ve Kielhofner, ergoterapistlerin MOHO'nun uygulamalarını üç yönden etkilediğini tespit ettiklerini belirtmiştir. Bunlar; birey merkezli uygulama, tedavi planlama, profesyonel kimlik ve uygulamadır. Oldukça yüksek bir sayıyla ergoterapistler, MOHO'nun bireyle ilgili holistik bir bakış açısı sağlayarak, bireyin belirleyeceği performans ile ilgili becerilerini geliştirerek ve bireylerin ergoterapi hizmetleri ile ilgili birey merkezli uygulamaları kolaylaştırdığını belirtmiştir (57).

Bireye verilen tedavi çevresine bireyin nasıl cevap verdiğine ilişkin etkileşimleri, gözlemleri sistemli olarak belgelenir. Müdahale öncesi ilk ve son değerlendirmeler yapılır. Birey merkezli ve aktivite odaklı MOHO değerlendirmesi kullanarak bireylerin hedefleri ve tercihlerine dayalı müdahale planları geliştirilir. Bu nedenle bireyler aktivite performans alanlarıyla değerlendirilip kişi merkezli ergoterapi müdahaleleri ile performans alanlarındaki müdahale etkisi incelenir. Amaç MOHO müdahalesi ile bireylerin adaptif davranışlarındaki iyileşme ve aktivite performansında pozitif bir gelişme elde etmektir.

MOHO'nun literatürde yapılan birçok makale çalışmaları ve araştırmada müdahaleleri ile kullanıldığı tespit edilmiştir (4,14-22, 33, 56, 58-81). Kielhofner ve arkadaşları bu tedavi yaklaşımından olumlu sonuçlar elde etmiş ve tedavinin etkisi konusunda kapsamlı araştırma ve değerlendirmenin geniş bir yelpazesıyla de bu alana büyük katkılar sağlamıştır. Modelin kavramları; aktivite için motivasyon, aktivite

paternlerinin rutini, yapılan becerilerin doğası ve aktivitede çevrenin etkisinden oluşur. Bu kavram kullanılırken birey hakkında detaylı veriler toplanır. MOHO, bozukluğun ötesinde aktivite-rol performansını etkileyen birey ile ilgili faktörlere bakan ilk birey odaklı model olmuştur (82, 83). Bireylerin performans kapasitesini kuvvetlilik ve zayıf olarak anlamamıza yardım etmiştir

2.10. Moho Kavramları

2.10.1. İnsan aktivite modeli

Aktivite merkezli insan aktivite modeli (The Model of Human Occupation-MOHO) pratik rehberlik için bir teori olarak geliştirildi. İlk olarak 1980'li yıllarda modelin uygulamaları ve teorileri kitaplar içinde tartışıldı. Bu model tedavi süreci hakkında insanın aktivite-rol adaptasyonu konusunda bir düşünme yolu sağlar. 1980 yılından beri, 80'in üzerinde yapılan ve yayınlanan çalışmalar oldu (12). Kielhofner ve kurumları bu tedavi yaklaşımından olumlu sonuçlar elde etmiş ve tedavinin etkisi konusunda kapsamlı araştırma ve değerlendirmenin geniş bir yelpazesıyla de bu alana büyük katkılar sağlamıştır. Modelin kavramları aktivite için motivasyon, aktivite paternlerinin rutini, yapılan becerilerin doğası ve aktivite de çevrenin etkisinden oluşur. Bu kavram kullanılırken hasta hakkında detaylı veriler toplanır (82).

MOHO iki esas noktayı vurgulayarak, insanı bir sistem bakış açısına dahil eder.

Davranış dinamik ve çevreye bağımlıdır. Bu kişinin iç karakteristikleri ile koşulların bir ağını yaratan çevre ile ilişkisi alandadır ve kişinin motivasyonu, hareketleri ve performansını etkiler.

Aktivite kendi organizasyonu için esastır. Bu insanın kapasitesini sürdürmek yada değiştirmek, üretimle devam eden deneyimler için yaptığı şeylerdir. Bununla beraber insanın özelliklerini geçmişte yaptığı deneyimler belirler. MOHO da insan aktivite ile meşgul olarak insan temelli ergoterapi düşünülür, bu yolla kişinin aktivite-rol (occupational) yaşamı restore edilir, sürdürülmesine yardım edilir ya da yeniden organize edilir (83).

Bu modelin esas karakteristikleri;

Aktivite-rol adaptasyon dinamik ve çevre bağımlıdır, bu nedenle kişinin işi, oyunu ve kendine bakım aktiviteleri; kişinin çevresi, performans kapasitesi, yaşam paterni ve motivasyon karakteristiği ile arasında ilişki vardır.

Tüm bireylerin değişim potansiyeline, aktivite-roller ile adaptasyon yapma potansiyeli vardır.

2-Aktivite kendi organizasyonu için esastır ve bu sebepten tedavideki değişim mekanizmasının merkezinde birey yer alır. Onun düşünceleri, hisleri ve yaptıkları belirleyicidir.

3-Bireyin aktivite-rol problemleri karmaşık olma eğilimindedir ve bu sebepten kapsamlı teoriksel yaklaşım ve iyi geliştirilmiş gözlem gerekir.

4-Uygulayıcının ergoterapi programına karar verme ve bireyi anlamada bir yol olarak bu teoriyi aktif kullanması gerekir (62).

5-MOHO merkezli gözlem birey merkezlidir, bireyin kendine has özellikleri gözlenmelidir ve birey ile işbirliği esastır (63, 84).

MOHO kavramı insanı; irade, alışkanlık, performans kapasitesi olarak üç elementten oluşmuş olarak ele alır ve aktivitenin nasıl yapıldığını açıklamada seçim paternlerine ve performansa bakar (63, 84).

İrade

Aktivite için insanların nasıl motive edileceği, onların yapacakları şeyin seçimi ile ilgili bir süreçtir. İradenin merkezinde yapılacak şeyler hakkında örneğin; yapılan işten hoşlanma, kendini yeterli hissetme ve işin önemi gibi düşünceler ve hisler vardır. İnsanın bir şey yapmaya ilişkin evrensel arzusu ile başlar ve yaşanmış tecrübeleri tarafından şekillenir. İrade, aşağıdaki döngüde meydana gelen duygu ve düşüncelerden oluşur: Yapması için olasılıklarını öngörmek, ne yapacağını seçmek, yaptığı şeyi deneyimlemek, ardından deneyimin yorumlanması; İstek uyandıran düşünce ve duygular şunları kapsar; kişinin dünyada yaptığı işin etkinliği, kişi için taşıdığı önem, kişinin hoşlanma ve doyum hissi. Bu üç alan sırasıyla kişisel gereklileri, önem ve ilgiyi yansıtır. İradeyi oluşturan duygu ve düşünceler, kişisel nedensellik, değerler ve ilgiler olarak ifade edilir. İrade, iş hayatına nüfuz eden bir etkiye sahiptir (26, 85).

İnsanların çevrelerindeki fırsatları ve güçlükleri nasıl gördüğünü; İnsanların neyi yapmayı tercih ettiğini; yaptıkları şeyi nasıl deneyimlediklerini ve bundan nasıl anlam çıkardıklarını, kişilerin hareketleri, kapasiteleri hakkında inanışları ve performans hakkındaki düşünceler ve primer olarak dünyayı keşfetmelerini ve farkına varmasını etkiler (86, 87). Kişi hem aktivite hem de rol seçimi yapar. Birincisi her gün hareket için bir aktivite yapmasıdır, ikincisi ise aktivite-rol ile ilgili seçimlerdir. Bunlar bireylerin yaşamlarının geçici bir döneminde vardır ya da kalıcı olarak devam eder (63, 85). MOHO temelli ergoterapi, genellikle bireylerin irade problemlerinin tespit edilmesini ve ele alınmasını kapsar

a-Kişisel nedenler

Kişisel nedensellik, insanların günlük faaliyetlerini yerine getirirken sahip olduğu kişisel kapasiteler ve etkinlik ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade eder (88).

Kişisel nedenler, yapılan işin kişi için etkinliği ve kişinin kapasitesini yansıtır. Kişi kendi kültürlerini sağduyulu olarak gözlemler, çevrenin talepleri ve beklentileri ile ilişkili olarak kapasitesinin çeşitleri hakkında bilgileri toplayarak nedenlerini oluşturur. Çünkü insanlar yapacakları fiziksel, sosyal, mental yetenekleri hakkında kendilerini güvenli hissettikleri zaman o işi yapmayı düşünürler. Sonuç olarak, insanlar çevrelerinin direnci ya da uygunluğu ile kapasitelerini kullanarak etkinlikleri hakkında duygu ve düşüncelerini geliştirir (26).

b- Değerler

Aktivite seçimleri aynı zamanda değerlerden etkilenir. Değerler, neyin iyi, doğru ve önemli olduğuna ilişkin inanç ve bağlılıklardır. Değerler inanışlara ve toplum tarafından tanımlanan iyi-doğru-önem kavramlarından oluşur.

Bu bakış açıları da insanların aktivitelerini uygulama ve uygulama şekillerini etkiler. Değerler insanlar tarafından zorunluluk olarak hissedilir. Bu zorunluluğun aksine kişi değerlere uygun davrandığında toplumsal doğruluk ve ait olma duygularını yaşar. Değerler yaşama kültürel bakış, topluma ait olma duyguları olduğu için güçlü emosyonel durumlar da eşlik eder (12, 89).

c- İlgiler: İlgiler, işten alınan zevk ve tatmin deneyimi ile oluşur. Aktivite-rollerde, doyum ve memnun olma deneyimleri ilgiyi meydana getirir. İlgi doğal mizaçla başlar. Daha sonra meşgul olunan işle memnuluk ve doyum hisleri ile gelişir. Böylece aktiviteler ile uğraşma fırsatlarının uygunluğuna bağlı olarak ilgiler yerleşir. Her birey belirli ya da özel uygulama şekilleri için eşsiz bir bireydir (53,54).

Alışkanlık

Tekrarlayan paternler içinde organize olan davranışlar fiziksel, sosyal ve süregelen dünya yapıları ve ritimleri içindeki entegrasyondur. Alışkanlıklar, insanların eylemlerini bir motif ve rutin haline getirdiği bir süreçtir. İnsanların hareketlerini rutinler ve patemler halinde organize etme sürecidir.

Alışkanlıklar, otomatik olarak gelişen bir şeyleri yapmanın öğrenilmiş yollarını kapsar. Özel durumlar içinde tekrar edilen hareketler alışkanlık patemlerini oluşturur. Hareketlerin alışkanlık paternleri, alışkanlıklarla ve rollerle büyür. Kişinin tipik günlük, haftalık ve mevsimlik rutinleri ile beraber olarak evleri, komşuları, yaşadıkları şehirler, aileleri, iş organizasyonları ve iletişimleri, alışkanlıklarını pekiştirir. Alışkanlıklar sayesinde, kişi bir işin bitme zamanını tahminen bilirse, benzer bir iş yaptığı zaman nasıl ilerleyeceğini, bir sonraki adımı, oraya vardığı zaman neyin yer alacağını bilir. Alışkanlıklar kişinin rutin aktiviteleri nasıl yaptığını, zamanı kullanımı ve davranışlarını etkiler (53, 54, 87).

Roller

Roller insanlara, bir kimlik ve bu kimliğin yapılması gereken zorunluluklar hissini verir. Roller insanlara yeni bir kimlik ve bu kimlikle birlikte bir zorunluluk duygusu kazandırır. Yeni bir rolü öğrenmek, bir kimliği, dış görünüşü ve beklenen davranış şeklini benimsemeyi kapsar (8, 26).

Tedavinin ana görevlerinden biri, kişinin günlük uğraşlara daha kolay katılması için alışkanlık ve roller inşa etmek ya da yeniden yapılandırmaktır. İnsanları bazen bir öğrenci bir işçi, bir ebeveyn olarak görür ve bu rollerin tam olarak yapılması için uygun şekillerde davranılması gerektiğini tanımlar. Bir rol için diğer insanların beklentileri ve sosyal sistemin doğası; her bir rol için nasıl davranılması gerektiği konusunda rehberlik eder. Böylece diğerleri ile ilişkili role ait gözlem ve davranışlar yoluyla oluşturulur. Roller davranışlarla şekillenir. Kişi verilen rol içinde bir aktivite

ile meşgul olduğu zaman, bu rol onun giyim stiline, hareketlerine ve tavırlarına yansiyabilir. Roller zamanı kullanım ve performans becerileri için kişiden beklentilerle; beceri ve paternler içinde kişinin hareketlerini değiştirerek yaşamlarının düzeni ve yapısı ile sağlanır. Çünkü roller ve alışkanlıklar günlük yaşamın rutinleridir (26). Alışkanlıklar, kişinin etkili ve otomatik davranışları rutinde yapmaları için onları fiziksel, temporal ve sosyo-kültürel ekolojileri içinde, koopere olma ve değerlendirmelerine izin verir (26, 53, 54).

Performans Kapasitesi

Performans için kapasite, yapılacak işlerde uygulamada kas-iskelet sistemi, kardio-pulmoner, nörolojik ve diğer vücut sistemleri tarafından etkilenir. Performans aynı zamanda mental, kognitif yeteneklerden de (örn; hafıza ve plan yapma becerilerden) etkilenir. Performans kapasitesi, altta yatan zihinsel ve fiziksel becerileri ve performans esnasında bunların nasıl kullanıldığı ve deneyimlendiğini ifade eder. Kişinin alta yatan mental ve fiziksel yetenekleri ve onların yaşam deneyimleri performansı şekillendirir (88).

Performans aynı zamanda bellek gibi zihinsel ve bilişsel becerileri de kullanır. MOHO aynı zamanda performans deneyimine ve özellikle performansta kısıtlama yaşama deneyimine katılımın önemini de vurgular.

Ergoterapi modelleri; gözlemlenebilen, ölçülebilen ve modifiye edilebilen fenomen olarak fiziksel ve mental kapasiteye odaklı objektif bir bakış açısından performans kapasitesinin problemine adres göstermektedir. Fakat performans kapasitesinin adres gösterilmesi konusuna ilgi göstermez. Bu kavram günlük performansı sürdürmek için kendi zihinsel becerisi içinde vücudu nasıl kullanacağını ve mental sürecin soyutlanması için vücut deneyimlerinden nasıl yararlanacağını vurgular. Performans kapasitesi, fiziksel ve mental komponentler çerçevesinde ve subjektif deneyimle ilgili olarak kişinin bir şeyleri yapabilme becerisidir. Birçok model hareket, algı ve kognitif bozuklukla ilişkilidir. Bu yüzden MOHO, direk olarak performans kapasitesi ile ilgilenmez.

MOHO, insanı çevreyle iletişim içinde olan ve dışardan gelen uyarımlarla kendini değiştirmeyi sağlayan bir açık sistem olarak görür (89). MOHO aynı zamanda

performans deneyimine ve özellikle performansda kısıtlama yaşama deneyimine katılımın önemini de vurgular (12, 90).

2.10.2. Aktivite-rol adaptasyonda çevrenin katkıları

Kişinin bileşenleri gibi insan ile çevre de ayrı ayrı ve beraber birbirleriyle ilişkilidir. MOHO kavramında çevre hem sosyal hem de fiziksel boyutu kapsamaktadır. Bu kavram kişide potansiyel etkiye sahip zorunlulukları, talepleri kaynakları ve fırsatları sunar. Fiziksel çevre uzay içinde objelerin yer aldığı doğayı ve yapıları kapsar. Sosyal çevre bireylerin oluşturduğu grupları ve bu grupların üyelerinin yaptıkları aktivite-rol şekillerini kapsar. Gruplar üyelerine roller tahsis eder ve bu roller grubun ambiyansına, normlarına ve doğasına uygun olarak yapılan sosyal çevreden oluşur. Böylece gruplar üyelerine yapabileceği şeylerin türünü tavsiye eder ve yapmalarına izin verir (88, 91). Aktivite-rol şekiller, hareketin kurallar sıralamasıdır. Bu hareket bir amaca, toplanmış bilgiye, kültürel tanımlara ve adlandırmalara dayanır. Aktivite-rol şekilleri herhangi bir sosyal yapı içinde uzay, nesne, şeklinde yapılır ve/veya sosyal grubun içinde yer alır. Aktivite-rol şekilleri için tipik yerler ev, komşular, okul veya iş yeridir.

Kişinin fiziksel ve sosyal özelliklerinin nasıl olup olmayacağı, onların ilgilerine, kişisel gerekçelerine, rollerine, alışkanlıklarına, değerlerine ve performans kapasitelerine bağlıdır (12, 91).

2.10.3. İrade, alışkanlık, performans kapasitesi ve çevrenin ilişkisi

İnsanın yaptığı şeyler hakkında ne hissettiği, nasıl düşündüğü; çevre, yetenekler, roller, alışkanlık ve motivasyon arasındaki kompleks ve karşılıklı bir etkileşim içindedir. Alışkanlık, motivasyon, performans kapasitesi her zaman bir diğeri ile ilgilidir; çevre ise uygulamaya spontan olarak katkıda bulunur. Bu birbirine eşlik eden faktörler referans alınmazsa eğer, aktivite-rol adaptasyon tam olarak anlaşılmaz. Değerler, ilgiler, kişisel nedenler, roller, âdetler, performans kapasitesi ve çevre her zaman dinamik bir halkanın parçalarıdır. MOHO, aktivitenin kişinin iç özelliklerinin (irade, alışkanlık ve performans kapasitesi) çevresi ile olan etkileşiminden kaynaklandığını vurgular. Çevre, bireyin içinde bulunduğu durum bağlamında; motivasyonu, düzenlemeyi ve aktivite performansını etkileyen belirli fiziksel, sosyal, kültürel, ekonomik ve siyasi özellikleri kapsar: kişilerin bir şey

yaparken kullandığı nesnelere, kişilerin bir şeyi yaparken bulunduğu alanlar, belirli bir bağlamda kişilerden beklenen ve/veya istenen mevcut aktivite biçimleri ya da görevleri, bağlamı oluşturan sosyal gruplar, mevcut kültürel, siyasi ve ekonomik faktörler (12, 26).

2.10.4. Kimlik ve yeterlilik

İnsanlar devamlı olarak aktivite-rol kimliklerini kurarlar. Bu kimlik deneyimlerden doğar. İnsanın biriken duyguları, olmak istedikleri durumlardır. Aktivite-rol kimliklerini oluşturma ve yapma modelinde devamlılık gösterme derecesi, aktivite-rol yeterlilik olarak ifade edilir. Aktivite-rol uyumunun iki önemli ögesi; kimliği tasarlama (oluşturma) ve değişen koşullarda bu kimliği gerçekleştirebilme yeteneğidir.

Bu modele göre adaptasyon, pozitif kimliği oluşturma ve kişinin çevresinde zaman içinde yeterlilik kazanmasıdır. İki ana ögeden oluşur:

1-Kimlik: Kişinin kim olduğu ve ne olmak istediği duygusunun birleşimidir. Kimlik, bireyin aktivite yapan bir varlık olarak kim oldukları ve kim olmak istediklerine ilişkin kümülatif algısıdır.

Bu kavram doğrudan kişinin aktivite katılım geçmişi ile ilgilidir (26, 91).

2-Yeterlilik: Kişinin kimliğini yansıtan, aktivite-rol katılımı sürdürebilme derecesidir. Yeterlilik kişinin hayatının temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi ile başlar ve rollerini yerine getirebilme ve tatmin edici bir yaşam sürebilmesiyle devam eder (64, 92).

Bu modelde irade, alışkanlıklar ve performans kapasitesi, kişinin aktivitesini etkileyen iç özelliklerini oluşturur ve bu özelliklerde çevreyle etkileşerek kişinin ne yaptığını belirler. Bu model bir şeyler yapmayı üç seviyede değerlendirir (12):

1-Katılım: Aktivite katılım, kişinin sosyokültürel şartlarının bir parçası olan ve kişinin iyi olabilmesi için istenen ya da gerekli olan iş, oyun ve günlük yaşam aktiviteleri içinde olabilmektir (32, 93, 94).

2-Aktivite performansı: Özel bir aktivite yapmak olarak tanımlanır. Köpek gezdirmek, kek yapmak gibi. Katılımın her alanı pek çok farklı aktiviteden oluşur. Örneğin, okula katılım kitap okuma, ders dinleme gibi farklı etkinliklerden oluşur.

Aktivite performansı, bu etkinlik biçimlerini ya da görevlerini gerçekleştirme sürecidir.

3-Beceri: Kendi aktivite performansı içerisinde, kişiler amaçlı aktiviteler yaparlar. Örneğin, kahve yapmak çoğu Batı kültürlerinde kültürel olarak tanımlanmış bir aktivitedir. Böyle bir şey yapmak için kişi farklı amaçlı aktiviteler yapar. (kahveyi almak, pişirmek gibi). Bu malzemeleri kavramak, daha sonra kahveyi yapma ve sunma arasındaki gerekli adımları planlamak ve uygulamak gerekir. Aktivite performansını oluşturan bu eylemler beceri olarak adlandırılır (12, 65, 93).

Becerinin üç tipi vardır:

- 1-Motor beceriler (objelerin manipule edilmesi, taşınması, hareket ettirilmesi)
- 2-Süreç becerileri (Hareketlerin uygun sırayla yapılması, materyalleri amacına uygun kullanmak)
- 3-İletişim becerileri (Diğer kişilerle iletişim, vücut dili, fiziksel temas, konuşma v.s)

Becerinin bu üç tipini ayrı ayrı fonksiyonel hareketler ile detaylı hesaplamalarını ölçen değerlendirmeler geliştirilmiştir. Fisher (1998) ve arkadaşları motor ve süreç becerileri için Assesment of Motor and Process Skills-AMPS; Forsyth, Lai ve Kielhofner (1999), Forsyth, Salamy, Simon&Kielhofner (1998) de iletişim becerilerini). Zaman içerisinde kişinin iş, okul ve günlük yaşam aktivitelerine katılımı, kişinin kimlik ve yeterliliğini oluşturur, bunlar da bir araya gelerek aktivite-rol uyumu gelişir.

2.11. Uygulama İçin Kavramlar

Birçok insan hayatının bir döneminde aktivite-rollerde uyum problemleri yaşayabilir. Oluşan yetersizlik, daha önce pozitif olan ilgileri, değerleri tehdit edebilir ya da olumsuz etkileyebilir. Bu da moral ve motivasyon kaybına neden olabilir. Yetersizlik ile yeni rol, hobiler, iş ve kimlik varsayımı ile birlikte yeterlilik kaybına neden olabilir (56, 89).

Alışkanlıklar engel nedeniyle etkilendiği için kişi hayat ile olan yakınlığını kaybedebilir. Bozukluk, eski alışkanlıkların yapılmamasına neden olabilir ve hayata devam edebilmek için yeni alışkanlıklar edinmek gerekebilir. Bu modelin, bütün müdahale yöntemleri değişimi içerir. Örneğin, kalıcı rahatsızlığı olan bir kişi, çevre

için modifikasyon kullanıyorsa, performans alışkanlıklarını, değerlerini, kişisel nedenlerini de buna göre değiştirmelidir (65, 85, 93). Bu değişimi anlama yöntemi, bu modelin terapötik müdahale açıklamasıdır. Unutulmamalıdır ki, sadece bireyler kendi değişimlerini sağlayabilirler. Kişinin günlük yaşam aktiviteleri veya oyuna katılması kişinin kendisini organize etmesiyle olur.

Değişim; yetenekleri artırma, kendisi hakkındaki düşünceleri şekillendirme, sosyal kimlik yaratma ve alışkanlıklar oluşturma gibi şeylerdir. Kişi pozitif kimliği oluşturarak, çevresinde zaman içinde yeterlilik kazanmalıdır. İrade, alışkanlık ve performans kapasitesindeki değişimler, hastanın aktivite sorumluluklarını fonksiyon olarak kavramsallaştırabilir.

Aktivite-Rol (Occupational) sorumluluk: iki noktanın altını çizer: a) Tedavi için gerçek bir aktivite şekli içermelidir. b) Bireyde değişim sağlayabilmek için yapılanın birey için uygun ve anlamlı olması gerekir (53, 90, 95).

Bu model aynı zamanda, tedavi sonucundaki değişimi tespit etmek için kullanılır. Performans kapasitesinin anlaşılabilirliğini artırmak (kuvvetlilik ve zayıflık), pozitif aktivite seçimlerini destekleyen gelişmiş değerleri anlamayı gerektirir. Çeşitli rollerin başarılmasıyla ilişkili sorumlulukları bilip geliştirmek, ilgilendiği şeylere katılımı artırmak ile gerçekleştirilir.

Teknik; uygulamada birçok avantaja sahiptir; değerlendirmeler geniş, çok sayıda vaka örnekleri sunar (Değerlendirme, tedavi planlama ve müdahale için). Modelin uygulanmasını tarif eder.

MOHO literatürde yapılan birçok çalışmada müdahaleleri ile kullanılmıştır (95,90).

2.11.1. Hikâye

Zaman içerisinde bireyin ortaya çıkan iradesi, alışkanlığı ve performans kapasitesi ile entegre olan ve bu öğeleri özetleyen, bunlara anlam yükleyen öyküsüdür. Araştırma, anlatılanların ergoterapi alan bireylerin gelecekteki adaptasyonunu tahmin ettiğini göstermiştir.

2.11.2. Değişim

Bir insan geçmiş davranışlarla ve zaman içinde bunları tekrarlayarak, bu davranışları, daha otomatik ve alışkanlık haline getirecektir. Kişiler, üretken ve

anlamli eylemler yaparken, yetenekli olduklarinda yeterlilik duygusu oluşur (13, 26, 82, 87). Yeterli tekrar ve çevresel geri bildirim, yeni performans paternini özümsemek için gereklidir. Değişim, bireyin kişisel özellikleri ve/veya çevresinin, aktivite-rol problemleri ya da güçlüklerle katkı sağlaması durumunda gereklidir. Örneğin, bir bireyin kişisel nedenselliği, verimsizlik duyguları ile karakterize edilmiş ise, tedavinin amacı bireyin daha verimli hissetmesini sağlamak olacaktır ya da bireyin çok az rolü varsa ya da hiç rolü yoksa tedavinin amacı bireyin yeni roller seçip gerçekleştirmesini sağlamak olacaktır. Bu şekilde, üçüncü adımda güçlüklerin veya problemlerin tespit edilmesi bireyin dördüncü adımda hedefleri seçmesine olanak sağlayacaktır. Bu adımdaki bir sonraki element, hedeflere nasıl ulaşılacağıın tespit edilmesidir. Bu, bireyin hedeflere ulaşmak için hangi aktivitelerle meşgul olacağıın belirtilmesini içermektedir. Aynı zamanda bu, ergoterapistin aktivite katılımı sırasında bireyi nasıl destekleyeceğinin belirtilmesini de içermektedir (26).

İrade, alışkanlıklar, performans kapasitesi, çevresel koşullar ve kişinin aktivite-rol performansı; kimlik, yeterlilik ve adaptasyon oluşurmaya katkıda bulunur (12, 56).

2.11.3. Kimlik

Kişinin şu an kim olduğu (öğrenci, oğul, arkadaş) ve gelecekte kim olmak istediği (erkek arkadaş, çalışan) duygularının birleşmesiyle ortaya çıkar. Bu kimliğin, öz değerlendirme ile başladığına inanılır ve sorumluluk kabul etme ve hayatta ne istediğini bilmek gibi daha zorlu dinamiklere doğru uzandığı kabul edilir.

Kişinin gelecekte ne olmak istediği geçmiş deneyimlerinden etkilenir. Örneğin, geçmişte iyi bir öğrenci olmayan çocuk, gelecekte üniversite öğrencisi olmayı hayal etmeyecektir (12, 82).

2.11.4.Yeterlilik

Kişinin kimliğini yansıtan, aktivite-rol katılımı sürdürebilme derecesidir.Yeterlilik kişinin hayatının temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi ile başlar ve rollerini yerine getirebilme ve tatmin edici bir yaşam sürebilmesiyle devam eder (82, 83, 87, 89). Kimliğin eyleme dönüşmesinin sonucudur ve kişinin kimliğini etkileyen katılım modelini desteklemek, yeterlilik duygusunu sağlayacaktır (83).

Çocuklarla çalışırken bu duygunun geliştirilmesi çok önemlidir. Zamanla, bir kişinin dünyayla etkileşimi, kişinin yeterlilik ve kimlik duygusunu, başarılı ya da problemli aktivite adaptasyonu ile sonuçlanacak şekilde etkiler (88, 89).

2.11.5. Adaptasyon

Pozitif bir kimlik yaratma ve etkinleştirme sürecini ifade eder. Kişinin kendi çevresi içinde, birbiriyle ilişkili iki element: kimlik ve yeterlilik, kurulduğu ve sürdürüldüğü zaman bu durum aktivite adaptasyonu ile sonuçlanır (56).

2.11.6. Uygulamada aktivite performans süreç modeli ve moho modelinin kullanılması

Aktivite performans süreç modeli

Performans Süreç Modelini (APSM) Law ve Clark, 1997'de klinik karar vermeyi kolaylaştırmak için geliştirilmiştir. Bir klinik durumda öncelikle kavramsal kapsamlı bir model kullanarak örneğin; Kanada Aktivite Performans [CMOP] (CAOT, 1997) Modeli, Kişi-Çevre-Aktivite (PEO) Modeli (Law et Al, 1996), İnsan Aktivite Modeli (MOHO) (Keilhofner, 1980, 2005), İnsan Performansının Ekolojisi (Dunn ve ark., 1994) (89) ve Kişi-Çevre-Aktivite Performans (Christiansen & Baum, 2006) Model, çözüm üretmeye geçer. APSM aşağıda, her aşamasında yol gösterici sorular ile birlikte, pratik rehberlik için çerçevenin nasıl kullanılacağı hakkında bilgi içermektedir (96). APSM, bireyin kişisel olarak önemli olan işleri başlatma ya da sürdürmede güçlük yaşadığı zaman aktiviteye olanak sağlamak için yedi süreçli bir modeldir:

1. Kişinin aktivite performans konularının önceliklerini belirleme, isimlendirme, onaylama ve öncelik verme
2. Probleme yönelik uygun teorik model ve yaklaşımları seçme
3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartları düzenleme
4. Kişinin çözüme yönelik kuvvetli yönlerini ve kaynaklarını tanımlama
5. Hedeflerin belirlenmesi ve hareket planının oluşturulması
6. Performans komponentlerinde ve /veya çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

7. Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi (1, 36, 89, 96).

Bu yedi APSM aşamasının kısa tanımları içerisinde, bir soru listesi oluşturulur. Bu sorular, ergoterapistin her aşamada birey odaklı bilgiler elde etmek için bireylerle yansıtıcı tartışmalar başlatmasına yardımcı olmak için tasarlanmıştır. APSM, CMOP ve PEO kullanarak bireylerle çalışırken, odak aktivite performansıdır. Aktivite performansı, “kültürel olarak tanımlanmış ve kişinin kendisine bakması, hayattan zevk alması ve bir toplumun sosyal ve ekonomik dokusuna katkıda bulunması için uygun olan anlamlı aktiviteleri seçme, düzenleme ve tatmin edici bir şekilde gerçekleştirme becerisi” olarak tanımlanmaktadır (s.181). Kronenberg, bir aktiviteyi seçme, düzenleme ve tatmin edici bir şekilde gerçekleştirme “fırsatının” da eşit derecede önemli olduğunu belirtmiştir İlk aşamada, bireyin umudunu ve potansiyelini kısıtlamamak adına hayalleri ve vizyonları dikkatlice dinlenir. Terapi sürecinde içinde buldukları toplum da göz önünde bulundurulmalıdır. İkinci aşamada ergoterapist bireyi dinleyerek şekillendirilecek probleme yönelik uygun teorik model ve yaklaşımları seçmeye çalışır. Üçüncü aşamada aktivite performans komponentleri tanımlanır, çevresel şartları düzenlenir, dördüncü aşamada ise kişinin çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakları tanımlanır. Beşinci aşama, hedeflerin belirlenmesi ve hareket planının oluşturulmasıdır. Altıncı aşama, aktivite yoluyla planların uygulanmasıdır. İdeal olarak, bu planda yer alan işler “anlamlıdır”; örneğin, bireyin ilgi alanları, hedefleri ve gerçek yaşam çevreleri ile bariz bir şekilde ilgilidir. Bu, geleneksel kaynakları bir hastanede simüle edilen bir ortamda seçtiği aktivitelerle oluşturulan ergoterapistleri için zorlayıcı olabilir. Yedinci aşama, aktivite performans sonuçlarını değerlendirme aşamasıdır. Planın uygulanmasının ardından değerlendirme gerçekleştirilir. Aktivite performansı sonuçlarının değerlendirilmesi; testlerin yeniden uygulanması ya da daha önceden tespit edilen hedeflerin ve bireylerin bu hedeflere yönelik ilerlemelerinden ne kadar memnun olduklarının tartışılması yoluyla yapılabilir. Aktivite performans hedefi karşılanmadığında, birey ve ergoterapist bu konuda birlikte çalışmaya devam edip edemeyeceklerini ve devam etmek isteyip istemediklerini gözden geçirir. Devam etmek isterlerse, aktivite hedefine yönelik engelleri ve kolaylaştırıcı faktörleri yeniden gözden geçirme ve plan ve/veya hedefi revize etmelerine gerek olup olmadığına karar vereceklerdir. Birlikte çalışmanın olanaksız olduğu (örneğin, finansman kısıtlamalarının olması) ya da istenmediği

(örneğin, bireyin alternatif hizmetlere yönelmek istemesi) durumunda, ergoterapisti bireye, diğer hizmetlerini belirlemeye yardımcı olmayı teklif eder (96).

Aktivite performans bileşenleri

Kişinin fiziksel özellikleri, duygu, görüş, güç, denge, hareket açıklığı ve algısal işlevi gibi konular da dâhil olmak üzere tüm duyuşsal ve motor fonksiyonları kapsar. Bireyin aktivite performansının temeli öğrenilmiş gelişimsel davranış modelleridir. 3 bölümde incelenir:

Duyu-motor, 2. Kognitif-kognitif integrasyon, 3.Psikososyal-psikolojik Performans Komponentleri;

1. Duyu-motor Komponent; 3 fonksiyonu içerir (27, 32, 88, 97, 98)

1-a) Duyusal: Duyusal farkındalık, algı, b) Kas-iskelet: Refleks cevaplar, normal eklem hareketi, kas tonusu, endruans, postural kontrol, postural düzgünlük, yumuşak dokuların durumu ve c) Motor; koordinasyon, orta hat çaprazlama, sağ-sol ayrımı, bilateral integrasyon, motor kontrol, praksis, ince motor becerileri, oral motor becerileridir (49,61).

2. Kognitif/Kognitif integrasyon: Yüksek beyin fonksiyonlarını kullanma becerisini hedefler. Tanıma, oryantasyon, hafıza, dikkat, aktiviteyi başlatma, sonlandırma problem çözme, öğrenme, genelleme şeklindedir. Bilişsel özellikler, bellek, mantık ve okuryazarlık gibi düşünme özelliklerini kapsar.

3.Psikososyal/Psikolojik Komponentler; Sosyal iletişim, Emosyonel süreç

Duyusal özellikleri ise bazı duyguları deneyimleme ve yorumlama ve sosyal işaretleri okuma becerisi gibi duyuşsal ve psikolojik fonksiyon ile sosyal becerileri kapsar (49,61,99). Aktivite performansı sorunlarını değerlendirirken, ergoterapist belirli kişisel kapasite alanlarındaki sorunların işaretleri için doğal ya da özel olarak yapılandırılmış işlerin performansını gözlemler, dinler ve ölçer. Ergoterapist, çevre ve aktivitenin özelliklerinin performans üzerindeki etkilerine dair bir uzman görüşü sunar.

Aktivite ya da aktivite analizi, anatomi, fizyoloji, insan kinetikleri, psikoloji, gelişim, yaşlanma ve insan hastalıklarının ilerleyişine ilişkin bilgilerle ergoterapist bu bileşenin değişme ihtimaline ve bunun aktivite performansı üzerinde sahip olacağı etkiye ilişkin bir görüş sunar. Örneğin, bir ergoterapist depresyondan çıkan bir bireyin

sınıfta ve evde kontrol kapasitesinin gelişmesi durumunda öğretmen olma hedefine yönelebileceği ya da bunun okuma, destek grubuna katılım veya meditasyon yoluyla gerçekleştirilebileceği sonucuna varabilir.

Alternatif olarak, ergoterapist bir performans bileşenine ilişkin sorunların, aktivite hayaline ulaşmasını kısıtlıyorken bu bileşende değişiklik yapmanın oldukça zor olabileceğine dair bir fikir oluşturabilir. Bunun yerine, ortamda ya da aktivitede değişiklikler yapmak daha etkili olabilir. Ergoterapist performansa ilişkin bu görüşlerini bireyle paylaşır.

Ergoterapist, aynı zamanda bireyin bu performans bileşenlerinin çok yönlülüğüne ve bu değişikliği isteyip istemediğine dair görüşlerini ister ve bunları göz önünde bulundurur. Bu hem birey merkezli ilkelere bağlı kalmak adına hem de bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin ayrıcalıklı bir bilgiye sahip olduğu düşüncesiyle yapılır. Ergoterapistler için önemli bir özellik, değişikliğin istenip istenmediğine ve ilgili kişiler için hangi değişikliklerin uygun olduğuna karar vermektir (32).

Aktivite performansını etkileyen çevresel faktörler

Çevrenin geniş tanımlı elementleri olan kültürel, sosyal, sosyoekonomik, fiziksel, kurumsal /organizasyonel çevre eşit oranda öneme sahiptir. Çevre, davranışların meydana geldiği ortam olarak görülür ve beklentilerin ne olduğu veya yapmak istenen olay hakkında bireye ipucu sağlar(12). İlave olarak çevredeki elementler performans için destekleyici veya engelleyici olabilir. Çevre adres gösterildiği zaman, birey için mevcut destek ve engeller olduğu kadar, bireyin çevreyi nasıl algıladığı da önem kazanır (12). Çevre ile etkileşim halinde olan insan gelişebilir, motive edilir ve dinamiktir. Davranışlar çevrenin temporal, fiziksel ve psikolojik özelliklerinden ayrı düşünülemez. Çevre, performans üzerinde olumlu veya olumsuz etkiler yapabilir. Çevre, insanda sıklıkla daha yavaş değişir. Çevresel stratejilere bazı örnekler: Kapalı ve açık alanlarda fiziksel erişebilirliği artırma, bir birey için sosyal ağın oluşturulması, bilgi ve eğitim yoluyla toplumun engelliye bakış açısını değiştirmek, tüm insanların katılımı için bir organizasyon içinde yer almalarını sağlamak.

Çevre, kişilerin dışında oluşan şartlar ve durumlar olarak tanımlanır (12, 32).

Fiziksel çevre

Çevre; motivasyonu, organizasyonu ve aktivite-rolle ilgili performansı etkileyen kişinin fiziksel, sosyal, kültürel, ekonomik ve politik özelliklerini 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 (32).

İçerdiği tüm nesnelere doğal ya da imal edilebilir. Ergoterapistler, fiziksel çevre özelliklerinin aktivite performansı üzerindeki etkisinin, özellikle de mimari engellerin hareket etmek için tekerlekli sandalye kullanan bireyler üzerindeki etkisinin uzun zamandır farkındadır. Ergoterapistler, günlük aktivitelere katılımı kolaylaştıran ya da kısıtlayan inşa edilmiş çevrenin özelliklerini değerlendirmek ve değiştirmek için eğitilmiştir. Duyusal işlemeyi artıran fiziksel çevrenin tüm koşulları bu alana dâhildir. Bu alanda, ergoterapistler kalabalık bir sınıftaki gürültünün ödevini tamamlamaya çalışan dikkat sorunu olan bir çocuk üzerindeki etkileri gibi şeyleri göz önünde bulundurur. Aktiviteye olanak sağlamak için bir kişinin çevreyi fiziksel olarak nasıl değiştirebileceğine ilişkin hususlar teknik uzmanlık gerektirecektir. Aktivite hayallerini gerçekleştirmek için bu değişiklikleri uygulamak, fiziksel çevrelerin günlük aktivitelerin tüm katılımcıları için erişilebilir yerler olması, güç ve kaynaklarının paylaşılmasını sağlamak üzere toplum üyeleri ve karar mercileri ile birlikte çalışma becerisi gerektirecektir (32, 87).

Çevrenin sosyal boyutları

Çevrenin sosyal boyutlarının aktivite performansı üzerinde güçlü bir etkisi vardır. Çevrenin sosyal boyutları çevremizdeki insanlar ve onlarla olan ilişkimiz ile ilgilidir. Toplumda yaşayan kişilerin ilişkilerini, sosyal gruba bağlı ilgiler, değerler, tutum ve inanışları kapsar. Sosyal çevre normları ve rutinleriyle karakterizedir. Sosyal çevre çeşitli yakınlık derecelerinde etkileşimi olan kişilerin günlük yaşamlarını içerir. Sosyal çevre aile bireyleri, oda arkadaşı, komşu, iş arkadaşı ve sağlık bakımı verenler gibi etkileşimde bulunan bireyleri kapsar. Kişi-çevre-aktivite çerçevesine göre çevre, aktivite performansını destekleyen ya da engelleyen elementleri içerir. Hastalıkların iyileşme durumlarında iş ve günlük yaşam çevresinin desteklenmesiyle yapılandırılmış sosyal fırsatlar bir destek oluşturabilir. Örneğin kişi restorana

gidebiliyor mu? Sinemaya gidebiliyor mu? Toplu taşıma araçlarını kullanabiliyor mu? Sosyal bir bariyer sosyal stigmatı oluşturabilir. (1, 36, 89, 96).

Çevrenin kültürel boyutları

Etnik, ırk gibi kültürel farklılıklara bağlı çevre; ekonomik konuları, inanışları, aktivite paternlerini ve toplumsal beklentileri içerir (32, 91). Law ve arkadaşları "Kişiler, çevre ve aktivite arasındaki ilişki zamanla değişir; fırsatlar ve güçlükler kişilerin aktivite-rol yaşam sürecini şekillendirir" olarak belirtmişlerdir. Çevrenin kültürel boyutlarının 'davranış nedenleri' ya da işlerin nasıl yapılması gerektiğine dair zihinsel şablonlar olarak göz önünde bulundurulması tercih edilir. Dahası, belirli bir görevin gereklilikleri kişinin kendine ne ölçüde güven duyduğu ya da endişe hissettiğini belirlemektedir. Ayrıca, bunların; yalnızca bir etnik miras içerisinde aktarılan değerler, inanışlar ve uygulamalar yoluyla değil aynı zamanda geçmişe ve günümüze ait bölge, cinsiyet, ekonomi ve eğitim etkilerinin benzersiz bir harmanı ile meydana getirildiğinin de göz önünde bulundurulması gerekir. Dolayısıyla, bazı şeyleri gerçekleştirmenin ideal yolları ayrı ayrı keşfedilmelidir. Ergoterapist bireylere aktivitenin nasıl yapılması gerektiğine dair görüşlerini sorar.

Ergoterapist aynı zamanda bireylerin kültürel altyapılarından kaynakları tespit etmelerine de yardımcı olur. Örneğin, hokey maçlarına katılma hedefini gerçekleştirmek için inme geçirmiş bir birey büyük bir aileden destek alabilir, ancak komşuları ve profesyoneller tarafından da, geleneksel altyapısına uygun olarak, teklif edilen yardımdan kaçınabilir.

Benzer bir altyapıya sahip başka bir birey de böyle hissetmeyebilir. Arkadaşları, komşuları ya da profesyonellerin yardımını, ailesinden gelecek yardıma tercih edebilir. Destek ile ilgili değerleri, inanışları ve uygulamaları diğer etkilerle oluşmuş olabilir (örneğin boşanma sırasında arkadaşlarından ya da profesyonellerden aldığı olumlu destek deneyimleri) (1, 32).

Çevrenin kurumsal boyutları

Sosyal kurumları ve uygulamaları, kanunları, karar verme süreçlerini, yöntemleri, ulaşılabilirlik ve diğer organizasyonel uygulamaları kapsar. Konut ve gündüz hizmet programları düzenli aktivite yapan bireyler için net politikaların olmasını gerektirir. Asıl önemli olan kurumlar arasında politikaların geliştirilmesi

olduğu, bu düzenlemelerin ulaşım, finans, politika ve eğitim engellerini en aza indirmeye yardımcı olduğu bilinmektedir.

Kurumsal çevre özelliklerinin aktivitelerin gerçekleştirilmesi üzerindeki etkisinin incelenmesinde, ergoterapistler değer verilen aktiviteyi desteklemek için kurumsal çevrenin harekete geçirilmesine dâhil olmalıdır.

İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF) çevreye katılımın, sosyal katılımın en yüksek düzeyi olduğunu ve sağlık hizmetlerinin işsizlik, kötü barınma ve sağlığın diğer toplumsal belirleyicilerine ilişkin adaletsizlik sorunlarını ele alması gerektiğini tespit etmiştir. Burada ifade edilen, çevrenin ergoterapi uygulaması için vurgulanması ve ergoterapinin toplumsal temellerinin daha açık ifade edilmesi gerektiğidir. Kurumsal çevre, zihinsel-ruhsal problemi olan bireyler için engelleyici olabilir (1). Aktivite-rol katılımından uzaklaştırılan kişilerin ayrımcılığının engellenmesi için politikalar araştırılmalı ve istihdama ilişkin işe başvuru, alım, çalışma süreleri ve şartları ile istihdamın devamlılığı, sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları, kariyer gelişimi olmak üzere istihdama yönelik bütün konularda engelliliğe dayalı politika uygulamaları hakkında bilgi sahibi olunmalıdır (1, 32).

Değerlendirme

Değerlendirme süreci dinamiktir ve interaktif bir doğası vardır. Değerlendirmeler müdahalenin başında yapıldığı gibi müdahale sürecinde ve sonunda da yapılmaktadır. Başlangıç değerlendirmeleri bireyin yetenekleri ve günlük yaşamı ya da aktivitelerini gerçekleştirirken yaşadığı problemlere odaklanır.

Öncelikle kişinin mevcut aktivite seviyesi belirlenir. Ergoterapist değerlendirmeye birey merkezli başlar. Değerlendirme sonuçları müdahalenin etkilerini ortaya koyar, mevcut aktivite performansı hakkında bilgi verir, ileriki müdahaleleri ya da takibin gerekliliğini değerlendirir.

Değerlendirme bireyin problemleri ya da tedavinin nasıl yürütülmesi gerekliliği konusunda fikir verir. Ergoterapist bireyin aktivite performansı ile ilgilenir. Sadece günlük işlerin değerlendirilmesi ile bireyin deneyimleri anlaşmaz. Ergoterapistin bireyi çepeçevre saran kültürel, fiziksel, sosyal, manevi, sanal ve geçici özelliklerini değerlendirmesiyle anlaşılabilir.

Aktivite profili oluşturma adımları şunlardır: Başlangıç bilgilerini gözden geçirme (sevk edilme bilgileri, kayıtlar, önceki aldığı tedaviler, müdahaleler gibi.), kişi ile görüşerek hangi aktivitelerin kişisel kimliğine katkıda bulunduğunu anlamaya çalışmadır. İhtiyaç belirtilen özel aktivite alanlarına ve ilgili alanlara odaklanarak bilgileri gözden geçirme ve sentezleme yapılır (26, 32).

Kişiyi öncelikli aktivitelerini yaparken gözleme, etkilenmiş aktivite performans becerileri ve performans paternleri (kişiyeye ait faktörler, yapısal faktörler, aktivite ihtiyaçları v.b) sistematik olarak değerlendirecek yöntem seçilir.

Performansı engelleyen bariyerleri ve performansı destekleyecek faktörleri tanımlamak için görüşme ve değerlendirme verileri sentezlenir. Kişinin aktivite performanslarının güçlü ve zayıf yanlarını gösteren değerlendirme sonuçları özetlenir. Ulaşılabilen kanıtlar ışığında müdahalenin muhtemel seyri tanımlanır. Kişiyi değerlendirme bulguları ve muhtemel müdahaleleri bireyle tartışılır. Değerlendirme ışığında öngörülen bireyin öncelikleri ile uyum sağlayan amaçları tanımlanır (26, 32, 87, 100).

Önceki Bilgileri Gözden Geçirme

İlk olarak performans komponentlerindeki limitasyonları anlamaktan çok aktivite performansını anlamaya çalışılır. Bunun için kişinin geçmiş ve şu anki hayatını ve gelecek planlarını anlamak gerekir. Kişiler ergoterapiye geçmiş bir hikâyeyle, şu an yaşananlarla ve geleceğe yönelik isteklerle gelirler. Kişinin sağlık durumunu gösteren teşhis, bireyin aktivite performans problemleri ile ilgili önemli ipuçları verebilir. Ancak bir teşhis, bireyin problemleri ile ilgili deneyimleri ve onların aktivitelerinin nasıl etkilendiğini söyleyemez (26, 32).

Bireye görüşmenin amacını açıklamak gerekir. Bireyin ergoterapi ve yaklaşımını anlaması önemlidir.

İkinci aşama kişinin aktivite fonksiyonunun anlaşılmasıdır. Bu farklı aktivite alanlarının göreceli olarak önemini ve kişinin yaşam biçimi ve kişisel gelişimine hangi aktivitelerin katkı verdiğinin anlaşılması önemlidir. Kişinin aktivite ilgilerini anlamak için sorular yoluyla sentez yapılır (26, 32, 87, 100,101).

Elde Edilen Bilgilerin Sentezlenmesi

Görüşmede paylaşılan bilgilerin temelinde birey ile işbirliği yapılarak aktivite alanlarının isimleri ve çerçevesi belirlenir. Bir sonraki değerlendirme için anlamlı aktiviteleri tanımlanır. MOHOST gibi değerlendirmeler hem kişiye hem de ergoterapistte anahtar alanların önceliğini belirlemede yardımcı olur (26, 32).

Aktivite Performansını Gözleme ve Performansı Etkileyen

Faktörlerin Tanımlanması

Aktiviteyi gözlemlerken performans kalitesi, performans paternleri ve aktivite ihtiyaçları kaydedilir. Bireyin aktivite performansı gözlemlenirken hangi faktörlerin performansa katkısı olacağına yönelik hipotez de kurulmaya başlanır. Performans hakkında hipotez oluştururken kişi ile aktivitenin gerekleri arasındaki etkileşim analiz edilir ve istenen aktiviteyi engelleyen bariyerleri kolaylaştırıcı faktörler tanımlanır. Aktivite fonksiyonu, aktivite biçimi, kişinin güçlü ve zayıf yanları tespit edilir (87).

Performansı Engelleyen ve Kolaylaştıran Faktörleri Tanımlamak İçin Değerlendirme Verilerinin Yorumlanması

Ergoterapinin amacı bireyin günlük aktivitelerindeki aktivite performansının desteklenmesidir. Dikkatli yapılan analizlerle bireyin günlük aktivitelerdeki performansı birçok alanda bulunabilir. Aktivite ihtiyaçları performans için engel oluşturabilir. Bir çocuk için aktivite performansı desteklenebilir. Pozisyonlama ya da kaldırma teknikleri bariyerleri kaldırmak için kolaylaştırıcı olarak planlanabilir (100).

Hipotezleri Geliştirme ve Artırma

Öncelikle bir iş sırasında bireyin aktivite performans kalitesi, performansı etkileyen muhtemel faktörleri anlamaya çalışılır ve sistematik olarak performans problemleri hakkındaki hipotezler gözden geçirilir. Birçok olguda fiziksel, sosyal ve emosyonel faktörler de performansı etkileyebilmektedir (101).

Bireyle İşbirliği Yaparak Hedeflerin Oluşturulması

Bireyin aktivite performansı anlaşıldıktan sonra ergoterapist bireyin belirttiği öncelikleri ve yaşam durumunu yeniden irdelemelidir. İlk olarak bireyle ya da bakım verenle ergoterapi değerlendirmesi gözden geçirilir. Bu arada müdahale hedefleri ve

aktiviteler belirlenir. Etkin bir müdahale programı için kişi dikkatlice dinlenmeli ve onun perspektifi anlaşılmalıdır (26, 32, 87, 100, 101)

Değişim ve tedavi süreci

MOHO, ergoterapideki tüm değişikliğin bireylerin aktivite katılımı (örneğin bireylerin tedavinin ortasında ya da tedavinin planlanmış bir sonucu olarak belirli çevresel koşullarda bir şey yapması, düşünmesi ya da hissetmesi) etkisiyle meydana geldiğini ileri sürmektedir. Dolayısıyla MOHO, tedaviyi bireylerin becerilerini, rutin eylem biçimlerini ve kendileri ile ilgili duygu ve düşüncelerini şekillendiren işlerle meşgul oldukları bir süreç olarak kavramsallaştırmaktadır. Ayrıca, bireyler aktivitelerle meşgul olduğunda, irade, alışkanlık ve performans kapasitesi bir şekilde dâhil olmaktadır. Örneğin tedavinin herhangi bir anında, bir hasta; pratik beceriler, aktivite performansı için gerekli olan becerilerin pratiğini yapıyor olabilir, aktivite performansının nasıl gerçekleştirildiğini şekillendiren yeni beceriler öğreniyor olabilir, yeni bir rol canlandırıyor olabilir, tatmin ya da hazzı deneyimliyor olabilir, başarıya değer veriyor olabilir, performans konusunda kendisini yeterli hissediyor olabilir (12, 90, 91).

Bireyin yaptığı, düşündüğü ve hissettiklerinin boyutları tedavi süreci için gereklidir. Bireyler, toplumdaki zorunlu rollerini, temel sorumluluklarını tatmin edici ve anlamlı bir şekilde yerine getirmek için, yaşamlarını organize ettiklerinde yeterlilik gösterebilir. Bir bireyin kimliğini temsil eden aktivite-rol katılımın bir paternini sürdürebilme derecesi, yeterliliği gösterir. Aktivite-rol adaptasyon, pozitif kimlik ve yeterliliği başarmanın bir sonucudur. Dinamik ve içerik bağımlıdır. Ergoterapi, bireyler için değişimi teşvik edebilir. Oyun, öz bakım ve işteki davranışlara neden olan performans ve motivasyon, yaşam paternleri, kişinin iç özellikleri değişime yol açar.

Kişinin iç özellikleri, kişinin iş performansından ve uyumundan sorumludur. Ergoterapi sonuçta ortam içinde geri bildirim formu (feedback) gibi davranır ki bununla bir değişikliği etkileyebilir ve davranışları değiştirebilir (13, 26).

Kielhofner fonksiyonu, (sağlık durumu, iş ve oyun günlük yaşamın yeterli performansı) olarak tanımlanmış. Bir kişi, kişisel olarak anlamlı olan aktiviteleri gerçekleştirmek, seçmek, organize etmede fonksiyon görür. Bu süreçte, bir insan sürekli toplum ile kendi beklentilerini dengelemek için öğrenir. Günlük yaşam, iş ve

oyun için order gösteren bir kişi, yetkinlik ve rol tatmin duygusu yaşar. Birey, davranışları zaman içinde tekrarlayarak, bunları otomatikleştirecek ve alışkanlık haline getirebilecektir. Kişiler, üretken ve anlamlı eylemler yaparken yetenekli olduklarında yeterlilik duygusu yaratırlar (13, 26, 53, 54, 82). Yeterli tekrar ve çevresel geribildirim, yeni performans paternini özümsemek için gereklidir.

Değişim, hastanın kişisel özellikleri ve/veya çevresinin, aktivite-rol problemleri ya da güçlüklerle katkı sağlaması durumunda gereklidir. Örneğin, bir bireyin kişisel nedenselliği, verimsizlik duyguları ile karakterize edilmiş ise, tedavinin amacı bireyin daha verimli hissetmesini sağlamak olacaktır ya da bireyin çok az rolü varsa ya da hiç rolü yoksa tedavinin amacı bireyin yeni roller seçip gerçekleştirmesini sağlamak olacaktır. Bu şekilde, üçüncü adımda güçlüklerin ya da problemlerin tespit edilmesi, kişinin dördüncü adımda hedefleri seçmesine olanak sağlayacaktır. Bu adımdaki bir sonraki element, hedeflere nasıl ulaşılacağına tespit edilmesidir. Bu, bireyin hedeflere ulaşmak için hangi aktivitelerle meşgul olacağına belirtilmesini içermektedir. Bu aynı zamanda ergoterapistin bu aktivite katılımı sırasında bireyi nasıl destekleyeceğinin belirtilmesini de içermektedir (26). Bu nedenle, MOHO kavramlarını kullanan ergoterapistler bireylerin irade, alışkanlık ve performans kapasiteleri ile çevresel koşullarını göz önünde bulundurur. Ergoterapistler, tedavi ilerledikçe bu elementlerin nasıl etkileşim içine girdiğini izler (26,54, 88)

Tedavi edici muhakeme

Muhakeme, hastaların ihtiyaçlarını anlamak ve karşılamak için MOHO kavramları ve kaynakları için bir süreçtir. Tedavi edici muhakemenin altı adımı vardır:

Hastalar ile ilgili bilgiler oluşturma, hastanın durumuna bir açıklama getirmek için toplanan bilgileri kullanma, tedavinin hedefleri ve stratejilerini oluşturma, tedaviyi uygulama ve izleme, tedavi sonuçlarını belirleme (82).

Tedavinin Hedeflerini ve Stratejilerini Oluşturma

Hastanın teori bazlı anlaşılması, aşağıdaki amaçlar için kullanılır: Tedavinin hedeflerini oluşturmak (örneğin; tedavi sonucu olarak değişimin ne olduğunu tanımlamak), hastanın değişmesini sağlayacak aktivite-rol katılımın türüne karar vermek, hastanın değişmesini desteklemek için gerekli olacak tedavi strateji türlerine karar vermek (83, 86).

Tedavi edici muhakeme, hastaların ihtiyaçlarını anlamak ve karşılamak için MOHO kavramları ve kaynakları için bir süreçtir. Kişilerin kendi güçlerini ve toplumsal desteklerini kullanmasını sağlar. Kişilerin aktivite performansını etkileyen ekonomik, politik, sosyal ve diğer bağlamsal faktörler hakkında bilgili olması gerekir.

Tedavi edici muhakemenin altı adımı vardır:

Hasta hakkında sorular oluşturma; ergoterapistler, tedaviyi planlamadan önce hastalarını anlamalıdır. Bu anlayış, her hasta hakkında MOHO kavramlarından türetilmiş sorular sormayla başlar (13).

Hasta hakkında, hastadan ve hasta ile birlikte bilgi toplama; ergoterapistler hasta hakkında oluşturdukları soruları cevaplamak için hasta hakkında, hastadan ve hasta ile birlikte bilgi toplamalıdır. Bu bilgi toplama, gayri resmi, kendiliğinden meydana gelen fırsatlardan faydalanabilir. Ergoterapistler aynı zamanda yapılandırılmış MOHO değerlendirmelerini de kullanır (13).

Hastanın durumuna bir açıklama getirmek için toplanan bilgileri kullanma; ergoterapistlerin hastaları hakkında soruları cevaplamak için topladıkları bilgiler, bu hastaların teori bazlı anlaşılmasını sağlamak için kullanılır. Hastanın içinde bulunduğu duruma ilişkin bir kavram oluşturmanın bir parçası olarak, terapistler tedavi ile geliştirilebilecek güçlü yanların yanı sıra ele alınacak problemleri ya da güçlükleri tespit eder (102).

Tedavinin hedefleri ve stratejilerini oluşturma; hastaların teori bazlı anlaşılması, tedavi hedeflerini oluşturmak, hastanın değişmesini, ne tür aktivite katılımını sağlayacağını belirlemek ve hastanın değişimini desteklemek için ne tür tedavi stratejilerinin gerekli olacağına karar vermek için kullanılır. Değişim, hastanın kişisel özellikleri ve/veya çevresinin aktivite-rol problemler ya da güçlüklerle katkı sağlaması durumunda gereklidir. Bu adımdaki bir sonraki element, hedeflere nasıl ulaşılacağını tespit etmektir.

Tedaviyi uygulama ve izleme; tedavi sürecinin gelişimini izlemek terapistin, hastanın durumuna ilişkin terapistin kavramsallaştırmasını doğrulayabilir ya da terapistin hastanın durumunu yeniden gözden geçirmesini gerektirebilir. İzleme süreci, planlanan hasta aktivite katılımının ya da ergoterapist stratejilerinin faydalı olduğunu doğrulayabilir ya da terapistin tedavi planını değiştirmesini gerektirebilir (13, 54).

Olayların beklendiği şekilde gelişmemesi durumunda, ergoterapist daha önceki soru oluşturma, bilgi toplamak için yöntem seçme, hastanın durumunu kavramsallaştırma, hedef belirleme ve plan yapma adımlarına geri döner (26).

Tedavi sonuçlarını belirleme; tipik olarak, tedavi sonuçları hedeflerin ne ölçüde karşılandığını inceleyerek ve hastanın puanlarının iyileşip iyileşmediğini tespit etmek için yapılandırılmış değerlendirmeler tekrar yapılarak belgelenir. Tedavi edici muhakeme, hasta odaklı olmalıdır. Süreç, hastanın içinde bulunduğu duruma ilişkin derin bir takdiri yansıtır (61).

Hasta, mümkün olduğu kadar, sürece dâhil edilir; ergoterapistler, tedavi edici muhakeme adımları arasında ileri geri gidebilir.

Tedavi eşsiz, iyi tanımlanmış bir dönemdir. Amaç hastanın aktivite yaşam hikayesinin gelişimine olumlu yönde katkıda bulunmaktır. Kendini tanımlama ve gelecekle ilgili aktivite-rol katılım, irade, alışkanlık ve performans kapasite gibi kişinin iç özellikleri ile oluşturulan kimliğimizi oluşturmak için bize yardımcı olur. Bir öznel yapıdır. Hasta zaman içerisinde bir kimlik oluşturur. Bu kimliğin, öz değerlendirme ile başladığına inanılır ve sorumluluk kabul etme ve hayatta ne istediğini bilmek gibi daha zorlu dinamiklere doğru uzanır (54).

2.12. Müdahale

Müdahaleler, kişinin aktivite performansını değiştirmeye odaklı olmalıdır. Müdahaleler bir değişim için fırsatlar yaratmak için çevreyi değiştirme ya da modifiye etme amaçlı olabilir. Bireyin temel kişisel yapısına yönelik olandan, daha verimli performans yeteneklerine doğru hedefleniyor. Doğal ortamda gerçekleşen müdahaleler, birey tarafından daha kolay assimule ediliyor. Ergoterapistler, bireyin aktivite performansını artırmak için, bireyin çevresini değiştirmeye veya modifiye etmeye hazır olmalıdır (88, 89). Müdahaleler; bireyin iradesel alt sistemi (en anlamlı ve etkiyi sağlayan) ile ilişkili müdahaleler olmalıdır. Aktiviteler bireyin etkinliği ile ilişkili olmalıdır.

Aktivite-rol sorumluluk iki noktanın altını çizer:1) Tedavi edici olması için gerçek bir aktivite şekli içermelidir 2). Hastada değişim sağlayabilmek için, yapılanın hasta için uygun ve anlamlı olması gerekir (12, 89).

MOHO literatürde yapılan birçok çalışmada müdahaleleri ile kullanılmıştır. Yapılan bir çalışmada zihinsel-ruhsal hastalığı olan kişinin irade, alışkanlık, performans kapasitesi, yetersiz sosyal beceri , iletişim, ilgiler ve özgüven üzerine müdahale yaklaşımları uygulanmış, kısa ve uzun dönem amaçları belirlenmiştir. Müdahale sonunda kişinin iletişim ve etkileşim becerilerinde gelişme görülmüştür. Kişi stresini idare edebilmeyi öğrenmiş ve bakım evinden çıkıp iş bulmayı hedeflemiştir (17, 66,103). Diğer bir çalışmada ise; zihinsel ve ruhsal hastalığı olan bireye, bağımsız ev yaşamı, özgüven oluşturma ve yarı zamanlı iş bulma, iş araştırmada destek verilmiştir. İşte çalışmaya başlamasıyla beraber, kişide sosyalleşme başlamıştır (103). MOHO modelinin kullanıldığı işe yönelik müdahale ile ilgili diğer bir çalışmada, yine kişinin ilgileri, rolleri, alışkanlıkları dikkate alınarak ve çevrenin etkisi için Work Environment Impact Scale (WEIS) anketi kullanılarak, bariyerler tespit edilip limitli motor, süreç, iletişim ve etkileşim becerileri için kapsamlı, işle ilgili programlar uygulanarak müdahale edilmiştir (59).

İrlanda'da yapılan Psikososyal Program çalışmasında, MOHO rehber olarak kullanılmıştır. Ciddi zihinsel-ruhsal rahatsızlığı olan kişilere aktivite katılım eksikliği üzerine odaklanarak ortaya çıkan irade, alışkanlık ve performans kapasitesi ile ilgili problemlere müdahale edilmiştir. REACH (Recognition and Esteem through catering, Accommodation and Horticulture) programı uygulanarak kişilerin beceri, özgüven kazanmaları, yaşamlarını idare edebilme ve kendilerini iyi hissetmeleri sağlanmıştır (86). Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum temelli iyileşme merkezlerinde psikososyal müdahaleler ile fonksiyonun arttığı ve sosyal zorlukların azaldığı, iş ve eğitim programlarına katılarak kişinin amaçlarını gerçekleştirdiği ve yaşamıyla ilgili kontrolünü kendisinin bulundurduğu tespit edilmiştir (86).

Ruhsal sağlık problemi olan küçük toplum temelli merkezde yaşayan bireylerde yapılan bir çalışmada katılımcıların % 98 'i; sosyal katılım, serbest zaman ve aktivite-rol katılım için toplum temelli organizasyonlara daha çok ihtiyaç duyulduğunu dile getirmiştir (16).

Ruh sağlığı için destekli yaşam tesisinde ikamet eden bireylerin, bakımında ergoterapinin rolünün önemi ve günlük yaşam aktivitelerine katılımında, irade ile ilişkisi araştırılıyor. Yaşam deneyimleri, sürekli olarak, irade ve sosyal çevre

arasındaki dinamizmi yansıtmıştır. Sonuç olarak iradeyi destekleyen yolların, bireylerin bakımında gelişmelere neden olduğu tespit edilmiştir (34).

Başka bir araştırmada evde bakım desteği alan hemiplejik hastalarda MOHO temelli müdahalesi uygulanmıştır. Çalışmada müdahaleler, rol performansı (anlamli günlük sorumluluklar) ve fiziksel çevre değişimlerine odaklı olarak düşünülmüş, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde yaşlıların yaşam kalitesini ve GYA performansı geliştirmekte, aktivite-rollerin etkisinin olduğu söylenmiştir. Sosyal işlevselliğinin arttığı gözlenmiştir (18).

Yapılan başka bir çalışmada bireyin değerlendirme serisi sonunda, çoğu iş alanında katılımını engelleyen önemli bilişsel dikkat ve edim eksikliği sergilediğini göstermiştir. Tedavi, bireyin kısa vadeli hedeflerini belirleme konusunda desteklenmesiyle başlayarak, kişisel bakım faaliyetleri (giyinme ve banyo yapma), özel ev idaresi aktiviteleri ve destekli ebeveynliği hedef alan yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde müdahaleler ile bireye faydalı olunmuştur. İşaretler gibi çevresel bilişsel destekler ve diğer telafi edici stratejiler uyum sağlayamama davranışının yönetiminde faydalı olmuştur (13).

Başka bir araştırmada şizofren bir bireye yapılan müdahale planında hedefler; bireyin iradesini artırmak şeklinde olmuştur. Örneğin ilgilerini geliştirmek, önemli aktiviteleri tespit etmek ve becerilerine olan gerçekçi inancı ortaya çıkartmak ve hangi becerilere sahip olduğunu daha net bir şekilde anlamak için performansını keşfetmekti (29, 89, 13).

Kirsty ve diğerlerinin yaptığı MOHOST (version 1.0) çalışmasında fiziksel yetersizlik, yetişkin mental sağlık (forensic care) ve öğrenme güçlüğü olan bireylere ergoterapistler tarafından klinik kullanımına yönelik MOHOST uygulanıyor. Ergoterapistler MOHOST'un bireyin aktivite-rol yaşamını yansıttığı ve onunla düşünmek için fırsat sağladığını ve bireyin kendine bakım, üretici ve serbest zaman aktivitelerinin analizinin bir yolu olan aktivite analizi olarak MOHOST tarif ediyor (102).

2.13. Müdahale Çeşitleri

2.13.1. Kompanse edici (adaptif) müdahaleler

Kişilerin mevcut potansiyellerinden faydalanmalarına yardımcı olur. Öğrenme kapasitesi daha düşük olan hastalara uygulanır. Adaptif müdahalelerin üç türü vardır:

- Kompansasyon
- Özel beceri eğitimi (fonksiyonel görev eğitimi)
- Görev ve çevresel modifikasyon (32, 87)

Kompansasyon

Bir aktiviteyi yapmak için kullanılan yöntemleri modifiye ederek bozukluğun etkisini azaltmak veya bypass etmeyi kişiye öğretir. Kişi aktivite performansını farklı durum ve şartlarda yapabilmesi için eksternal yardım veya stratejileri kullanılır. Bu durum öğrenilmiş stratejinin kullanımını genellemek için yeteneğin yanı sıra kişinin kabulü ve farkındalığını gerektirir. Örneğin hafıza kaybını kompanse etmek için hafıza defterlerinin kullanımı bir kompansasyondur. Hasta hafıza kaybının farkındadır ve bu amaçla hatırlamak için bazı şeyleri yazma ihtiyacı olduğunu algılar (13).

Özel beceri eğitimi

Oldukça özel bir kompanse edici strateji ya da özel bir işlevsel görev öğretilmesini kapsar. Bu müdahale, davranışın oldukça alışılmış ve otomatik olması için öğrenmenin yeterli tekrarla kontrollü koşullar altında basit prosedürleri gerçekleştirmesini gerektirir (Giles, 2005). Görev, özel eğitim (task specific training) dereceli olarak azaltılan ipuçları ile özel bir görevin tekrarlı pratiğini gerektirir. Burada önem, görevi yapmak için gereken beceriden çok özel bir görevdeki ustalıktır (13, 26, 102).

Müdahalede bir görev küçük alt gruplar halinde fonksiyonel parçalara ayrılır. Ergoterapist tarafından dereceli olarak verilen ipuçlarının sayısı azaltılır. Görev eğitiminin GYA de önemli değişiklikler oluşturduğu vaka çalışmalarında gösterilmiştir (26). Yoğun eğitim, çaba ve zaman bir görevin kazandırılmasında başarıya ulaşmak için önemlidir.

Görev ve çevresel modifikasyon

İşlevsel kapasiteyi değiştirmeyi amaçlamaz; ancak bunun yerine bir kişinin güvenli ve başarılı bir performans sergileyebileceği koşulları tespit etmeyi amaçlar. Çevresel kompensasyonda tedavi yaklaşımı, çevresel düzenlemelerin yapılmasıdır.

Önemli olan amaçlar:

- 1-Hastaya maksimum başarıyla yapılan aktiviteler vermek,
- 2-Hastanın daimi limitasyonlarını anlamasına ve kabul etmesine olanak sağlamak,
- 3-Kişinin fonksiyonunu güvenle yapabileceği çevrenin asgari sınırlarını belirlemek,
- 4-Yardımcıların, hastanın limitasyonları ve fonksiyon için vermeleri gereken destek ile ilgili bilgilendirmeyi sağlamaktır (13, 97)

Bir hastanın mevcut bilişsel kısıtlılıklarının boyutunu ve hastanın gerçekleştirdiği uyum sağlama görevlerini ve buna göre hastanın çevresini tespit etmekten oluşur. Adaptasyon zorlu bir durum karşısında kişinin tutumunu değiştirmesidir. Bu zorlu tutum eğer rutin işlerde meydana geliyorsa çevresel ipuçları ile değişiklik yapılabilir (102, 104). Esnekliğin en önemli komponenti çevreyi iyice gözlemlemektir. Adaptasyon; değiştirme, aktivite gereksinimlerinin yapılandırılması veya kaza ve zarar verici davranışların önlenmesi için çevrenin adapte edilmesi, bir görevin bilişsel ve algısal gereksinimlerini azaltmak, fonksiyonu artırmak ve bakım verenin tükenmişliğini azaltmak amacıyla yapılan uygulamaları kapsar. Bu bir yöntemi düzenlemek, bir komponenti değiştirmek ya da bazı yollarla çevreyi düzenlemek olabilir.

Adaptasyonlar kapı üzerindeki bir alarm gibi sabit olabilir veya günlük devam eden bir uygulamayı içerebilir. Bir başka kişi, hasta olan kişinin performansını sürdürmek için aktivite gereksinimleri veya çevreyi yapılandırmak veya değiştirmek için eğitilmiş olabilir. Adaptasyonlar kişiden çok aktivite ve çevrenin değişikliğini gerektirir. Bu nedenle desteğin sağlanması, eğitim, bakım verenin, ailenin veya işverenin eğitimi kişiye direk tedavi uygulamaktan daha önemlidir. Adaptasyonların kişi veya yakınları tarafından belirlenen ihtiyaçlar ve problemlere yönelik olması gereklidir (97).

Adaptasyonlar fonksiyonda hızlı değişiklikler oluşturabilir. Bununla birlikte adaptasyonun etkisi adapte edilen aktivite ve çevreyle sınırlıdır (98). Aktivite adaptasyonu ergoterapistin kişisel tercihleri, tedavi öncelikleri, kişilerin deneyimlediği problemlerin tipleri ve tedavi servisinin, kendisi gibi pek çok faktörden etkilenebilir. Her ne kadar aktivite adaptasyonu özel beceriler ya da çevresel düzenlemeler ile ilişkiyse de, bireylerin özel ihtiyaçlarını karşılamalıdır. Aktiviteye gerektiği zaman alternatif yollarla kişinin tedavi ihtiyaçlarını karşılamak için yapılan düzenlemelerdir. Basit olmalı, uygulaması ve sürdürülmesi, hem kişi hem de ergoterapist için kolay olmalı ve aktivite kişi için bir anlam taşımalıdır (91).

2.14. Öğrenme ve Davranışsal Yöntemler

Çevre davranışı etkilemek ve öğrenmeyi sağlamak için kullanılır. Eğer hastanın görsel algı zorluğu varsa sessiz ve dikkati dağıtacak şeylerden uzak bir odada çalışması önemlidir. Görmede ve metakognitif yeteneklerde problemi olan bir hasta uzun dönem hedeflerini veya neye ihtiyacı olduğunu bilemeyebilir. Davranışsal yöntemlerde istenmeyen davranışlar azaltılmaya ve olumlu davranışlar pekiştirilmeye çalışılır.

2.15. Öğrenme için müdahalede kullandığımız yöntemler

2.15.1. İpucu verme veya harekete geçirme

İpucu verme performansa rehberlik eden bir süreçtir. Kişi bir aktiviteyi yapmak veya yeni bir beceriyi öğrenmek için yetersiz ise rehberlik ipuçları şeklinde verilir. İpuçları görsel (gösterme), sözel (konuşma veya yazılı bilgiler), taktil (rehberlik veya vücudun bir parçasını kullanma) veya çevresel (renkli kodlanan maddeler) olabilir. İpuçları performansın kalitesini artırmak ve bir sonraki adımda ne yapacağı konusunda bilgilendirmek için hastaya bilgi sağlar (91). İpuçları tüm süreç boyunca veya yalnız hastanın zorlandığı kısımda uygulanabilir. Basit ve sık kullanılan ipuçları maksimum rehberlik sağlar ve kişinin başarısızlığını engeller. İpuçları bir hasta için ilerlemenin de bir göstergesidir. Aynı aktivitedeki ipuçlarının şekil, frekans ve içeriği kaydedilerek ilerlemede bir sonuç ölçümü olarak kullanılır (91, 104).

2.15.2. Geribildirim

Geribildirim öğrenme için önemlidir. Aktiviteler ve görevler sırasında duyularımızdan kaynaklanan intrinsik feedbacki kullanırız. Geribildirim önemli bir elementi emosyonel elementtir. Geribildirim önemli bir terapötik ve öğrenme aracıdır. Geribildirim pozitif veya negatif olabilir, hemen aktivite sırasında, gecikmiş veya bir süreç esnasında aralarda verilebilir (104). Hataları belirtmek, dikkat çekmek, doğru performansı kuvvetlendirmek eylem ve sonuç ilişkisine dikkati çekmek için kullanılabilir. Sıklıkla verilen pozitif sözel geribildirim dikkat ve motivasyonu sağlar (91).

2.15.3. Aktivitenin seçimi ve derecelendirilmesi 5

Aktivitenin gerekleri tanımlanırken mevcut durumun da ötesinde, kişinin öğrenme becerilerini kolaylaştıran bir yapıya da sahip olmalıdır. Bir aktivite istek ve gayreti uyarmalı ve sürdürmelidir. Anlamlı ve pratik olduğu kadar farklı süreçlere yardım etme, son ürünler ve çevre, kişiye adapte edilebilirlik gibi çok amaçlı olmalıdır.

Bazı aktiviteler adaptasyon için diğerlerinden daha fazla potansiyele sahip olabilir.

Ergoterapist bir aktiviteyi diğeri ile değiştirirken ya da aktiviteyi bireysel ihtiyaçlara göre derecelendirirken ya da adapte ederken, ne zaman ve nasıl yapacağına karar aşamasında kişisel sağduyusunu ve becerilerini kullanmalıdır. Kişilerin maksimum yeteneklerini ortaya çıkaracak şekilde adapte ederek, tüm aktivitelerden ihtiyaca uygun olarak yararlanabileceğini hatırlamalıdır (12, 26,32).

Ergoterapist derecelendirme yöntemlerinden hangisini kullanırsa kullansın şu kurallara bağlı kalmalıdır:

Aktivite iyi çalışma, postür ve pozisyonlarını uyarmalı ve sürdürmelidir. Kişiler aktiviteyi neden yapmaları gerektiğini ve normalden farklılıkları bilmeli ve anlamalıdır. Ergoterapist adaptasyonların kişiler üzerinde pozitif etkisi oluşturduğundan emin olmalıdır. Modifikasyon ve adapte edilmiş aktivitenin sürdürülmesi için gereken zamanı dikkate alınmalıdır. Ayrıca kısmi ihtiyaçları karşılamak üzere düzenlenmiş, aktivite merkezli bir yöntem mi, ya da kişinin pozisyon ve kognitif ihtiyaçlarına yönelik derecelendirilmiş kişi merkezli bir yöntem mi seçileceğine karar verilmelidir.

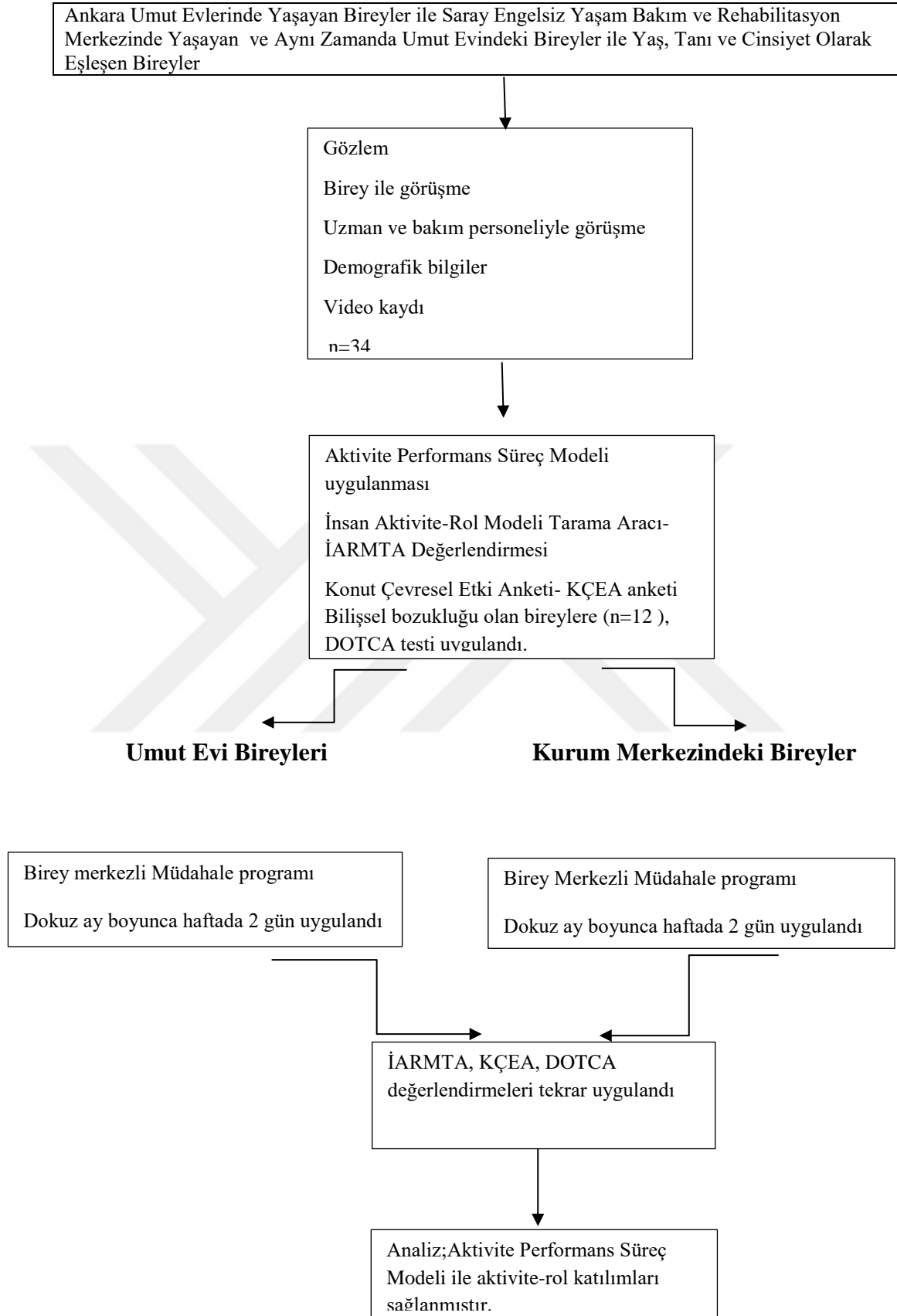
Derecelendirme, aktivitenin bir ya da birkaç ölçülebilir kriterinde, aşamalı olarak artma ya da azalmadan oluşur. Aktiviteler kişilerin maksimum mevcut kapasitesine ve kişisel ihtiyaçlarına göre ayarlanır ve modifiye edilir. Aktiviteler alışlageldiği biçimde yapıldığı zaman gereken hareketler, direnç ve yaratıcılık sağlanamıyorsa derecelendirme yöntemlerinden biri kullanılır. Örneğin el yaralanması olan bir kişi testereyi kavramaktan kaçınıyorsa, testerenin tutma yeri kalınlaştırılabilir. Böylece kişi aktiviteyi doğru ve emniyetli bir şekilde gerçekleştirebilir (12, 26,32,91, 100).



3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

Ankara Umut Evlerinde kalan bireyler ile Kurumsal Bakım Merkezinde yaşayan bireylere Ergoterapi Modeline (MOHO) göre uygun müdahale yaklaşımları Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetler Genel Müdürlüğü'nün işbirliği ile yapılmıştır. Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için, Hacettepe Üniversitesi'nin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 72924032-300/1411 numaralı, 02/07/2014 tarihinde izin alınmıştır. Çalışmaya, Umut Evlerinde kalan 17 birey ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı kurumsal bakım merkezi olan Saray Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde kalan 17 birey alınmıştır. İki gruptaki bireyler aynı yaş, teşhis ve cinsiyette eşleştirilerek seçilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden her bireye, çalışmayı kabul ettiklerine dair aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Bireylerin günlük yaşamlarında meydana gelen değişiklikler bir ergoterapi modeli olan İnsan Aktivite Modeli (İARM) (MOHO- Model of Human Occupation) çerçevesinde değerlendirilerek ölçüldü. Çalışma hem nitel hem nicel analizleri içeren bir tez çalışması olarak yapılmıştır (şekil.3.1)



Şekil.3.1. Çalışma çerçevesi

3.1.1. Ankara umut evleri grubu

Çalışmaya alınan bireyler, Ankara'nın Pursaklar, Oran, Çubuk semtindeki 5 Umud Evinde yaşayan zihinsel/ruhsal engeli olan bireylerdir. Çalışma grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Ankara'nın Pursaklar, Oran, Çubuk semtindeki Umud Evlerinde yaşayan bütün bireyler alınmıştır.

3.1.2. Kurum evi grubu

Kurumsal Bakım Merkezi olan Ankara Saray Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yaşayan ve Umud Evindeki bireylerle tanı, yaş ve cinsiyet, olarak Umud Evi bireylerinin özellikleriyle eşleşen bireyler alınmıştır.

3.2. Yöntem

Kurumsal bakım merkezi olan Saray Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi ve Umud Evlerinde yaşayan ve Umud Evindeki bireylerin dâhil edilme kriterlerine uygun olup olmadığı tespit edildikten sonra, değerlendirmeler bire bir görüşme yöntemiyle yapılmıştır.

3.3. Değerlendirme

Her iki gruba İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı- İARMTA (The Model of Human Occupation Screening Tool-MOHOST Version 2.0, 2006) ve Konut Çevresel Etki Anketi (Sürüm 2.0, 2008) , bilişsel bozukluğu olan bireylere, DOTCA testi uygulanarak değerlendirmeler yapılmıştır (105). Aktivite performansının kişi merkezli değerlendirme ve müdahale açısına sahip Aktivite Performans Süreç Modeli ve MOHO Modeli çalışmada temel alınmıştır.

Aktivite Performans Süreç Modeli (APSM) ile birlikte birey merkezli MOHO müdahalesi, 9 ay boyunca haftada 2 gün haftanın son günleri uygulanmıştır (36). Test materyalleri müdahale sonunda tekrar uygulanmıştır. MOHO modeli ile ilgili olarak İARMTA ve KÇEA anketi kullanılmıştır. İARMTA testi bir bireye 25 dakikada, KÇEA anketi ise 2 gün süresince ev çevresinin değerlendirilmesi için uygulanıldı. KÇEA ile İARMTA çevresel yapısını oluşturan nesnelere,

görevler/aktiviteler ve sosyal gruplar/sosyal içerik olarak çevrenin dört boyutu ile ilişkili ayrıntılı bir değerlendirme yapılmıştır.

3.3.1. Bireylerin Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Bireylerin teşhis, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ilaç kullanıp kullanmadıkları, zekâ düzeyleri, aile bilgileri, Kurum ve Umut Evlerinden sorumlu uzmanlardan alınan bilgiler ve kurumun sosyal servis bölümünün bireylere yönelik dosya bilgilerinin incelenmesi ile kayıt edilmiştir.

3.3.2. İnsan aktivite-rol modeli tarama aracı-iarmta (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) ile bireylerin irade, alışkanlık, beceri ve çevre durumları incelenerek bilgiler elde edildi. Çalışmamızda İARMTA ile 6 alan 24 madde; aktivite-rol için motivasyon, aktivite-rol paterni, iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri, motor beceriler ve çevre değerlendirildi. İARMTA testi uygulanarak bireylerin güçlü ve zayıf yanları, problem alanları belirlendi (106).

Çalışmada kişilere aktivite-rol için motivasyon alanında; becerilerin değerlendirilmesi, başarı beklentisi, ilgi ve seçimler, aktive-rol patern alanında; rutin, adaptasyon, roller, sorumluluk, iletişim ve etkileşim becerileri alanında; sözsüz beceriler, konuşma, sözel ifade, ilişkiler, süreç beceriler alanında; bilgi, zamanlama, organizasyon, problem çözme, motor beceriler alanında; postür ve hareketlilik, koordinasyon, güç ve çaba, enerji, çevre alanında ise; fiziksel alan, fiziksel kaynaklar, sosyal gruplar, aktive-rol talepleri alt başlıklarında değerlendirmeler uygulanarak, güçlü ve zayıf yanlar tespit edildi.

Aktivite-rol için motivasyon bölümünde birinci alt alan olan becerilerin değerlendirilmesi bölümünde; mevcut güçlü yönlerini ve kısıtlılıklarını, becerilerine olan inancı, doğru yetkinlik durumu ve kapasite farkındalığı değerlendirildi. İkinci alt alan olan başarı beklentisi bölümünde; iyimserlik ve umut, öz-yeterlik, kontrol duygusu ve öz-kimlik değerlendirildi. Üçüncü alt alan ise ilgi; hoşnutluk ifade edilmesi, memnuniyet, meraklılık ve katılım; dördüncü alt alan olarak seçimler;

uygunluk taahhüdü, değiştirmek için hazırlık, değer ve anlam duygusu ve tercihler ve hedefler değerlendirildi.

İARMTA testinde ikinci bölüm aktivite-rol paternidir. Bu bölümde birinci alt alan olarak rutinler; denge, alışkanlıkların organizasyonu, yapı ve üretkenlik değerlendirildi. İkinci alt alan olan adaptasyon; değişim beklentisi, alışılmış değişim tepkisi ve değişme toleransı değerlendirildi. Üçüncü alt alanda ise, roller; rol kimliği, rol çeşitliliği, aidiyet ve katılım değerlendirildi. Dördüncü alt bölüm olarak sorumluluk; rol yetkinliği, beklentilerin karşılanması, yükümlülükleri yerine getirmek ve sorumlulukların dağıtılması değerlendirildi.

İARMTA'da üçüncü bölüm iletişim ve etkileşim becerileridir. Bu bölümde birinci alt alan olarak sözsüz beceriler; göz teması, hareketler, oryantasyon ve yakınlık değerlendirildi. İkinci alt alan olan konuşma; açıklama, başlatılması ve sürdürülmesi, konuşma içeriği ve dil değerlendirildi. Üçüncü alt alan olarak vokal ifade; tonlama, artikülasyon, ses yüksekliği ve hız değerlendirildi. İletişim ve etkileşim becerileri bölümünde dördüncü alt bölüm olarak ilişkiler; işbirliği, ortaklık, ilişki ve saygı, değerlendirildi.

İARMTA testinde dördüncü bölüm süreç becerileridir. Bu bölümde birinci alt alan olarak bilgi; bilgi araştırma ve akılda tutma, bir aktivitede ne yapacağını bilmek ve nesnelerin nasıl kullanılacağını bilmek değerlendirildi. Süreç becerileri bölümünde ikinci alt alan olarak zamanlama; başlatma, tamamlama, sıralama ve konsantrasyon değerlendirildi. Süreç becerileri bölümünde üçüncü alt alan olarak organizasyon; alanları ve eşyaları düzenlemek, düzeltme, hazırlık ve eşyaların toplanması değerlendirildi. Süreç becerileri bölümünde dördüncü alt bölüm olarak problem çözme; yargılama, adaptasyon, karar verme ve cevap verme değerlendirildi. .

İARMTA testinde beşinci bölüm motor becerileri'dir. Bu bölümde birinci alt bölüm olarak postür ve hareketlilik; istikrar, yürüyüş, yerleşimi, ulaşma, pozisyonlama, bükülme, denge ve transferler değerlendirildi. Motor Beceriler bölümünde ikinci alt bölüm olarak. Koordinasyon; manipülasyon, hareket kolaylığı, akışkanlık ve ince motor beceriler değerlendirildi. Motor beceriler bölümünde üçüncü alt bölüm olarak gücü ve çabası; kavrama, kaldırma, elle alma, taşıma, hareket ve kalibrasyonu değerlendirildi. Motor beceriler bölümünde dördüncü alt bölüm olarak enerji; dayanıklılık, hız, dikkat ve dayanma gücü değerlendirildi.

İARMTA testinde 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 değerlendirildi. Çevre bölümünde ikinci alt alan olarak fiziksel kaynaklar; ekonomi, ekipmanlar ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, güvenlik ve bağımsızlık değerlendirildi. Çevre bölümünde üçüncü alt bölüm olarak sosyal gruplar; aile dinamikleri, arkadaşlar ve sosyal destek ve çalışma ortamı, beklentiler ve katılım değerlendirildi. Çevre bölümünde dördüncü alt alan olarak aktive-rol talepleri; aktivite talepleri, kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman, kültürel sözleşmeler ve aktivitelerin yapısı değerlendirildi.

Değerlendirme ölçeği, 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). 4 puanlı ölçek ile yapılan testte, faktörün aktivite-rollerdeki katılımı kolaylaştırdığı, sağladığı, engellediği ya da kısıtladığı gösterilir. Puan arttıkça faktörün katılımı kolaylaştırdığı, azaldıkça engellediği ya da kısıtladığı gösterilir. En fazla 4, en az 1 puan ile derecelendirme yapılmaktadır. Test materyali ile değerlendirme bir gün süresince uygulanmıştır. Dokuz ayın sonunda bireylere aynı test materyalleri tekrar uygulandı.

Araştırma ve klinik amaçlar için İARMTA'nın güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmış ve geçerli ve güvenilir bulunmuştur (107). Bilgiler; gözlem, mülakâtlar ve diğer değerlendirmelerin ışığında toplanan bilgilerin sentezlenmesi ile elde edildi. Yaklaşımda değerlendirmede kişisel bakım, dinlenme, oyun ve okul aktivite-rolün yanı sıra ilk olarak rolün yetkinliği ve anlamlılığı üzerinde durulmuş, aktivite-rol faktörlere odaklanılmıştır (108). Aktivite, rol, görev ve aktivite performansı temel alınarak yapılan değerlendirme ile bireylerin yetenekleri ve çevre tarafından tanınan fırsatlara odaklanılmıştır (106, 108, 109).

3.3.3. Konut çevresel etki anketi -kçea (the residential environment impact survey-reis)

Konut Çevresel Etki Anketi (Sürüm 2.0, 2008); kentsel huzurevlerinin sakinleri üzerindeki çevresel etkilerini değerlendirmek üzere tasarlanmış, standart hale getirilmemiş, yarı yapılandırılmış bir değerlendirme ve danışma aracıdır. Konut

Çevresel Etki Araştırması (REIS), Umut Evleri ile Kurum Evlerinin, bireyler üzerindeki çevresel etkilerini değerlendirmek üzere kullanıldı. Pek çok farklı veri toplama metodu sayesinde REIS, bu evlerin, bireylerin ihtiyacını bütünsel anlamda ne kadar iyi karşılayabildiğini değerlendirmektedir. REIS ile elde edilen bulgular, konut çevresini değiştirme amacı taşıyan müdahaleleri yönlendirmek için kullanılmaktadır. REIS aracılığıyla Umut Evleri ile Kurum Evlerinin ortamındaki hem algılanan güçlü yönler hem de zayıflıklar değerlendirildi. Seçim, kontrol, bağımsızlık ve kendini ifade edebilme eylemlerini gerçekleştirme; ilgi alanlarıyla, faydalı aktiviteler ve rollere katılım, aktivite-rol kimlik ve aktivite-rol yeterlilik geliştirme ve toplumda yer alabilme fırsatlarının bir yansıması olarak kabul edilmektedir. Umut Evlerinde ve Kurum evlerinde yaşayan zihinsel/ruhsal problemi olan bireylerin ev çevresinin bireyleri nasıl etkilediğini ve aktivite-rol katılımına olan etkisini ayrıntılı olarak değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Değerlendirme, her bir alanın 4 puanlı ölçek ile derecelendirildiği 24 maddeden oluşmaktadır. Puanlama formu, dört veri toplama bileşenine ve ev ile ilgili bütünsel izlenimlere göre dolduruldu. Gelişim için güçlü yanları ve alanları göstererek 1'den 4'e kadar numaralandırılmış bir ölçekte, her bir alana yönelik uygun fırsatlar ve destekler belirlenmiştir.

1.madde Alan Erişimi puanlaması ile başlayarak, sırayla doğal çevre, fiziksel çevre, duyuşal çevre, ev/ yaşanan yer kalitesi, GYA nesnelere varlığı, serbest zaman nesnelere, adaptasyon ekipmanları, GYA katılımı, çalışma ve gündelik işlere katılım, enstrümental günlük yaşam aktivitelerine katılım, serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım, toplumsal aktiviteler, kendini ifade etme, program/rutin, evinde arkadaşlar ve aile ile iletişim, personel ile iletişim, karar verme işlemi, sağlanan yardım düzeyi, otonomi, güçlendirme, hedef süreç, dışında iletişim, aktivite-rol kimliği ve rol gelişimi durumları puanlandı. Her madde ev ortamının bir yönünü göstermektedir. Bu derecelendirme ile çevrenin her bir boyutunun, bireylerin istek ve ihtiyaçlarını nasıl karşıladığı ve destek ile fırsatların sunulduğu uygun düzey aralığı belirlenmektedir. 4 noktalı ölçek kullanılarak yapılan puanlamada; 4 puan güçlü (ev ortamındaki güçlü ve sakinlerinin fırsatları ve desteğinin iyi olduğu), 3 puan ev sakinleri için uygun destek ve fırsatların sunulduğu, 2 puan uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmelere ihtiyaç olduğu, 1 puan ev sakinleri için uygun destek ve fırsatlar sağlamada önemli iyileştirmelere ihtiyaç olduğu şeklinde değerlendirildi.

KÇEA 2008 yılında piyasaya çıkarılan yeni bir testtir ve bu nedenle güvenilirlik ve geçerliliğini tanımlayan yayımlanmış araştırma mevcut değildir. Ancak, araç Arriaga ve Less (Fisher, 2004) tarafından, Chicago'daki iki evde bir pilot çalışmada yürütülmüştür. Ayrıca Zakarneh tarafından yapılan, Ankara Umut Evlerinde Kalan Bireylerin Aktivite-Rol Katılımı Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi isimli yüksek lisans tez çalışmasında zihinsel ve ruhsal engelleri olan 24 birey üzerinde türkçe versiyon çalışması uygulanmıştır. Ev ve içinde yaşayan bireylerin ilgi alanları ve güçlü yönlerinin incelenmesinde uygun olduğu gösterilmiştir. (110,111).

Konaklama Çevresinin Etkisi Anketinde son bölüm ise süpervizör/ personel görüşmesidir. Onların bakış açısını öğrenmek için 11 soru vardır. Bireylerin evdeki kararlara katılması, personelle ve bireylerin birbirleri ile ilişkisi incelendi. Aktivitelerde bireylere gerekli yardımın sağlanması, bireyler tarafından problemleri davranışların nasıl çözümlendiği ve personel için en problemleri davranışların neler olduğu incelendi. Bireylere verilecek yardımın miktarı ve doğru şeklini elde etmek için personele bilgi, yetenek ve ne tür destek eğitim programları veya deneyimler verilmelidir, incelendi. Ev ve gündüz programlara katılımları için, ev ve aileler arasındaki iletişimi geliştirmek için neler yapılabilir, değerlendirildi. Amaçlar nasıl ortaya çıkarılır ve bu süreç nasıl geliştirilebilir; personel, bireylerin kendi amaçlarını elde etmesine yardımcı olacak aktiviteleri; kişilerin öz-savunmasını desteklemek ve güçlendirilmesi için ne yapabilir, kendini ve evde yaşayan bireyleri düşündüğünde iyi olarak neler yapar, iyileştirilmesi düşünülen alanlar ve iyileştirme için ortaya çıkan engeller nelerdir, değerlendirildi.

3.4.Ergoterapi Müdahaleleri

Çalışmada bireyin verilen tedavi çevresine nasıl cevap verdiğine ilişkin etkileşimleri gözlemlenerek sistemli olarak belgelendi. Müdahale öncesi ve sonrası ilk ve son test değerlendirmeleri kullanıldı. Birey merkezli ve aktivite odaklı konut çevresi etki anketi (KÇEA) değerlendirilerek kullanılarak bireylerin hedefleri ve tercihlerine dayalı müdahale planları geliştirildi. Bu nedenle bireyler aktivite performans alanlarıyla değerlendirilip, birey merkezli ergoterapi müdahaleleri ile bireylerin performans alanlarındaki müdahale etkisi incelendi. Çalışmamıza dâhil

edilen bireyler, aktivite-rol yaşamda problem yaşayan bireylerdir. Bu model aynı zamanda, tedavinin sonucunda ortaya çıkan değişimi tespit etmek için kullanılmıştır.

AKTİVİTE-ROL İÇİN MOTİVASYON ALANINDA; bazı bireylerin kendi becerilerini değerlendirme yeteneklerinin zayıf olduğu, kendi kapasitelerini doğru değerlendiremedikleri, mevcut güçlü ve zayıf yanlarının neler olduğu bilgisi ve farkındalığının zayıf olduğu tespit edildi. Bireylerde beceriler kazanmaya ve yaşamını idare edebilmek için yeni beceriler geliştirmeyi motive etme üzerinde duruldu. Kişisel nedenselliği, aktivite-rol için motivasyonları zayıf olan bireylerde ilk amaçlar olarak iradesini ve kendini kontrol etmesini geliştirmek için, bireylerin güvenini arttırmaya yönelik çalışmalar yapmak gerekiyordu. Aktiviteye katılmak için bireylerin kendilerine olan inancını geliştirerek ve değiştirerek olumlu öz yeterlilik geliştirme çalışmaları yapıldı. Özyeterlilik, kişiyi harekete geçirmeye motive eden, bireyin kendi yeteneğine olan inancıdır. Özgüveni yüksek olan bireylerin kendileri için hedefler belirleme olasılığı daha yüksektir, daha uzun süre direnebilir ve yetersizliklere karşı daha dayanıklı olabilir.

Bazı bireylerde başarı beklentisinin olduğu tespit edildi, fakat başarıyı elde edip edemeyecekleri konusunda öz farkındalık yetersizdi. Bireylerin kendi açıklamaları, iradesel sürecin genellikle bireylerin kendi seçim deneyimine neden olmadığı şeklindeydi. Aktivitelere katılmak için özgüven oluşturulmaya çalışıldı. Çözüm olarak, çeşitli seanslarda karşılıklı zaman harcayarak bireyin yaptıklarının, anlamlı ve amaçlı bir gelecek kurmayı yansıtmayı yansıtmadığı tartışıldı. Kişinin kendine bakım, serbest zaman aktiviteleri ve üretkenliğe katılma motivasyonunu geliştirmeyi amaçlayan dereceli müdahaleler, aktivitelere katılma farkındalığını ve kapasitesini artırma çalışmaları yapıldı. Kapasitelerine uygun aktiviteleri seçme ve yapma becerisini artırma ve mevcut becerilerine uygun aktivitelere uyum sağlama ve katılımı destekleme çalışmaları yapıldı. Bireylere çeşitli rol aktiviteleri deneyimleme esnekliği verilerek kendisini daha yetenekli hissettirildi. Bireyler başarı sağladıklarında, kendi beceri ve yetenekleri hakkında olumlu bir inanca sahip oldular.

İlgi duydukları konular sınırlı olan bireyler, genelde müzik dinleme ve televizyon izleme gibi ilgilere sahiptiler. Bireylerde ilgi oluşturmak, memnuniyet duygusu geliştirmek, ilgisini ortaya çıkartmak, aktivite seçimlerini oluşturmak, kendisi için önemli olanın ne olduğunu anlamasını sağlamak için çeşitli aktivite

seçenekleri araştırıldı ve tanınması sağlandı. Geçmiş aktivitelerden güçlü yanlarını, aktarılabılır becerilerini tespit ederek kişisel isteklerin oluşturulması, bireyin amaç/yön algısı oluşturmasını sağlama, aktivite ile ilgili hedeflerin konmasını ve elde edilmesini kolaylaştırma çalışmaları yapıldı. Bireylerde özellikle değerleri ve ilgileri geliştirmek için, hobi olarak el sanatları (takı tasarımı, nakış) veya kurs katılımı (resim, jimnastik, bilgisayar kursu, uçak maket yapım kursu, masa başı bilişsel eğitim ve serbest zaman aktiviteleri) ev işleri, para idaresi, toplu ulaşım araçlarını kullanmaya yönelik temel ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri eğitimine odaklanıldı. Bireyler her bir performans alanında önemli bulunduğu ve problem olan ilgi alanından bir aktiviteye dâhil edildi (kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman). İlgi duydukları ve kapasitelerine uygun aktiviteleri seçme ve yapma becerisini artırma ile uyum sağlama ve katılım desteklendi.

Seçim yapmada kendileri için önemli olanın ne olduğu çok net olmayan ve hedeflerine yönelme için motivasyonları düşük olan bireylerde, aktivite-rol katılımı için kişisel nedensellik oluşturulmaya çalışıldı. İlk amaç olarak iradesini ve kendi kontrolünü elde etmesini geliştirmek için, bireylere güven artırma çalışmaları yapıldı. İlgi duydukları aktiviteleri seçmeleri ile bunları yapma becerisini arttırmak için uyum sağlama süreçleri desteklendi. Aktiviteye katıldığında zevk almasını sağlamak için kendileri için anlamlı ve eğlenceli aktivitelerle keyif ve tatmin deneyimleri arttırmaya çalışıldı. Geçmiş ilgilerini kapsayan anlamlı aktivitelere katılımı kolaylaştırma çalışmaları yapıldı. Yeniden motive etme sürecinde, kendine bakım, serbest zaman aktivitelerine anlık katılım tercihlerine yol açan kademeli bir müdahale modelinde aktiviteye katılmak için özgüveni yapılandırmak, gelecekteki aktivite seçeneklerini keşfetmek, aktiviteye katıldığında keyif almasını sağlama çalışmaları yapıldı.

AKTİVİTE-ROL PATTERN ALANINDA; rutinlerini gerçekleştirme ve üretken günlük aktivite rutinleri oluşturmada yetersiz durumda oldukları tespit edilen bireylerde yaşam tarzının düzenlemesi için üretken/değerli günlük rutinlerin (yeniden) oluşturulması ve geliştirilmesine odaklanan müdahaleler yapıldı. Anlamlı aktivitelere ilişkin dengeli bir model elde etmek, kişisel bakım, serbest zaman ve/veya üretkenlik aktiviteleri yapılandırmak, oryantasyon ve bağımsızlığı geliştirmek için rutinlere uyum sağlamak, bireyin kişisel bakım, serbest zaman ve/veya üretkenlik aktiviteleri için bir yapı sunan anlamlı bir rutin oluşturmasını sağlama çalışmaları ve kademeli

olarak basitten zora aktivite rutinleri oluşturma çalışmaları da yapılmıştır. Yaşam tarzının düzenlenmesi için ;yaşam rollerinin dağıtılmasını destekleyen, serbest zaman ve/veya üretkenlik aktivitelerinden oluşan yapılandırılmış bir günlük rutin sağlayan yapılandırılmış bir kademeli olarak basitten zora aktivite rutinleri oluşturma çalışmaları yapıldı.Günlük rutinlerin, rollerin ve sorumlulukların geliştirilmesine /oluşturulmasına odaklanan müdahale çalışmaları yapıldı. Bireylerin yardımcı günlük yaşam aktivitelerinden alışveriş ve yemek pişirmeyi bağımsız yapabilmesi gibi rutinleri eksikti. İlk değerlendirmede, terapide üzerinde çalışılacak konular olarak serbest zaman aktiviteleri, ilgi duyduğu konular, ev yönetimi ile ilgili aktiviteler, örneğin alışveriş yapma, yemek pişirme, ulaşım araçları bilgisi, trafik kuralları, yer zaman oryantasyon bilgisini kullanabilme konularına odaklanıldı. Umut Evlerinde ayrıca komşuluk ilişkileri geliştirildi, birlikte ev idaresi ile ilgili mutfak aktiviteleri yapıldı. Para idaresi, alışveriş, ev yönetimi, yemek pişirme, çiçek bakımı, tavlama, mikado, kızma birader oyunları öğretildi. Sağlıklı bir yaşam tarzını desteklemek için beslenme, egzersiz, uyku hijyeni konusunda tavsiyeler verilmiştir.

Bazı bireyler yeni roller geliştirmeye açık görünmekle birlikte yapabileceklerinden emin değillerdi. Bu bireyler değişimi istiyor, fakat istedikleri aktiviteleri yapmaları için teşvik etmek gerekiyordu. Bu nedenle hem motivasyon hem de aktiviteyi yapma becerisine yönelik eğitimler verildi. Bağımsız yaşam becerilerini geliştirme/sürdürmeye yönelik çalışmalar yapıldı. Bireyin kendi bakımlarını sağlamak, sabahları giyinme/duş alma aktivitelerini gerçekleştirmek, yaşam alanlarının (ev yada yardımcı yaşam) bakımını sağlamak, sağlıklı yemek ve sıcak içecek hazırlama, alışveriş, çamaşır yıkama ile bağımsız yaşam ihtiyaçlarını karşılama becerisini oluşturma çalışmaları yapıldı.

Yeni rol kimliği belirlendiğinde ona uygun adaptasyon için drama eğitimleri verildi. Toplumsal yaşama adaptasyon ile ilgili kimlik ve yeterlilik oluşturma çalışmaları için arkadaşları ve kurs öğretmenleri ile pozitif ilişkiler kurma üzerine bilgilendirme yapıldı. Günlük yaşam aktiviteleri eğitiminden sonra bireyler yemek yapmak, alışveriş yapma, ulaşımı sağlama gibi problemleri olduğu belirlenen aktivitelerde güvenlik ve bağımsızlık çalışmaları yapıldı. İrade ve kendine hâkim olma duygusu farkındalığı artırılma eğitimi yapıldı. Aynı zamanda evin dışındaki aktiviteleri denemek ve tamamlamak için güven oluşturma çalışmaları yapıldı.

Yakındaki bir marketten alışveriş yapabilmesi, bir restorana yemeğe gitme veya sinemaya gidebilmesi için gerekli ulaşım araçları temini ve kullanılması eğitimi yapıldı. Rollerin tanımlanması, roldeki kimlik ve aidiyet duygusu zayıf ve rolün taleplerini yerine getirmede problemi olduğu saptanan bireyler için; rollere farkındalık ve rol için motivasyon ve beceri geliştirmesini sağlamak için çeşitli aktivitelerle eğitim yapıldı. Bireylerin kendileri için anlamlı aktiviteleri keşfedilerek ve bu aktiviteleri gerçekleştirmek ve ihtiyaçlarını karşılamak için mevcut toplumsal kaynaklar belirlendi ve bu kaynaklara ulaşım sağlandı. Örneğin; (egzersiz, müzik ve jimnastik grupları, yüzme, bahçe işleri, aktiviteye uygun ekipman kullanımı, belediye lokaline başvuru). Sorumluluk ve rol yükümlülükleri ile ilgili beklentileri karşılamada zorlukları olan bireylerde para idaresi, alışveriş, ev yönetimi, yemek pişirme, çiçek bakımı konularında bireylere sorumluluklar verildi. Yaşam tarzının düzenlenmesi için sorumlulukların geliştirilmesine ve oluşturulmasına odaklanan müdahaleler yapıldı.

İLETİŞİM VE ETKİLEŞİM BECERİLERİNDE; problemi olan bireylerde, bireylerin kendi yaşadıkları ortamlarında iletişim ve etkileşim becerileri geliştirilmeye çalışıldı. Girişkenlik eğitimi, sözlü ve sözsüz iletişim farkındalığı ve görüşme hazırlığı gibi kişilerarası ve sosyal becerileri artırmak ve geliştirmek, günlük aktiviteleri yerine getirmek için tercih ve kendini ifade etme becerisini artırmak için bireysel ve grup çalışmaları yapıldı. Bireylerde aktivite içerisinde iletişim ve etkileşim becerileri geliştirme örneğin; bir market alışverişi sırasında, etkin sözel içeriği oluşturabilme, uygun sözel olmayan davranışlarla konuşabilme (yüz jestleri ve postür), göz temasını sürdürebilme, iletişim mesafesini anlayabilme (etkileşim sırasında kişiler arasındaki fiziksel mesafe) bireysel ve grup aktiviteleri eğitimi ile çalışıldı (Yeni bir çevre, komşuluk ilişkileri, kurs, çalışma arkadaşı, müşteri, serbest zaman takip gruplarıyla).

Bireyin uygun beden dilini kullanması, bir konuşmayı uygun ses tonu ve hızında, uygun yer ve zamanda başlatabilmesi, gibi kendini ifade etmedeki mevcut becerilerin geliştirilmesi için drama kullanılmıştır.

SÜREÇ BECERİLERİNDE; aktivitede ne yapılacağı ve nesnelerin nasıl kullanılacağı konularında zorlukları belirlenen bireylerde süreç becerisi bilgisini geliştirmek için aktivite eğitimlerinden faydalanıldı (örneğin; bağımsız ulaşım ile ilgili taşıtları kullanma bilgisi elde etme, okuma alışkanlığı geliştirme ve elde edilen

bilgileri anlatma), serbest zaman aktivitelerine tavlâ, mikado, kıзма birader oyunlarına katılım sağlandı. Oryantasyon bilgisi ve eğitimi yapıldı.

Aktivite içerisinde organizasyon ve problem çözmeyi geliştirmek/sürdürmek amacıyla; organizasyon, planlama ve sıralama becerilerini geliştirmek için yapılandırılmış aktivitelerden faydalanıldı. Sözlü teşvikler ve ipucu stratejileri kullanarak katılımı sürdürme becerisi geliştirme çalışmaları yapıldı. Süreç becerileri geliştirilirken aktivite içerisinde semptomların yönetimine ilişkin eğitim de verilerek, pozitif baş etme becerileri, durum yönetimi ve duyguları yönetmeyi öğrenme üzerinde duruldu.

Ortaya çıkan zorlukları anlama ve uygun çözümler üretebilme konularında desteğe ihtiyaç duyan bireylerde; zayıf karar verme ve problem çözmeye becerileri için, tartışma konuları belirlenerek, problem oluştuğunda nasıl çözebileceği eğitimi verildi (drama kullanıldı).

MOTOR BECERİLERDE; enerji seviyesini arttırmak için motivasyon oluşturuldu. Düşme riski yaşayan bireylere, evde güvenliği artırmak ve düşme riskini azaltmak için motor becerilerin/transferlerin kolaylaştırılması ve endruans, denge ve kas güçlendirme çalışmaları ile güvenli düşme metodu gösterilerek riskler azaltılmaya çalışıldı.

ÇEVRE alanında; bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik bağımsızlığı ve güvenliği teşvik etmek için ev ortamında banyoda transfer gibi yöntemler ile kendine bakımını bağımsız yapabilmesi sağlandı. Kişisel günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı artırmak, evde bağımsızlık ve güvenliği artırmak, görevlere uyum sağlamak ve katılımı teşvik etmek için anlamayı kolaylaştırmak, stres ve gerginliği azaltmak ve kişisel günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı artırmak, katılım ve iletişim, pozitif risk alma, çevrenin nasıl oluşturulacağı ve stratejilerin mantığı konusunda bakıcı eğitim çalışmaları yapılarak desteği sağlandı. Bakıcılar için aktivitedeki semptomları yönetmek amacıyla eğitim; güçlük meydana getiren davranışı azaltmak için pratik stratejiler ile ilgili eğitim verildi. GYA'da bağımlı olan bireylere, kendine bakım ile ilgili aktivite konularında eğitim verildi. Serbest zaman aktiviteleri ve egzersize katılımı desteklemek için bireylerin tatmin edici bir kişisel ve sosyal kimlik oluşturmasını ve bunu sürdürmesini desteklemek hedeflendi. Bireyde alışkanlığı geliştirmek için kendileri için anlamlı aktiviteleri keşfedilerek ve bu

ihtiyaçları karşılamak için mevcut toplumsal kaynakları tespit edildi. Egzersiz ve hareket grupları, yüzme, bahçe işleri, uyumlu ekipman kullanımı, yerel toplum kulüplerine, arkadaşlık servislerine ve serbest zaman aktivitesi kaynaklarına başvurmak ve katılım sağlamak, toplum kaynakları ve aktivitelere katılım ile ilgili diğer personele danışmanlık yapıldı. İhtiyacı olan aktiviteler, her seansta çalışıldı. Evde güvenliği artırmak ve düşme riskini azaltmak için motor becerilerin/transferlerin kolaylaştırılması ve endruans, denge ve kas güçlendirme çalışmaları ile düşme riski olan bireylere güvenli düşme metodu gösterilerek riskler azaltıldı.

Toplum kaynakları (MEB bağlı halk eğitim kursları, belediyeler, lokal dernekler, toplumsal gruplar, okul) ve aktivitelere katılım ile ilgili diğer kaynaklarla kişinin zme yönelik gücü ve kaynakları (geçmiş deneyimlerden kazanılan beceriler, müzik bilgisi, bilgisayar bilgisi, toplumsal katılım ve organizasyonlardaki önceki deneyimler) araştırıldı. Kişilerin aktivite yaparken kullandığı nesnelere, bulunduğu alanlar, belirli bir bağlamda kişilerden beklenen ve/veya istenen mevcut aktivite biçimleri ya da görevlerin yapıldığı ortam, bağlamı oluşturan sosyal gruplar, mevcut kültürel, siyasi ve ekonomik faktörler belirlendi.

Aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapılacağı ortam tespit edildi. Bireylerin ihtiyaçlarına en iyi hizmet eden çevrelerde öncelik verilen kişisel bakım,serbest zaman aktiviteleri ve üretkenlik becerilerini uygulama ve sürdürme olanakları tanıma çalışmaları yapıldı. Anlamlı aktivitelere katılımları teşvik edildi. Toplumsal aktivitelere katılım için örneğin; belediye lokaline, eve yakın olan jimnastik gruplarına, takı tasarımı, dikiş nakış kurslarına, bilgisayar ve uçak maket yapımı kurslarına katılım ve üyelik sağlandı. Değer verilen aktiviteyi desteklemek için kurumsal çevrenin harekete geçirilmesi sağlandı. Sosyal aktivitelere katılım için personel desteği, ulaşım için araç temini gibi gerekli kurumsal prosedürlerin sağlanmasına destek verildi. Destekleyici sosyal ilişkiler ve çevreler geliştirmek için sosyal rollere katılımı artırmak, rollerin ve sosyal işlevlerin sürdürülmesi ve geliştirilmesi, sosyal soyutlanmayı azaltmak ve pozitif sosyal bağlantılar geliştirmek, topluma katılımı desteklemek, kültürel olarak uygun sosyal aktiviteler/destek gruplarına erişme çalışmaları yapıldı. Kişinin kişisel bakım, serbest zaman ve üretkenlik aktivitelerine katılmasını sağlamak için fiziksel çevreyi

düzenlemek ve/veya optimum sosyal çevreyi oluşturma, bağımsızlık ve güvenliği teşvik etmek için görevlere ve sosyal çevreye uyum sağlama çalışmaları yapıldı.

Aktiviteler yoluyla toplumsal katılımın artırılması, sosyal paylaşımların sağlanması, kendini izole etmenin azaltılması, günlük yaşamda karşılaşılan problemlerle nasıl baş edilebileceğini öğrenme, aktif problem çözme ile yeterliliği sağlama ve aktivite performansı geliştirme odaklı çalışmalar yapıldı. Bireylerin bildiği ortamlardan, tanımadığı ortamlara doğru aktivite-rol adaptasyonları geliştirilerek, aktivite katılımları sağlandı. Bireylerin yaşadığı çevresinde fonksiyonel aktivite eğitimi yapıldı. Aktiviteler tekrarlı olarak, yeterlilik kazanıncaya kadar çalışıldı. Aktivite eğitimi sırasında dereceli olarak azaltılan ipuçları ile bireylere tekrarlı pratik “yaptırıldı. Bireylere verilen pozitif geribildirimlerle motivasyon artırıldı. Sözlü teşvikler ve ipucu stratejileri kullanarak katılımı sürdürme becerisi geliştirildi.

Bireylerin eğitim, öğretim konularına katılımının sağlanması ve çalışma imkanları elde edebilmesi için kurumsal çevre ile işbirliği sağlanmış ve bir bireyin kurum dışında bir işletmede diğer iki bireye de kurumda iş istihdamı oluşturuldu. Birey adına iş başvurusunda bulunurken işvereni bireyin yetenekleri ve sağlığı hakkında bilgilendirme ve tavsiyeler sağlandı.

İş edinme olanağına hazırlık için eğitim tamamlama, beceri eğitimi çalışmaları yapıldı. Eğitim tercihleri (üç bireye ortaöğretim sınavlarına katılım için kayıt olması yönünde motivasyon sağlandı), çalışma hazırlığı/zorluğu ya da geri çekilme (kurumda gönüllü çalışmak isteyen bir bireye, çalışma konusuna yönelik beceri eğitimi yapıldı), istek oluşturma (bir bireyde memuriyet sınavlarına katılım ve ders çalışması için istek oluşturuldu), destekler (bir bireye orta öğretim bitirme sınavlarında başarı sağlayabilmesi için gerekli materyal temin edilmesi ve çalıştırılması sağlandı), çalışma kültürü konularında tavsiyeler sunuldu.

Ayrıca kognitif problemi tespit edilen bireylerde problem alanlarına yönelik kognitif rehabilitasyon yaklaşımları uygulandı (36).

Tablo 3.1. MOHO müdahalesinin Temel Öğeleri

	Müdahale	Açıklama
1.	Aktivitelere katılmak için öz yeterlilik oluşturmak	<ul style="list-style-type: none"> • Bireylerin kendilerine olan inancını geliştirerek ve değiştirerek olumlu öz yeterlilik geliştirmek • Bireyin kendine bakım, serbest zaman aktiviteleri ve üretkenliğe katılma motivasyonunu geliştirmeyi amaçlayan dereceli müdahaleler • Aktivitelere katılma farkındalığını ve kapasitesini artırma • Kapasitelerine uygun aktiviteleri seçme ve yapma becerisini artırma • Mevcut becerilerine uygun aktivitelere uyum sağlama ve katılımı destekleme
2.	Gelecekteki aktivite seçeneklerini keşfetmek	<ul style="list-style-type: none"> • Geçmiş aktivitelerden güçlü yanlarını, aktarılabilir becerilerini tespit ederek kişisel isteklerin oluşturulması • Hastanın amaç/yön algısı oluşturmasını sağlamak • Aktivite ile ilgili hedeflerin konmasını ve elde edilmesini kolaylaştırmak.
3.	Aktiviteye katıldığında zevk almak	<ul style="list-style-type: none"> • Anlamli aktivitelerle keyif ve tatmin deneyimlerini artırmak • Geçmiş ilgilerini kapsayan anlamli aktivitelere katılımı kolaylaştırmak.
4.	Yeniden motive etme süreci	<p>Kişisel bakım, üretkenlik (iş) ve serbest zaman aktivitelerine anlık katılım tercihlerine yol açan kademeli bir müdahale modelinde aşağıdakilerden iki ya da daha fazlasını içeren onaylanmış bir müdahale paketi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktiviteye katılmak için özgüveni yapılandırmak • Gelecekteki aktivite seçeneklerini keşfetmek • Aktiviteye katıldığında keyif almak
5.	Yakınlık kurmak ve kademeli katılım	Uyum/güven geliştirmek, etkili iletişim yolları keşfetmek
6.	Aktivite içerisindeki semptomların yönetimine ilişkin eğitim	<ul style="list-style-type: none"> • Ruh sağlığı problemleri ve günlük yaşam üzerindeki etkilerine dair artan anlayış • Pozitif baş etme becerileri geliştirmek; • Durum yönetimi • Duyguları yönetmek

7.	Üretken / değerli günlük rutinlerin (yeniden) oluşturulması	<ul style="list-style-type: none"> • Anlamli aktivitelere ilişkin dengeli bir rutin elde etmek • Kişisel bakım, serbest zaman ve/veya iş aktiviteleri yapılandırma • Oryantasyon ve bağımsızlığı iyileştirmek için rutinelere uyum sağlamak • Bireyin kişisel bakım, serbest zaman ve üretkenlik aktiviteleri için bir yapı sunan anlamli bir rutin oluşturmasını sağlamak. Kademeli olarak basitten zora aktivite rutinleri oluşturma çalışması da kapsar. • Sağlıklı bir yaşam tarzını desteklemek için beslenme, egzersiz, uyku hijyeni konusunda tavsiyeler.
8.	Üretken / değerli rollerin (yeniden) oluşturulması	<p>Daha geniş bir kişisel sorumluluk algısı geliştirmek</p> <p>Kişisel bakım, serbest zaman ve iş aktiviteleri ve sosyal çevreleri içerisinde rolleri yeniden geliştirmek</p>
9.	Yaşam tarzının düzenlenmesi	Yaşam rollerinin dağıtılmasını destekleyen, kişisel bakım, üretkenlik (iş) ve serbest zaman aktivitelerinden oluşan yapılandırılmış bir günlük rutin sağlayan yapılandırılmış bir kademeli müdahale içerisinde günlük rutinlerin, rollerin ve sorumlulukların geliştirilmesine/oluşturulmasına odaklanan bir müdahale
10.	Günlük aktivitelere katılmak için yeterli kararlılık, hareket ve enerjiyi sağlamak için kapasiteyi geliştirmek/sürdürmek	Evde güvenliği artırmak ve düşme riskini azaltmak için motor becerilerin/hareket aktarımlarının artırılması
11.	Aktivite içerisinde organizasyon ve problem çözme geliştirme /sürdürme	<ul style="list-style-type: none"> • Organizasyon, planlama ve sıralama becerilerini geliştirmek için yapılandırılmış aktivitelerden faydalanmak • Sözlü teşvikler ve ipucu stratejileri kullanarak katılımı sürdürme becerisi geliştirmek
12.	Daha geniş bir çevre yelpazesinde daha fazla katılım sağlamak için duyuşal imkânları en üst düzeye çıkaracak anlamli aktivitelere katılmak	Tüm duyuşları uyaracak ve harekete geçirecek aktiviteler: koku, hareket, dokunma, görme, işitme ve tatma. Çoklu Duyuşal Terapileri (grup ve bireysel) kapsar.

13.	Aktivite içerisinde iletişim ve etkileşim becerilerini geliştirmek/sürdürmek	Girişkenlik eğitimi, sözlü ve sözsüz iletişim farkındalığı ve görüşme hazırlığı gibi kişiler arası ve sosyal becerileri artırmak ve geliştirmek için bireysel ve grup çalışmaları. Günlük aktiviteleri yerine getirmek için tercih ve kendini ifade etme becerisini artırmak için iletişim ve etkileşim becerilerine özel ilgi.
14.	Destekleyici sosyal ilişkiler ve çevreler geliştirmek	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal rollere katılımı artırmak • Yaşla ilgili değişiklik/kayıpların ardından rollerin ve sosyal işlevlerin sürdürülmesi ve geliştirilmesi • Sosyal soyutlanmayı azaltmak ve pozitif sosyal bağlantılar geliştirmek • Topluma katılımı desteklemek, kültürel olarak uygun sosyal aktiviteler/destek gruplarına erişmek.
15.	Aktiviteye katılımı desteklemek için çevresel modifikasyon (sosyal ve fiziksel çevre dâhil)	<ul style="list-style-type: none"> • Kişinin kişisel bakım, serbest zaman ve iş aktivitelerine katılmasını sağlamak için fiziksel çevreyi düzenlemek ve/veya optimum sosyal çevreyi oluşturmak; • Bağımsızlık ve güvenliği teşvik etmek için görevlere ve fiziksel ve sosyal çevreye uyum sağlamak
16.	Yardımcı teknoloji	<ul style="list-style-type: none"> • Uygun ekipman, yardımcı teknoloji, çevre tasarımı ve adaptasyonu seçimi. Örneğin, manuel ve kişisel bakım ekipmanları, • Kompanse edici stratejiler.
17.	Yeni fiziksel ve sosyal çevrelere geçişi desteklemek	<ul style="list-style-type: none"> • Yatan hasta kabulü veya hastaneden taburcu yoluyla yeni ve alışıldık olmayan fiziksel ve sosyal ortamlardaki işlevlerde amaç/yönlenme ve tatmin algısı oluşturmak. Bunlar aşağıdakileri içerebilir: • Dengeli bir anlamlı aktivite rutini sağlamak konusunda hizmet kullanıcılarına danışmanlık yapmak • Ortamı kolaylaştırmak ve çevreyi değiştirmek • Bireylerin aktivite ile ilgili ihtiyaçlarını desteklemek bakımından ruh sağlığı çalışanları, bakıcılar ve eğitim kurumlarına danışmanlık ve eğitim sunmak.
18.	Bakıcı eğitimi ve desteği	<ul style="list-style-type: none"> • Bireysel çalışma ve grup seansları için çalışanlar ile iş birliği • Bakıcı eğitimi ve desteği; evde bağımsızlık ve güvenliği artırmak, görevlere uyum sağlamak

		<p>ve katılımı teşvik etmek için anlamayı kolaylaştırmak, stres ve gerginliği azaltmak ve kişisel günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı artırmak, hastalığın işlevsel beceriler üzerindeki etkisi, katılım ve iletişim, pozitif risk alma, çevrenin nasıl oluşturulacağı ve stratejilerin mantığı konusunda aile ve ev bakıcılarını kapsar.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın bağımsızlığını, güvenliğini ve refahını teşvik etmek, bağımlılık oluşturmak için karşılaştırma yapmak da dâhil olmak üzere bakıcılar için aktivitedeki semptomların yönetimi için eğitim; güçlük meydana getiren davranışı azaltmak için pratik stratejiler ile ilgili eğitim.
19.	Bağımsız yaşam becerilerini geliştirme/sürdürme	<ul style="list-style-type: none"> Bireyin kendi bakımlarını sağlamak, sabahları giyinme/duş alma aktivitelerini gerçekleştirmek, yaşam alanlarının (ev ya da yardımcı yaşam) bakımını sağlamak, sağlıklı yemek ve sıcak içecek hazırlama, alışveriş, çamaşır, vs. gibi bağımsız yaşam ihtiyaçlarını karşılama becerisini oluşturmak Bireylerin ihtiyaçlarına en iyi hizmet eden çevrelerde öncelik verilen kişisel bakım, serbest zaman aktiviteleri ve üretkenlik becerilerini uygulama ve sürdürme olanakları tanımak.
20.	Serbest zaman aktiviteleri ve egzersiz katılımını desteklemek	<p>Bireylerin tatmin edici bir kişisel ve sosyal kimlik oluşturmasını ve bunu sürdürmesini desteklemek. Anlamli aktiviteleri keşfetmek ve bu ihtiyaçları karşılamak için mevcut toplumsal kaynakları tespit etmek. Bu, aşağıdakileri içerebilir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Egzersiz, müzik ve hareket grupları, Yüzme, bahçe işleri, Uyumlu ekipman kullanımı, Yerel toplum kulüplerine, arkadaşlık servislerine ve serbest zaman aktivitesi kaynaklarına başvurmak ve katılmak, Toplum kaynakları ve aktivitelere katılım ile ilgili diğer personele danışmanlık Anlamli aktivitelere katılımı teşvik etmek.
21.	Mesleki olanak tanıma	<p>Becerileri ve uygun müdahale seviyesini tespit etmek. Eğitim, kariyer tercihleri, çalışma hazırlığı/zorluğu ya da geri çekilme, istek oluşturma, destekler, konaklama, çalışma kültürü konularında tavsiyeler sunma (COT 2007)</p>

		Bireylerin dakiklik, dikkat, katılım ve görünüm gibi konularda iş alışkanlıklarını artırmasına ya da geliştirmesine yardımcı olmak. Uzun süreli işsizlikten, işe dönüşü kolaylaştırmak.
22.	Mesleki rehberlik, uygulamalı eğitim ve tavsiye	<ul style="list-style-type: none"> • Uygulama eğitimi, uygun düzenleme, ruh sağlığı farkındalığı/eğitimi ile ilgili olarak işverene, diğer destek sağlayıcılara ya da bireye danışmanlık/işbirliği/tavsiyeler sağlamak • Uyumlu ekipman, erişilebilirlik, iş arkadaşı desteği, işe kademeli geri dönüş ve esnek saatleri içerebilir.

(53, 112)

Aktivite Performans Süreç Modeli ve Müdahalede Kullanımı;

Müdahalede kullandığımız Aktivite Performans Süreç Modeli'nin 7 aşaması:

1.Aşama; Kişinin aktivite performans konularının önceliklerini belirleme, isimlendirme, onaylama ve öncelik verme: öncelikli olarak aktivite performans sorunları isimlendirildi ve onaylandı. Bireylerin zayıf olan performans alanlarını güçlendirmek için bireyin değer verdiği, anlamlı bulduğu aktivite performans seçimleri uygulamada, temel alındı. İlk aşamada, hayalleri ve vizyonları dinlenerek aktivite performans konularının öncelikleri belirlenip isimlendirildi (1, 36).

2. Aşama; Teorik yaklaşımların seçimi: Planlama için kullanılacak model ve teorik yaklaşımları tespit etmek için aktivite performans alanlarıyla ilgili daha fazla değerlendirme yapılarak, aktivite performans komponentleri ve çevre koşullarına ilişkin değerlendirme ve müdahale stratejileri ile ilgili bilgi edinildi.

Meydana gelen aktivite performans zorluklarının nedenleriyle ilgili hipotezler oluşturularak, probleme yönelik uygun teorik yaklaşım olarak MOHO modeli ve yaklaşımları seçildi.

3.Aşama; Aktivite performans komponentleri ve çevre koşullarını belirlemek: Kendine bakım, üretici ve serbest zaman özel bölgelerinde performans

değerlendirilmesi yapıldı. Özel bir aktivite de performansı destekleyen ya da limitleyen çevresel durumlar ve altta yatan performans komponentlerinin onaylanması ve değerlendirmesi yapıldı. Performansın başlangıç düzeyi hakkında bilgi elde etmek ve bir müdahale sırasında değişimin gelecekteki değerlendirmeleri için karşılaştırma sağlamaya çalışıldı. Performans zorluklarının nedenleri hakkında bilgi sağlamak ve bireye yardım için müdahalenin odak noktasını tanımlamaya ihtiyaç duyuldu (1, 36).

4.Aşama; Güçleri ve kaynakları belirlemek: Bireylerin aktivite yaparken kullandığı nesnelere, bulunduğu alanlar, belirli bir ortamda bireylerden beklenen veya istenen mevcut aktivite biçimleri ya da görevlerin yapıldığı ortam, oluşan sosyal gruplar, mevcut kültürel ve ekonomik faktörler (elde edilebilir mali desteği, servis kaynakları v.s) belirlendi. Bireylere uygulanan İARMTA testi ile güçlü ve zayıf yanları belirlendi. Beceri ve kaynaklar belirlenmesi (zaman, geçmiş deneyimlerden kazanılan beceriler, müzik bilgisi, bilgisayar bilgisi toplumsal katılım ve organizasyonlarda önceki deneyimler v.s), toplumsal olanaklar (belediye, lokal dernekler, toplumsal gruplar, okul, kütüphane v.s), kapasite kullanmayı sağlayan üretici faaliyetler belirlendi.

5.Aşama; Hedeflerin belirlenmesi ve hareket planının oluşturulması: Bu aşamada, hedeflenen bir sonuç ya da 'zaman sınırı olan bir istek' tanımlanmıştır. Hedeflere nasıl ulaşılabileceğine ilişkin hareket planı bireyle birlikte tartışılarak oluşturuldu. Bu aşama, bireylerin hedeflere ulaşmak için hangi aktivitelere katılacağına belirtilmesini içermektedir. Geliştirilen hareket planları, müdahalede bireyin katılacağı anlamlı aktiviteyi içermesine ve hedeflenen sonuçlara ulaşmaya yardım etmektedir. Bu aşama aynı zamanda aktivite katılımı sırasında bireyin nasıl destekleneceğinin belirtilmesini de içermektedir.

Birey ile yapılacak ergoterapi planı ve bireyin şimdiki gerçekliğiyle, gelecek olasılıkları arasında geçerli köprü kuracak çeşitli adımlar düşünülür (1, 36). İARMTA aracılığıyla bireyle işbirliği yapılarak kendini tanımlaması yolu ile üç performans alanı olan kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarında amaçları belirlenir.

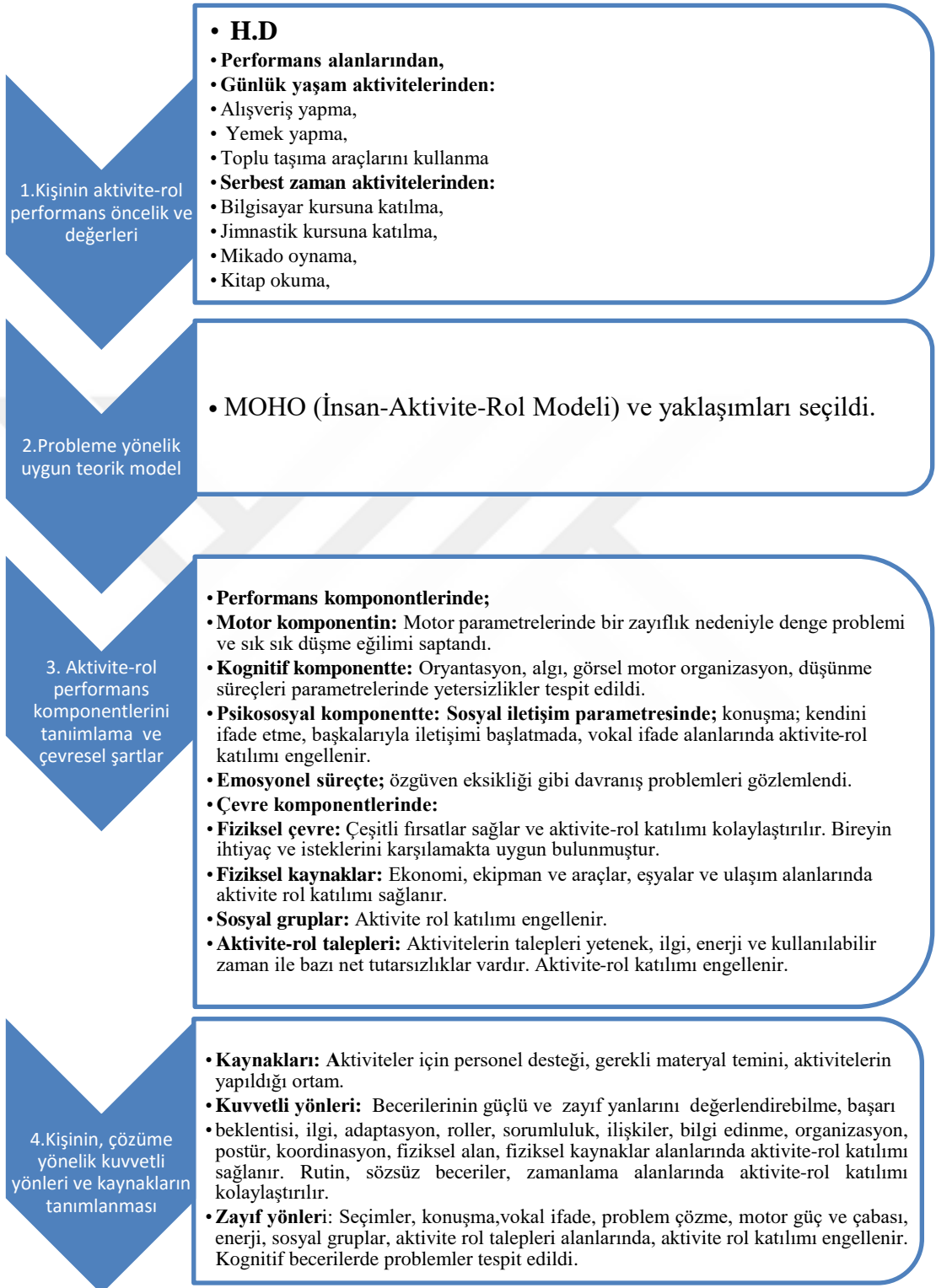
6. Aşama; Performans komponentlerinde ve /veya çevredeki limitasyonların azaltılması için plan yapma: Aktivite yoluyla planları uygulamak için, bu planda yer alan aktiviteler birey için anlamlı; yani bireyin ilgi alanları, hedefleri ve gerçek yaşam çevreleri ile ilgilidir. Müdahaleyi uygulamada, müdahale

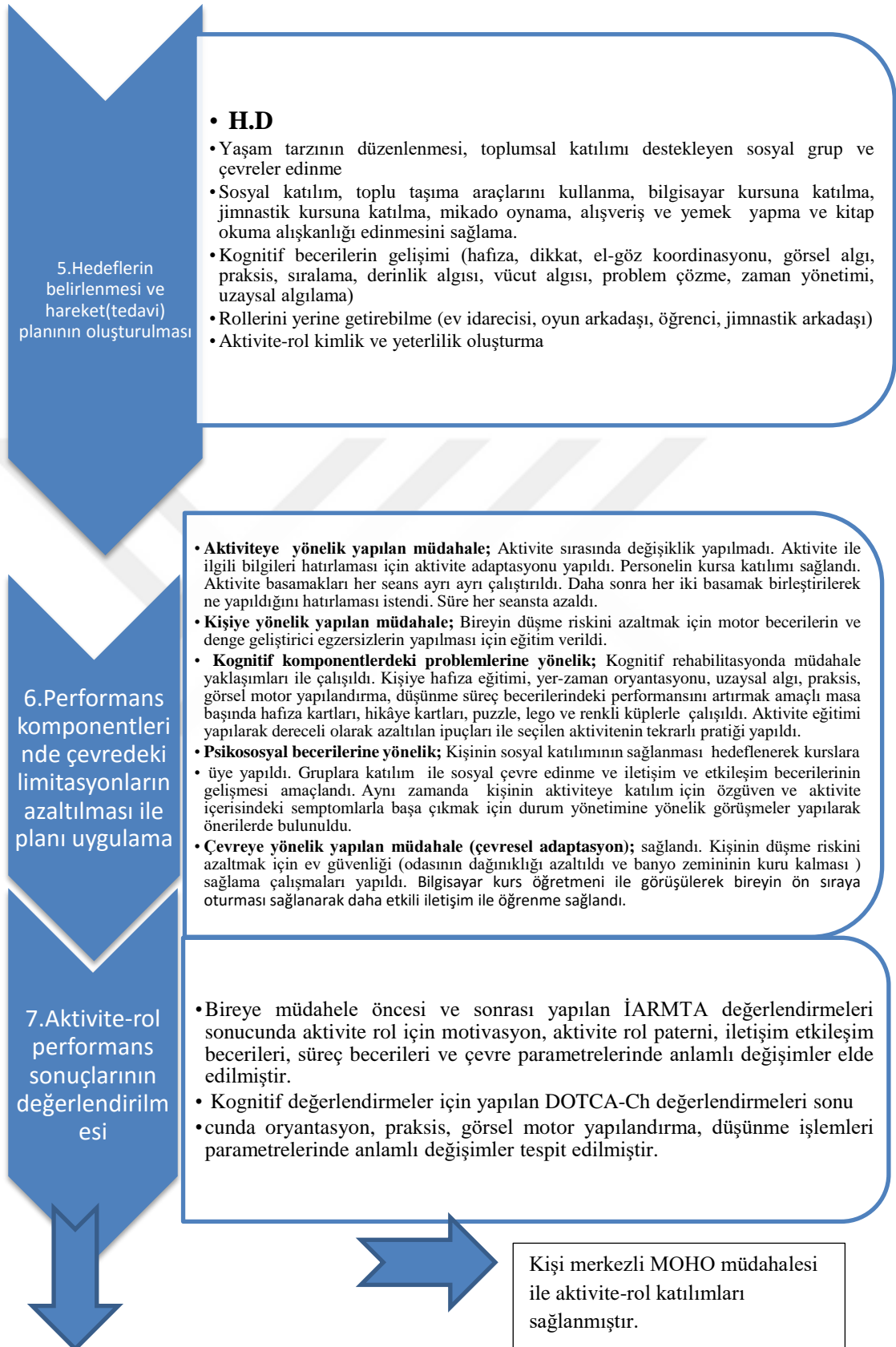
stratejileri ve süreci oluşturulur. Bireyin ihtiyaç duyduğu aktiviteleri düşünülerek, müdahaleler sınıflandırıldı ve önceki adımlardaki bilgileri kullanarak belirlendi. Müdahalelerin ne sıklıkta, nerede yapılacağı, aktivitelerinin kiminle olduğu tespit edildi. Elde edilen bilgiler; müdahale planını uygulama, aktivite performansını kaydetme ve kolaylaştırma ile kullanılan kaynakların organize edilmesi ve sağlanacak hizmetlerin kapsamını belirlemede kullanıldı.

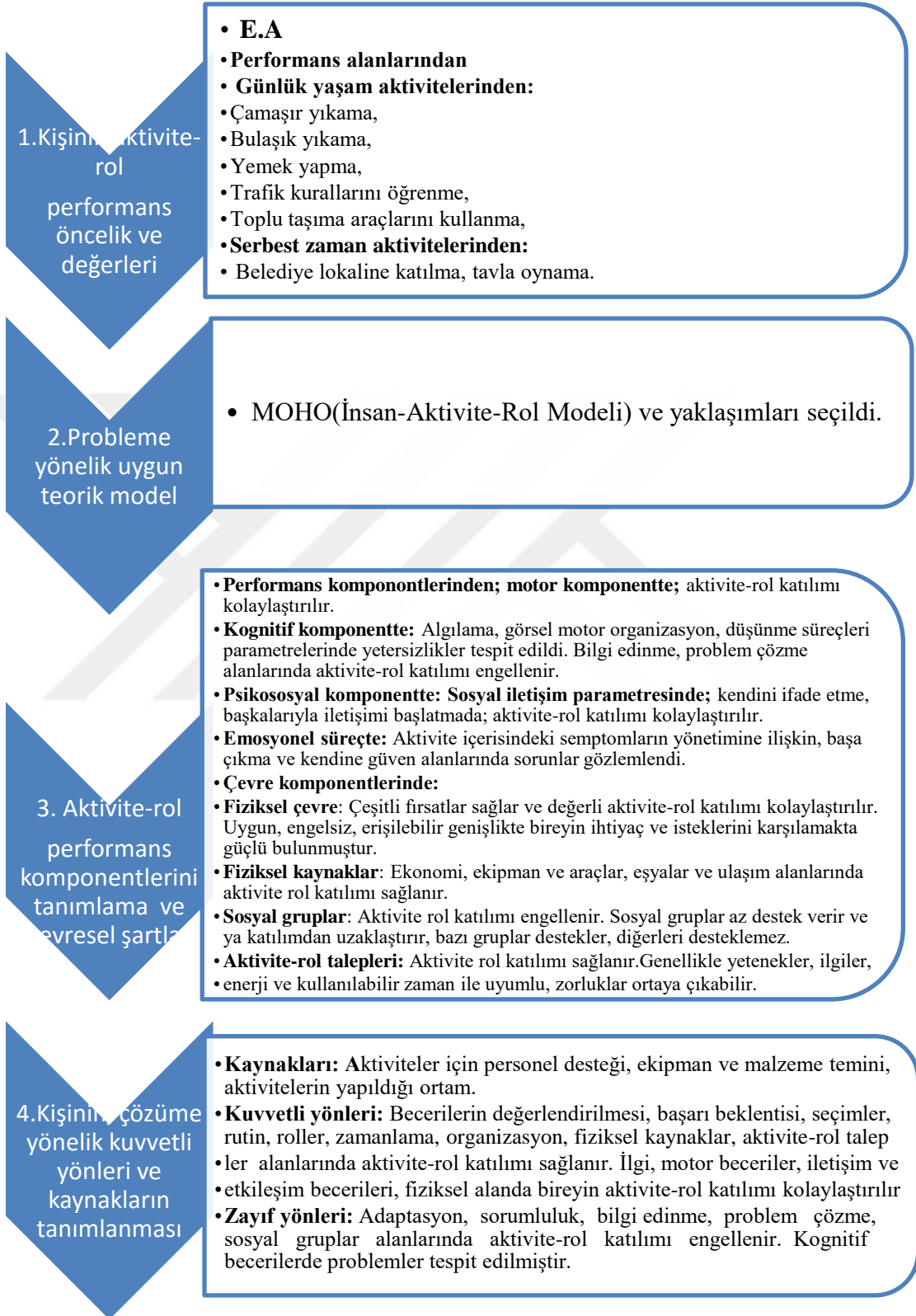
7. Aşama; Aktivite Performans Sonuçları Değerlendirme ve Uygulama:

Aktivite performans sonuçlarının değerlendirilmesi; bireyin aktivite performansında oluşan fark veya değişimi tespit etmek için yapılandırılmış değerlendirmelerin tekrar edilmesi ile yapılmıştır (1, 36).

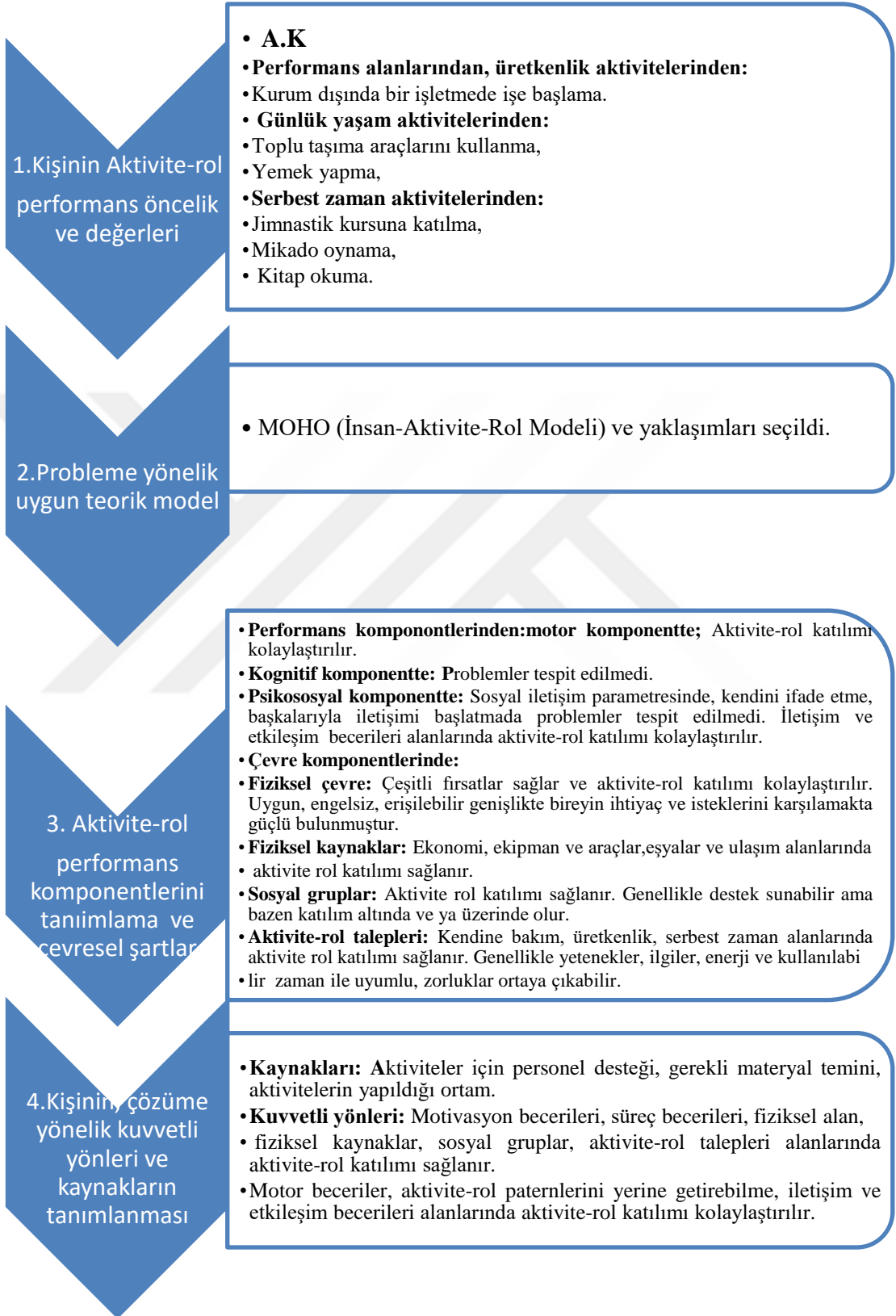




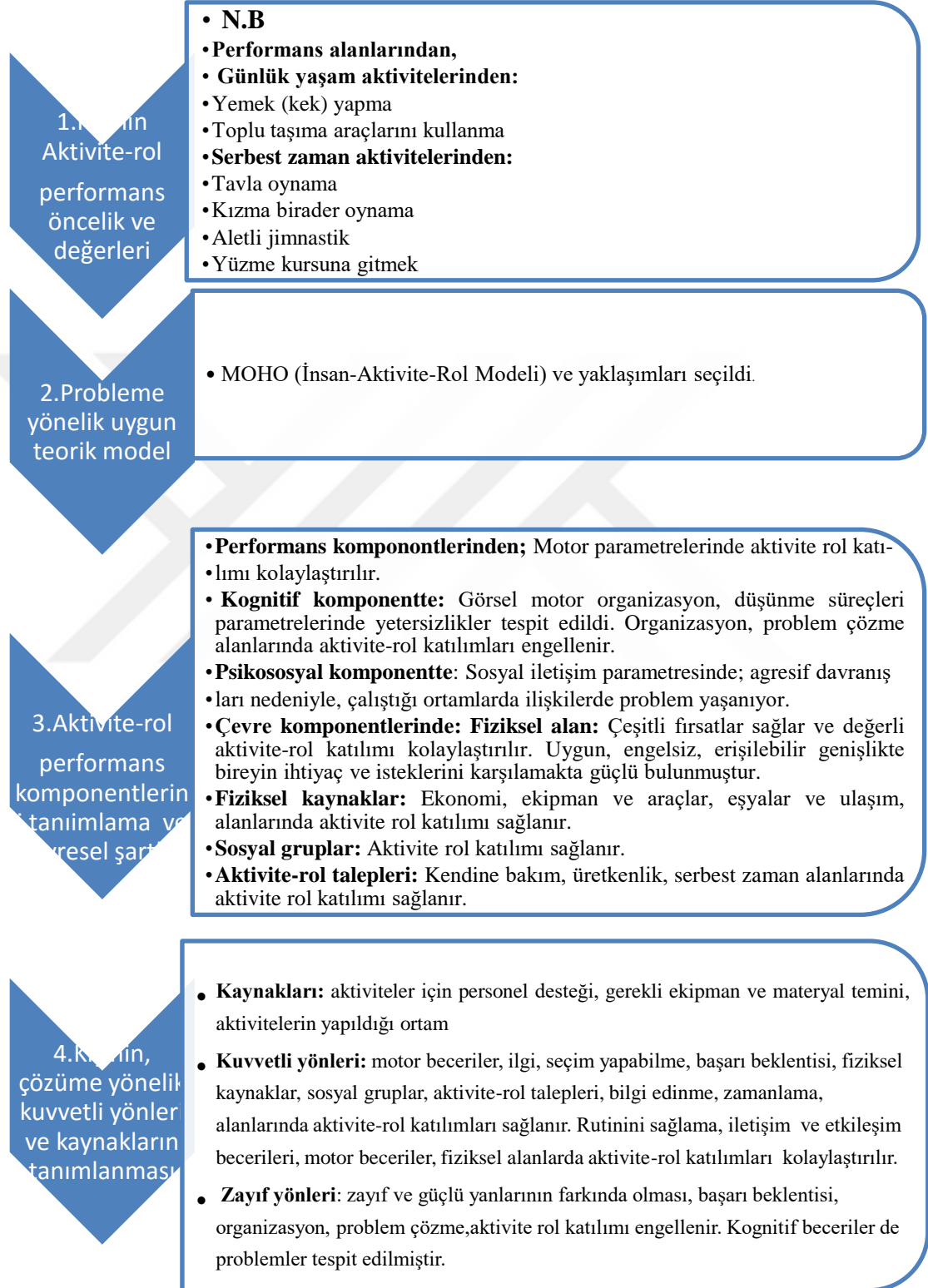




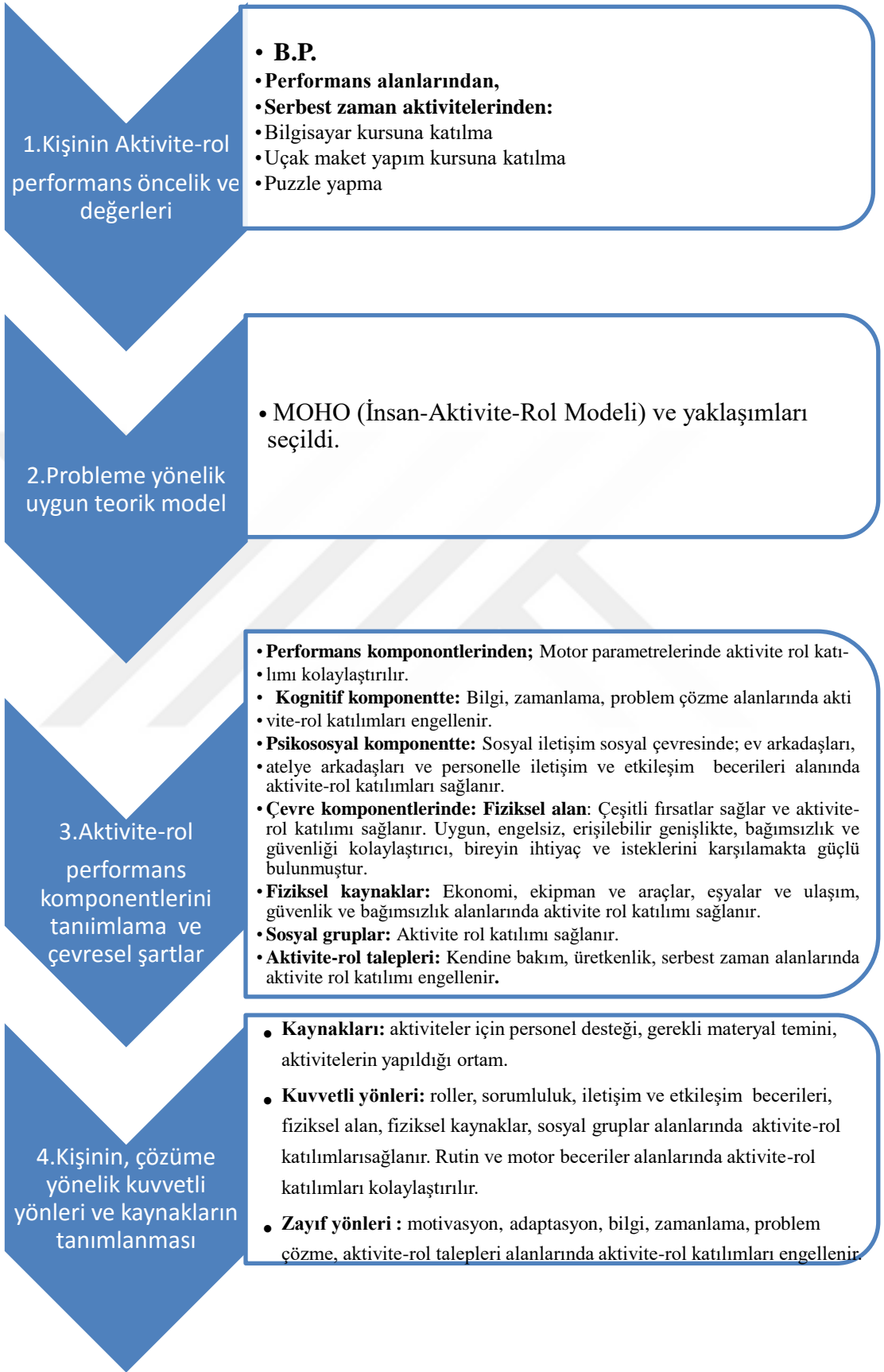




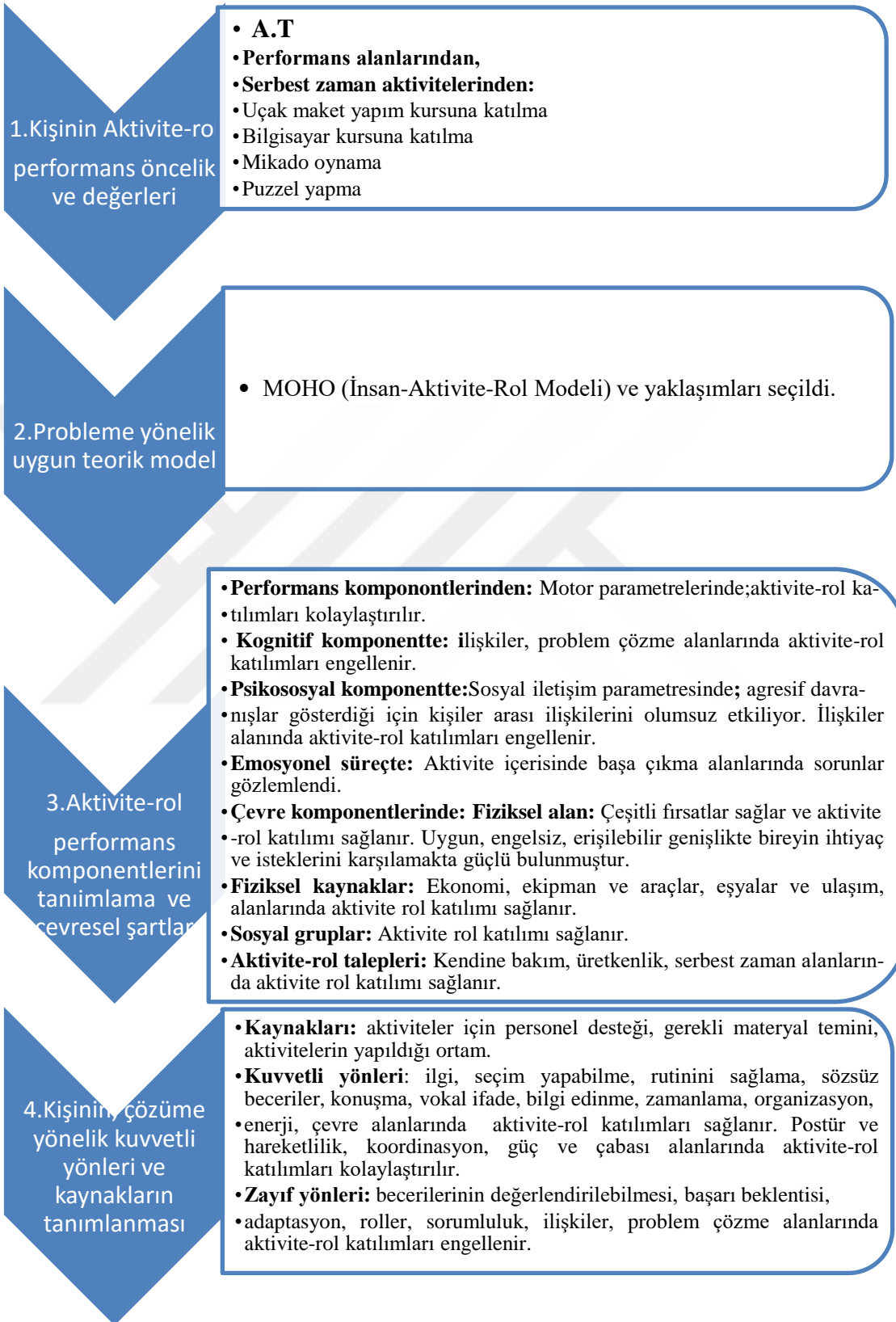


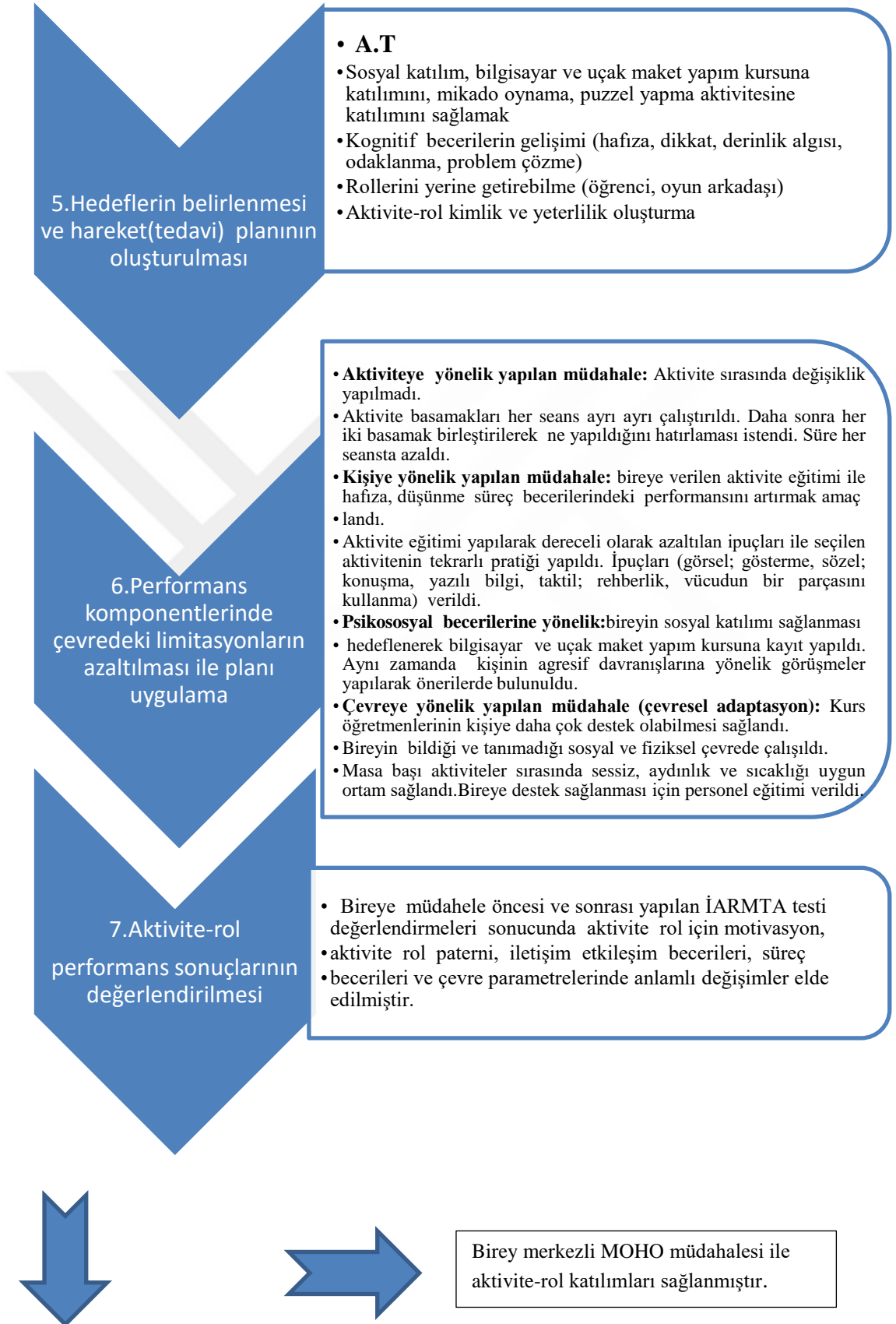
















3.5. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS 11.5 paket programı kullanılmıştır. Her iki grup için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. $P < 0.05$ istatistiksel anlamlı düzey olarak kabul edilmiştir. MOHOST ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliklerini belirlemek için faktör analizi yapılmış, Cronbach Alfa ile güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır

Tüm bireylerin ve Kurumda yaşayanlarla Umut Evinde yaşayan bireylerin ayrı ayrı İARMTA puanlarının ilk ve son ölçümler arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi kullanılmıştır. Kurumda yaşayan bireylerle, Umut Evinde yaşayan bireylerde İARMTA puanlarının ilk ve son ölçümler arasındaki farkın anlamlılığı Mann Whitney U testi ile test edilmiştir. Kurumda yaşayan bireylerle Umut Evinde yaşayan bireylerin yaşadıkları evin çevresine ait özelliklerini değerlendiren Konut Çevresel Etki Anketi'nin (REİS), her iki grup arasında farkın anlamlılığı Mann Whitney U testi ile test edilmiştir.

Aynı şekilde DOTCA-Ch puanlarında müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçümler sonrasındaki farkın anlamlılığı Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi ile test edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Bireylere Ait Bulgular

4.1.1. Umut evi ve kurum evi grubundaki bireylerin yaş ile ilgili istatistikleri

Her iki grup için yaş 20-40 yıl olarak tespit edilmiştir. Her iki grubun yaş ortalaması birbirine yakın belirlenmiştir. Kurum Evlerinde minimum yaş 24, maksimum yaş 40 olarak tespit edilmiştir. Kurum evlerinde yaş ortalaması 31.65 ± 5.72 yıl iken, Umud Evlerinde 30.76 ± 5.45 yıl olarak elde edilmiştir. Umud Evlerinde minimum yaş 22, maksimum yaş 40 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.1. Kurum Evleri ile Umud Evlerinde Yaşayan Bireylerin Yaş İstatistiksel Verileri ve Karşılaştırılması

	Kurum Evleri		Umud Evleri	Ortanca (Min-maks)	p*	Mann Whitney U
	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	Ort±SS			
YAŞ	31.65±5.72	29 (24-40)	30.76±5.45	30 (22-40)	0,648	135

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum
p>0,05 fark yoktur.

4.1.2. Umud evi ve kurum evi grubundaki bireylerin cinsiyet ile ilgili istatistikleri

Her iki grupta da kadınların oranı % 64.7, erkeklerin oranı ise % 35.3'tür. Kurum Evlerinde ve Umud Evlerinde, cinsiyet olarak 17 bireyin 11' i kadın, 6' sı erkek'tir. (Tablo 4.1.2)

Tablo 4.2. Kurum Evleri ile Umut Evlerinde Yaşayan Bireylerin Cinsiyet Durumları

CİNSİYET	Kurum Evleri		Umut Evleri	
	n	%	n	%
KADIN	11	64.7	11	64.7
ERKEK	6	35.3	6	35.3

Tablo 4.3. Umut Evi ve Kurum Evinde Yaşayan Bireylerin Demografik Bilgileri

	Umut Evi		Kurum Evi	
	n (17)	%	n (17)	%
Zekâ Düzeyi				
Hafif Düzey Zekâ Geriliği	13	76.47	9	52.9
Orta Düzey Zekâ Geriliği	4	23.52	7	41.2
Ağır Düzey Zekâ Geriliği	-	-	1	5.9
Eğitim durumu				
Okur yazar Olmayan	6	35.3	8	47.1
İlköğretim	10	58.8	8	47.1
Lise	1	5.9	1	5.9
İlaç kullanma Durumu				
Kullanıyor	9	52.9	9	52.9
Kullanmıyor	8	47.1	8	47.1
Çalışma durumu				
Çalışıyor	13	76.5	2	11.76
Çalışmıyor	4	23.5	15	88.22

Tablo 4.4. Kurum Evleri ile Umut Evlerinde Çalışan Bireylerin Çalışma Yerleri

	Kurum Evi Bireyleri			Umut Evi Bireyleri		
	Erkek	Kadın	%	Erkek	Kadın	%
Kurumda çalışma	1		50	3	6	69.23
Memur olarak çalışma		1	50	1	1	15.3
Sigortalı işte çalışma		-	-	1	1	15.3
Toplam	1	1	100	5	8	100

Kurum Evinde yaşayan 17 bireyden sadece 2'si çalışmaktadır. Umut Evinde yaşayan 17 bireyden 13'ü çalışmaktadır.

4.1.3. Kurum evleri ile umut evlerinde yaşayan bireylerin aile durumları ve ilişkileri

Tablo 4.5. Kurum evleri ile umut evlerinde yaşayan bireylerin aile durumları

	Kurum Evi Bireyleri		Umut Evi Bireyleri		p*
	n	%	n	%	
Ailesi olmayanlar	4	23.5	8	47.1	0.151
Ailesi olanlar	13	76.5	9	52.9	
Toplam	17	100	17	100	

Kurum Evleri ile Umut Evlerinde yaşayan bireylerin ailesi olanlar ile ailesi olmayanların oranları arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Kurum Evleri ile Umut Evlerinde Yaşayan Bireylerden Ailesi Olanların Aileleriyle İlişki Durumları

	Kurum Evi Bireyleri		Umut Evi Bireyleri		p*
	n	%	n	%	
Ailesi ile görüşüyor	6	46.2	5	55.6	1.000
Ailesi ile görüşmüyor	7	53.8	4	44.4	
Toplam	13	100	9	100	

Kurum Evinde yaşayan bireylerle Umut Evinde yaşayan bireylerden ailesi olanların aileleriyle görüşme oranları arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$)

4.2. Tüm Bireylerin Aktivite Rol Katılımları İle İlgili Değerlendirme

4.2.1. Güvenilirlik

Karşılaştırma yapılmadan önce İARMTA testi için Alfa değerine bakarak (0,901) uygun bir güvenilirlik elde edilmiştir.

Tablo 4.7. Vaka İşleme Özeti

		n	%
Cases	Valid	34	100,0
	Excluded	0	0
	Total	34	100,0

Tablo 4.8. Güvenilirlik İstatistikleri

Cronbach's Alpha	İtemlerin sayısı
0,901	24

4.2.2. Tüm bireylerin aktivite rol katılımları ile ilgili müdahale öncesi ve sonrası değerlendirme bulguları

Tüm bireylerin, aktive-rol için motivasyon, aktive rol paterni, süreç becerileri, iletişim ve etkileşim becerileri, motor becerileri, çevre komponentleri ile ilgili alanlardaki değişim anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Ortalamalar artmış ve tüm alanlarda müdahale öncesine göre anlamlı fark bulunmuş ve iyileşmeler olmuştur. Sonuçlar Tablo 4.2.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Tüm Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası İARMTA Puanlarının Alt Parametrelere Göre Karşılaştırılması

(min-maks=1-4)	M.Ö.		M.S.		Wilcoxon Z	P*
	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)		
Aktive-Rol için Motivasyon						
Becerilerin İncelenmesi	2.79±0.77	3 (2-4)	3.38±0.65	3 (2-4)	-4.264	0.000*
Başarı Beklentisi	2.58±0.74	2 (2-4)	3.32±0.58	3 (2-4)	-4.456	0.000*
İlgi	2.94±0.69	3 (2-4)	3.38±0.60	3 (2-4)	-3.873	0.000*
Seçimler	2.82±0.75	3 (2-4)	3.32±0.58	3 (2-4)	-3.368	0.001*
Toplam Puan	11.15±2.56	10 (8-16)	13.41±2.15	13(9-16)	-4,480	0,000*
Aktive Rol Paterni						
Rutin	3.21±0.77	3 (2-4)	3.68±0.47	4 (3-4)	-3.557	0.000*
Adaptasyon	2.71±0.68	3 (2-4)	3.26±0.62	3 (2-4)	-4.146	0.000*
Roller	2.85±0.74	3 (2-4)	3.44±0.56	3 (2-4)	-4.066	0.000*
Sorumluluk	2.68±0.64	3 (2-4)	3.26±0.66	3 (2-4)	-4.066	0.000*
Toplam Puan	11.44±2.36	11 (8-16)	13.65±1.97	14 (10-16)	-4,740	0,000*
İletişim Etkileşim Becerileri						
Sözsüz Beceriler	3.50±0.66	4 (2-4)	3.73±0.45	4 (3-4)	-2.828	0.005*
Konuşma	3.50±0.71	4 (2-4)	3.70±0.46	4 (3-4)	-2.646	0.008*
Sözel İfade	3.47±0.70	4 (2-4)	3.70±0.46	4 (3-4)	-2.530	0.011*
İlişkiler	3.20±0.80	3 (2-4)	3.59±0.56	4 (2-4)	-3.357	0.001*
Toplam Puan	13.68±2.43	15 (9-16)	14.73±1.69	16 (11-16)	-3,448	0,001
Süreç Becerileri						
Bilgi	2.73±0.71	3 (2-4)	3.32±0.73	3 (2-4)	-4.066	0.000*
Zamanlama	2.85±0.74	3 (2-4)	3.23±0.70	3 (2-4)	-3.357	0.001*
Organizasyon	2.85±0.61	3 (2-4)	3.26±0.71	3 (2-4)	-3.742	0.000*
Problem Çözme	2.56±0.75	2 (2-4)	3.32±0.59	3 (2-4)	-4.914	0.000*
Toplam Puan	11.0±2.40	10 (8-16)	13.15±2.30	13 (8-16)	-4,571	0,000*
Motor Becerileri						
Postür	3.79±0.53	4 (2-4)	3.85±0.43	4 (2-4)	-1.414	0.157
Koordinasyon	3.82±0.46	4 (2-4)	3.82±0.46	4 (2-4)	0.000	1.000
Güçü ve çabası	3.73±0.57	4 (2-4)	3.82±0.39	4 (3-4)	-1.732	0.083
Enerji	3.68±0.59	4 (2-4)	3.73±0.51	4 (2-4)	-1.414	0.157
Toplam Puan	15.03±1.75	16 (10-16)	15.23±1.39	16 (11-16)	-2,333	0,020*
Çevre						
Fiziksel alan	3.38±0.60	3 (2-4)	3.53±0.51	4 (3-4)	-2.236	0.025*
Fiziksel kaynaklar	2.94±0.65	3 (2-4)	3.24±0.50	3 (2-4)	-2.640	0.008*
Sosyal gruplar	2.62±0.55	3 (2-4)	3.47±0.66	4 (2-4)	-4.158	0.000*
Aktivite rol talepler	2.71±0.52	3 (2-4)	3.52±0.51	4 (3-4)	-4.939	0.000*
Toplam Puan	11.65±1.59	11 (9-16)	13.76±1.63	14 (11-16)	-4,737	0,000*
Genel Toplam	73.94±8.90	72 (57-92)	83.94±8.71	86 (61-96)	-5,089	0,000*

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum

*Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi, İARMTA (İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı)

(İARMTA Min-Mak puanı=1-4), Müdahale Öncesi (M.Ö), Müdahale Sonrası (M.S)

4.3. Kurumda Yaşayan Bireylerin Aktive-Rol Katılımları İle İlgili Müdahale Öncesi ve Sonrası Değerlendirme Bulguları

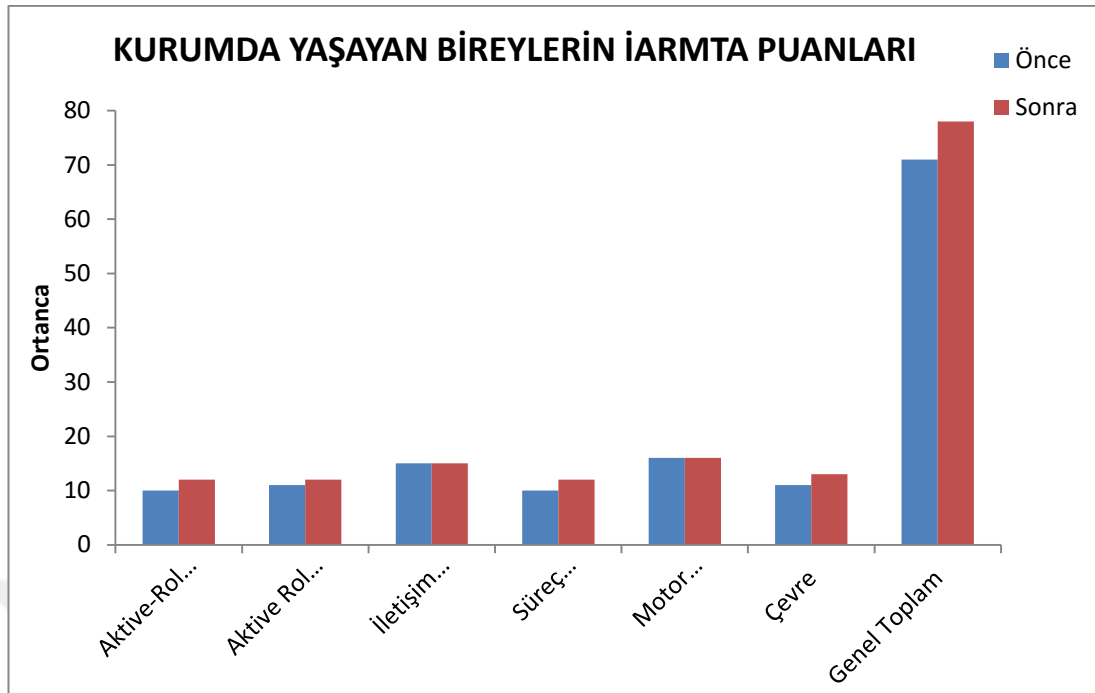
Kurumda yaşayan bireylerin, aktive-rol için motivasyon, aktive rol paterni, süreç becerileri ve çevre komponentlerindeki değişim anlamlı iken ($p<0,01$), iletişim ve etkileşim becerileri, motor becerileri ile ilgili alanlardaki değişim anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Kurumda yaşayan bireylerin İARMTA değerlendirmesinde, bütün bölümlerde ortalamaların arttığı, iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Sadece motor beceriler ile iletişim ve etkileşim becerilerinde değişim anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9).



Tablo 4.10. Kurum Evinde Yaşayan Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası İARMTA Alt Parametrelerinin Karşılaştırılması

(Min-maks=1-4)	M.ö		M.S.		Wilcoxon Z	P*
	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)		
1.Aktive-Rol için Motivasyon						
Becerilerin İncelenmesi	2.59±0.71	2 (2-4)	3.00±0.61	3 (2-4)	-2,646	0,008*
Başarı Beklentisi	2.65±0.78	2 (2-4)	3.12±0.60	3 (2-4)	-,2828	0,005*
İlgi	2.71±0.69	3 (2-4)	3.06±0.55	3 (2-4)	-2,449	0,014*
Seçimler	2.88±0.69	3 (2-4)	3.06±0.55	3 (2-4)	-1,732	0,083
Toplam Puan	10.82±2.55	10 (8-16)	12.23±1.98	12 (9-16)	-3,097	0,002*
2.Aktive Rol Paterni						
Rutin	3.00±0.87	3 (2-4)	3.53±0.51	4 (2-4)	-2,714	0,007*
Adaptasyon	2.53±0.51	3 (2-4)	2.82±0.39	3 (2-4)	-2,236	0,025*
Roller	2.65±0.70	3 (2-4)	3.23±0.56	3 (2-4)	-2,887	0,004*
Sorumluluk	2.59±0.62	3 (2-4)	2.88±0.60	3 (2-4)	-2,236	0,025*
Toplam Puan	10.76±2.11	11 (8-15)	12.47±1.55	12 (10-15)	-3,330	0,001*
3.İletişim ve Etkileşim Becerileri						
Sözsüz Beceriler	3.53±0.62	4 (2-4)	3.59±0.51	4 (3-4)	-1,000	0,317
Konuşma	3.65±0.49	4 (3-4)	3.65±0.49	4 (3-4)	0,000	1,000
Sözel İfade	3.59±0.51	4 (3-4)	3.59±0.51	4 (3-4)	0,000	1,000
İlişkiler	3.23±0.83	3 (2-4)	3.47±0.62	4 (2-4)	-2,000	0,046*
Toplam Puan	14.0±1.18	15 (11-16)	14.29±1.93	15 (11-16)	-1,890	0,059
4.Süreç Becerileri						
Bilgi	2.65±0.61	3 (2-4)	3.18±0.64	3 (2-4)	-3,000	0,003*
Zamanlama	2.59±0.62	3 (2-4)	2.76±0.56	3 (2-4)	-1,732	0,083
Organizasyon	2.53±0.51	3 (2-3)	2.76±0.56	3 (2-4)	-2,000	0,046*
Problem çözme	2.23±0.44	2 (2-3)	3.00±0.50	3 (2-4)	-3,606	0,000*
Toplam Puan	10.0±1.73	10 (8-14)	11.71±1.89	12 (8-16)	-3,352	0,001*
5.Motor Beceriler						
Postür	3.94±0.24	4 (3-4)	4.00±0.00	4 (4-4)	-3,358	0,001*
Koordinasyon	3.76±0.52	4 (2-4)	3.76±0.56	4 (2-4)	0,000	1,000
Gücü ve çabası	3.76±0.56	4 (2-4)	3.88±0.33	4 (3-4)	-1,414	0,157
Enerji	3.59±0.62	4 (2-4)	3.59±0.62	4 (2-4)	0,000	1,000
Toplam Puan	15.06±1.71	16 (10-16)	15.23±1.39	16 (11-16)	1,732	-0,083
6.Çevre						
Fiziksel alan	3.12±0.48	3 (2-4)	3.18±0.39	3 (3-4)	-1,000	0,317
Fiziksel kaynaklar	2.82±0.53	3 (2-4)	3.06±0.43	3 (2-4)	-2,000	0,046*
Sosyal gruplar	2.76±0.44	3 (2-3)	3.06±0.66	3 (2-4)	-2,236	0,025*
Aktivite-rol talepler	2.71±0.47	3 (2-3)	3.29±0.47	3 (3-4)	-3,162	0,002*
Toplam Puan	11.41±1.12	11 (9-14)	12.59±1.12	13 (11-15)	-3,304	0,001*
Genel Toplam	72.06±7.51	73 (57-87)	78.53±7.05	80 (61-89)	-3,630	0,000*

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum*Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi, (İARMTA Min-Mak puan=1-4), Müdahale Öncesi (M.Ö), Müdahale Sonrası (M.S)



Şekil 4 1. Kurumda Yaşayan Bireylerin İARMTA Puanlarının Karşılaştırılması

4.4. Umut Evinde Yaşayan Bireylerin Aktivite Rol Katılımları ile İlgili Müdahale Öncesi ve Sonrası Değerlendirme Bulguları

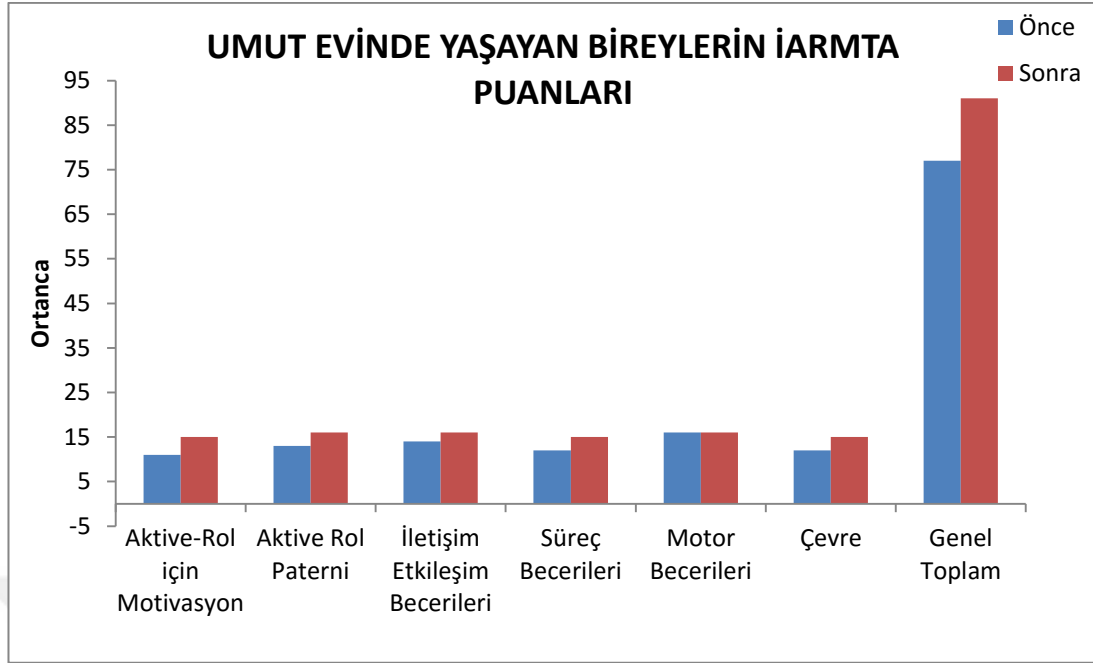
Umut Evinde yaşayan bireylerin, aktive-rol için motivasyon, aktive rol paterni, süreç becerileri, iletişim etkileşim becerileri ve çevre komponentlerindeki değişim anlamlı iken ($p < 0,01$), motor becerileri ile ilgili alanlardaki değişim anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$). Müdahale sonunda olumlu iyileşmeler tespit edilmiş, tedavi sonrası anlamlı düzeyde artışlar olmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Umut Evinde Yaşayan Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası İARMTA Alt Parametrelerinin Karşılaştırılması

(Min-maks=1-4)	M.ö.		M.S		Wilcoxon Z	p*
	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)		
1.Aktive-Rol için Motivasyon						
Becerilerin İncelenmesi	3.00±0.79	3 (2-4)	3.76±0.44	4 (3-4)	-3,357	0,001*
Başarı Beklentisi	2.53±0.72	2 (2-4)	3.53±0.51	4 (3-4)	-3,494	0,000*
İlgi	3.18±0.64	3 (2-4)	3.71±0.47	4 (3-4)	-3,000	0,003*
Seçimler	2.76±0.83	3 (2-4)	3.59±0.51	4 (3-4)	-2,952	0,003*
Toplam Puan	11.47±2.6	11 (8-16)	14.59±1.62	15 (12-16)	-3,372	0,001*
2.Aktive Rol Paterni						
Rutin	3.41±0.62	3 (2-4)	3.82±0.39	4 (3-4)	-2,333	0,020*
Adaptasyon	2.88±0.78	3 (2-4)	3.71±0.47	4 (3-4)	-3,500	0,000*
Roller	3.06±0.75	3 (2-4)	3.65±0.49	4 (3-4)	-2,887	0,004*
Sorumluluk	2.76±0.66	3 (2-4)	3.65±0.49	4 (3-4)	-3,419	0,001*
Toplam Puan	12.12±2.47	13 (9-16)	14.82±1.63	16 (12-16)	-3,450	0,001*
3.İletişim ve Etkileşim Becerileri						
Sözsüz Beceriler	3.47±0.72	4 (2-4)	3.88±0.33	4 (3-4)	-2,646	0,008*
Konuşma	3.35±0.86	4 (2-4)	3.76±0.44	4 (3-4)	-2,646	0,008*
Sözel İfade	3.35±0.86	4 (2-4)	3.82±0.39	4 (3-4)	-2,530	0,011*
İlişkiler	3.18±0.81	3 (2-4)	3.71±0.47	4 (3-4)	-2,714	0,007*
Toplam Puan	13.25±2.69	14 (9-16)	15.17±1.33	16 (12-16)	2,971	0,003*
4.Süreç Becerileri						
Bilgi	2.82±0.81	3 (2-4)	3.47±0.80	4 (2-4)	-2,810	0,005*
Zamanlama	3.18±0.78	3 (2-4)	3.71±0.47	4 (3-4)	-2,887	0,004*
Organizasyon	3.18±0.53	3 (2-4)	3.76±0.44	4 (3-4)	-3,162	0,002*
Problem çözme	2.88±0.86	3 (2-4)	3.65±0.49	4 (3-4)	-3,357	0,001*
Toplam Puan	12±2.59	12 (9-16)	14.59±1.70	15 (11-16)	-3,204	0,001*
5.Motor Beceriler						
Postür ve Hareketlilik	3.65±0.70	4 (2-4)	3.71±0.59	4 (2-4)	-0,649	0,516
Koordinasyon	3.88±0.33	4 (3-4)	3.88±0.33	4 (3-4)	0,000	1,000
Güç ve çaba	3.71±0.59	4 (2-4)	3.76±0.44	4 (3-4)	-1,000	0,317
Enerji	3.76±0.56	4 (2-4)	3.88±0.33	4 (3-4)	-1,414	0,157
Toplam Puan	15.0±1.84	16 (10-16)	15.24±1.44	16 (12-16)	-1,633	0,102
6.Çevre						
Fiziksel alan	3.65±0.61	4 (2-4)	3.88±0.33	4 (3-4)	-2,000	0,046*
Fiziksel kaynaklar	3.06±0.75	3 (2-4)	3.47±0.51	3 (3-4)	-3,071	0,002*
Sosyal gruplar	2.47±0.62	2 (2-4)	3.88±0.33	4 (3-2)	-3,619	0,000*
Aktivite rol talepler	2.71±0.59	3 (2-4)	3.76±0.44	4 (3-4)	-3,819	0,000*
Toplam Puan	11.88±1.96	12 (9-16)	15.11±1.14	15 (12-16)	-3,355	0,000*
Genel Puan	75.82±9.98	77(57-92)	89.35±6.68	91 (73-96)	-3,624	0,000*

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum, Müdahale Öncesi (M.Ö), Müdahale Sonrası (M.S), (İARMTA Min-Mak puan=1-4)

*Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi, İARMTA (İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı)



Şekil 4.2. Umud Evinde Yaşayan Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası İARMTA Puanlarının Karşılaştırılması

4.5. Umud Evi ve Kurum Evi Bireylerinin İARMTA Puan Farklarının Karşılaştırılması

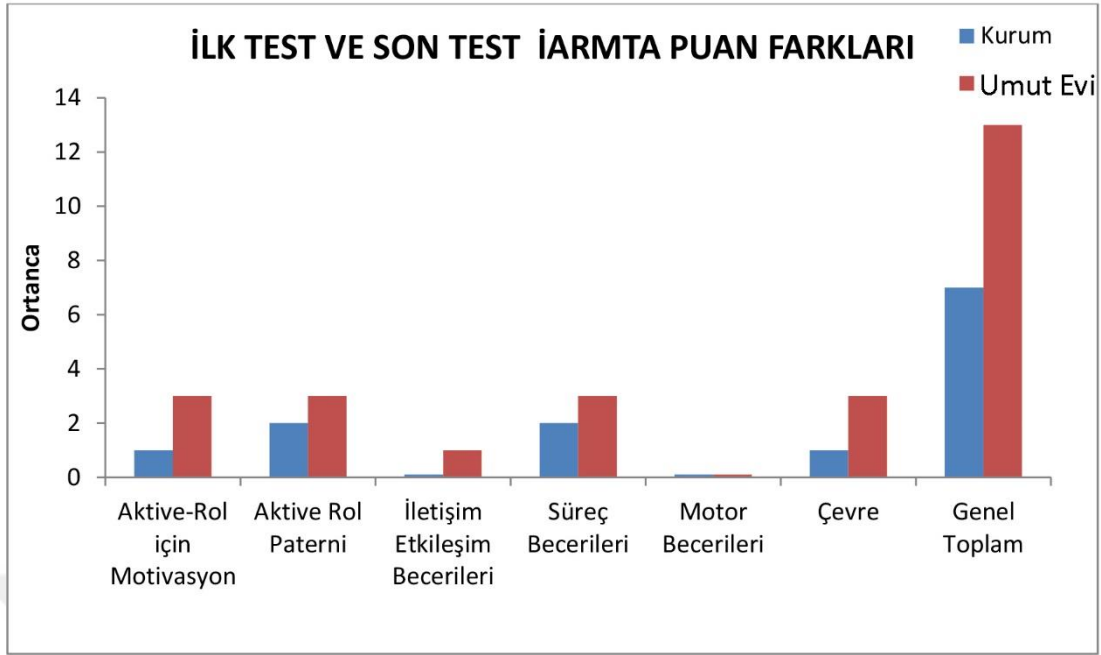
Umud Evi ile Kurum Evinde yaşayan bireyler arasında, İARMTA değerlendirmesi ön ve son test fark puanları incelendiğinde; kurumda ve Umud Evinde yaşayan bireyler arasında farkçıkmiştir ($p < 0,001$). Aktive-rol için motivasyon, iletişim ve etkileşim becerileri, çevre komponentlerindeki fark puanları karşılaştırıldığında, Umud Evindeki bireyler lehine anlamlı fark bulunmuştur. Aktive rol paterni, süreç becerileri, motor becerileri ile ilgili alanlardaki fark puanları farklı bulunmadı ($p > 0,05$). Umud Evinde yaşayan bireylerin aktive rol paterni, süreç becerileri, motor becerilerindeki değişim kurumda yaşayan bireylere göre müdahale sonrasında değişimle fark yaratmamıştır. Bu alanlardaki değişim Umud Evi ve Kurum Evlerinde birbirine benzerdir (Tablo 4.11). Müdahale sonunda olumlu iyileşmeler gözlenmiş, tedavi sonrası anlamlı düzeyde gelişmeler olmuştur.

Tablo 4.12. Umut Evi ve Kurum Evi Bireylerinin İARMTA Alt Parametrelerine Göre Puan Farklarının Karşılaştırılması

Min-Mak puan=1-4)	KURUM EVİ		UMUT EVİ			
Müdahale Öncesi ve Sonrası Puan Farkları	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	Mann whitney U	p*
Aktive-Rol için Motivasyon						
Becerilerin İncelenmesi	0.41±0.51	0 (0-1)	0.76±0.56	1 (0-2)	98.500	0.114
Başarı Beklentisi	0.47±0.51	0 (0-1)	1.00±0.61	1 (0-2)	81.500	0.029*
İlgi	0.35±0.49	0 (0-1)	0.53±0.51	1 (0-1)	119.000	0.394
Seçimler	0.18±0.39	0 (0-1)	0.82±0.81	1 (-1-2)	70.500	0.009*
Toplam Puan	1.41±1.33	1 (0-4)	3.11±2.09	3 (1- 7)	71	0,011*
Aktive Rol Paterni						
Rutin	0.41±0.62	0 (0-2)	0.41±0.62	0 (0-2)	128.500	0.586
Adaptasyon	0.29±0.47	0 (0-1)	0.82±0.53	1 (0-2)	74.000	0.014*
Roller	0.59±0.62	1 (0-2)	0.59±0.62	1 (0-2)	144.500	1.000
Sorumluluk	0.29±0.47	0 (0-1)	0.88±0.60	1 (0-2)	71.500	0.011*
Toplam Puan	1.71±1.26	2 (0-4)	2.71±1.83	3 (0-7)	95,5	0,092
İletişim Etkileşim Becerileri						
Sözsüz Beceriler	0.06±0.24	0 (0-1)	0.41±0.51	0 (0-1)	93.500	0.079
Konuşma	0.00±0.00	0 (0-0)	0.41±0.51	0 (0-1)	85.500	0.041*
Sözel İfade	0.00±0.00	0 (0-0)	0.47±0.62	0 (0-2)	85.000	0.041*
İlişkiler	0.25±0.44	0 (0-1)	0.53±0.62	0 (0-2)	108.500	0.218
Toplam Puan	0.31±0.59	0 (0-2)	1.82±1.74	1 (0-4)	71	0,011*
Süreç Becerileri						
Bilgi	0.53±0.51	1 (0-1)	0.65±0.70	1 (0-2)	135.500	0.760
Zamanlama	0.18±0.39	0 (0-1)	0.59±0.63	1 (0-2)	92.000	0.073
Organizasyon	0.24±0.44	0 (0-1)	0.59±0.51	1 (0-1)	93.500	0.079
Problem çözme	0.76±0.44	1 (0-1)	0.76±0.56	1 (0-2)	142.500	0.946
Toplam Puan	1.71±1.21	2 (0-4)	2.59±1.94	3 (0-6)	105	0,182
Motor Beceriler						
Postür ve Hareketlilik	0.06±0.24	0 (0-1)	0.06±0.24	0 (0-1)	144.500	1.000
Koordinasyon	0.00±0.00	0 (0-0)	0.00±0.00	0 (0-0)	144.500	1.000
Gücü ve çabası	0.12±0.33	0 (0-1)	0.06±0.24	0 (0-1)	136.000	0.786
Enerji	0.00±0.00	0 (0-0)	0.12±0.33	0 (0-1)	127.500	0.563
Toplam Puan	0.18±0.39	0 (0-1)	0.24±0.56	0 (0-2)	143	0,973
Çevre						
Fiziksel alan	0.06±0.24	0 (0-1)	0.24±0.44	0 (0-1)	119.000	0.394
Fiziksel kaynaklar	0.24±0.44	0 (0-1)	0.35±0.70	0 (0-2)	140.500	0.892
Sosyal gruplar	0.29±0.47	0 (0-1)	0.41±0.62	1 (0-2)	31.000	0.000*
Aktivite rol talepler	0.59±0.51	1 (0-1)	1.06±0.43	1 (0-2)	83.500	0.034*
Toplam Puan	1.18±1.07	1 (0-4)	3.06±1.39	3 (0-5)	39,5	0,000*
Genel fark Puan	6.47±2.83	6 (2-12)	13.53±5.91	13(3-24)	45	0,001*

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

*Mann Whitney U testi, (İARMTA Min-Mak puan=1-4)



Şekil 4.3. Umut Evi ve Kurum Evi Bireylerinin İARMTA Puan Farklarının Karşılaştırılması

4.6. Kurum Evi ve Umut Evinde Çalışan Bireylerin İARMTA Puan

Durumları

Kurum evlerinde erkeklerde becerilerin değerlendirilmesi, başarı beklentisi, ilgi, seçimler, adaptasyon, sözsüz beceriler, ilişkiler, bilgi, zamanlama, organizasyon, problem çözme, sosyal gruplar ve aktivite rol talepleri alanları tespit edilmiştir. Kurum Evinde değerlendirilen aktivite rol katılımının 24 maddesinde 12 alanda engelli ve kısıtlı durum mevcut iken müdahale sonrasında başarı beklentisi, ilgi, adaptasyon, sözsüz beceriler, ilişkiler, bilgi, organizasyon, problem çözme, aktivite rol talepleri alanında engellenirden aktivite rol katılımı sağlanır yönünde gelişim elde edilmiştir. Çalışan tüm bireylere bakıldığında (n=15) zayıf alanlara sahip olan bireyin Kurum evinde yaşadığı ve bu kişinin 24 maddelik rol katılımının 12 maddesinde problemi olduğu, müdahale sonrasında zayıf olan 12 alanın 9'unda bir gelişme elde edilmiştir.

Tablo 4.13. Kurum Evinde Çalışan Bireylerin Müdahale Öncesi İARMTA Puan Durumları

(Min-maks=1-4)	Kadın (n=1)		Erkek (n=1)	
	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)
Aktive-Rol için Motivasyon				
Becerilerin İncelenmesi	4	4(4-4)	2	2(2-2)
Başarı beklentisi	4	4(4-4)	2	2(2-2)
İlgi	4	4(4-4)	2	2 (2-2)
Seçimler	4	4(4-4)	3	3(3-3)
Aktive Rol Paterni				
Rutin	4	4 (4-4)	3	3(3-3)
Adaptasyon	3	3 (3-3)	2	2(2-2)
Roller	4	4(4-4)	3	3(3-3)
Sorumluluk	3	3 (3-3)	3	3(3-3)
İletişim Etkileşim Becerileri				
Sözsüz beceriler	4	4(4-4)	2	2(2-2)
Konuşma	4	4(4-4)	4	4(4-4)
Sözel ifade	4	4(4-4)	3	4(4-4)
İlişkiler	3	3 (3-3)	2	3(3-3)
Süreç Becerileri				
Bilgi	3	3 (3-3)	2	2(2-2)
Zamanlama	3	3 (3-3)	2	2(2-2)
Organizasyon	3	3 (3-3)	2	2(2-2)
Problem çözme	3	3 (3-3)	2	2(2-2)
Motor Becerileri				
Postür	4	4(4-4)	4	4(4-4)
Koordinasyon	4	4(4-4)	4	4(4-4)
Gücü ve çabası	4	4(4-4)	4	4(4-4)
Enerji	4	4(4-4)	4	4(4-4)
Çevre				
Fiziksel alan	4	4(4-4)	4	4(4-4)
Fiziksel kaynaklar	4	4(4-4)	3	3 (3-3)
Sosyal gruplar	3	3 (3-3)	2	2(2-2)
Aktivite rol talepler	3	3 (3-3)	2	2(2-2)

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum,
İnsan Aktivite Rol Modeli Testi (İARMTA), (İARMTA Min-Mak puan=1-4)

Tablo 4.14. Kurum Evinde Çalışan Bireylerin Müdahale Sonrası İARMTA Puan Durumları

(Min-maks=1-4)	Kadın (n=1)		Erkek (n=1)	
	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)
Aktive-Rol için Motivasyon				
Becerilerin İncelenmesi	4	4(4-4)	2	2(2-2)
Başarı beklentisi	4	4(4-4)	3	3(3-3)
İlgi	4	4(4-4)	3	3(3-3)
Seçimler	4	4(4-4)	3	3(3-3)
Aktive Rol Paterni				
Rutin	4	4(4-4)	3	3(3-3)
Adaptasyon	3	3(3-3)	3	3(3-3)
Roller	4	4(4-4)	3	3(3-3)
Sorumluluk	3	3(3-3)	3	3(3-3)
İletişim Etkileşim Becerileri				
Sözsüz beceriler	4	4(4-4)	3	3(3-3)
Konuşma	4	4(4-4)	4	4(4-4)
Sözel ifade	4	4(4-4)	3	3(3-3)
İlişkiler	4	4(4-4)	3	3(3-3)
Süreç Becerileri				
Bilgi	3	3(3-3)	3	3(3-3)
Zamanlama	3	3(3-3)	2	2(2-2)
Organizasyon	3	3(3-3)	3	3(3-3)
Problem çözme	3	3(3-3)	3	3(3-3)
Motor Becerileri				
Postür	4	4(4-4)	4	4(4-4)
Koordinasyon	4	4(4-4)	4	4(4-4)
Gücü ve çabası	4	4(4-4)	4	4(4-4)
Enerji	4	4(4-4)	4	4(4-4)
Çevre				
Fiziksel alan	4	4(4-4)	4	4 (4-4)
Fiziksel kaynaklar	4	4(4-4)	3	3(3-3)
Sosyal gruplar	3	3(3-3)	2	2(2-2)
Aktivite rol talepler	4	4(4-4)	3	3(3-3)

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum, İnsan Aktivite Rol Modeli Testi (İARMTA), (İARMTA Min-Mak puan=1-4)

Tablo 4.15. Umut Evinde Çalışan Bireylerin Müdahale Öncesi İARMTA Puan Durumları

(Min-maks=1-4)	Kadın (n=8)		Erkek (n=5)	
	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)
Aktive-Rol için Motivasyon				
Becerilerin İncelenmesi	2.75±0.71	3 (2-4)	3.60±0.55	4(3-4)
Başarı beklentisi	2.62±0.74	2.5(2-4)	2.80±0.84	3(2-4)
İlgi	2.87±0.64	3(2-4)	3.6±0.55	4(3-4)
Seçimler	2.50±0.76	2(2-4)	3.2±0.84	3(2-4)
Aktive Rol Paterni				
Rutin	3.37±0.74	3.5(2-4)	3.60±0.55	4(3-4)
Adaptasyon	3.0±0.76	3(2-4)	3.0±0.71	3(2-4)
Roller	3.25±0.71	3(2-4)	3.4±0.55	3(3-4)
Sorumluluk	3.0±0.76	3(2-4)	2.80±0.45	3(2-3)
İletişim Etkileşim Becerileri				
Sözsüz beceriler	3.62±0.74	4(2-4)	3.4±0.98	4(2-4)
Konuşma	3.75±0.91	4(2-4)	3.2±1.09	4(2-4)
Sözel ifade	3.75±0.91	4(2-4)	3.2±1.09	4(2-4)
İlişkiler	3.0±0.76	3(2-4)	3.6±0.55	4(3-4)
Süreç Becerileri				
Bilgi	2.50±0.53	2.5(2-3)	3.4±0.89	4(2-4)
Zamanlama	2.75±0.71	3(2-4)	3.4±0.89	4(2-4)
Organizasyon	3.0±0.0	3(3-3)	3.2±0.84	3(2-4)
Problem çözme	2.50±0.53	2.5(2-3)	3.4±0.89	4(2-4)
Motor Becerileri				
Postür	3.75±0.46	4(3-4)	3.6±0.89	4(2-4)
Koordinasyon	3.87±0.35	4(3-4)	3.8±0.45	4(3-4)
Gücü ve çabası	3.62±0.74	4(2-4)	3.8±0.45	4(3-4)
Enerji	3.50±0.76	4(2-4)	4.0±0.0	4(4-4)
Çevre				
Fiziksel alan	3.5±0.53	3.5(3-4)	4.0±0.0	4(4-4)
Fiziksel kaynaklar	2.87±0.83	3(2-4)	3.4±0.55	3(3-4)
Sosyal gruplar	2.37±0.51	2(2-3)	2.4±0.55	2(2-3)
Aktivite rol talepler	2.5±0.53	2.5(2-3)	3.0±0.0	3(3-3)

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum, İnsan Aktivite Rol Modeli Testi (İARMTA), (İARMTA Min-Mak puan=1-4)

Tablo 4.16. Umut Evinde Çalışan Bireylerin Müdahale Sonrası İARMTA Puan Durumları

(Min-maks=1-4)	Kadın (n=8)		Erkek (n=5)	
	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)
Aktive-Rol için Motivasyon				
Becerilerin İncelenmesi	3.75±0.46	4(3-4)	4.0±0.0	4(4-4)
Başarı beklentisi	3.75±0.46	4(3-4)	3.4±0.55	3(3-4)
İlgi	3.75±0.46	4(3-4)	3.80±0.45	4(3-4)
Seçimler	3.75±0.46	4(3-4)	3.4±0.55	3(3-4)
Aktive Rol Paterni				
Rutin	3.87±0.35	4(3-4)	3.80±0.45	4(3-4)
Adaptasyon	3.75±0.46	4(3-4)	3.80±0.45	4(3-4)
Roller	3.75±0.46	4(3-4)	3.75±0.46	4(3-4)
Sorumluluk	3.87±0.35	4(3-4)	3.87±0.35	4(3-4)
İletişim Etkileşim Becerileri				
Sözsüz beceriler	3.87±0.35	4(3-4)	3.87±0.35	4(3-4)
Konuşma	3.75±0.46	4(3-4)	3.75±0.46	4(3-4)
Sözel ifade	3.87±0.35	4(3-4)	3.87±0.35	4(3-4)
İlişkiler	3.75±0.46	4(3-4)	3.75±0.46	4(3-4)
Süreç Becerileri				
Bilgi	3.62±0.74	4(2-4)	3.80±0.45	4(3-4)
Zamanlama	3.75±0.46	4(3-4)	3.60±0.55	4(3-4)
Organizasyon	3.87±0.35	4(3-4)	3.60±0.55	4(3-4)
Problem çözme	3.62±0.52	4(3-4)	3.80±0.45	4(3-4)
Motor Becerileri				
Postür	3.75±0.46	4(3-4)	3.80±0.45	4(3-4)
Koordinasyon	3.87±0.35	4(3-4)	3.80±0.45	4(3-4)
Gücü ve çabası	3.75±0.46	4(3-4)	3.80±0.45	4(3-4)
Enerji	3.75±0.46	4(3-4)	4.0±0.4	4(4-4)
Çevre				
Fiziksel alan	3.87±0.35	4(3-4)	4.0±0.4	4(4-4)
Fiziksel kaynaklar	3.37±0.51	3(3-4)	3.4±0.55	3(3-4)
Sosyal gruplar	3.87±0.35	4(3-4)	4.0±0.4	4(4-4)
Aktivite rol talepler	3.75±0.46	4(3-4)	4.0±0.4	4(4-4)

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum, İnsan Aktivite Rol Modeli Testi (İARMTA), (İARMTA Min-Mak puan=1-4)

4.7. Bilişsel Problemi Olan Bireylerin Bilişsel Durumları

Kognitif rehabilitasyon alan 12 bireyde; müdahale sonrası oryantasyon, uzaysal algılama, praksiş, görsel-motor yapılandırma, düşünme işlemleri alanlarında tedavi sonrası anlamlı düzeyde iyileşme tespit edildi. Bilişsel alanlar da önemli düzelmeler olduğu ortaya çıktı. Bu alanların hepsinde müdahale öncesine göre anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Yalnızca geometrik sıralama B’de müdahale öncesine göre anlamlı fark bulunmadı ($p>0,01$) (Tablo 4.16).



Tablo 4.17. Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası DOTCA-Ch Test Puanlarının Karşılaştırılması

	M.ö.		M.S.		Wilcoxon Z	p*
	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)	Ort ± SS	Ortanca (Min-maks)		
DOTCA_Ch						
Oryantasyon						
Yer Oryantasyonu	3.33±2.31	3.5 (0-6)	5.42±2.31	6.5 (1-8)	-2.961	0.003*
Zaman Oryantasyonu	2.08±1.31	2 (0-4)	3.58±2.15	2.5 (1-7)	-2.699	0.007*
Toplam Oryantasyon puanı	5.42±2.94	6 (2-10)	9±402	8.5 (3-14)	-3.070	0.002*
Uzaysal Algı						
Kendi üzerinde sağ-sol yön gösterme	2.17±1.19	2.5 (0-4)	3.83±0.94	4 (2-6)	-2.979	0.003*
Karşısındakinin üzerinde sağ-sol yön gösterme	2.42±1.16	3(1-4)	3.42±0.80	4 (2-4)	-2.972	0.003*
Çevre ile uzaysal ilişki	2.17±1.030	2 (1-4)	3.17±0.94	3.5 (2-4)	-2.590	0.010*
Toplam algı puanı	6.75±2.63	6.5(3-12)	10.42±1.78	11(6-12)	-2.971	0.003*
Praksis						
Motor taklit	8.58±4.50	8(3-18)	12.58±4.98	12(5-22)	-2.950	0.003*
Nesnelerin kullanılması	8.42±0.79	8(7-10)	9.42±0.670	9.5(8-10)	-3.207	0.001*
Sembolik hareketler	8.25±1.055	8(6-10)	9.17±0.94	9 (7-10)	-3.317	0.001*
Toplam praksis puanı	25.25±5.101	24(17-36)	31.167±5.83	30 (21-42)	-3.066	0.002*
Görsel Motor Organizasyon						
Geometrik şekil kopyalama	3.42±1.084	4(1-5)	4.17±0.94	4(2-5)	-3.000	0.003*
İki boyutlu model oluşturma	3.42±1.505	4(1-5)	4.08±1.311	5(2-5)	-2.828	0.005*
Pegboard yapma	2.33±0.985	2(1-4)	3.33±0.890	3(2-5)	-2.972	0.003*
Renkli blok oluşturma	2.92±1.38	3(1-5)	3.75±1.055	4(2-5)	-2.640	0.008*
Renksiz blok oluşturma	2.75±1.36	3(1-4)	3.75±1.215	4(2-5)	-3.207	0.001*
Yap boz yapma	2.42±1.311	2(1-5)	3.33±1.073	3(2-5)	-3.051	0.002*
Saat çizme	2.42±0.90	2.5(1-4)	3±0.95	3(2-5)	-2.646	0.008*
Toplam görsel motor organizasyon puanı	19.67±6.65	21.50(9-29)	25.42±6.26	27(14-34)	-3.095	0.002*
Düşünme Yeteneği						
Kategorizasyon	2.58±1.165	2.5(1-5)	3.42±0.99	3(2-5)	-3.162	0.002*
Yapılandırılmamış	2.58±0.90	2.5(1-4)	3.5±0.798	3.5(2-5)	-3.317	0.001*
Yapılandırılmış	2.58±0.798	2.5(1-4)	3.5±0.798	3.5(2-5)	-3.464	0.001*
Resim sıralama A	2.00±0.740	2 (1-4)	3.00±0.853	3(2-5)	-3.207	0.001*
Resim sıralama B	2.00±0.740	2 (1-4)	2.83±0.940	3(1-5)	-3.162	0.002*
Geometrik sıralama A	3.00±1.280	3(1-5)	3.33±1.074	3.5(1-5)	-2.000	0.046*
Geometrik sıralama B	3.17±1.47	3(1-5)	3.33±1.371	3.5(1-5)	-1.414	0.157
Toplam düşünme yeteneği puanı	17.83±6.25	18(7-29)	22.92±6.067	24(11-33)	-3.108	0.002*
Genel toplam Dotca Puanı	74.92±17.54	75.50(45-114)	98.92±18.23	99.5(66-135)	-3.070	0.002*

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum

*Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi

4.8. Bireylerin Ev Çevresine Ait Bulgular

4.8.1.Umut evi ve kurum evi konaklama çevresi etki anketi (kçea) puanlarının karşılaştırılması

Konaklama Çevresinin Etkisi Anketi (KÇEA), 5 Umut Evi'nde, 5 Kurum Evi'nde olmak üzere 10 ev üzerinde yapılmıştır. 24 maddeden oluşan ölçek ile iki farklı mekânda yaşayan bireylerde ortaya çıkan farklılıklar araştırılmıştır.

Kurumda yaşayan bireylerin müdahale sonrası KÇEA puanları değerlendirildiğinde, günlük yaşam aktivite nesneleri, program/rutin, hedef süreç, ev dışında iletişim, aktive-rol kimliği ve rol gelişimi, komponentlerindeki değişim anlamlı iken ($p<0,01$), alan erişimi, doğal çevre, fiziksel çevre, duyuşsal ortamı, ev ortam kalitesi, serbest zaman nesneleri, adaptasyon ekipmanları, günlük yaşam aktivitelerine (GYA) katılım, çalışma ve gündelik işlere katılımı, yardımcı günlük yaşam aktivitelerine (EGYA) katılımı, serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım, toplumsal aktiviteler, kendini ifade etme, evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimler, personelle etkileşimler, karar verme, sağlanan yardım düzeyi, otonomi, güçlendirme ile ilgili alanlardaki puanlarındaki değişim ise anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Müdahale sonrası toplam KÇEA puanlarında artış olmuş ve değişim anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.8.1-1).

Tablo 4.18. Kurum Evleri Bireylerinin Müdahale Öncesi ve Sonrası KÇEA Puanlarının Karşılaştırılması

		M. ö		M.S		
	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	Wilcoxon Z	p*
1.Alan erişimi	4±0.00	4 (4-4)	4±0.00	4 (4-4)	0,000	1,000
2.Doğal çevre	4±0.00	4 (4-4)	4±0.00	4 (4-4)	0,000	1,000
3.Fiziksel çevre	4±0.00	4 (4-4)	4±0.00	4 (4-4)	0,000	1,000
4.Duyusal ortamı	1.8±1.30	1 (1-4)	1.8±1.30	1 (1-4)	0,000	1,000
5.Ev ortamı kalitesi	2.4±0.89	2 (2-4)	2.4±0.89	2 (2-4)	0,000	1,000
6.GYA nesnelere	3.0±0.0	3 (3-3)	4±0.00	4 (4-4)	-2,236	0,025*
7.Serbest zaman nesnelere	3.4±0.89	4 (2-4)	3.8±0.44	4 (3-4)	-1,414	0,157
8.Adaptasyon ekipmanları	3.2±1.09	4 (2-4)	3.6±0.54	4 (3-4)	-1,414	0,157
9.GYA katılımı	2.8±1.09	2 (2-4)	3.4±0.54	3 (3-4)	-1,732	0,083
10.Çalışma ve gündelik işlere katılımı	2.0±0.0	2 (2-2)	2.4±0.54	2 (2-3)	-1,414	0,157
11.EGYA katılımı	1.4±0.54	1 (1-2)	2.0±0.0	2 (2-2)	-1,732	0,083
12.Serbest zaman/rekreasyonel aktivitelerine katılım	2.0±0.0	2 (2-2)	2.8±0.83	2 (2-3)	-1,414	0,157
13.Toplumsal aktivitelere katılım	1.2±0.44	1 (1-2)	1.8±0.83	2 (1-3)	-1,732	0,083
14.Kendini ifadesi	1.4±0.54	1 (1-2)	1.8±0.83	2 (1-3)	-1,414	0,157
15.Program/rutin	1.0±0.0	1 (1-1)	1.8±0.44	2 (1-2)	-2,000	0,046*
16.Evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri	2.2±0.44	2 (2-3)	2.8±0.83	3 (2-4)	-1,732	0,083
17.Personelle etkileşimleri	3.6±0.54	4 (3-4)	3.6±0.54	4 (3-4)	0,000	1,000
18.Karar verme	1.2±0.44	1 (1-2)	1.4±0.89	1 (1-3)	1,000	0,317
19.Sağlanan yardım düzeyi	1.6±0.54	2 (1-2)	2.2±0.44	2 (2-3)	-1,732	0,083
20.Otonomi	1.4±0.54	1 (1-2)	1.6±0.54	2(1-2)	-1.000	0.317
21.Güçlendirme	2.0±0.0	2 (2-2)	2.4±0.54	2 (2-3)	-1,414	0,157
22.Hedef süreç	1.4±0.54	1 (1-2)	2.2±0.44	2 (2-3)	-2,000	0,046*
23.Ev dışında iletişim	2.2±0.44	2 (2-3)	3.2±0.44	3 (3-4)	-2,236	0,025*
24.Aktive-rol kimliği ve rol gelişimi	2.4±0.54	2 (2-3)	3.2±0.83	3 (2-4)	-2,236	0,046*
Toplam KÇEA Puanı	56±5.14	53 (52-63)	66.6±4.27	65 (62-71)	-2,032	0,042*

Min; Minimum, Maks; Maksimum, KÇEA (Ev çevresi etki anketi),*Wilcoxon Test

(KÇEA Min-Mak puan=1-4)

Umut Evi'nde yaşayan bireylerin müdahale sonrası, serbest zaman nesnelere, çalışma ve gündelik işlere katılım, yardımcı günlük yaşam aktivitelerine katılım, serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım, toplumsal aktiviteler, kendini ifade etmesi, evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri, personelle etkileşimleri, karar verme, otonomi, güçlendirme, hedef süreç, aktive-rol kimliği ve rol gelişimi, alanlarındaki değişim olumlu bulunmuştur (P<0,05). Alan erişimi, doğal

çevre, fiziksel çevre, duyuşsal ortamı, ev ortamı kalitesi, günlük yaşaam aktiviteleri nesneleri, adaptasyon ekipmanları, günlük yaşaam aktiviteleri katılımı, program/rutin, sağlanan yardım düzeyi, ev dışında iletişim ile ilgili müdahale sonrası değişim anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Müdahale sonrası toplam Konut Çevresel Etki Anketi puanlarında artış olmuş, değişim anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Umut Evlerinde Yaşayan Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası KÇEA Puanlarının Karşılaştırılması

	Ort±SS	M.ö Ortanca (Min- maks)		M.S Ortanca (Min- maks)	Z	P*
1.Alan erişimi	4±0.00	4 (4-4)	4±0.00	4 (4-4)	0,000	1,000
2.Doğal çevre	3.6±0.89	4 (2-4)	3.6±0.89	4 (2-4)	0,000	1,000
3.Fiziksel çevre	3.4±1.34	4 (1-4)	3.4±1.34	4 (1-4)	0,000	1,000
4.Duyuşsal ortamı	3.6±0.89	4 (2-4)	3.6±0.89	4 (2-4)	0,000	1,000
5.Ev ortamı kalitesi	4±0.00	4 (4-4)	4±0.00	4 (4-4)	0,000	1,000
6.GYA nesnelere	3.0±0.70	3 (2-4)	4±0.00	4 (4-4)	-1,890	0,059
7.Serbest zaman nesnelere	2.8±0.83	3 (2-4)	3.6±0.54	4 (3-4)	-2,000	0,046*
8.Adaptasyon ekipmanları	3.6±0.89	4 (2-4)	3.6±0.89	4 (2-4)	0,000	1,000
9.GYA katılımı	3.6±0.89	4 (2-4)	4±0.00	4 (4-4)	-1,000	0,317
10.Çalışma ve gündelik işlere katılımı	2.6±0.544	3 (2-3)	4±0.00	4 (4-4)	-2,070	0,038*
11.YGYA katılımı	2.2±0.44	2 (2-3)	4±0.00	4 (4-4)	-2,121	0,034*
12.Serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım	2.2±0.44	2 (2-3)	4±0.00	4 (4-4)	-2,121	0,034*
13.Toplumsal aktiviteler	2.2±0.44	2 (2-3)	4±0.00	4 (4-4)	-2,121	0,034*
14.Kendini ifadesi	1.60±0.54	2 (1-2)	3.0±0.00	3 (3-3)	-2,070	0,038*
15.Program/rutin	2.6±0.89	2 (2-4)	4±0.00	4 (4-4)	-1,890	0,059
16.Evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri	2.2±0.44	2 (2-3)	4±0.00	4 (4-4)	-2,121	0,034*
17. Personelle etkileşimleri	3.2±0.44	3 (3-4)	4±0.00	4 (4-4)	-2,000	0,046*
18.Karar verme	2.2±0.44	2 (2-3)	4±0.00	4 (4-4)	-2,121	0,034*
19.Sağlanan yardım düzeyi	2.6±0.89	2 (2-4)	4±0.00	4 (4-4)	-1,890	0,059
20.Otonomi	2.2±1.09	2 (1-4)	3.8±0.44	4 (3-4)	-2,000	0,046*
21.Güçlendirme	2.2±0.44	2 (2-3)	4±0.00	4 (4-4)	-2,121	0,034*
22.Hedef süreç	2.2±0.83	2 (1-3)	3.8±0.44	4 (3-4)	-2,070	0,038*
23.Ev dışında iletişim	2.4±0.89	2 (2-4)	3.8±0.44	4 (3-4)	-1,890	0,059
24.Aktive-rol kimliği ve rol gelişimi	2.2±0.44	2 (2-3)	4±0.00	4 (4-4)	-2,121	0,034*
Toplam KÇEA Puanı	66.6±11.1	64 (55-85)	92.20±3.83	94 (86-95)	-2,032	0,042*

Min; Minimum, Maks; Maksimum, KÇEA (Ev çevresi etki anketi),*Wilcoxon Test,

(KÇEA Min-Mak puan=1-4)

Umut Evi ile Kurum Evinde yaşayan bireyler arasında, Ev Çevresi Etki Anketi (KÇEA) değerlendirmesi ön ve son test fark puanları; Umut Evleri lehine anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma ve gündelik işlere katılım, yardımcı günlük yaşam aktivite (YGYA) katılımı, serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım, toplumsal aktivitelere katılım, kendini ifade etmesi, evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri, personelle etkileşimleri, karar verme, otonomi, güçlendirme, aktive-rol kimliği ve rol gelişimi, komponentlerindeki fark puanları karşılaştırıldığında, Umut Evindeki bireyler lehine bulunmuştur. Alan erişimi, doğal çevre, fiziksel çevre, duyuşsal ortamı, ev ortam kalitesi, günlük yaşam aktivite nesnelere, serbest zaman nesnelere, adaptasyon ekipmanları, günlük yaşam aktivitelerine (GYA) katılım, program / rutin, sağlanan yardım düzeyi, hedef süreç, ev dışında iletişim ile ilgili alanlardaki fark puanlarındaki değişim ise anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Umut Evinde yaşayan bireylerin bu alanlardaki değişimi Kurum evinde yaşayan bireylere göre anlamlı derecede farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.19.). Toplam KÇEA' nın müdahale öncesi ve müdahale sonrası değişim puanları Umut ve Kurum Evlerinde farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Toplam KÇEA Umut Evleri puanları Kurum evlerine göre daha fazla artmıştır. Genelde Umut Evleri puan sonuçları, Saray Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yaşayan bireylerin değerlendirme puanlarından daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.20. Kurum Evleri ile Umut Evlerinin Müdahale Öncesi ve Sonrası, KÇEA Testi Fark Puanlarının Karşılaştırılması

	KURUM EVİ	UMUT EVİ		
	Ortanca (Min-maks)	Ortanca (Min-maks)	Mann-Whitney U	p*
1.Alan erişimi	0 (0-0)	0 (0-0)	12,500	1,000
2.Doğal çevre	0 (0-0)	0 (0-0)	12,500	1,000
3.Fiziksel çevre	0 (0-0)	0 (0-0)	12,500	1,000
4.Duyusal ortam	0 (0-0)	0 (0-0)	12,500	1,000
5.Ev ortamı kalitesi	0 (0-0)	0 (0-0)	12,500	1,000
6.GYA nesnelere	1 (1-1)	1 (0-2)	12,500	1,000
7.Serbest zaman nesnelere	0 (0-1)	1 (0-1)	7,500	0,310
8.Adaptasyon ekipmanları	0 (0-1)	0 (0-0)	7,500	0,310
9.GYA katılımı	1 (0-1)	0 (0-2)	9,000	0,548
10.Çalışma ve gündelik işlere katılım	0 (0-1)	2 (1-2)	1,000	0,016*
11.EGYA katılımı	1 (0-1)	2 (1-2)	1,500	0,016*
12.Serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım	1 (0-1)	2 (1-2)	1,000	0,016*
13.Toplumsal aktiviteler	1 (0-1)	2 (1-2)	1,500	0,016*
14.Kendini ifadesi	0 (0-1)	1 (1-2)	1,500	0,016*
15.Program/rutin	1 (0-1)	1 (0-2)	8,500	0,421
16.Evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri	1 (0-1)	2 (1-2)	1,500	0,016*
17.Personelle etkileşimleri	0 (0-0)	1 (0-1)	2,500	0,032*
18.Karar verme	0 (0-1)	2 (1-2)	0,500	0,008*
19.Sağlanan yardım düzeyi	1 (0-1)	2 (0-2)	5,500	0,151
20.Otonomi	0 (0-0)	2 (0-2)	2,500	0,032*
21.Güçlendirme	0 (0-1)	2 (1-2)	1,000	0,016*
22.Hedef süreç	1 (0-1)	2 (1-2)	4,000	0,095
23.Ev dışında iletişim	1 (1-1)	2 (0-2)	7,500	0,310
24.Aktive-rol kimliği ve rol gelişimi	1 (0-1)	2 (1-2)	2,000	0,032*
Toplam KÇEA	10 (6-11)	29 (10-31)	2,500	0,032*

Min; Minimum, Maks; Maksimum, KÇEA (Ev çevresi etki anketi),*Mann-Whitney U test, (KÇEA Fark puan min-mak=1-4)

Kurumsal Bakım Evleri ve Umut Evlerinde yapılan müdahale sonrası ev ortamının 24 yönü “Güçlü”, “Uygun”, “Az iyileştirme” ve “Büyük iyileştirme” ihtiyaçları açısından karşılaştırılmıştır. Büyük iyileştirme ihtiyacı bulunan Kurum Evi sayısı % 20.8, az iyileştirme yüzdesi bulunan Kurum Evi % 62.5, büyük iyileştirme yüzdesi bulunan Umut Evi % 0.41, az iyileştirme yüzdesi bulunan Umut Evi % 12.5 olarak tespit edilmiş,olumsuz Kurum Evi sayısı % 62.5 iken Olumsuz Umut Evi ise % 20.8 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.21. Kurum Evleri ve Umut Evlerinin Güçlü, Uygun Bulunma ve Olumlu Durumlarının Karşılaştırılması

	GÜÇLÜ _KE 4 PUAN	GÜÇLÜ _UE 4 PUAN	UYGUN _KE 3 PUAN	UYGUN _KE 3 PUAN	OLUMLU KE	OLUMLU UE
1.Alan erişimi	5	5	0	0	5	5
2.Doğal çevre	5	4	0	0	5	4
3.Fiziksel çevre	5	4	0	0	5	4
4.Duyusal ortamı	1	4	0	0	1	4
5.Ev ortamı kalitesi	1	5	0	0	1	5
6.GYA nesnelere	5	5	0	0	5	5
7.Serbest zaman nesnelere	4	3	1	2	5	5
8.Adaptasyon ekipmanları	3	4	2	0	5	4
9.GYA katılımı	2	5	3	0	5	5
10.Çalışma ve gündelik işlere katılımı	0	5	4	0	4	5
11.EGYA katılımı	0	5	0	0	0	5
12.Serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım	1	5	2	0	3	5
13.Toplumsal aktiviteler	0	5	1	0	1	5
14.Kendini ifadesi	0	0	1	5	1	5
15.Program/rutin	0	5	0	0	0	5
16.Evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri	1	5	2	0	3	5
17.Personelle etkileşimleri	3	5	2	0	5	5
18.Karar verme	0	5	1	0	1	5
19.Sağlanan yardım düzeyi	0	5	1	0	1	5
20.Otonomi	0	4	0	1	0	5
21.Güçlendirme	0	5	2	0	2	5
22.Hedef süreç	0	4	1	1	1	5
23.Ev dışında iletişim	1	4	4	1	5	5
24.Aktive-rol kimliği ve rol gelişimi	2	5	2	0	4	5

Kurum Evi-KE, Umut Evi-UE, (Olumlu UE ve KE Puanı;3 ve 4 puan alan evler)

Tablo 4.22. Kurum Evi ve Umut Evlerinin Büyük iyileştirme, Az iyileştirme ve Olumsuz Durum Açısından Karşılaştırılması

	Az iyileştirme KE 2PUAN	Az iyileştirme UE 2 PUAN	Büyük iyileştirme KE 1 PUAN	Büyük iyileştirme UE 1 PUAN	OLUMSUZ KE	OLUMSUZ UE
1.Alan erişimi	0	0	0	0	0	0
2.Doğal çevre	0	1	0	0	0	1
3.Fiziksel çevre	0	0	0	1	0	1
4.Duyusal ortamı	1	1	3	0	4	1
5.Ev ortamı kalitesi	4	0	0	0	4	1
6.GYA nesnelere	0	0	0	0	0	0
7.Serbest zaman nesnelere	0	0	0	0	0	0
8.Adaptasyon Ekipmanları	0	1	0	0	0	1
9.GYA katılımı	0	0	0	0	0	0
10.Çalışma ve gündelik işlere katılım	1	0	0	0	1	0
11.EGYA katılımı	5	0	0	0	5	0
12.Serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım	2	0	0	0	2	0
13.Toplumsal aktiviteler	2	0	2	0	4	0
14.Kendini ifadesi	2	0	2	0	4	0
15.Program/rutin	4	0	1	0	5	0
16.Evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri	2	0	0	0	2	0
17.Personelle etkileşimleri	0	0	0	0	0	0
18.Karar verme	4	0	0	0	4	0
19.Sağlanan yardım düzeyi	4	0	0	0	4	0
20.Otonomi	3	0	2	0	5	0
21.Güçlendirme	3	0	0	0	3	0
22.Hedef süreç	4	0	0	0	4	0
23.Ev dışında iletişim	0	0	0	0	0	0
24.Aktive-rol kimliği ve rol gelişimi	1	0	0	0	1	0

Kurum Evi-KE, Umut Evi-UE, (Büyük iyileştirme ihtiyacı olan; KÇEAT puanı 1olan ev, Az iyileştirme ihtiyacı olan; KÇEAT puanı 2 olan ev ve Olumsuz Durum; KÇEAT puanı 1 ve 2 olan evlerdir)

5. TARTIŞMA

Gelişmiş ülkelerde 20. yüzyılın ortalarından itibaren toplu bakım esasına dayalı bakım azalmıştır. İsveç, İsviçre ve diğer İskandinav ülkeleri ile İngiltere, Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde bu tarihten itibaren yeni yaklaşımla herkesin hayatta birtakım sosyal rollere sahip olduğu düşünölmeye başlanmıştır. Birey merkezli tedavi planında, kişinin ruhsal ve zihinsel hastalıklarından dolayı kaybolan rollerini tekrar elde etmesi, geliştirmesi veya tekrar kazanması gereken yetileri kademeli olarak, zamanla ve sürekli pratik uygulamalarla geliştirmesi sağlanır. Dünyanın farklı bölgelerinden ölkeler DSÖ tarafından desteklenen kurumsal bakımdan vazgeçip (deinstitutionalization), toplumla bütünleşme çalışmalarını sürdürmektedir (2, 6, 9, 23-25). Bireyin kendi iradesini ve onun belirleyeceği ihtiyaçlarını merkeze alan, kişiye özel sunulan ergoterapi hizmetleriyle bireyler yeniden topluma entegre edilecektir. Bu nedenle, hareketin yürütölmesi için daha fazla araştırmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin insan hakları ve ruh sağlığına ilişkin uluslararası standartları, pek çok ölkenin kendi ulusal yasaları için bir çatı oluşturmuştur. Avustralya, Macaristan, ve Portekiz gibi ölkeler söz konusu standartları kendi ulusal yasalarına almışlardır (4,11, 29-31,41-44). Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin, kurumsal bakım merkezlerinden çıkarılması, eğer kişi kendini normal yaşama hazır hissetmiyorsa ve kurumdan çıkmasının ardından bir destek mekanizması ile desteklenmiyorsa, bu bireyler için zor bir sürecin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımının yerleştirilmeye çalışıldığı ilk süreçte, destekleyici hizmetlerin varlığının önemli olduğu gösterilmektedir. Kurum temelli modelden toplum temelli modele geçişte toplumun, kurumsal bakım merkezinde kalan zihinsel- ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin bu geçişe hazırlanması gerektiği önemli görölmektedir. Avusturya, Norveç, İspanya, Şili, İsveç, Hollanda, İtalya gibi ölkelerde toplum içinde yaşama projelerinde başarı elde edilmiştir (4, 11, 29-31, 41-44). Yaşamının önemli bir bölümünü kurumlarda geçirmiş, zihinsel-ruhsal sorunlar ile yaşayan bireylerin toplum içerisinde yaşamaya başlamaları süreci ancak, bu bireylerin topluma dahil olma hallerinin desteklenmesi ile başarıya ulaşabilmiştir. Bu yaklaşım ile çalışmamızda Türkiye’de yeni açılan Umut Evleri ile kurumsal bakım merkezi olan Saray Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde bulunan bireylere Ergoterapi yaklaşım modelinden MOHO’ya göre kişi

merkezli müdahale ile topluma tam ve etkili şekilde katılmasını, toplumsal yaşama uyum sağlamasını, buldukları yerde istedikleri şekilde yaşamalarını ve özgür iradelerini kullanmalarını sağlayacak biçimde, bireylerin desteklenmesi için, kişi merkezli MOHO yaklaşımı ile aktivite, kişi ve çevreye yönelik müdahaleler yapılmıştır. Toplumsal katılımı artırmak için kişi, aktivite ve çevre (kişinin durumuna göre bunların bazıları veya hepsi ile ilgili olarak) ile kişilerin yeterliliğini artırmaya odaklanıldı. Bireylerin ihtiyaç duydukları veya yaşadıkları çevrenin kendilerinden beklenen aktiviteleri yapabilme becerilerini geliştirerek veya aktiviteyi ya da çevreyi bireylerin katılımını daha iyi sağlayabilecek şekilde düzenleyerek bu amaca ulaşıldı. Günlük yaşamlarını sürdürmek için ustalaşmak istedikleri ve ihtiyaç duydukları aktiviteleri öğrenmelerine yardımcı olundu. Etkili aktivite performansını geliştirmek için engelliliklerine uyum sağlamasına yardımcı olarak, sosyal yaşama daha fazla katılımı kolaylaştıracak çevresel adaptasyonlar sağlayarak bireylere yardımcı olundu, bireylerin duygularını açığa çıkarmalarını teşvik ederek katılımcı olmaları sağlandı. Bireylerde aktivite-rol için motivasyon, aktivite-rol paterni, iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri, motor beceriler ve çevre alanlarında zayıflıklar tespit edilmiştir. MOHO literatürde yapılan bir çok çalışmada müdahaleleri ile kullanılmıştır (11, 15-22, 66-68, 70-80, 113-121). Kielhofner ve kurumları bu tedavi yaklaşımından olumlu sonuçlar elde etmiş ve tedavinin etkisi konusunda kapsamlı araştırma ve değerlendirmenin geniş bir yelpazesıyla de bu alana büyük katkılar sağlanmıştır. MOHOST Modelin kavramları aktivite için motivasyon, aktivite paternlerinin rutini, yapılan becerilerin doğası ve aktivitede çevrenin etkisinden oluşur. Bu kavram kullanılırken birey hakkında detaylı veriler toplanır (53, 54, 82, 83). Çalışmamızdaki bireyleri değerlendirmede kullandığımız anketler, MOHO modeline dayalı ve ergoterapi ile ilişkili olanlardır. MOHO modeliyle aktivite-rol performansı etkilenen birey ile ilgili faktörlere odaklanılmıştır.

Çalışmaya alınan bireyler, Ankara'nın Pursaklar, Oran, Çubuk semtindeki Umut Evlerinde yaşayan zihinsel ve ruhsal engeli olan bireyler ile Kurumsal Bakım Merkezi olan Saray Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yaşayan, zihinsel ve ruhsal engeli olan bireylerdir. Her iki grupta olan bireyler, yaş ve cinsiyet açısından benzer özelliklerine göre eşleştirilmiştir. Çalışmamızda zihinsel-ruhsal problemi olan bireylere yönelik toplum temelli ev desteğini içeren çalışmalarda,

bireylerde daha memnun edici ve başarılı sonuçların ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Bu araştırmalarla ilgili örnekler aşağıda yer almaktadır:

Gregory ve diğerlerinin yaptığı çalışmada da bizim çalışma sonuçlarına benzer bulgular tespit edilmiştir. Toplum temelli ev desteği alan zihinsel-ruhsal problemi olan bireylerde, günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ve serbest zaman aktiviteleri, arkadaşlık ve komşuluk ilişkilerinin, iş ve daha fazla aktiviteye katılma fırsatlarının olduğu görülmüştür. Ayrıca bireylerin, kurumda yaşayan bireylere göre kendilerini on kez daha özgür hissettiklerini, kendilerine ait bir yaşam alanlarının (odalarının) olduğunu, komşuluk ilişkileri edindiklerini, birlikte spor yaptıklarını, işe başladıklarını, işte insanlarla birlikte olmaktan hoşlandıklarını, bazı bireylerin üç aktiviteye birden sahip olduğunu, bunları korumaya ve devam ettirmeye çalıştığı belirtilmiştir. Ayrıca bireyler burada kuruma göre daha gerçekçi bir yaşamın içinde olduklarını dile getirmişlerdir (20).

Standen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, küçük toplum temelli ev desteği alan öğrenme güçlüğü olan 15-43 yaş arası bireylerde bağımsız yaşam becerilerini desteklemek ve topluma katılmak için alışveriş, yemek hazırlama, oryantasyon, yol güvenliği ve iş eğitimi konularında çalışılmış, başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Küçük toplum temelli ev yerleşim yerlerinin bireylerde özgüven ve katılımı desteklediği tespit edilmiştir. Bu konularda kurumsal bakım merkezlerinin bireyler için daha kısıtlayıcı olduğu belirtilmiştir (122).

Hemmings ve arkadaşlarının zihinsel ve ruhsal sağlık problemi olan küçük toplum temelli merkezde yaşayan bireylerde yaptığı bir çalışmada, katılımcıların % 98 'inin sosyal katılım, serbest zaman ve aktivite-rol katılım için toplum temelli organizasyonlara daha çok ihtiyaç duyulduğu dile getirilmiştir (16).

Whitley ve arkadaşlarının yaptığı, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum temelli iyileşme merkezlerinde psikososyal müdahaleler ile fonksiyonun arttığı ve sosyal zorlukların azaldığı, iş ve eğitim programlarına katılarak kişinin amaçlarına ulaşabildiği ve yaşamıyla ilgili kontrolü kendisinin kazandığı tespit edilmiştir. Kurumsal bakım merkezlerine göre katılımın ve toplumla bütünleşmenin daha iyi sağlandığı ortaya çıkarılmıştır (17).

Thomas ve arkadaşlarının toplum merkezli yerleşimde yaşayan yaşlı bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, günlük yaşam aktiviteleri ile aktivite-rol yeterliliğinin arttırıldığı belirlenmiştir (19).

Shinohara ve arkadaşlarının yaptığı MOHO temelli müdahalelerle ilgili toplum temelli bakım merkezinde yapılan bir çalışma; irade konusuyla ilgili değerler, ilgiler, özgüven, rol performansı (anlamli günlük sorumluluklar) ve fiziksel çevre değişimlerine odaklı olarak düşünölmüş, aktivite rollerinin sağliqla ilgili yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri performansının geliştirilmesinde etkisinin olduğu belirlenmiştir (18). Bu sonuçların Mayo ve arkadaşları ile Kielhofner ve arkadaşlarının çalışmaları ile paralel olduğu tespit edilmiştir (80,115).

Boisvert ve arkadaşları (2008), madde kullanım bozukluğu tedavisi gören bireylerde mesleki performans becerilerini artırmak için ergoterapiden faydalanan bir programın sonuçlarını incelemek için MOHO yaklaşımı kullanmış ve yeterlilik, kimlik, öz etkinlik ve yaşam kalitesinde anlamli iyileşme bulmuştur. Bu alanların her biri, iyileşmenin gelişimi ve sürdürölmesinde önemli bir role sahiptir ve akran destekli toplum için de gerekli bulunmuştur (92).

Evsizlik ve madde bağımlılığı durumları için Bir Akran Destek Toplumu Programı geliştirilerek, hastaların alkol ve uyuşturuculardan uzak durmaları ve kendilerine sağlanan yerlerde kalmaları ve dolayısıyla evsizlikten kurtulmaları sağlanmıştır (92, 123). Program, aynı zamanda sertifikalı bir bağımlılık uzmanı olan ergoterapistin yönetiminde profesyonel destek personeli ve araştırma ekibi tarafından uygulanmıştır. Bu gruplarda ergoterapist sunum yapar ve hastanede kalanlar bir akran destek iyileşme grubunu ya da akran odaklı bir toplumu tartıştığı toplantılar düzenlenmiştir. Grup müdahaleleri, organizasyonel liderlik, grup iletişimi ve grup kolaylaştırıcı becerilerin eğitime odaklanmıştır. Evsizlik için tekrar nüksetme oranları, programın uygulanmaya başlaması ile birlikte anlamli bir şekilde düşmüştür. Bu projede ergoterapistin rolü, toplum gelişimi sürecini kolaylaştırmak için bir katalizör olmak, istendiğinde koşulsuz destek ve rehberlik sağlamak ve toplumu harekete geçirmek için hafifçe uyarmaktır.

Grup sürecindeki beceriler ve aktiviteler ve çevre bağlamında; grup üyelerini pasif rollerden aktif tetikleyici ve bakım rollerine geçirmek için önemli bir durumdur. Bu alanda daha detaylı araştırma gerekliliğinden, özellikle randomize kontrollü

deneyler ve iyileşmeyi artırmak için ergoterapistler tarafından kullanılacak diğer stratejilerin etkinliğinin test edilmesi gereklidir, diye tespitler yapılmıştır. İhtiyacı olanlara sürekli destek, rehberlik ve teşvik sağlanmıştır (92).

Kielhofner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada MOHO'nun, psikoz, psikotik olmayan ruhsal sağlık problemi olan teşhis gruplarında güvenilirliği ölçülmüştür. Bu çalışmada, 600 katılımcıdan 38'i çalışıyor, 292'si çalışma yaşında ama işsiz, 44'ü eğitim alıyor, 24'ü bilinmiyor, 202'si emekliydi. 608 kişinin % 69,4'ü ev yaşamını sürdürüyor, % 5,6'i evsiz, % 8,2'si destekle yaşamını sürdürüyor, % 13'ü de ev destekli yaşıyor, diğerleri ise toplumsal yerleşkede yaşıyordu. İletişim ve etkileşim, süreç ve motor beceriler ile engellilik problemleri ilişkili bulunmuştur. Yaşam durumundaki problemler, çevre ile ilişkili bulunmuştur. Sonuçlar klinik araştırmalarda MOHOST'un geçerli bir test olduğunu göstermiştir (107). Bizim çalışmamızda ise 34 katılımcı bireyin 17'si çalışma yaşında ama çalışmıyor, 15'i çalışıyor, 14'ü eğitimsiz, 20'si okur yazar, 18'i ilkokul mezunu, 2'si lise mezunu, 8 bireyde açık liseye devam etmektedir. Bireylerin iletişim ve etkileşim, süreç, motor becerilerinde de problemler tespit edilmesi ve bireylerin demografik özelliklerinin literatür bilgisiyle benzerlik gösterdiği ve çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük, yarısının bir işte çalıştığı ortaya çıkmıştır.

Krohn ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada MOHO'nun evsiz anneler için beceri geliştirmek amaçlı kullanımda rehberlik sağladığını gösteren çalışmada iki annenin amaçlarını gerçekleştirmelerine yardımcı olmuştur. MOHO kişisel nedenlerin ve seçimlerin yapılandırılması için rehber olarak kullanılmıştır. İlk vakada; birey barınakta yaşıyordu. Barınakta çocuğun banyosu gibi rutinleri, davranışları hakkında karar verme, aileden ziyade başkaları tarafından yapılıyordu. Vaka yöneticisi bireylerin kurallara uyması ve kaynakları elde etmeleri için öneri sağlamaktadır. Aile rolünü destekleyen rutinlerin ve alışkanlıkların kurulması önemli bulunmuş, birey için öncelikli olan aktivite performans alanları zaman, para idaresi ve becerileri olarak tespit edilmiştir. Finansal yönetim becerilerinden yoksun olduğu konusunda güçlü bir farkındalık duygusu mevcut olduğu tespit edilmiştir. Çözüm odaklı stratejiler; iş için amaçlarıyla buluşmak, zamanı etkili idare etme yeteneğini geliştirmek için destek sağlaması amaçlı haftalık plan uygulanmıştır. Günlük yaşamda zaman idaresinin etkili planlamada geribildirim sağladığı tespit edilmiştir. Aylık bütçe kurmada zorluk

yaşanması üzerine bütçe planlaması için çeşitli materyaller sağlanarak bütçe becerileri artırılmış, aynı zamanda iletişim etkileşim becerilerini uygulamak için pratik uygulama fırsatı elde edilmiştir. Amaç yerleştirme yeteneği ve bu amaçlara ulaşabilmek için ihtiyaç duyulan kaynakları arama yeteneği geliştirilmiştir. Anne rolü ve çocuğuyla sözel etkileşimini arttırmak amacıyla basit kelime ve bebek uyarıcıları, etkileşim teknik ve oyunları ve anneler için toplum kaynakları kullanılmıştır.

Diğer annenin zaman yönetim becerilerinden yoksun olduğu konusunda güçlü bir farkındalık duygusu vardı, hamileliği boyunca kazandığı kilolarından kurtulmak için dans rutini üstlenmek ve sık sık ortaya çıkan sırt ağrısını azaltmak için ağrı yönetimi olarak üç amaç belirlenmiştir. İlk temel konu çocuğunun bakımını ele alma yeteneğini etkileyen fiziksel kısıtlılıklarına ve ağrısına hitap etmektir. Öneriler ve stratejiler vücut mekanizmasını geliştirmektir, buna rağmen bağımsız olarak egzersizlerini yerine getirememektedir. Sırt ağrısını azaltmak için uygun vücut mekaniğini uygulamada teşvik ve destek gerekmektedir. Yaşamında ne yapmak istediğiyle ilgili çoğu amaçları belirlenmiştir. Fakat amaçlarının nasıl gerçekleştirileceği hakkında fikri ve onu evsizlikten kurtaracak metodunun mevcut olmadığı belirlenmiştir. Etkileşim becerileri limitli ve çocuğuyla iletişiminde yetersizlikler mevcut olduğu tespit edilmiş, bu nedenle müdahalede anne rolü ve sırt ağrısına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Diğer müdahale oturumlarında iş için planlama ve sürekli ikamet etmek için ev edinme önemli amaçlar olarak belirlenmiştir. Birey ve çocuğunun rutini için zaman idaresinin önemi tartışılarak, günlük planlama yapılmıştır. Müdahalede basit egzersizler ile vücut mekanizmasına hitap edilmiş, fakat bireyin egzersiz yapması alışkanlığa dönüştürülemedi. Birey hala barınakta yaşamını sürdürmeye devam etmekte, herhangi bir iş ve eğitime sahip olamamıştır. Birey yalnızca aile becerilerini geliştirebilmiş, kendi ve çocuğu için ikamet edeceği ev yaşamı sağlayamamıştır (73).

Çalışmamıza alınan bireylerin yaşadıkları Kurumsal Bakım Merkezi ve Umut Evlerinin özellikleri aşağıda verilmiştir:

KURUM EVLERİ

Kurum evlerinde değerlendirilen 5 evin 3'ü erkek bireylerden, 2'si kadın bireylerden oluşmaktadır. 20 ile 40 yaş arasında bireyler zihinsel-ruhsal problemi olan ve devlet koruması altında olan bireylerdir. Bu bireylerin hepsinde duygusal ve

öğrenme güçlüğü bulunmaktadır. Kadın ve erkek bireyler ayrı evlerde ikamet etmektedirler.

Yaşamlarını sürdürdükleri ev alanları 4 oda, salon, yemek odası, mutfak ve banyodan oluşmaktadır. Evde 12 bireyle 1 uzman ve/veya 1 özel eğitimci, 3 personel ilgilenmektedir. Hafta sonları ise bireylerle ilgilenen 2 personel bulunmaktadır. Her odada 3 birey kalmaktadır. Evlerin ortak kullanıma açık erişilebilir tuvalet, banyo ve mutfağı bulunmaktadır. Çamaşırların yıkandığı kurum merkezinde ortak bir çamaşırhane ve yemeklerinin hazırlandığı bir yemekhane mevcuttur. Yemekler yemekhanede hazırlanıp evlere servis yapılmaktadır. Bireyler yemeklerini kendi evlerinin yemek odasında yemektedirler. Evin duvarlarında kognitif destek resimleri, hatırlatma sistemleri, yazılmış program ve kontrol listeleri yer almamakta idi. İhtiyaç duyulan iki ev banyolarında fiziksel yetersizliği olan bireyler için fiziksel destekler olarak tutunma barları mevcut ve ihtiyaç duyan 2 kişide mobilizasyon için tekerlekli sandalye kullanılmaktadır. Evlerin içinde merdiven bulunmamakta, bir evin dışında ise konumu nedeniyle bahçeye erişim için merdiven ve korkuluğu mevcuttur. Evlerin hepsinde yeterli aydınlatma, kapı genişliği, kapı tokmakları ya da kollarının kullanım kolaylığı ve ışık anahtarları uzanabilir mesafede idi. Banyo erişilebilir yerde, tuvalet yüksekliği uygun, lavabo ve tuvalet için 2 evde tutunma barı mevcuttu. Evlerin dışında bahçe bulunmakta ve ulaşılabilir durumdadır. Evlerin mobilyaları sakinlerin kolay kullanabileceği rahatlıkta kanepeler ve sandalyeden oluşmaktadır. Evlerin banyo ve tuvaletlerinde kilim ve halı mevcut değildir. Aşırı sıcaklık, sağlığa zararlı kokular, görsel ya da işitsel dikkat dağıtıcı gürültü seviyesi mevcut değildir. Evlerde istenildiği kadar çevrenin duyuşsal niteliklerini değiştirme fırsatı bulunmaktadır. Evlerin salon kısmında televizyon bulunmaktadır. Bireylerin istedikleri zaman sessiz alana ulaşılabilirliğinde bazen kalabalık nedeniyle sıkıntılar olduğu belirlenmiştir. Duvarlarda resimler yoktur.

UMUT EVLERİ

Ankara'da; Pursaklar, Oran, Çubuk semtlerinde 3-4 kişinin birlikte yaşadığı Umut Evleri mevcuttur. Umut evlerinde değerlendirilen 5 evin 3'ü kadın bireylerden, 2'si erkek bireylerden oluşmaktadır. 20 ile 40 yaş arasında bireyler zihinsel-ruşsal problemi olan ve devlet koruması altında olan bireylerdir. Bu bireylerin hepsinde duyuşsal ve öğrenme güçlüğü bulunmaktadır. Kadın ve erkek bireyler ayrı evlerde

ikamet etmektedirler. Yaşamlarını sürdürdükleri ev alanları 3 oda, bir salon, mutfak, banyo ve tuvaletten oluşmaktadır. Her evde 3 yada 4 birey yaşamaktadır. Umut Evinde kalan bireyleri desteklemek üzere, Saray Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Kurumundan görevlendirilen 4 bakım personelinden biri rotasyonlu ve sosyal çalışmacı, psikolog, çocuk eğitimi uzmanı, hemşire, öğretmen ve diğer meslek elemanlarından biri ile profesyonel hizmet kurumdan verilmektedir. Evlerin ortak kullanıma açık tuvalet, banyo ve mutfağı bulunmaktadır erişilebilir, çamaşırların yıkandığı bir banyo ve yemeklerinin hazırlandığı bir mutfak mevcuttur. Evin duvarlarında saat dışında kognitif destek resimleri, hatırlatma sistemleri olarak belirlenen alarm, program listesi v.s mevcut değildir. İhtiyaç duyulan evlerin banyolarında, fiziksel yetersizliği olan bireyler için destek olarak tutunma barları mevcut değildir. İhtiyaç duyan bir bireyde mobilizasyon için tekerlekli sandalye kullanılmaktadır. Evlerin içinde merdiven bulunmamakta, ancak apartman içerisinde merdiven/ korkuluğu ve bir evde asansör mevcuttur. Evlerin hepsinde yeterli aydınlatma, kapı genişliği, kapı tokmakları yada kollarının kullanım kolaylığı ve ışık anahtarları uzanabilir mesafededir. Banyo erişilebilir yerde, tuvalet yüksekliği uygundur. Lavabo ve tuvalet için bir evde tutunma barı ihtiyacı vardır. Bazı evlerin dışında ulaşılabilir durumda bahçe bulunmaktadır. Evlerin mobilyaları sakinlerin kolay kullanabileceği rahatlıkta kanepeler ve sandalyeden oluşmaktadır. Mobilyalar kaliteli, kullanıma dayanıklıdır.

Evlerin banyo ve tuvaletlerinde kilim ve halı mevcut değildir. Aşırı sıcaklık, sağlı zararlı kokular, görsel yada işitsel dikkat dağıtıcı gürültü seviyesi yoktur. Evlerde istenildiği kadar çevrenin duyuşsal niteliklerini değiştirme fırsatı vardır. Evlerin salon kısmında televizyon bulunmaktadır. Bireylerin istedikleri zaman sessiz alana ulaşılabilirliği mevcuttur. Ev dekoru, yemek ve müzik sakinlerin kişisel ilgilerini genelde yansıtmaktadır.

Yapılan ilk değerlendirmelerden aldığımız bulgulara göre; kurumdaki evlerde yemek pişirme, çamaşır yıkama, ütü yapma gibi ev idaresine ilişkin beceriler ve kişisel bakım, para yönetimi, alışveriş, toplu taşıma araçlarını ve kamu hizmetlerini kullanma ve sosyal ilişkiler kurma gibi fırsatlar az olmakta, bireylerin yemek ve kıyafet ihtiyaçları kurum tarafından hazır olarak karşılanmakta, bireysel para yönetimi sadece dışarda maaşlı olarak çalışan bireylerde gerçekleşmekte ancak doğru para kullanımı

yapılamamaktadır. Genelde temizlik aktiviteleri kurum personeli tarafından yerine getirilmekte; bağımsız ev yönetimine yönelik becerilerini geliştirmek için çok az uygulama fırsatı bulabilmekte idiler. Bireylerin yaşamlarının idare edilmesi ve kararların alınması kurum yönetimi ve bireylerden sorumlu uzmanlar tarafından yapılmakta, serbest zaman aktivitelerine katılma fırsatları kurum içindeki atölyeler aracılığıyla gerçekleştirilebilmekteydi. Bireylerin bakım merkezinden alınıp toplum içindeki grup evleri olan Umut Evleri'ne yerleştirilmeleri, topluma aktif katılmalarının desteklenmeleri için bireylere bazı fırsatlar yaratmıştır. Ancak, engelli bireylerin sadece fiziksel olarak bakım kurumlarından alınıp yeni yaşam alanlarına taşınması toplum yaşamına tam olarak katılmaları, anlamına gelmemektedir. Topluma aktif katılmalarının sağlanması için gerekli olan ergoterapi çalışmalarına ve toplumun diğer üyelerinde farkındalık oluşturulma çalışılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızda yaptığımız ergoterapi müdahaleleri ile içinde yaşadıkları toplumda yapılan spor ve serbest zaman aktivitelerine katılım, istihdam, ulaşım araçlarını kullanma becerisi, ev idaresi becerileri, kültürel etkinlikler, eğitim ve kariyer seçimi gibi konularda çalışmalar yapılarak bireylerde olumlu gelişmeler elde edilmiştir. Umut Evlerinde yaşayan bireylere, kurumsal bakım merkezi olan Saray Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yaşayan bireylere göre çevre olarak toplumla bağlantı kurmayı sağlayacak daha fazla fırsat ve seçenekler sunulduğu tespit edilmiş fakat bireylerin bu fırsatları kullanamadıkları yapılan değerlendirmelerde belirlenmiştir. Literatürde kurumsal bakım merkezine göre toplum temelli yaşam merkezlerinde ikamet eden bireylerde olumlu gelişmeler elde edildiği tespit edilmiştir (16, 17, 19, 20, 122).

MOHOST testinde aktivite-rol için motivasyon; becerilerin değerlendirilmesi, başarı beklentisi, ilgi, seçimleri ile ilgili alanlar olarak incelenmiştir. Bireylerin mevcut güçlü ve zayıf yanlarını tanıyıp, öz yeterlilik, kontrol duygusu, kimlik duygusu, memnuniyet duygusu, meraklılık, katılım, seçimler ve hedeflerini doğru belirleme ile iradesini kullanması yönünde sürekli destek, rehberlik ve teşvik sağlanmıştır. Bireylerin motivasyonlarının azaldığı zaman aktivitelere olan ilgisinin azaldığı, toplumsal katılımın ve sosyal gruplara katılmanın sınırlı olduğu belirlenmiştir (86). Yaptığımız araştırmanın son test değerlendirmelerinde, her iki grubun da motivasyonunun arttığı ve aktivite katılım ile aktivite performanslarının daha başarılı

olduğu belirlenmiştir. Müdahaleden sonra tüm bireylerde aktivite deneyimleri ile becerilerini doğru değerlendirmeye, aktivite-rol performans için başarı beklentisinde ve serbest zaman aktivitelerinde ilgi duyduğu aktivitelerde artış olurken, kendi seçtikleri aktivitelere katılımları da artmıştır. Günlük yaşam aktivitelerinde, anlamlı aktivite-rol katılımında, bireylerin iradesinin etkisi gözlenmiştir.

Morgan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ruhsal problemi olan destekli yaşam merkezinde ikamet eden bireylerin bakımında ergoterapinin rolünün önemi ve günlük yaşam aktivitelerine katılımında, irade ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Kielhofner MOHO'yu bireylerin farklı aktivite-rol alanlarında yer aldıkları dinamik süreç olarak tanımlamaktadır. Bireylerde günlük yaşam aktivitelerine katılmak için motivasyon problemi ve aktivite tercihlerinin neler olduğunu sözel olarak ifade etmede güçlükler yaşanmasına karşın, bireyler daha çok geçmiş deneyimleriyle ilgili irade konularından bahsetmiştir. Yaşam deneyimleri, sürekli olarak, irade ve sosyal çevre arasındaki dinamizmi yansıtmış; aktivite ve sosyal çevre arasındaki dinamik ilişkiye odaklanılmıştır. Sosyal çevrenin önemli bir parçası olan, bakıcıların bakış açılarıyla araştırmak için, bireylerin irade konusunun daha iyi anlaşılmasına gereksinim duyulduğu belirlenmiştir. Sosyal çevrenin önemi, irade ve aktivite arasındaki ilişkinin önemli olduğu ve bu ilişkinin, ruhsal problemi olan daha farklı, daha geniş gruplarda incelenmesi gerektiği ve bu konuda çok az araştırma yapıldığı vurgulanmıştır (21). Anlamlı aktivite katılımında iradenin etkisi ve ev bakımında kalitenin sağlanması için uygulamalı öneriler üzerinde durulmuştur. Araştırmalar iradenin çeşitliliği, anlamlı aktivitenin yeniden tanımlanması ve sosyal çevrenin gücü üzerinde odaklanmıştır. Bireylerin, sosyal dünya bağlamında aktivite katılımında bu işlevi en üst düzeye çıkarmak, yetersizliği en aza indirmek ve yaşam kalitesini geliştirmekte, bireylerin iradesinin gücünün anlaşılmasının, bakıcılara daha iyi destek olabileceği düşünülerek, iradeyi destekleyen yolların, bireylerin bakımında gelişmelere neden olduğu ifade edilmiştir (21).

Yapılan çalışmada Morgan ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçlarına benzer sonuç çıkmıştır. Bireylerde başlangıçta günlük yaşam aktivitelerine katılmak için motivasyon problemi; becerilerin değerlendirilmesi, başarı beklentisi ve seçimleri yapmada kurum evlerinde yaşayan bireylerde müdahale öncesi desteğe ihtiyacı vardı. Morgan ve arkadaşının gelişimsel koordinasyon bozukluğu olan çocuklarda yaptığı bir

çalışmada, fiziksel aktivitelere katılım için motivasyon, öz kontrol algısı ve motor becerilere yönelik müdahaleler arasında ilişki olduğu ve ergoterapinin başarısını sağlamada gerekli olduğu belirlenmiştir. Ergoterapist tedavi edici motor yeteneklerden ziyade günlük aktivite-rol katılımı ve çocuğun sosyal becerilerine odaklanmıştır. Toplum temelli sosyal aktivitelere katılımı için aile eğitimi ve ev, okul, oyun ve kendine bakım aktiviteleri üzerinde durulmuştur (75). Yaptığımız çalışmada benzer konular üzerine odaklanılmış ve gelişim için sosyal gruplara eğitim verilmesi ile benzer gelişmeler ortaya çıkmıştır.

Sun Wook ve arkadaşlarının 625 kişi üzerinde toplum temelli ev bakım desteğine yönelik yaptıkları çalışmada MOHOST skalasında en büyük zayıflık bölgeleri alışkanlık ve irade konuları olarak ortaya çıkmıştır. Bireylerin yarısından fazlasında irade alanında, üçte ikisinde alışkanlıklarda, üçte birinden az bölümünde ise iletişim ve etkileşim becerilerinde katılım kısıtlılığı veya müdahaleye ihtiyaç duyulmaktadır. Genelde iletişim ve etkileşim becerileri kuvvetli bir alan olarak ortaya çıkmaktadır. Motor beceriler; katılımcılarda kuvvetli bulunmakta bireylerin yalnızca % 25.2'inde müdahaleye ihtiyaç duyulmaktadır. Süreç becerileri, en zayıf beceri alanı olarak bulunmaktadır (% 47.4). Çevre ile ilgili faktörler ise % 38,6 oranında, katılım kısıtlılığında etken olarak görülmüştür. Fiziksel alan ve kaynaklarda müdahale olarak oran: % 24.7 ve % 26.6 olarak kabul edilmiştir. Sosyal grup ve taleplerde, hizmet kullanıcı bireylerin % 48.7 ve % 54.5'inde kısıtlılık veya müdahale gerektiren durum tespit edilmiştir. Çevresel faktörler, sosyal gruplar ve aktivite-rol talepler çok fazla problemliler olarak belirlenmiştir. Bireylerin yarısında müdahalenin gerekli olduğu tespit edilmiştir. Bireylerde çevresel faktörler en fazla dikkat gerektiren durumlar olarak ortaya çıkarılmıştır. MOHOST sonuçlarının destekli katılımı işaret ettiği belirtilmiştir.

Çalışmada ruhsal sağlık problemi olan bireylere bakım sağlamada birey merkezli yaklaşımla ne gibi faktörlere odaklanılması konusunda bireylerin benzersiz özelliklerine göre, ergoterapistlere ipucu verilmektedir (15). Bizim çalışmamızda kognitif problemi DOTCA ile belirlenen 12 bireye kognitif rehabilitasyon uygulamaları yapılmış ve gelişmeler elde edilmiştir.

Bizim çalışmamızda Kurumda yaşayan bireylerde müdahale öncesi değerlendirmede sosyal grup ve taleplerde, hizmet kullanıcı bireylerin % 23.5, % 29.4'inde kısıtlılık veya müdahale gerektiren durumu mevcuttu. Fiziksel kaynaklarda

müdahale ihtiyaç oranı % 23.5 olarak engelli ve kısıtlı bulunmuştur. Motor beceriler; katılımcılarda kuvvetli bulunmuş, bireylerin yalnızca % 5.9'un da müdahaleye ihtiyaç duyulmaktadır. Süreç becerileri için en zayıf beceri alanı olarak problem çözme bulunmaktadır (% 76,5) ; bilgi % 41.2, zamanlama % 47.1 ve organizasyon da % 47.1 olarak müdahaleyi gerektiren durum tespit edildi. Bireylerin yarısından fazlasında irade alanında, yarısına yakınında aktivite-rol paterninde, dörtte birinde iletişim etkileşim becerilerinde kısıtlılık ve müdahaleye ihtiyaç duyulmaktadır. Kurum evlerinde en büyük zayıflık alanı süreç becerileri; ikinci olarak irade izlemektedir. Umut Evinde ise en büyük zayıflık alanı irade (% 58.8) ve çevrenin sosyal grup faktörü (% 58.8), ikinci olarak süreç becerileri (% 41.2), üçüncü olarak aktivite rol talepler (% 35.3) ve aktivite-rol paternler (% 35.3) izlemektedir. Literatür çalışma sonuçları ile en büyük benzerlik gösteren durum bireylerin yarısından fazlasında irade alanında problem tespit edilmesi ve iki yerleşim yerinde en kuvvetli alan olarak iletişim ve etkileşim becerileri ile motor beceriler bulunmuştur. Çevrenin aktivite-rol talepler ile ilgili faktörler bizim çalışma grubumuzda literatür çalışmasına göre daha az problemlilik alan olarak bulunmuştur. Sun Wook ve arkadaşlarının araştırma bulguları irade, alışkanlıklar, iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri ve motor puanları bizim çalışma gruplarımızın puanlarından düşük bulunmuştur. Süreç becerileri puanı ise kurumda yaşayan bireylerinkinden yüksek bulunmuştur. Çevrenin fiziksel kaynaklar puanı ise kurumda yaşayan bireylerin puanına benzer, Umut Evinde bulunan bireylerin puanından düşük bulunmuştur. Bu durum bize Umut Evlerinin çevre yönünden daha iyi durumda olduğunu düşündürmektedir.

Sunn Wook ve arkadaşlarının yaptığı, MOHO modelinin kullanılmasıyla ilgili bir çalışmada, ergoterapistlerin ruhsal sağlıkta, değerlendirme, amaç yerleştirme ve aktivite odaklı müdahaleleri uygulamak için MOHO müdahalesini kullandıkları bildirilmiştir. 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 belirtilmiştir (22). Pepin ve arkadaşları Kielhofner ve arkadaşlarına benzer şekilde motivasyonun kazanılması için amaç yerleştirme ve aktivite odaklı müdahale uygulamıştır (81).

Lee' nin, aktivite-rol odaklı en iyi pratik model olarak düşünülen MOHO 'nun kanıt temelli özelliklerini inceleyen araştırmasında MOHO'yu kullanarak

ergoterapistlerin, 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 sunduğu ifade edilmektedir. MOHO, saha içerisinde aktivite-rol odaklı uygulamalara rehberlik etmek amacıyla önerilmiştir. Diğer modellere kıyasla çok daha uzun bir geçmişe sahip olması da pratikte bu kadar yaygın kullanılmasının sebebi olarak belirtilmektedir. Yapılan çalışmada, ergoterapistlerin MOHO'nun bütünsel yaklaşımına değer verdiğini, birey temelli odağının ve diğer pratik modellerle örtüşmesi gibi özelliklerinin bu modelle birlikte kullanılabilceğini ifade etmektedir (72).

Turner ve arkadaşlarının yaptığı kişinin aktivite-rol yeterlilik konusundaki çalışmada, MOHO'nun sık sık ruhsal sağlık alanında psikososyal programları için rehber olarak kullanıldığı ve pozitif etki ortaya çıkardığı gösterilmiştir. Burada irade, alışkanlık ve beceri zorlukları üzerine odaklanılmıştır. Çalışmada, bireylerde yaşam için amaç ve yapılandırma oluşturan aktivite katılımlarında eksiklikler görülmüş, bu problemin, irade, alışkanlık ve performans kapasitesinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Programda bireylere; beceri, güven, yaşamını idare etme ve iyi olmayı başarmada yardım etmek amaçlanmaktadır. EACH (Recognition and Esteem through Catering, Accommodation and Horticulture) program modülü, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanmaktadır. Program kişisel nedenler, değerler ve ilgilere hitap etmektedir. Günlük yaşam aktivitelerinde katılım ve ilginin azaldığı, iş, meslek ve okul katılımının sürdürülmesinin güç olduğu, ciddi ruhsal hastalık durumlarında uygulanmaktadır. İradeyi ve alışkanlıkları geliştirmek için bireye fırsatlar yaratan uygulamalı bir yol sunmaktadır. Modüller; başlatma, beceri örnekleri, iletişim ve sosyal beceriler, planlama ve organizasyon, iş pratikleri, iş tecrübesi, sağlık bilgisi, iş araştırma, iş bakma, teknoloji bilgisiyle tanışmadır. Bu programda bireyler alışkanlık, rol kavramı ve bunların öz değerlendirmesini öğrenmektedir. Çalışma sonunda irade, alışkanlık ve becerilerde önemli gelişmeler tespit edilmiştir. Ayrıca bireyin güçlü yanlarına odaklanmak, güveni geliştirmek ve iyilik hallerini artırmak, pozitif aktivite-rol değişimi planlamak için, haftalık iyilik hali ve yaşam tarzı değiştirme oturumları da (life style renewal training session) programın içinde oluşturulmuştur. Bu bölüm, kişisel nedenler, amaçlar, alışkanlıklar, roller ve aktivite değişiklikler yapmayı içermektedir. Bireysel eğitimin programlanması yoluyla, bireyin benzersiz olan

ihtiyaçlarına odaklanılmaktadır. Amaçlar; iş, eğitime dönüş, eğitimde daha fazla ilerleme, artan katılım, örneğin ev idaresi ve gönüllü iş gibi diğer aktivitelerden memnun olması artmaktadır. Sonuç olarak MOHO, psikososyal rehabilitasyonda pozitif etki ortaya çıkarmakta, yaşam kalitesinde önemli kazanımlar elde edilmektedir. Bireyde güveni geliştirerek, kişisel holistik gelişim elde edilmiştir. Çalışma sonunda irade, alışkanlık ve becerilerde önemli gelişmeler elde edilmiştir (86).

Çalışmamızda da bireylerin aktivite katılımlarında kısıtlılıklar belirlenmiştir. Problemler bireylerin; irade, alışkanlık ve performans kapasitesinde ortaya çıkmıştır. Bireylerde beceriler kazanma ve yaşamı idare edebilmek için yeni beceriler geliştirmeyi motive etme üzerinde duruldu. İradeyi ve alışkanlıkları geliştirmek için bireylere fırsatlar yaratan uygulamalar yapılmıştır. Bireylerde sorumlu uzmanla iş birliği yapılarak, iş (bir Umut Evi bireyinde kurum dışında iş araştırma ve işe yerleştirilme, iki bireyde kurumda işe yerleştirilme), eğitimde daha fazla ilerleme (Umut Evlerinde yaşayan üç bireyde ortaokulu bitirme sınavlarına katılmak için kayıt ve ders geçme sınavlarına girme, bir bireyin memuriyet sınavlarına hazırlanması), ev idaresi ve gönüllü kurs (eve yakın bilgisayar, uçak maket yapım kursuna iki Kurum Evi ve bir Umut Evi bireylerinin katılımı, bir Umut Evi bireyine resim kursu ve üç bireye elişine yönelik kurs katılımı, iki Umut Evi bireylerinin eve yakın jimnastik kursuna katılımı, bir erkek Umut Evi bireylerinin belediye lokaline üyeliği ve katılımı, bir Kurum Evi bireylerinin yüzme havuzuna ve kurum spor salonu aletli jimnastik bölümüne, bir Kurum Evi bireylerinin aerobik egzersize katılımı, bir kurum Evi bireyinin ince motor becerileri geliştirmek amacıyla fizik tedavi ünitesine katılımı sağlandı) gibi performans alanlarındaki ihtiyaç duyulan katılım ile pozitif aktivite-rol değişimi planlanarak memnuniyet duygusu artmıştır. Çalışma sonunda irade, alışkanlık ve becerilerde önemli gelişmeler tespit edilmiştir.

Cole tarafından yapılan, fiziksel aktiviteye katılımında problemi olan mental sağlık hastalığına sahip olan bireylere yönelik MOHO çalışmasında, fiziksel aktivite amaçlarını ve müdahale planını uygulamadan önce ergoterapist bireyin katılım için etkinliği ve kapasitesi ile ilgili kendi algısını anlamaya çalışmış; katılımcılarının depresyon ve anksiyete için kanıt temelli çalışmalara rağmen, fiziksel aktivitenin tek başına depresyon ve anksiyeteyi ortada kaldırmaya yetmediğini bildirmişlerdir (78).

İnterdisipliner yaklaşımın mental hastalığın etkileriyle başedebilmek için, fiziksel aktiviteye ulaşmada daha pozitif iradesel düşünce ve hislerin geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır. Ergoterapistin takım üyesi olarak katkısı müdahale olarak fiziksel aktivitenin zamanı, yoğunluğu ve uygunluğu konusunda etki sağlaması olmuştur (78). Bizim çalışmamızda süreç becerilerindeki gelişme Umut Evi tüm parametrelerinde olurken, Kurum Evinde bilgi, organizasyon ve problem çözme alanlarında gelişim sağlanmıştır.

Desiren ve diğerlerinin yaptığı bir çalışmada, aktivite-rol temelli uygulama modelleri ile ilgili son zamanlarda yapılan bir analiz, diğer modellere kıyasla MOHO'nun daha geniş olarak bireysel ve sosyal ihtiyaçlara cevap verme üzerine kanıtsal temelleri olduğunu ortaya koymuştur. MOHO; irade, alışkanlık ve performans kapasitesini vurgulamaktadır. Nörogelişimsel terapi de ise bireyin çevresinde amaç yerleştirmek için birey ve ailesiyle işbirliğini gerektiren bir modeli kullanmaktadır. Tedavi modeli aktivite performansın ilk ön koşulu olan duyu motor performans komponentlerini kurma yönünde oluşturulmuştur. İlk olarak kullanılan, aktivite hareket eğitimi olarak aktiviteyi tarif etmektedir ve postüral kontrol, gözlem yoluyla ölçülmektedir. Aktivite-rol davranış modeli, kaza ve hastalık sonucu, aktivite-rol davranıştaki yetersizlik ve bozulmaları azaltma ve önlemede yetenekleri ve bütün yaş gruplarındaki insanları desteklemek amacıyla kullanılmaktadır. Davranışlar sürekli gelişim halindedir ve kişinin ihtiyaçları araştırma, yeterliliği elde etme ve başarma olarak belirlenmiştir. Kişi, çevre, aktivite arasındaki ilişkide ergoterapistin müdahaledeki rolü merkezdedir. Müdahale bireyin istek ve ihtiyaçlarına bağlı olarak kişi, çevre ve aktiviteyi ateşlemiştir. Model özel değerlendirme testleri kullanmadan Kişi Aktivite Performans Modeli (KAPM) ve rehabilitasyon için fonksiyon güvenlik değerlendirmesi ile çevre değerlendirmesini önermiştir (124).

KAPM ve MOHO hastanın işe dönmesini içeren aktivite ve katılım konularını düzenlemektedir. MOHO; bir çalışmada kanserde işe dönmek, iş performansı ve iş sürdürülebilirliği gibi konulara odaklanmıştır. Uygun yer ve zamanda işte özelleşme gerektiğinde, MOHO kullanılmıştır (124). Model, istihdam önündeki engellerin anlaşılması için kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır. Engelli çalışanların yaşadıkları problemleri anlamak ve işle ilgili hizmetleri geliştirmek için bir çerçeve olarak başarılı bir şekilde kullanılmış, iş davranışı üzerinde çok faktörlü etkileri incelemiştir. İşle

ilgili hizmetlerde uygulama için bir dizi kaynak (değerlendirmeler, müdahale protokolleri, vaka örnekleri vb.) sunmaktadır (121,124).

Çalışmamızda yapılan değerlendirmeler sonucunda öğrenme güçlüğü olan bireylerde, kognitif model kullanıldı ve günlük yaşam aktivitelerinde, çevre kompensasyonu sağlandı. Kendine bakım, serbest zaman ve üretici aktiviteler basamaklara ayrılıp, derecelendirme ve beceri eğitimleri yapıldı ve aktivite adaptasyonları üzerinde çalışıldı. Yapılan bir çalışmada bireyin bilgisayar kullanımını öğrenmesi için kursdaki bilgilerin hatırlanması amacıyla deftere kaydedilmesi gerekiyordu. Fakat birey okuma yazma bilgisine sahip olmadığı için, bu görevin personel tarafından yapılmasına karar verildi. Personelin kursa katılımı sağlanarak deftere bilgileri yazması ile, evde bireyin bilgisayar çalışması için gerekli destek sağlanmıştır. Burada bireyin bilgisayarı öğrenmesi için aktiviteye yönelik müdahale yapılmıştır. Çalışmamızda bireylerin aktivite-rol katılımını artırmak için, yapılandırma, geribildirim, ipucu, çevresel ve görev adaptasyonu yoluyla müdahaleler yapılarak, sosyal ve fiziksel çevresini anlamaya ve buradan katılım için fırsatlar yaratılmaya çalışıldı. Bu uygulamalar literatürde yapılan çalışmalarla uyum göstermiştir (124). Bizim çalışmamızda da süreç becerilerindeki gelişme Umut evinde tüm parametrelerde olurken, Kurum evinde bilgi, organizasyon ve problem çözme alanlarında gelişme sağlanmıştır.

Gutman ve arkadaşlarına göre (2011), ergoterapistler bireysel ihtiyaçlara dayalı olarak kompensatuar stratejiler ve barınma sağlama konusunda uzmanlık sahibidir; kademeli olarak becerilerin ayrıştırılarak incelenebilmesi için aktivite analizi kullanırlar ve insanların geçmiş rollerini sürdürmesine ya da yeni roller edinmesine yardımcı olurlar (125). Bizde çalışmamızda kişilerin aktivite ve rollerini birey ve çevre açısından ayrıntılı İnsan Aktivite Rol Modeli (İARMTA) ve Konut Çevresel Etki Anketi (KÇEA) uygulayarak inceledik. Aktivite-rol paternlerin, iletişim etkileşim, süreç, motor beceriler ve irade açısından iki farklı yerleşim yerinde zayıflıklar tespit ettik. Kurum Evlerinde aktivite ve rolleri için motivasyonları, süreç becerileri, aktivite paternleri ve çevre açısından katılımlarının engellendiğini belirledik. Umut Evlerinde ise bu becerilerin iletişim ve etkileşim ile motor beceriler haricinde, irade, patern, süreç ve çevre açısından alt parametrelerinin yarısında sorun olduğunu tespit ettik. Bu analizler doğrultusunda kısıtlılıklara yönelik yapılan

müdahalelerle Kurum evinde aktivite-rol paterninde tüm parametrelerde gelişme, motivasyon, süreç becerileri ve çevre açısından dördte üçünde gelişme elde edilirken, iletişim ve etkileşim becerileri ve motor becerilerde sadece bir parametrede gelişme sağlanabilmiştir. Umut Evinde ise müdahale sonrası motivasyon, patern, iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre tam gelişme elde edilirken, motor becerilerdeki gelişme kaydedilmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Crain ve diğerlerinin yaptığı bir vaka çalışmasında şizofren bir kişiye iş elde edebilmesi için bireysel işe yerleştirme ve destek programı uygulanmış, bireyin seçim ve kapasitesine göre ergoterapistin denetiminde, amaç yerleştirme, ücretli iş araştırma yeteneği elde etme, kursa kayıt olma ve sınavlara hazırlanma çalışmaları yapılarak yarı zamanlı işe yerleşme sağlanmıştır. Aynı zamanda bireyin sosyal becerileri ve özgüveni gelişmiştir. Ergoterapistin bu gibi programlara katılımı önem taşımakta, sürekli destek, rehberlik ve teşvik sağlanmaktadır (103). Yapılan diğer çalışmalarda da bireysel yerleştirme destek modeli kullanan desteklenmiş işin etkinliği konusunda başarılı sonuçlar ortaya çıktığı belirlenmiştir (126, 127).

Yapılan çalışmada müdahale sonrasında Umut Evlerinde yaşayan bir bireyde ve kurumda yaşayan iki bireyde yarı zamanlı işe yerleştirme sağlanmıştır.

İradenin, kişisel nedenler, değerler ve ilgilerle ilgili olduğu bilinmektedir (78). Kurum Evinde **İARMTA testine göre;** bireylerin **aktive-rolleri için motivasyonlarında** müdahale ile seçim yapmaları haricinde becerilerin incelenmesi, başarı beklentisi, ilgilerinde artış tespit edilmiştir. Kurumda yaşamının getirdiği kurallar nedeniyle tercihleri ve seçimleriyle ilgili bir değişim yaratılmış ancak bu olumlu değişim çok fazla olamamıştır. Umut Evinde yaşayan bireylerin aktive-rol için motivasyon alanı tüm alt parametrelerinde; becerilerin incelenmesi, başarı beklentisi, ilgi ve seçimler olarak bireylerde müdahale ile gelişim sağlanmıştır. Bireylerde ilgi oluşturmak, ilgisini ortaya çıkartmak, aktivite seçimlerini oluşturmak, kendisi için önemli olanın ne olduğunu anlamasını sağlamak için çeşitli aktivite seçeneklerinin araştırılması ve tanınmasını sağlaması gibi birey merkezli MOHO müdahalesinin etkisinin olduğunu düşünmekteyiz.

Başarı beklentisi oluşturma ve seçimler yapma konularında müdahalelerde; mücadele isteği ve hedeflere yönelme oluşturarak tercih yapma ve önemlilik duygusu sağlanmış ve motivasyonda gelişim elde edilmiştir.

Aktivite-rol paterni, rutin, adaptasyon, roller ve sorumluluk alt başlıkları şeklinde incelenmektedir. Her iki gruba yapılan müdahaleler sonrası bu performans alanlarında olumlu gelişmeler elde edilmiştir. Kişi günlük yaşam içerisinde rutin olan örneğin; yataktan kalkma, banyoya gitme gibi pek çok aktiviteyi otomatik olarak yapar. Bu aktiviteler günlük rutinin bir parçasıdır. Bu aktivitelerin birinde oluşacak bir kısıtlılığın tüm günlük rutini etkileyeceği bildirilmektedir (86).

İARMTA ölçeğinde günlük yaşamdaki rutin, dengeli olması, alışkanlıkların organizasyonu, üretkenlik ve günlük yaşam aktiviteleri olarak incelenir. Günlük aktivitelerin üretken, dengeli ve düzenli rutinini sağlama, aktiviteleri yaparken değişiklikleri anlama, talebi karşılamak için eylemler veya rutinini değiştirebilme yani adaptasyon yeteneği önemlidir. Kişinin kendi çevresi içinde, birbiriyle ilişkili iki element olan kimlik ve yeterlilik olduğu ve sürdürüldüğü zaman bu durum aktivite adaptasyonu ile sonuçlanmaktadır (67).

Stewart ve arkadaşının (2008) ruhsal hastalığı olan insanlar üzerinde yaptığı çalışmada, şizofren bireylerin diğer insanlardan daha çok, serbest zaman işleriyle vakit geçirdiğini göstermişlerdir. Aktivite ile ne kadar çok zaman geçirilirse, sağlık, iyilik hali ve fonksiyon o kadar iyi ölçülmektedir (117). Serbest zaman aktivitelerinin ruhsal hastalığı olan insanlarda, hayatına anlam katmada ve kendini önemli hissetmede, büyük önemi olduğu gösterilmiştir. Şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığı bulunan insanlarda; zaman kullanımının asıl aktivite bölümü olduğu, bu kişilerin zamanlarını daha çok uyuma, yemek yeme, kendi bakımlarıyla ilgilenme, oturma veya yatma ve diğer insanları seyretme gibi sessiz aktivitelerle geçirmekte olduğu tespit edilmiştir (117). Ruhsal hastalığı olanların zamanlarını kullanma şekli, sağlık ve refahlarıyla ilgilidir. Zaman kullanımını da ergoterapi değerlendirmeleri ve müdahalelerinde bir değişken olarak ele alınmaktadır. Çalışmada aktivitelerin anlamı 3 öge ile algılanan yeterlik, değer ve memnuniyet şeklinde tanımlanmıştır. Günlük işler ve dinlenmede algılanan yeterlik ile serbest zaman aktivitelerindeki zamanın etkin kullanılmasının, ergoterapi müdahalesi ile aktiviteye katılım için motivasyon, amaç yerleştirme ve sosyalizasyon için fırsatlar yaratılması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Anamlı işlere katılmanın, hastaların özgüven ve öz-benlik algısında değişikliklere sebep olduğu gösterilmiştir (117). Bizim çalışmamızda bireylere kısıtlı oldukları alanlara yönelik kişisel bakım, serbest zaman ve üretkenlik aktivitelerinden oluşan yapılandırılmış bir

programın bir günlük rutin içinde sağlayan kademeli bir müdahale oluşturulmuştur. Bu şekilde günlük rutinleri, sorumluluk ve rollerin her iki yerleşim yerinde de geliştiği tespit edilmiştir.

Shei Lai ve arkadaşları, affektif kişilik rahatsızlığı ve diğer rahatsızlıkları olan bireyler üzerinde, aktivite-rol adaptasyonunu değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, adaptasyonun iki esas elementten oluştuğu ve bunların kimliği oluşturma ve değişen durumlarda bu kimliği gerçekleştirebilme yeteneği olarak yeterlilikten bahsetmişlerdir. İnsanların devamlı kimlik oluşturdukları, engelliliğin başlaması ile kimlik sıkıntısı olduğu ama yeterlilik kadar önemli olmadığı ifade edilmiştir. Yeterliliğin sürdürülebilmesinin, engellilik ile yüzleşen birinde ortaya çıkan kimlikten daha zor olduğu belirtilmiştir. Kimliğin yapılandırılmasında kişisel nedenler, değerler ve amaçlar ilişkili bulunmuştur. Araştırmacılar bu konuya yönelik özellikle ruhsal sağlık alanında daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır (67).

Kielhofner ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada aktivite-rol davranışların adaptasyonu ile kişisel değerler arasında ilişki olduğu, bireylere yapılan müdahalelerde aktivitelerin doğru yapılabilmesi için adaptasyonun gerekli olduğu üzerinde durulmuştur. Bireylerde en önemli performans alanları kendine bakım, sorumlulukları ele almak, problem çözüme, finans, amaç yerleştirmek, değerli temel kararları almak gibi yaşam aktivitelerinin idaresi alanlarıdır. Çevre skalası ile çevresel destekler ve bu desteklerin önemi hakkında ergoterapiste görüş sağlamaktadır. Çevre skalasında en kısıtlı alanlar olarak üretim için ihtiyaç duyulan konular, kendi eğlenceli bulduğu serbest zamanlarında gideceği yerler, üretici olabileceği bir yer (iş, öğrenci, gönüllülük) belirlenmiştir (94).

Yaptığımız performans kapasitesini arttırıcı müdahalelerde beceriler zaman içinde tekrarlarla, davranışların otomatik ve alışkanlık haline gelmesini sağlamıştır. Bireylere yapılan yardım miktarı kademeli olarak azaltılarak, yaşam alışkanlıkları üzerinde ergoterapinin etkisi oluşturulmaya çalışılmıştır.

Asmundsdottir'ın yaptığı çalışmada ergoterapistler mental sağlık problemi olan bireylere hizmet sağlamak için yeni fikirler oluşturmuştur. Bu işbirliği ile bir servisin gelişimi sağlanmıştır. Çalışmada mental sağlık sisteminde MOHO'nun önemli bir kavram olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin üçte biri kronik depresyon, diğer üçte biri kişilik rahatsızlığı, beş kişi şizofren olarak teşhis edilmiştir.

İyileşmeyi kolaylaştırmak için çevresel faktörler aile, profesyoneller, servisler, iş yerleri, arkadaşların desteği önemli bulunmuş, iyileşmede ilk aşama olarak bireylerin kendi stigmalarıyla başedebilmeleri üzerine odaklanılmıştır. Katılımcılar tarafından bildirilen problemler; sorumlulukları almanın önündeki en büyük güçlük olarak stigma ve çevresel faktörler olarak tespit edilmiş, psikiyatrik teşhisi olan bireyde iş fırsatlarının eksikliği, işsizlik, irade ve alışkanlıklar konularında problemlere yol açmaktaydı. Destek eksikliği işe girmek için en büyük engeldi.

Mental hastalıklar, evsizlik, işsizlik, madde kullanımı etiketlenmenin meydana geldiği durumlardır. Ergoterapistlerin toplum algısını etkileyen ve stigmatı oluşturan negatif sosyal çevreyi dikkate almaları gerekmektedir. Sosyal stigmanın negatif sonuçları dışlanma, ayrışma ya da kişisel özgürlüklerin kısıtlanmasıdır. Sosyal stigma başarılı toplumsal katılımı etkilemektedir. Bu durum kişilerin aktivite performansını ve iyileşme sürecini etkilemektedir. Kişinin deneyimlerini geliştirebilecek rol ve rutinlerini geliştirici aktiviteler planlamak ve bunun için aile arkadaş desteğini elde etmek, sürekli iş desteği sağlamak önemli konu olarak belirlenmiştir. Sadece rollerin geliştirilmesine odaklanılmadı aynı zamanda aktivite-rol dengesinin korunması üzerinde durulması gerektiği ifade edilmiştir (114).

Olumsuz tutumların meydana geldiği sosyal çevre ise başarılı iş edinme ve toplumsal katılım için en büyük engeldi. Kişilerin günlük yaşamda arkadaş çevresi ve toplumsal ilişkilerini anlama gereğinin birkaç nedeni ortaya çıkarılmıştı: Kişinin geliştiği çevreyi tanımak, risk faktörlerini anlamak ve sosyal ve ekolojik perspektifler arasındaki dengeyi sağlamak gerekiyordu. Kişinin arkadaşlıkları ve toplumun kişiyi nasıl etkilediğini anlamak müdahale planına önemli katkı sağlamaktaydı. Arkadaş çevresinin profili çıkarılarak kişiye destek olabilecek çevre belirlenmeye çalışılmıştı. Ergoterapistler ilişkilerin, kişinin anlamlı aktivite gerçekleştirme potansiyeli üzerindeki güçlü etkisi olduğunu ve sosyal ilişkilerin değerine ilişkin gittikçe artan farkındalık oluşturarak aktivite fırsatları sağlarken, kaynakların göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmiştir (114).

Aktivite- rollerin günlük yaşam aktivite performansı geliştirmekte etkisi olduğu söylenmektedir. Aktivite, kişinin günlük hayatta üstlendiği rollerle yakından ilişkilidir. Bireyler rollerinde kimlik/aidiyet duygusu oluştururlar. Her bir rol, kişinin yapması gereken bazı aktiviteler içerir. Sağlıklı bireylerin yetenek, sorumluluk ve

potansiyellerini yansıtan rutinleri vardır; bu rutinler rolleridir. Roller kişinin aktivitelerini belirler ve kişiye bir kimlik kazandırır (balerin, çiftçi, anne, eş, çocuk gibi). Ross'nın yaptığı çalışmada toplumda yaşayan ruhsal hastalığı olan bireylerde aktivite-rol performansı araştırmasında, arkadaş, aile üyesi rolü ve işçi rolü en değerli roller olarak bulunmuştur. Rol performansının farklı paternleri yaş ve cinsiyete göre değişiklikler göstermiştir (128). Lee ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; ruhsal sağlıkta üretici işlerin iyilik ve sağlıklı olmayı artırdığı, öz-güven duygusunu geliştirdiği tespit edilmiştir. Çalışmada ergoterapist, ücretli iş fırsatlarını araştırmada bireye destek sağlamaktadır. Bireylerin çalışan rolünü sürdürebilmesi için stres idaresi ve çevresel yapılandırma ile aile, arkadaş ve personel desteğinin sağlanması üzerine odaklanan müdahaleler yapılmıştır (15). Coniglio ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ruhsal hastalığı nedeniyle rol kaybı olan bireylere, aktivite yoluyla iyileşmeyi sağlayabilmek, becerilerini tekrar kazanmak, üretici bir işe geri dönüşü sağlayabilmek için, rollerini yapılandırma yoluna gidilmiş ve kafe idarecisi, restoranda finans işleri gibi rol ve ödevler verilmiştir. Çalışmamızda sorumlu uzmanla işbirliği yapılarak Umut Evinde yaşayan bir bireye ücretli bir iş ve iki bireyede kuruma bağlı cafede iş elde edilmiştir (129).

Lee ve arkadaşının yaptığı bir çalışmada, engellilik ve rehabilitasyon alanlarında bir işte çalışmanın giderek büyüyen bir sorun olması ve rehabilitasyon alanında, ergoterapi tedavisi ile ilgili kanıtların biraz sınırlı olduğu ifade edilmiştir. Kanıta dayalı MOHO temelli iş değerlendirmelerinin iyi psikometrik özelliklere sahip olduğu ve bireyin mesleki potansiyelini ve ihtiyaçlarının değerlendirilmesinde yararlı olduğu belirtilmiştir. MOHO tabanlı çalışma programlarının, bireyin mesleki gelişimlerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. İş temelli klinik müdahaleler için, MOHO kavramının; Worker Role Interview (WIR), Work Environment Impact Scala (WEIS) gibi temel değerlendirme materyalleri sunduğu ifade edilmiştir. MOHO, iş çevresinde müdahale için klinik uygulamalarda kanıt sağlamaktadır. MOHO temelli müdahaleler iş programları için pozitif etki oluşturmaktadır. İş başarısında; iş memnuniyeti, kariyer değerleri, kişisel nedenler, bireyin işe dönmesinde, karar vermesinde önemli olduğu bulunmuş, vaka çalışmalarında pozitif sonuçlar için destek sağlanmıştır (59). Yapılan diğer çalışmalarda da MOHO müdahalelerinin İnme, AIDS/HIV gibi ruhsal veya kronik

hastalığı olan bireylerde iş sonuçlarını geliştirmeye olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir (60,79,113,130).

Yaptığımız çalışmada, bireylerin içinde buldukları toplumda işe yerleştirilebilmeleri için iş araştırmasında sorumlu uzmanla işbirliği yapılarak yardımcı olunmuş, destekli istihdam edilmesi yani eşit ve güvenli çalışma koşulları altında, kişisel ihtiyaç ve yetenekleri doğrultusunda bir işe yerleştirilmesi sağlanmıştır. İşe yerleşen bir birey daha önce gönüllü olarak kuruma ait bir işte gönüllü çalıştığı için işin aktivite taleplerinin birbirine benzer özellikler göstermesinden dolayı işe adaptasyon süreci, problemsiz olarak gerçekleştirilmiştir. Kurumda gönüllü çalışmaya başlayan, daha önce hiçbir yerde çalışmayan diğer iki bireyde ise beceri geliştirme eğitimi yapılmış ve iş çevresindeki sosyal gruplardan destek alması yönünde motivasyon verilmiştir.

Bizim çalışmamızda katılımcıların öğrencilik, kursiyer, çalışan, çocuk, kardeş, arkadaşlık rolleri olduğu tespit edilmiştir.

Rol ve aktivite temelli müdahalelerinde bağımsız yaşam becerileri, serbest zaman aktivitelerine katılımını geliştirme ve destekleme yönünde aktivitelerle eğitim yapılmış ve gelişim elde edilmiştir. Çalışan rolü olarakta Umut Evinde iki katılımcının Cafe Down'da çalışmaya başlaması için sorumlu uzmanla işbirliği yapılmış, iş olanaklarıyla ilgili meslek tanıtımı rehberlik ve uygulamalı eğitim ile işletme yetkili personeline tavsiyelerde bulunulmuştur. İşletme idarecisine verilen rehberlik ve tavsiye sonrasında bir kişinin sigortalı bir işe yerleştirilmesi sağlanmıştır. Kurum Evlerinde aktivite-rol paternindeki gelişmeyle beraber, ilişkilerde artan gelişim sağlanmış, çevre açısından Kurum Evinde değiştirilemeyen fiziksel alan haricinde kaynakların sosyal grubun aktivite-rol taleplerinin geliştiği ortaya çıkarılmıştır. Umut Evinde ise hem patern, aktivite-rol sorumlulukları hem ilişkiler, çevre açısından tüm parametrelerde gelişim elde edilmiştir.

Arbesman ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada rol ve aktivite temelli müdahalelerin sosyal-emosyonel öğrenme, okul sonrası programlarında, sosyal beceri geliştirmede etkili olduğu görülmüştür. Öğrenme güçlüğü ve gelişim geriliği olan bireylerin, sosyal beceri programlarından, oyun, serbest zaman ve rekreasyonel aktivitelerden yararlandıklarıyla ilgili güçlü kanıtlar ortaya çıkartılmıştır. Ciddi

davranış bozukluğu ve ruhsal hastalığı olan bireylerde, sosyal davranış ve özgüven için, aktivite odaklı müdahalelerin etkili olduğu görülmüştür (131,132) .

Ayuso ve arkadaşının dikkat eksikliği hiperaktivite (ADHD) teşhisine sahip çocuklarda yaptığı çalışmada MOHO; çocuğun aktivite-rol kimlik ve yeterliliğini anlamının bir yolunu sunuyor. Ergoterapinin, her bireyin aktivite performans ve katılımını geliştirmek için nasıl yardımcı bir yol sunduğunu anlamak için kullanılıyor. MOHO müdahalesi sırasında çocuklarda düşük yeterlilik, zorlu aktivitelere katılımda çok istek göstermeme gibi problemlerle karşılaşmıştır. Daha önce ergoterapi müdahalesi almayan çocuklar, kendi yeteneklerinin limitli olduğunu aktiviteyi yaparken hissediyorlardı. Limitli öz farkındalık ve ilgiler, dikkatin sürdürülebilmesinde yetersizlik, problem çözmede, rutinlerini sürdürmede, rol performansı için beklentileri karşılamada problemler, kontrol duygusunda zayıflık tespit edilmiştir. Müdahalede günlük yapılan aktiviteler önemli bulunmuştur.

Tedavinin başarısı için çocuğun motivasyon ve becerilerinin temel konular olduğu tespit edilmiştir. Aktivite için kişinin kendi kapasitesi ve etkinliği hakkındaki duygu ve düşünceleri, değerleri; memnuniyet verici bir aktiviteye katılmayı istemesi için kişiyi olumlu yönde motive ettiği belirlenmiştir. İradenin merkezinde yapılacak şeyler hakkında yani, yapılan işten hoşlanma, kendini yeterli hissetme ve işin önemi gibi düşünceler ve hisler olduğu, ADHD'li çocuklarda motivasyon ve öz kontrolün, ergoterapinin başarısını sağlamada gerekli olduğu, çocuğun aktiviteye katılmak için motivasyonu yoksa, müdahaleden faydalanılamadığı tespit edilmiştir. Yürütücü fonksiyon, kendi bakımını üstlenmek, plan takip etmek, kendini izlemek, yönleri takip etme, dikkatin sürdürülmesi ve arkadaşlarıyla etkileşimde performans güçlükleri yaşanmaktadır.

Müdahalede; aktiviteye katılımda bilginin birleştirilmesi, kendini izleme ve kendini yansıtıcı uygulama, ergoterapistle çalışma ve ailelerle amaç yerleştirme, problem çözmek için yollar keşfetmek gerekmektedir. Çocuklar için en önemli maddeler 'kaba motor ve kendine bakım aktiviteleri olarak aile ve arkadaşlarıyla yaptığı aktiviteler ve yapmak için seçtiği aktiviteler' düşünülmüş ve müdahale için öncelikli olarak ele alınmıştır. Çocuklarda az değerli konular olarak sorumlulukları sürdürmek ve idare etmek tespit edilmiştir. Yapmak için zorlanmalarına rağmen, kendi seçimlerini yapmak çocuklar tarafından daha önemli olarak bildirilmiştir (74). Bizim

çalışmamızda Kurum Evinde bireylerin kendileri için önemli olanın ne olduğunu belirlemede ,hedeflere yönelik çalışmada zorluklarının müdahale sonrası teşvikle seçimlerini yapabilir duruma geldiklerini tespit ettik ancak aktivite ve rolleri için konsantrasyonlarını sürdürme aktiviteyi başlatma, sıralama ve tamamlamayla ilgili zamanlama ve organizasyon becerilerinde zorluklar Kurum Evinde müdahale sonrasında da devam etmiştir. Bunun nedeni olarak Kurum Evinde yapılan müdahalenin kurum politikalarında değişiklik oluşturmaya yeterli olmadığı düşünülebilir. Kurum politikası gereği görevli personelin zamanlama ve oryantasyonla ilgili düzenlemeleri onların adına yapmaları diye düşünülmektedir.

Umut Evinde kalan bireylerde müdahale sonrası zayıf özyeterlilikleri ve kendileri için önemli olanı belirlemedeki ve hedeflere yönelik çalışmadaki zorlukları müdahale sonrası teşvikle başarı beklentisi oluşturmalarına ve seçimlerini çoğunlukla yapabilir duruma gelmiştir. Müdahale sonrası aktivite-rol paternlerindeki adaptasyon zorlukları ve beklentilerin karşılanma, problemleri, davranış değişikliği ayarlamaları ve çoğunlukla sorumlulukları yerine getirme şeklinde gelişim elde edilmiştir. Aktivite-rollerle ilgili bilgi elde etmede zorlukları, problem çözmede zorlukları anlamada ve adapte etmede sorunları varken, müdahale sonrasında bilgileri arayabilir ve araçlarını kullanabilir hale gelmişler, aynı zamanda problem çözmedeki zorluklarıyla ilgili genellikle doğru karar verebilir duruma gelmişlerdir. Sosyal gruplar ve bu gruplardaki aktivite-rol talepleri Umut Evinde müdahale sonrası sosyal destekle (arkadaş, aile, çalışma ortamı desteğiyle) ve genellikle aktivite taleplerine uygun yetenek, ilgi, enerji ve zaman uyumu şeklinde gelişme elde edilmiştir.

Yapılan çalışmalarda özel ev idaresi ile ilgili aktiviteler ve destekli ebeveynliği hedef alan yardımcı günlük yaşam aktiviteleri müdahaleleri için kanıtlar sınırlı, ancak olumlu bulunmuştur. İşaretler gibi çevresel bilişsel destekler ve diğer kompensatuar stratejiler bireyin uyum sağlayamama davranışının yönetiminde yararlı olmuştur (87,124). Bizde kognitif problemi tespit edilen Umut Evi ve Kurum Evinde kalan toplam 12 bireyde de kognitif rehabilitasyon uygulamaları yapılmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Tarakçı ve arkadaşlarının yaptığı Multipl Sklerozun (MS) Farklı Tiplerinde Ergoterapinin Etkinliğinin Karşılaştırılması isimli çalışmada; kognitif bozukluklara yönelik müdahale için kompensatuar teknik, günlük yaşam aktivitelerine yönelik

bağımsızlık için ev ortamında çevresel adaptasyonlar, adaptif cihazlar, aktivite eğitimleri uygulanmış, multidisipliner takımda ergoterapinin önemine vurgu yapılarak bu alanda yapılacak çalışmalara yol gösterici bir çalışma olduğu dile getirilmiştir. Müdahale sonrası günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) olumlu gelişmeler gözlenmiş ve fonksiyonel hareket (FIM) toplam skoru artmış ayrıca Lotca testi toplam sonuçları MS'in üç tipinde de artış göstermiştir. Kognitif yeteneklerdeki artış üç grupta birbirine benzer düzeyde bulunmuştur (87).Yapılan diğer bir çalışmada MOHO temelli müdahalelerle ilgili toplum temelli bakım merkezinde yapılan bir çalışmada; müdahale kişisel nedenler, değerler, ilgiler, alışkanlıklar, rol performansı, motor beceriler, süreç becerileri ve fiziksel çevre değişimlerine odaklı olarak düşünülmüş, deney grubunda yaşam kalitesi ve GYA 'da önemli gelişmeler elde edilerek, sağlıklı ilgili yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri performansının geliştirilmesinde MOHO müdahalesinin etkisinin olduğu belirlenmiştir (116). Bizim çalışmamızda da deney grubu olan Umut Evleri bireylerinde olumlu gelişmeler gözlenmiş ve İARMTA alt parametresi olan başarı beklentisi, seçimler, sorumluluk, konuşma,vokal ifade, sosyal gruplar, aktivite-rol taleplerindeki değişimin Kurum Evlerine göre daha farklı olduğu tespit edilmiştir.

Arbesman ve arkadaşlarının yaptığı ciddi ruhsal hastalığı olan yetişkinler için istihdam ve eğitime ilişkin ergoterapi müdahaleleri ile ilgili sistematik bir incelemede, odaklanılan klinik soru: ücretli ve ücretsiz istihdamda (gönüllü çalışma fırsatları, ev idaresi, çocuk bakımı) ve ciddi ruhsal hastalığı olan yetişkinler için eğitimde katılım ve performansı iyileştirmek ve sürdürmek için hangi ergoterapi tedavi müdahaleleri etkilidir? sorusu oluşturulmuştur (133). İnceleme, aktivite ve aktivite temelli müdahaleler ile performans becerilerini, ortam özelliklerini, aktivitelerin taleplerini ve kişi faktörlerini ele alan müdahaleleri içermektedir. Sonuçlar, rekabetçi istihdam ile sonuçlanması için bireysel yerleştirme ve desteği kullanan destekli istihdamın etkinliğine dair güçlü kanıtlar olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, bilişsel ya da sosyal beceri eğitimi ile birleştirildiğinde daha güçlü olmaktadır diye ifade edilmiştir. Hedef belirleme, beceri geliştirme ve bilişsel eğitimi vurgulayan destekli eğitim programları, eğitim konusunda daha fazla katılım ile sonuçlanmaktadır (133,58). Bu müdahaleler, günlük yaşama daha iyi katılım ve daha iyi yaşam kalitesi ile sonuçlanmıştır. İşaretler gibi çevresel bilişsel destekler ve diğer kompanse edici

stratejilerin, adaptasyon sağlayamama davranışının yönetiminde faydalı olduğu tespit edilmiştir (133). Bizim çalışmamızda da önceden çalışmayan ve Cafe Down'da istihdam edilen okuma yazması olmayan bir kişiye uygulamalı eğitimle çevresel bilişsel destek olarak adisonların düzenlenmesi sağlanmış ve işe adaptasyonu sağlanmıştır.

Robert ve arkadaşlarının yaptığı ruhsal hastaların yaşam rolü ve topluma uyumuyla ilgili bir çalışmada aktivite-rol katılımlarda, özyönetim ev idaresi, yemek yapımı, topluma uyum çalışmaları ve sağlık yönetimiyle ilgili davranışlara odaklanılmış; iş, sosyal katılım, günlük yaşam aktiviteleri beceri eğitiminin, kognitif eğitimle birlikte yapınca aktivite performansını daha çok arttırdığı ortaya çıkmıştır (68, 118). Bizim çalışmamızda kognitif problemi olan bireylerde yapılan kognitif eğitimin sonunda kognitif becerilerin arttığı tespit edilmiş ancak istatistiksel olarak aktivite performansına etkisi incelenememiştir.

Forsyth ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; yetişkin ruhsal sağlık ve öğrenme güçlüğü ile fiziksel yetersizliği (HIV & AIDS) olan bireylerde ergoterapistler tarafından klinik kullanımına yönelik MOHOST uygulanmıştır. Öğrenme güçlüğü olan bireyler; tüm bireylerin % 9.82'i, fiziksel yetersizliği olan bireyler; % 33.74'ü, ruhsal sağlık problemine sahip olan bireyler; % 56.44'ü olarak belirlenmiştir. MOHOST alt maddelerinde aktivite-rol katılımındaki yüksek puanlarını alan maddeler: roller, sorumluluk, aktivite-rol talepler, becerilerin değerlendirilmesi iken daha düşük aktivite-rol katılımı puanı alan maddeler ise; motor, iletişim/etkileşim ve süreç becerileri dir. Bizim çalışmamızda Umut Evinde yaşayan bireylerin en yüksek puanlar aldıkları alanlar ise; motor, fiziksel alan, iletişim/etkileşim, rutin ve roller, fiziksel kaynaklar, becerilerin incelenmesi iken, en düşük aktivite-rol katılımı puanı aldıkları maddeler ise; sosyal grup, başarı beklentisi, aktivite-rol talepler, sorumluluk ve seçimler, bilgi, adaptasyon ve problem çözmedir. Kurumda yaşayan bireylerin yüksek puanlar aldıkları alanlar; postür, koordinasyon, iletişim/etkileşim becerilerinden konuşma,vokal ifade ve enerji ve sözsüz ifade, ilişkiler, fiziksel alan ,rutinler iken en düşük aktivite-rol katılımı puanı aldıkları alanlar ise; problem çözme, adaptasyon ve organizasyon, becerilerin değerlendirilmesi ve zamanlama ve sorumluluk, başarı beklentisi ve bilgi ve rol, ilgi, aktivite-rol talepler, sosyal grup, fiziksel kaynaklar, seçimlerdir. Bizim çalışmamızda da öğrenme güçlüğü, fiziksel

yetersizliği ve ruhsal sağlık problemine sahip olan bireylerin çalışmaya dahil edilmesi yönünden örneklem benzerlik göstermektedir. Ergoterapistler İARMTA'nin bireyin aktivite-rol yaşamını yansıttığını ve detaylı düşünmek için fırsat sağladığını, bazı tanımlarda da bireyin kendine bakım, üretici ve serbest zaman aktivite analizinin bir yolu olan aktivite analizi olarak İARMTA'ni ifade etmişlerdir. Tedavi edici bir ajan olarak aktivite kullanımının, bireyin sağlığına benzersiz bir katkı sağladığı düşünülmektedir. Teorik temelli pratik için yansıtıcı olduğundan aktivite analizine teorik çerçeve sağladığı düşünülmektedir (Crepeau, 2003;Toglia, 2003). Kişinin aktivite-rol yaşamının analizi ve bu analizin birbirleriyle ilgili farklı yönleri yansıtılmaktadır. Bu analizin bireyi günlük yaşama yeniden katılmayı desteklemek için yapıldığı ve potansiyel değişiklikleri ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Bu destek iletişim ve etkileşim becerileriyle beraber süreç ve motor becerilerin dahil olmasıyla arttığı ifade edilmektedir (32,101,134).

Notoh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hem ruhsal problemi olan hem de fiziksel yetersizliği olan bireylerin aktivite-rol katılımındaki yaşadığı zorlukları tespit etmek için MOHOST kullanılmıştır. Günlük yaşam aktivitelerindeki değişim ile rehabilitasyonun etkinliği ölçülmüştür. Bu nedenle günlük yaşam aktivitelerinin eğitiminin rehabilitasyon için önemli olduğu ifade edilmektedir. Aktivite perspektifinden bakıldığında, bireyin anlamlı aktivitelere katılımı için değerlendirme ve müdahale önemlidir. Değerlendirmede ve müdahalede anlamlı aktiviteye odaklanmak, günlük yaşam aktivitelerinin gelişimi için daha etkili olmaktadır. Kişisel ve sosyal olarak anlamlı aktivite, katılım olarak bireyin algısına bağlıdır. Katılımcılar için diğer maddelerden daha kısıtlı olan“motor beceriler”, alanındaki “postür, mobilite” ve “koordinasyon” ve aktiviteler için “motivasyon”, alanındaki maddelerdir. Kıyaslandığında “iletişim ve etkileşim becerileri”, “süreç becerileri” ve “çevre ” alanındaki maddeler diğer alanlardaki maddelerden daha güçlü bulunmuştur. Çalışmada çevrenin aktivite-rol katılımını kolaylaştırdığı belirtilmiştir (Kielhofner, 2008) (69).

Bütün katılımcılar, hastanede akut rehabilitasyon programında, yeni çevre içerisinde yeteneklerini geliştirmeye devam ettiğini bildirmişlerdir. Onların seçimleriyle çevrenin iç ilişkili olduğu, hareket planı yapmaya teşebbüs ettikleri hastane çevresindeki aktivite ve rollerde ilgilerinin gelişimlerinin zor olduğu tespit

edilmiştir. Ergoterapistin aktivite için motivasyona ve beraberinde bireyin kısıtlılık gösterdiği motor becerilerine odaklanması gerekmiştir. Çevre, hastane çevresinin destekleyiciliği içerisinde en güçlü alan olmuştur. Bireyin aktivite-rol katılımının çok farklı seviyelerinde problem yaşadığı alanlar tespit edilmiştir (69). Bizim katılımcılarımızın birinde fiziksel yetersizlik ve öğrenme güçlüğü bulunmakta, diğer katılımcılarda ise ruhsal-zihinsel problemler bulunmakta idi. Bu nedenle motor beceriler alanı güçlü bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise en güçlü bulunan maddeler motor ve iletişim etkileşim becerileri olarak bulunmuş, en kısıtlı maddeler ise aktivite rol için motivasyon, çevre ve süreç becerileri alanlarında tespit edilmiştir.

Kramer ve arkadaşlarının, mental sağlık problemi olan bireylerde ergoterapi müdahalesi ile değişimi keşfetmek için 20 ay süreyle yapılan çalışmasında, MOHOST kullanılmıştır. Günlük yaşamda bireylerin katılımını kolaylaştıran ve kısıtlayan çevre ve kişi faktörleri incelenmiş, rehabilitasyon ünitesinde tedaviye katılımdan taburculuğa kadar geçen sürede aktivite-rol katılımındaki değişim belirlenmiştir. MOHO bireylerin benzersiz olan ihtiyaçları ile buluşma ve amaç yerleştirmek için kullanılmıştır. Motor beceriler ve çevre skalasında değişim önemli bulunmuştur. Motor beceriler ve taburculuk çevresinin planlanmasında bireylerin 70.4 'ün de yeni ve destekleyici yaşam durumları elde edilmiştir. Fiziksel alan ve sosyal gruplarda yapılanma için önlemler alınamamıştır. Diğer alanlarda önemli değişim elde edilememiş, uzun süreçte gelişme elde edilebileceği vurgulanmıştır (76). Bizim çalışmamızda Kurum Evlerinde en zayıf olan alanlardan problem çözme, kendi becerilerinin değerlendirilmesi, başarı beklentisi, bilgi, rol, ilgi, aktivite rol talep, sosyal grup, fiziksel kaynak ve seçimler alanlarında müdahale sonrasında aktivite-rol katılımlarının engellenme durumundan, sağlanma durumuna geliştiği görülmektedir.

Adaptasyon, sorumluluk alma, zamanlama, organizasyon alanlarında ise gelişim daha az olarak yani destekli olarak sağlanan pozisyona bir değişim göstermiştir. Umut Evinde zayıf alan olan sosyal grup ve aktivite rol taleplerinin gelişerek sağlandığı ve kolaylaştırıldığı bir değişim elde edilmiştir. Aktivite-rollerdeki motivasyon için başarı beklentisi ve seçimler yapma yine gelişim göstererek değişmiştir. Aktivite-rol paternlerindeki zayıf olan alanlar adaptasyon ve sorumluluk ve süreç becerilerindeki zayıf olan alan bilgi toplama ve problem çözümede müdahale sonrasında gelişim elde edilmiştir.

Çalışmaya aldığımız bireylerde aktivite için motivasyona ve diğer çevre, süreç becerileri ve çevre konularına ve anlamlı aktiviteye odaklanılması yönünden Kramer'in çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Peter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 6 ay (94), Martin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 9 ay (92), Sun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 6 aydan uzun süreli çalışmalar yapılmıştır (15). Diğer yapılan bir çalışmada ergoterapistlerin yarısı hastalara müdahale süresinin beş haftadan fazla olması gerektiğini vurgulamıştır (57). Vakalarımızda değişim elde edebilmek için bu süreç literatür bilgisiyle karşılaştırıldığında yeterli olarak değerlendirilmiştir.

Aktivite-rol temelli uygulama modelleri ile ilgili son zamanlarda yapılan bir analiz, MOHO'nun geniş kanıtsal temelleri olduğunu ortaya koymuştur. Gibson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ciddi ruhsal rahatsızlığı olan bireylerde, rol yaşamı ve toplumla bütünleşmede, ergoterapi müdahalelerinin etkinliğini değerlendirmek için yapılan 52 makale incelenmiştir. 31 makalede seviye I; 13 makalede seviye II ve 8 makalede seviye III kanıt düzeyi bulunmuştur. 7 makalenin konusunun, normal yaşam rolü ve toplumla bütünleşme üzerinde olduğu ifade edilmiştir. İncelenen alanlardan; sosyal katılımda sosyal ve iletişim becerilerine yönelik eğitimin, kişilerarası becerileri, psikiyatrik semptomları azaltma ve katılımda kuvvetli destek sağladığı bulunmuştur. Günlük yaşam aktivitelerine yönelik eğitim ile performansın arttığına yönelik kanıt, orta düzeyde elde edilmiştir. İş ve eğitime yönelik müdahale ile, bireysel işe yerleştirme destek modelinin etkinliği konusunda kuvvetli kanıt; amaç yerleştirme, kognitif eğitim, beceri geliştirmeye odaklanan eğitim programlarının orta düzeyde kanıt ortaya çıkarttığı ifade edilmiştir. Aktivite, fonksiyon ve kognitif gelişimde, nörokognitif eğitimin kuvvetli kanıtları gösterilmiştir (68). Yapılan diğer çalışmalar da da öğrenme güçlüğü ve kognitif problemi olan çocuklarda, görsel motor yapılandırma ve düşünme işlemlerine yönelik yapılan eğitimin kognitif problemi olanlarda müdahaleyi ve potansiyel öğrenmeyi sağladığı belirtilmiştir. Çalışmamızda kognitif problemi bulunan bireylere değerlendirme sonuçlarındaki zayıf alanlarına yönelik yapılan eğitimin sonunda gelişme ortaya çıkmış olması müdahalenin etkinliğinin artırılması açısından literatürle benzerlik göstermektedir (104,105).

Kahlin ve arkadaşının yaptığı öğrenme güçlüğü olan bireylerde, günlük aktivite merkezlerinde işle ilgili aktiviteler belirtilmiştir. Kişinin toplumda işçi olarak

çalışıyorsa psikososyal özellikleri daha iyi belirlenir şeklinde ifade etmişlerdir. Bu çalışmada amaç kişilerin psikososyal olarak güçlü yanlarını ve kısıtlılıklarını ortaya çıkarmaktır. Yaş, cinsiyet ve iş yerinin tipine bağlı kısıtlılık ve güçlü yanlarında önemli farklılıklar vardır. Bireylerin çalışma yılı birkaç yıl olarak belirtilmiştir. İşin değeri, işdeki ilgiler, iş sorumluluğu, alışkanlık ve çevre, iş başarısını destekleyen faktörlerdir. İşçi rolünün sorumlulukları iyi anlaşılmıştır. Desteklenmiş fiziksel çevre, aile, arkadaş, patron ve iş arkadaşı gibi kuvvetli sosyal çevre desteği, bireyin işteki pozitif tavırları, adaptasyon ve destekleyici iş çevresi sağlamaktadır. Becerileri değerlendirme ve kısıtlılıklar açısından farklı yaşlar arasında önemli farklılıklar görülmüştür. Yaşı 40 'dan büyük olan bireylerde motivasyon için daha fazla desteğin gerekli olduğu tespit edilmiştir. İlgiler alanı genç kişileri işaret etmektedir. Genç bireyler kendi yeteneğine daha gerçekçi bakış sağlamaktadır. Kadınlarda bir işe sahip olmak ve patronun algısı maddesi önemli bulunmuştur. Genç kadınlarda iş haricinde diğer rollerin etkisi de önemli bulunmuştur. Erkeklerde yaş grupları arasında önemli farklılık bulunmamıştır. İş başarısıyla ilgili en önemli madde becerilerin değerlendirilmesi ve kısıtlılıklar bulunmuştur. İşçi rolüne bakışta katılımcıların algısında farklılık bulunmamıştır. Bir madde hariç bütün maddeler destekleyici aktivite rol katılımlarında ortalama puan almışlardır. Maddelerin 7' sinde bireyin işinin kuvvetli destekleyiciliği bulunmuştur. En zayıf madde becerilerin değerlendirilmesi ve kısıtlılıklar olarak tespit edilmiştir. Becerilerin değerlendirilmesi alanında yaş grupları arasında önemli farklılıklar ortaya çıkmış ve genç bireylerde bu beceri daha güçlü bulunmuştur. Becerilerin değerlendirilmesi alanında katılımcıların yarısında müdahaleye ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir. Becerilerin değerlendirilmesi, iş başarısı ve işe dönüşte önemli faktör olarak tespit edilmiştir. Kişisel nedenler gibi iş başarısına etki eden faktörler olarak belirlenmiştir. Birey merkezli bu alana yönelik müdahalenin zayıf yanları geliştirdiği belirtilmiştir (77). Bizim çalışmamızda her iki yerleşim yerinden çalışmaya katılan bireylerin 9'u kadın, 6' sı erkekti. Umut Evinde bir işte çalışan bireylerin sayısı 13, bunları 8' i (% 61.53) kadın, 5' i (% 38.47) erkek olarak tespit edilmiştir. 8 kadının 6' sı kuruma ait bir işletmede, 1' i memur olarak bir okulda, diğeride sigortalı olarak kuruma ait olmayan işletmede çalışmaktadır. Umut Evinde çalışan 5 (% 38.47) erkeğin 3' ü kuruma ait bir işletmede, 1' i memur olarak bir okulda, diğeride sigortalı olarak kurumun

yemekhanesinde çalışmaktadır. Kurumda çalışan 2 birey bulunmakta, bunların 1'i (% 50) kadın diğeri erkektir (% 50). Kadın birey bir okulda memur olarak, erkek birey ise kuruma ait bir işletmede çalışmaktadır. Çalışan bireylerde en zayıf alanlar olarak Kurum evlerinde erkeklerde becerilerin değerlendirilmesi, başarı beklentisi, ilgi, seçimler, adaptasyon, sözsüz beceriler, ilişkiler, bilgi, zamanlama, organizasyon, problem çözme, sosyal gruplar ve aktivite rol talepleri alanları tespit edilmiştir. Kurum Evinde değerlendirilen aktivite rol katılımının 24 maddesinde 12 alanda engelli ve kısıtlı durum mevcut iken müdahale sonrasında başarı beklentisi, ilgi, adaptasyon, sözsüz beceriler, ilişkiler, bilgi, organizasyon, problem çözme, aktivite rol talepleri alanında engellenirden aktivite rol katılımı sağlanır yönünde gelişim elde edilmiştir. Çalışan tüm bireylere bakıldığında (n=15) zayıf alanlara sahip olan bireyin Kurum evinde yaşadığı ve bu kişinin 24 maddelik rol katılımının 12 maddesinde problemi olduğu, müdahale sonrasında zayıf olan 12 alanın 9'unda bir gelişme elde edilmiştir.

Çalışmamızda ihtiyacı olan bireylerden değerlendirme sonucuna göre yeni rollere adaptasyon yönünde cevap oluşturmaları istenmiştir. Bireyler; market alışverişi, temizlik yapma ve mutfak aktiviteleri gibi belirli ev idaresi işleri yapması için motive edilmiştir. Bireylerin aktivite değişikliğini anlaması, talebi karşılayabilmek için davranışını ve rutinini değiştirmesi gerekmiştir. Araştırmamızda her iki yerleşim yerindeki bireylerde aktivite rol paterni alanında anlamlı iyileşmeler tespit edilmiştir. MOHO müdahalesi sonunda bireylerin rutin, adaptasyon, roller, sorumluluk alanlarında aktivite-rol performansın iyileşmesi için gereksinim duydukları yardım oranının azalması, tedavinin aktivite- rol ile ilgili yaşam olayları üzerinde etkin olduğunu göstermiştir.

Bizim araştırmamızda MOHO tabanlı değerlendirmeler ve Aktivite Performans Süreç Modeline dayalı uygun müdahale planları geliştirilmiştir. Rol, aktivite ve görevler ile, aktivite performans alanlarında bireylerin kimlik ve yeterliliği sağlanarak, aktivite-rol için motivasyon, aktivite-rol paterni, iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri, motor becerileri, çevre parametreleri üzerinde olumlu etkiler ortaya çıkmıştır.

Kurum Evlerinde bulunan bireyler aktive rol paterni alt parametreleri olan, rutin, adaptasyon, roller, sorumluluk açısından ergoterapi müdahale programlarıyla bir iyileşme göstermiştir. Kurum Evlerinde aktivite rol paternlerinde rol gelişimi

açısından engellenme durumunun bir üst seviyeye gelişmesi Kurum Evinde müdahalenin olumlu etkisi olarak ortaya çıkmıştır.

Umut Evlerinde aktive rol paterni alanında zayıf olan adaptasyon ve sorumluluklar açısından destek olmadan pasif veya tereddütlü iken müdahale sonrasında, sorumluluk olarak aktivite rol ile ilgili beklentileri karşıladıkları ve günlük görevlerdeki değişiklikleri anlayarak talebi karşılayabilmek için eylem ve rutinlerini değiştirdikleri sonucuna gelişim elde edilmiştir. Aktivite-rol paterninin diğer maddeleri olan günlük aktivitelerin rutinlerinin düzenli, dengeli ve üretken olması ve değişik rol kimliklerinin tanımlanması, aidiyat duygusunda gelişme sağlanmıştır.

İletişim ve etkileşim becerileri, bireylerin sosyal gruplarla iletişiminde, diğer kişilerle iletişim, vücut dili-göz teması kurarak ve mimikler kullanarak-niyetini gösterme yoluyla iletişimi başlatma, soruları cevaplama gibi, sözel ve sözel olmayan kapasitesini kullanmasıdır. Bireyler; iş arama, gönüllü faaliyetler, serbest zaman aktiviteleri, öğrenci eğitimi aktiviteleri, aile ve toplumda akranlar ve arkadaşlar ile sosyal katılım sırasında bu becerilerini kullanmaktadırlar. Hem iletişim hem de sosyal becerilerin kişilerin kendi doğal ortamlarında en iyi biçimde geliştirilebildiği belirtilmektedir. Bu nedenle beceri geliştirme ve eğitim için etkin iletişim stratejileri oluşabilecek çevrelere odaklı olarak düşünülmüştür. Etkin sözel içeriği oluşturabilme, uygun sözel olmayan davranışlarla konuşabilme (yüz jestleri ve postür), göz temasını sürdürebilme, iletişim mesafesini anlayabilme (etkileşim sırasında kişiler arasındaki fiziksel mesafe) bireysel ve grup aktiviteleri sırasında uygulamalı çalışılmıştır. MOHO; ev, toplum, okul, iş ya da tedavi gibi çeşitli çevrelerde önemli günlük aktivitelerde iletişim ve sosyal etkileşim becerilerini vurgulayan bir bakış sağlamaktadır. Amerikan Ergoterapi Derneği (The American Occupational Therapy Association-AOTA) iletişim becerilerinin ergoterapinin kapsamına giren performans becerilerinden olduğunu bildirmiştir (12,109). Umut Evinde yaşayan bireylerin aktivite temelli toplumsal olaylara katılma fırsatları daha fazladır ve çevreye yapılan müdahale ile iletişimle ilgili fırsatlar oluşturulduğu zaman hem iletişim becerileri hem de sosyal becerileri daha kolay gelişebilmiştir.

Billy ve diğerlerinin yaptığı bir çalışmada öğrenme güçlüğü ve iletişim ve etkileşim becerilerinde problemi olan bir vakaya, iletişim becerilerini artırmak için,

doğal sosyal çevresinde, çevreye yapılan müdahale ile iletişimle ilgili fırsatlar yaratılmış ve gelişme elde edilmiştir (93). Rachel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ruhsal sağlık problemi olan bireylerin fonksiyonel yetenekleri, değerleri kapsamlı bir biçimde değerlendirilmiş ve bu bilgiyi kullanarak grup resim çalışması ile sosyal emosyonel iletişimi ve aktivite-rol katılımını arttırılmıştır. (120). Bizim çalışmamızda da MOHO müdahalesi ile bireylerin yetenekleri ve değerleri ile eşleşen aktivitelere katılımları sağlanmıştır.

Çalışmamızda iletişim ve etkileşim becerileri, bireylerin kendi doğal ortamlarında geliştirilmeye başlanmış ve böylece beceri geliştirme ve eğitimi için etkin iletişim stratejileri kişi odaklı MOHO müdahaleleri şeklinde uygulanmıştır. Bu çalışmada, Umut Evleri grubundaki bireyler sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade, ilişkiler yönünden, Kurumsal Bakım Merkezinde kalan bireylere göre daha iyi performans göstermişlerdir. Kişinin kültür ve durumlara uygun verilen, kendisine ait sözsüz yani uygun beden ve vücut dilini kullanması, bir konuşmayı uygun ses tonu ve hızında, uygun yer ve zamanda başlatabilmesi, konuyu açıklaması ve sürdürmesi, etkili bilgi alışverişi, konuşmanın içeriğinin etkili olabilmesi ve ses tonu yüksekliği, hızı gibi kendini ifade etmedeki mevcut becerileri, birey merkezli ergoterapi müdahalesi yapılarak desteklenmiştir. Müdahale sonunda her iki yerleşim yerindeki bireyler için farklı sonuçlar ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Umut Evleri grubunda müdahale öncesine göre değişim anlamlı iken, Kurumsal Bakım Merkezi grubunda değişim elde edilememiştir.

Umut Evinde **iletişim ve etkileşim becerileri** alanında müdahale ile sözsüz beceriler ile uygun beden dilini kültür ve durumlarda kullanma, konuşmayı uygun başlatma, sürdürme, konuşma, vokal ifade uygun, ilişkilerde hoş sohbet, başkalarının farkında olmaları aktivite-rol katılımlarını sağlar düzeyden müdahale ile kolaylaştırılır yönünde gelişme sağlanmıştır. Kurum çevresinden ayrılıp toplum içinde sosyal çevreye katılmaları ve bu alandaki kendine bakım, serbest zaman aktivitelerinin MOHO müdahalesi ile yapılandırılmasının etkisi olduğu düşünülmektedir. Kurumda yaşayan bireylerde müdahale sonrasında sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifadeyle olan iletişim ve etkileşim becerilerinde bir farklılık olmazken, ilişki becerileri açısından bir gelişim sağlanmıştır.

Süreç becerilerinde; bireylerin aktivite sırasında hareketleri uygun sırasıyla yapabildiği, materyalleri amacına uygun olarak kullanmasıdır. Bir aktivitede ne yapacağını bilme, başlatma, sıralama, uygun zamanda aktiviteyi tamamlama, aktivitedeki araçları etkin bir biçimde organize etme, bir problem ile karşılaştığında doğru karar verme ve uygulanabilir çözümler üretmeyi içerir.

Ay-Woan ve arkadaşlarının çalışmasında ruhsal sağlık problemi olan kişiler üzerinde işe yönelik müdahaleler ile ilgili olarak irade (aktivite için motivasyon), alışkanlıklar (aktivite-rol paternler), iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri, motor beceriler ve çevre ile ilgili maddeler ile geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiştir. MOHOST'un alt maddelerinde aktivite için motivasyon ile iletişim ve etkileşim becerileri arasında ilişki bulunmuş ($r=0.815$, $p=0.000$). İrade konusunda, desteklenmiş iş grupları, korumalı iş grupları, görev odaklı ergoterapi grupları, iş eğitim grupları arasında önemli farklılıklar bulunmuştur. Yapılan iş rehabilitasyonu sonucunda bireylerin alışkanlık, süreç becerileri, iletişim ve etkileşim becerilerinde pozitif gelişmeler elde edilmiş, bunlar ile iş rehabilitasyonu arasında önemli ilişki olduğu, süreç becerileri ile kognitif durum arasında orta düzey ilişki olduğu ve kognitif bozukluk durumlarının süreç becerilerine negatif etkisi olduğu ortaya çıkmıştır (109).

Bizim çalışmamızda bireyler süreç becerilerinde yetersizlikler göstermiş, aktivite planlama, bilgiyi akılda tutma, organize etmede başarılı aktivite performans göstermeleri için MOHO müdahale yaklaşımları ile çalışılmış ve İARMT anketi ile bilgi, zamanlama, organizasyon, problem çözme alanlarında incelenmiş ve zayıf olan her iki grupta da tedavi öncesine göre anlamlı gelişmeler tespit edilmiştir. Müdahale öncesi Umut Evlerinde bilgi % 41.2, zamanlama % 23.5, organizasyon % 5.9, problem çözme % 41.2, Kurum Evlerinde ise bilgi % 41.2, zamanlama % 47.1, organizasyon % 47.1, problem çözme' % 76.5 olarak katılım kısıtlılığı mevcut ve müdahaleye gereksinim duyuluyordu. Müdahale sonrası Umut Evlerinde bilgi %17.6 oran ile katılım kısıtlılığı halen devam etmekte, diğer alanlarda ise aktivite-rol katılımlarının sağlandığı tespit edilmiştir. Kurum Evlerinde ise müdahale sonrası bilgi %11.8, zamanlama % 29.4, organizasyon % 29.4, problem çözmede % 11.8 olarak katılım kısıtlılığı halen devam etmektedir.

Umut Evi bireylerinde süreç becerileri aktivite-rol katılımında gerekli olan süreç becerilerinden bilgiyi araştırma ve uygun şekilde kullanma ile ilgili süreç

becerileri daha az olarak gelişim göstermekle birlikte, aktivite-rolün zamanlaması, organizasyonu ve mantıklı çözümler üretebilmesi konusunda, süreç becerileri müdahale sonrası anlamlı bir gelişim sağlanmıştır. Kurum Evi bireylerinde süreç becerilerinden olan bilgi, organizasyon, problem çözme açısından bireylerde müdahale ile bir gelişme elde edilirken, zamanlama becerilerinde aktivite ve görevlerin başlatılması, tamamlama, sıralanması zorluğu devam etmiştir. Bu konuda birey merkezli, dikkat ve konsantrasyonu artırma eğitimlerinin spesifik olarak ele alınması gerektiği düşünülmelidir.

Motor beceriler ise; aktivite-rol sırasında, nesnelere manipüle ve hareket ettirilmesinde yeterli güç ile taşınması, bireyin uygun postür ve hareketlilik ile enerji seviyesini ve tempoyu koruması, vücut parçalarını birbirleri ile koordine edebilmeyi sağlamasıdır. Bu performans alanlarından birinde yaşanan bir zorluk aktivite ve sosyal gruplara katılımı olumsuz yönde etkileyecektir (66).

Çalışmamızda motor beceriler, kullanılan İARMT anketinde postür ve hareketlilik, koordinasyon, güç ve çabası, enerji bölümleriyle incelendi.

Liu ve diğerinin yaptığı çalışmada MOHO' nun Honk Kong' da hem fiziksel hem de psikiyatrik alanda en çok kullanılan bir model olduğu vurgulanmıştır. Doğu kültüründe bu modelin ve kavramlarının kullanılmasının ergoterapistlerin, kişilerin katılımını sağlamalarına yardımcı olup olmayacağı araştırılmış ve vaka çalışmaları ile Çin kültüründe MOHO' nun kişileri ve ailelerini anlamada yardımcı olacak bir çerçeve sağladığı ifade edilmiştir. Kişilerin düşünceleri, duyguları ve hareketlerinin çevreden ayrı düşünülmemeyeceği, sosyal ve kültürel yapısıyla kişilerin beraber toplumsal katılımı için incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Problemlerin belirlenmesi ve tedavinin planlanmasında MOHO modelinin doğu kültüründe faydalı olduğu iki vaka üzerinde gösterilmiştir. Biri; 27 yaşında, trafik kazası sonucu travmatik beyin yaralanması geçirmiş bireydir. Ergoterapist, bireyin iş performansını artırmak için görev adaptasyonu ve adaptif ekipman araştırması yaparak, aktivite-rol katılımı arttırmak için aile ve bireyle birlikte tedavi planlaması yapmıştır. Limitli performansın kişinin kendi etkinliği hakkındaki hislerinde azalmaya neden olduğu vurgulanmıştır. Bireyin performans becerileri değerlendirilmiş; kendini ve nesnelere hareket ettirmede yetersiz, motor becerilerde ve kendi ödev performansında, nesne ve alan

organizasyonunda problemler tespit edilmiş, müdahale ile kendi yetenekleriyle eşleşen görevlere katılım yoluyla yeterlilik duygusunun arttığı gözlenmiştir (66).

İkinci çalışma vakası ise uzun süredir hastanede kalmış yarı zamanlı ev bakımında yaşayan 34 yaşında şizofren di. İkinci öğretimde okuyor; fakat dersleri çok zayıf ve uzun süreli bir işte çalışmıyor sık sık iş değişikliği yapıyordu. Ailesi her zaman onun bakımını üstleniyordu. Yapılan rol anketinde, bireyin herhangi bir rol sorumluluğu tespit edilmemişti. Ailesi çok koruyucu davranmıştı. Planlama ve problem çözmede yetersiz sosyal katılım ve sosyal beceriler ile eşleşen ilgiler ortaya çıkmıştır. Çalışmak için herhangi bir amacı tespit edilmemiştir, üretici rollerin değeri eksiktir. Ergoterapist amaç ve tedavi planlaması için bireyle tartışmalar yapmış, kendi yaşamı üzerinde kontrol sahibi olabilmesi için teşvik etmiştir. İş eğitimi ve ev idaresi işlerine katılımı artmıştır. Sosyal beceri eğitim grupları, psikoeğitim, stres idaresi eğitim grupları, serbest zaman takip gruplarına, rol tespitinde danışmanlık alma, problem çözüme, planlama, karar verme ile ilgili günlük yaşam aktivitelerine katılma, işe katılmaya hazırlık ve öz yeterlilik duygusunda yapılandırma için hazırlık gruplarına, iş eğitim kurslarına katılım sağlanmış, gerçekçi bir gelecek planı formüle edilmiştir. İletişim ve etkileşim becerilerinin arttığı tespit edilmiştir (66). Bizim yaptığımız çalışmada da Kurum Evinden çıkıp Umut Evinde yaşamaya başlayan bireylerde sosyal ve kültürel çevrenin değişmesiyle problem alanlarına yönelik MOHO müdahalesi uygulanması ile kişinin aktivite ve çevreyi olumlu kullanması ile toplumsal katılım gerçekleştirilmiştir. Motor Beceriler alanında müdahale sonrası kazanımlar, müdahale öncesine göre farklılık yaratmamıştır. Bu becerilerin Postür ve hareketlilik, Koordinasyon, Güç ve çaba ve Enerji konularında Umut Evlerinde kalan bireylerde aktivite-rol katılımları için iyi durumda ve kolaylaştırıcı beceriler olarak tespit edildiğinden verilen özel fiziksel egzersizlerin düzenli olarak yapılamaması daha da iyi duruma gelmesini engellemiş olabileceği düşünülmektedir. Kurum Evlerinde Motor Beceriler ile ilgili ise postür haricinde, koordinasyon, güç, çaba, enerji kullanımı konularında yaptırılan müdahalelerin düzenli egzersiz rutinlerinin oluşturulamaması nedeniyle gelişim elde edilememiştir. Postür becerilerindeki gelişim diğer GYA eğitimleri içerisinde de ele alındığından bir düzelme sağlandığı düşünülmektedir.

Çevre incelendiğinde; çevrenin fiziksel, sosyal olarak her ikisinin de aktivite-roller üzerinde etkisi olduğu belirtilmektedir (Kielhofner, 2008a). Çalışmalar aktivite ve sosyal çevre arasındaki dinamik ilişkiye odaklanmaktadır. İARMTA, ölçeğinde fiziksel alan, fiziksel kaynaklar, sosyal gruplar, aktivite-rol talepleri olarak çevre alt parametreleri incelenmiştir. Çevresel düzenlemeler veya çevre kısıtlılıkları, bireyin aktivite-rol performansını pozitif ya da negatif olarak etkilemektedir. Çevre; değerli aktivite rollerini destekleyecek şekilde kullanılmalıdır (78). Ergoterapi bağlamında (MOHO-Model of Human Occupation) çevre, bireyin istemlerini ve ilgili aktivitelere katılımlarını etkileyen, her zaman ve her yerde var olan bir unsurdur. Çevre, aktivite ile ilgili motivasyon, düzen ve performans üzerinde, ortamın belirli fiziksel ve sosyal, kültürel, ekonomik ve politik özellikleri nedeniyle, aktivite-rol katılımı çok farklı açılardan etkileyebilir. Çevre, aktivite-rol performansı olumlu yönde etkileyecek ve rolleri destekleyecek fırsatları ve kaynakları sağlamakta aynı zamanda bireyin rolleri ile ilgili taleplerde bulunmakta ya da kısıtlamalar getirebilmektedir (78, 86).

Fiziksel alanlar, çeşitli olanaklar ve destek sağlandığı zaman, aktivite-roller elde edilebilir. Fiziksel çevrenin engelsiz, bağımsızlık ve güvenliği kolaylaştırıcı olması, iş, okul, kurs gibi kurumsal çevreye ulaşılabilirliğinin olması, başkalarıyla etkileşimde birey için fırsatlar ve kaynakların olması (ekipman ve aletler uygun mevcudiyeti) ve bireyin bunları kullanabiliyor olması, sosyal çevrenin (aile, arkadaş, bakıcı gibi) bireylere destek sağlaması; bireylerin aktivite-rol taleplerini karşılayabilmesi için bunların, bireyin yetenekleri, ilgileri, enerjileri ve zaman ile uyumlu olması gerekmektedir (78,114).

Wimpenny ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada başarılı toplumsal gelişim elde etmede sürece etki eden faktörler olarak kişinin kendisine olan özgüveni, arkadaşları, kolaylaştırıcı faktörler olarak çevresel durumların dikkatli düşünülmesi gerektiği vurgulanmıştır (56).

Bodde ve arkadaşının yaptığı bir çalışmada; öğrenme güçlüğü olan yetişkinlerin fiziksel aktivite durumları incelenmiş ve düzenli fiziksel aktiviteye katılmanın en iyi göstergelerden birinin aile, arkadaşlar ve fitness personelinin destek alınmasının olduğu ortaya çıkmıştır (135). Kişilere sadece sosyal destek, cesaret, planlama ve ulaşım için maddi yardım; fiziksel aktivite katılımını kolaylaştırabilmektedir, şeklinde ifade edilmiştir. Bireylerin iç motivasyon özellikleri

nedeniyle, örneğin aktiviteleri tercih etmemeleri veya aktivitelerin sürdürülememesine yol açmaktadır. Aktivite-rol katılım azlığına neden olarak çevresel ve sosyal nedenler, başkalarından destek eksikliği, seçenekler ve fırsatların eksikliği, personel veya aile üyelerinin desteklememesi gibi nedenler ortaya çıkmıştır.

Beart ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada serbest zaman aktivite katılımları için bariyer olarak ulaşım ve sosyal destek eksikliği bulunmuştur (136). Bizde yukarıdaki araştırmalardaki gibi çevresel faktörlerden fiziksel olarak ulaşımın kolaylaştırılmasının ihtiyaç olan bireylerde sağlanması açısından araç ve personel desteği sağlanarak aktivite-rol katılımı geliştirilmiştir

Bizim çalışmamızda Umut Evlerinde müdahale öncesi bireylerden sorumlu bakıcı personelin aşırı koruyucu yaklaşım sergilemesi nedeniyle aktivite-rol katılımlarında engellenmeler ve aktivite rol talepleri karşılamakta kısıtlılıkları bulunmaktaydı. Müdahale sonrasında Umut Evinde hem sosyal grup desteği açısından hem aktivite taleplerinin karşılanması açısından gelişim sağlanmıştır. Kurum Evinde kalan bireylerde çevrenin hem kaynaklar açısından sosyal grup, aktivite-rol talepleri açısından kısıtlılıkları ve engellemeleri başlangıçta tespit edilmişken müdahale sonrasında çevrenin tüm parametrelerinde bir gelişim sağlanmıştır.

Kimball ve arkadaşının yaptığı çalışmada bireyin kendi yaşamı üzerinde kontrolü oluşturabilmesi için çevresel ve sosyal destek ve ulaşılabilir çevre gerekliliği üzerine vurgu yapılmıştır. Seçimler ve seçim yapmada fırsatlar sunmak, öz belirleyicilik, yaratıcı çevre, sosyal destek, seçenekler ve fırsatların olması, personel desteği gibi durumların önemi ortaya çıkmıştır. Bireyin aktivite yapmak için karar vermesini sağlamak amacıyla seçim yapmayı öğrenme ve aktivite tercihleri üzerinde durulmuştur. Bireylerin serbest zaman aktiviteleri hakkında bilinç eksikliğinin aktiviteye katılımlarını engellediği ortaya çıkmıştır. Düzenli aktivite yapan bireyler için birey merkezli stratejilerin belirlenmesi önemli bulunmuştur. Ayrıca kurumlar arasında politikaların geliştirilmesinin gerekli olduğu, bunun daha fazla değiştirilebilir olan ulaşım, finans, politika ve eğitim engellerini en aza indirmeye yardımcı olabileceği ifade edilmektedir (137).

Turner ve arkadaşının yaptığı çalışmada, MOHO'nun sık sık ruhsal sağlık alanında psikososyal programlar için rehber olarak kullanıldığı gösterilmiştir. Yaşam tarzı yenileme amaçlı eğitim oturumları düzenleniyor. Amaçlar; iş, eğitime dönüş,

artan katılım, diğer aktivite rollerden (gönüllü iş ve ev bakımı gibi) memnuniyet geliştirmek olarak belirlenmiştir. Çalışma sonunda irade, alışkanlık ve becerilerde önemli gelişmeler elde edilmiştir. Psikososyal rehabilitasyonun bireyin iyilik haline pozitif etki ettiği tespit edilmiştir. Fakat çevreden memnuniyet sağlayan bir gelişme ortaya çıkmamıştır. Bunun nedeni olarak programın bireyin doğal çevresini değiştirmeye odaklanmaması, sadece destekleyici bir çevre sağlaması olduğu belirtilmiştir (86). Bizim çalışmamızda Umut Evlerinde müdahale sonrası aktivite-rol için motivasyon, aktivite-rol paterni, iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre açısından değişim anlamlı bulunurken motor becerilerdeki değişim anlamlı bulunmamıştır. Kurum Evlerinde müdahale sonrası ise Kurumda yaşayan bireylerin, aktive-rol için motivasyon (becerilerin değerlendirilmesi, başarı beklentisi, ilgi), aktive rol paterni (rutin, adaptasyon, roller, sorumluluk), süreç becerileri (bilgi, organizasyon, problem çözme), motor beceriler (postür) ve çevre (fiziksel kaynaklar, sosyal gruplar, aktivite rol talepleri) komponentlerindeki değişim anlamlı iken, aktive-rol için motivasyon (seçimler), iletişim ve etkileşim becerileri (sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade), süreç becerilerinden (problem çözme), motor becerileri (koordinasyon, gücü ve çabası, enerji) ve çevre (fiziksel alan) ile ilgili alanlardaki değişim anlamlı bulunmadı. Turner ve arkadaşının yaptığı çalışmadaki çevre parametresi ile karşılaştırılınca, bizim çalışmamızda Kurum Evlerinde sadece fiziksel alan açısından değişim olmaması yönüyle çalışmayla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda Umut Evlerinde ve Kurum Evlerinde çevreye yönelik müdahale ile değişim elde edilmiştir.

Huguette ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ergoterapinin başarılı işe dönüş yardımı sağlayan müdahaleleri olduğunu tespit eden bir çalışmada; model ve adaptasyonlar, hastanın ihtiyacına göre bir ergoterapi müdahalesiyle eşleştirilmiştir. Müdahalelerde iş çevresinin düzenlenmesini ele almışlardır; öğrenme güçlüğü ve ruhsal hastalığı olan bireylerde, kognitif model kullanılarak, günlük yaşam aktivitelerinde, çevre kompensasyonu sağlanmıştır. Modelin kavramında esas amaç kognitif seviye, performans ve aktivite analizi olmuştur. Ergoterapist, aktivite-rol katılımını artırmak için, yapılandırma, ipucu ve çevresel adaptasyon için değerlendirme ve müdahaleler yapmıştır. MOHO, ergoterapiste hastanın aktivitesinde yer alan sosyal ve fiziksel çevresini anlamasına yardımcı olmuştur. Aktivite analizi 3

aktivite performans alanında; iş, oyun ve günlük yaşam aktivitelerinde yapılmıştır (124). MOHO'nun bütünsel yaklaşımına değer verdiklerini, birey temelli odağının ve diğer pratik modellerle örtüşmesi gibi özelliklerinin bu modellerle birlikte kullanılabileceğini ifade etmişlerdir (124).

Kurum Evlerinde çevre alanında fiziksel alanda daha az olmakla birlikte fiziksel kaynakların, ekipman ve aletlerin kullanılması, sosyal gruplar olarak aile arkadaş, çalışma ortamında bir miktar destek alabilme durumu, aktivite rolleriyle ilgili talepleri bir miktar karşılıyabiliyor olabilmeleri şeklinde pozitif gelişim elde edilmiştir.

Umut Evinde kalan bireylerde çevre değerlendirmesinde tüm alt parametrelerinde müdahale sonrası bir gelişim saptanırken, müdahale öncesinde en çok gelişimin sosyal grup çevresi olarak aile, arkadaş, iş hayatı desteğinin yada katılımının az yada olmadığı durumdan, en iyi durum olan sosyal grup desteğinin değerlere ve inançlara göre sunulduğu pozisyona gelişim elde edilmiştir. Yine aktivite-rol taleplerinin yetenek, zaman, ilgi ve enerjileriyle olan bazı tutarsızlıklarının müdahale sonrası aktivite talepleriyle kişinin özelliklerinin iyi eşleştiği seviyeye geliştiği görülmüştür. Umut Evlerinde fiziksel çevreden daha çok sosyal çevre açısından destekleyiciliğinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Diğer alanlar olan aktivite-rol paternleri , süreç becerileri, motor becerileri açısından yapılan müdahaleler iki yerleşim yerinde birbirine benzer gelişim sağlamıştır.

Konaklama çevresinin değerlendirme sonuçlarına göre, Kurum Evinde yaşayan bireylerin, program ve rutinleri açısından ihtiyaç ve isteklerini karşılayan çevresel destek ve fırsatların sağlanmasında müdahale ile bir değişim elde edilmiş ancak bu değişim iyileştirme ihtiyaçlarıyla beraber ortaya çıkmıştır. Program ve rutinlerindeki büyük iyileştirme ihtiyacı olan çevreden ergoterapi müdahalesiyle gelişerek bir miktar iyileştirme ihtiyacına gerek kalmıştır. Bu bir miktar gelişim nedeni olarak serbest zaman için kurum içi ve kurum dışı kursların ihtiyaç ve isteklere göre programa dahil edilmesi, görev ve sorumlulukların ev personeliyle konuşularak dağıtılması, ihtiyaç olunan günlük yaşam aktiviteleri eğitiminin verilmesinin etkisi olabileceği düşünülmektedir. Kurum evlerinde yaşayan bireylerin kendilerini ifadeleri ve tercih olarak sadece hangi kıyafeti giyeceği konusunda kararların alınması, diğer

bütün tercihlerin örneğin radyo ve televizyon izleme kanalı, kendi odalarının düzenlenmesi, süslenmesi, para kullanımı, yemek yeme tercihi ve zamanı, özel eşyalarının nerede tutulacağı kararı alınmasının personel ve diğer kurum uzmanları tarafından kurum politikaları gereği alındığından müdahalede değişiklik oluşturmaya engel olduğu düşünülmektedir.

Kurum evlerinde günlük yaşam aktiviteleri nesnelere olarak örneğin bakım malzemeleri; sabun, şampuan, araçlar; diş fırçası, traş makinası, giysi çeşitleri kurum tarafından sağlanmaktadır. Ancak müdahale olarak adaptasyon cihazları kurumda mevcut olmadığından ihtiyacı olanlara özel yemek araçları ve giyinme, banyo yardımcılarını temin edilmiş ve eğitimi yaptırıldığından müdahale sonrasında istatistiksel olarak anlamlı gelişme kaydedilmiştir. Serbest zaman nesnelere örneğin televizyon, müzik aleti, video oynatıcı gibi elektronik eşyaların alımı kurum veya diğer kaynaklardan sağlanmakta okula gitmeyen bireylerin kitap, defter, kalem, boya, test kitabı, puzzle, lego v.s gibi kurum tarafından sağlanmayan materyalleri temin edilerek ihtiyaç ve isteğe göre eğitimleri yaptırılmış ve müdahale sonrası istatistiksel olarak fark oluşturmayan ancak pozitif bir değişim sağlanmıştır.

Kurum evlerinde aşırı koruyucu yaklaşımın otonomi, sağlanan yardım düzeyi ve güçlendirme konularında bağımsızlık için fırsatlar ve desteğin sağlanmasında engel teşkil ettiği düşünüldüğünden müdahale programı sonrası gelişme sınırlı ve bazı iyileştirme ihtiyaçları devam etmektedir. Kurum evlerinde sakinlerin hedef süreçlerindeki gelişmeyi destekleyen bir çevre müdahalesi ile büyük iyileşme ihtiyacından, az iyileşme ihtiyacına gelişim sağlanmıştır. Sakinlerin kendi hedeflerini desteklemek amacıyla planlanan ergoterapi müdahalesi, personel, uzman ve bireylerle birlikte tartışılmış, birey için anlamlı ve önemli aktivite performans alanlarını tanımlanarak model çerçevesinde yapılmıştır. Kurulan hedeflerin sürdürülmesine uygun fırsatlar ve kaynaklar sağlanması ile hedef süreç desteklenilmeye çalışılmıştır. Hedef süreçteki gelişim ev sakinlerinin ihtiyaç ve isteklerine göre belirlenmiş, MOHO müdahale programlarıyla iyileşme göstermiştir.

Kurum evlerinde müdahale sonrasında bireylerde ev dışındaki iletişim, kimlik ve rol gelişimi iyileştirme ihtiyacı olan durumdan, uygun seviyeye gelmiştir. Bunun nedeni olarak müdahalelerde bireylerin istekleri gözönüne alınarak hem kurum içi hem

kurum dışında iletişim fırsatları ve rol gelişimleri açısından kurslar, spor salonu gibi belediye, bakanlık kaynaklarından yararlanılmıştır.

Konaklama çevresinin değerlendirme sonuçlarına göre, Umut Evinde yaşayan bireylerin ihtiyaç ve isteklerini karşılayan çevre açısından incelendiğinde, serbest zaman nesnelерinin, çalışma ve gündelik işlere ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerine, serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine ve toplumsal aktivitelere katılımın bazı iyileştirme ihtiyaçları olduğu aynı zamanda bu çevrede program ve rutinlerin ev içi ve ev dışı personel haricindeki iletişim ve etkileşimlerinin hedef süreç oluşturma, otonomi, güçlenme ve karar verme ve rol kimliği oluşturmada iyileştirme ihtiyaçlarının olduğu tespit edilmiştir. Umut Evindeki bireylerin en fazla iyileştirme ihtiyacı kendilerini ifade etmede bulunmuştur. Müdahale sonrasında iyileştirme gereksinimi olan tüm bu alanların uygun yada güçlü duruma geliştiği belirlenmiştir. Müdahale sonrasında bireylerin en zayıf olduğu alan olan kendini ifade etmelerinde gelişim sağlanmış, Umut Evi çevresinin bireyler için fırsat ve desteği sağladığı ortaya çıkmıştır.

Birey merkezli ve aktivite odaklı MOHO değerlendirmeleri (İARMTA, KÇEA) ve Aktivite Performans Süreç Modeli kullanarak bireylerin hedefleri ve seçimlerine dayalı müdahale planları geliştirildi. Bu nedenle bireyler aktivite performans alanlarıyla değerlendirilip, kişi merkezli ergoterapi müdahaleleri ile bireylerin performans alanlarındaki müdahale etkisi incelendi. MOHO müdahalesi ile bireylerin adaptif davranışlardaki iyileşme ve aktivite performansında pozitif bir gelişme elde edildi. Bireylerin performans alanlarının ilk değerlendirme sonuçlarına göre anlamlı düzeyde geliştiği gözlenmiştir. Gelişme, İARMTA alanlarında ortaya çıkmıştır. Bu araştırmada İARMTA testi için Umut Evleri grubuna yapılan müdahaleler sonrası motor alandaki gelişme aynı ya da çok fazla olmamakla birlikte, tüm alanlarda iyi bir adaptif cevap elde edilmiştir. Kontrol grubu olan Kurumsal Bakım Merkezinde kalan bireylerde ise motor ve iletişim ve etkileşim becerilerindeki gelişme aynı ya da çok fazla olmamakla birlikte, tüm parametrelerde anlamlı gelişmeler belirlenmiştir. Fakat en büyük değişim olarak Umut Evlerinde irade, iletişim ve etkileşim becerileri ve çevre komponentlerinde Kurum Evlerine göre daha fazla gelişme elde edilmiştir. Bu durum bize bu alanlarda müdahalenin Umut Evi ortamında daha etkin olduğunu düşündürmektedir. Müdahalenin daha çok sosyal çevre

aktivite-rol katılımı açısından daha yüz güldürücü olduğu sonucunu düşündürmektedir. Umut Evlerinde fiziksel çevreden daha çok sosyal çevre açısından destekleyiciliğinin Kurum Evlerine göre daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır.

Kısıtlılıklar

Personel ve ulaşım aracı ihtiyacı için kurum çalışanlarıyla tezin amacına yönelik uzun süreli iletişimlerde bulunulmuştur.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ankara Umut Evlerinde kalan bireyler ile Kurumsal Bakım Merkezinde yaşayan bireylere MOHO Modeline göre uygun müdahale yaklaşımlarının, kişi merkezli faydasını incelemek amacıyla planlanan çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar ortaya çıkmıştır:

1. Kurumda yaşayan katılımcıların; Aktive-rol için motivasyon, aktive rol paterni, süreç becerileri, çevre komponentlerindeki değişim anlamlı iken, iletişim ve etkileşim becerileri, motor becerileri ile ilgili alanlardaki değişim anlamlı bulunmadı. İletişim ve etkileşim becerilerinin gelişimi için Kurum evlerinin uyarıcı bir çevre olmadığı düşünülmektedir. Motor becerilerinde gelişim elde edilememesinin nedeninin ise bireylerin ilgili özel fiziksel egzersizlerin düzenli olarak yapılamamasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

2. Umut Evinde yaşayan katılımcıların, Aktive-rol için motivasyon, aktive rol paterni, süreç becerileri, iletişim ve etkileşim becerileri komponentlerindeki değişim anlamlı iken, motor becerileri ile ilgili alanlardaki değişim anlamlı bulunmadı. Bunun nedeninin ilgili özel fiziksel egzersizlerin düzenli olarak yapılamamasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

3. Umut Evi ile Kurum Evinde yaşayan bireyler arasında İARMT değerlendirmesi ön ve son test puan farkları; Kurum Evinde ve Umut Evinde yaşayan bireyler arasında farklı bulunmuştur. Aktive-rol için motivasyon, iletişim ve etkileşim becerileri, çevre komponentlerindeki fark puanları karşılaştırıldığında, Umut Evindeki bireyler lehine anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Aktive rol paternili, süreç becerileri, motor becerileri ile ilgili alanlardaki fark puanlarındaki farklılık ise anlamlı bulunmamıştır. Bu alanlardaki değişim Kurum Evleri ve Umut Evlerinde birbirine benzerdir. Müdahale sonunda olumlu değişiklikler gözlenmiş, anlamlı düzeyde artışlar olmuştur.

4. Kognitif müdahale sonrası oryantasyon, uzaysal algılama, praksis, görsel-motor organizasyon, düşünme yeteneği, alanlarının tümünde tedavi sonrası anlamlı düzeyde gelişmeler olmuştur. Yalnızca düşünme yeteneği alt parametresi olan geometrik sıralama B'de müdahale öncesine göre anlamlı bir değişim elde edilememiştir.

5. Kurumda yaşayan bireylerin müdahale sonrası konut çevre etki anketi puanları değerlendirildiğinde, günlük yaşam aktivite nesnelere, program/rutin, hedef süreç, ev dışında iletişim, aktive-rol kimliği ve rol gelişimi, komponentlerindeki değişim anlamlı iken, alan erişimi, doğal çevre, fiziksel çevre, duyuşal ortamı, ev ortam kalitesi, serbest zaman nesnelere, adaptasyon ekipmanları, günlük yaşam aktivitelerine (GYA) katılım, çalışma ve gündelik işlere katılımı, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri katılımı, serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım, toplumsal aktiviteler, kendini ifade etme, evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimler, personelle etkileşimler, karar verme, sağlanan yardım düzeyi, otonomi, güçlendirme ile ilgili alanlardaki değişim ise anlamlı bulunmadı. Bu sonuçlardan yola çıkılarak kurumda yaşayan bireylerde ergoterapi müdahalesi etkisinin kısıtlı ortaya çıktığı ifade edilebilir.

6. Umut Evi'nde yaşayan bireylerin müdahale sonrası, serbest zaman nesnelere, çalışma ve gündelik işlere katılım, yardımcı günlük yaşam aktivitelerine katılım, serbest zaman/rekreasyon aktivitelerine katılım, toplumsal aktiviteler, kendini ifade etmesi, evde yaşayan diğerleri, aile ve arkadaşlar ile etkileşimleri, personelle etkileşimleri, karar verme, otonomi, güçlendirme, hedef süreç, aktive-rol kimliği ve rol gelişimi, alanlarındaki değişim olumlu bulunmuştur. Alan erişimi, doğal çevre, fiziksel çevre, duyuşal ortamı, ev ortamı kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri nesnelere, adaptasyon ekipmanları, günlük yaşam aktiviteleri katılımı, program/rutin, sağlanan yardım düzeyi, ev dışında iletişim ile ilgili müdahale sonrası değişim anlamlı bulunmamıştır. Bu durumda Umut Evlerinde yapılan MOHO modeli ile ergoterapi müdahalesinin etkisinin Kurum evlerindeki göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

7. Kurumsal Bakım Evleri ve Umut Evlerinde yapılan müdahale sonrası ev ortamının 24 yönü "Güçlü", "Uygun", "Az iyileştirme" ve "Büyük iyileştirme" ihtiyaçları açısından karşılaştırılmıştır. Büyük iyileştirme ihtiyacı bulunan Kurum Evi sayısı % 20.8, az iyileştirme yüzdesi bulunan Kurum Evi % 62.5, büyük iyileştirme yüzdesi bulunan Umut Evi % 0.41, az iyileştirme yüzdesi bulunan Umut Evi % 12.5 olarak tespit edilmiştir. Olumsuz Kurum Evi çevresi sayısı % 62.5 iken Olumsuz Umut Evi ise % 20.8 olarak belirlenmiştir. Bu da bize Umut Evi çevresinin bireylerin ihtiyaç ve isteklerini karşılayan genelde uygun destek ve fırsatı sağlayan bir çevre olduğunu göstermiştir.

8. Çalışmamızda MOHO müdahalesi sonucu İARMTA değerlendirme sonuçlarına göre, Umut Evinde yaşayan bireylerde iletişim ve etkileşim becerilerinde belirgin bir düzelme tespit edilirken Kurum Evinde iletişim ve etkileşim becerilerinde bir değişim yaratılamamıştır. Bu sonuç bize Umut Evi çevresinin iletişim ve etkileşim becerileri için güçlü fırsat ve desteği sağladığını düşündürmüştür. Ve müdahalenin tedavinin amaçlarına hizmet ettiği ortaya çıkmıştır. Bu nedenle MOHO'nun bu amaçlar için kullanılabileceği tespit edilmiştir.

9. MOHO modeline uygun yapılan değerlendirmelerle bireylerin yaşadıkları çevre daha detaylı analiz edilmiştir. Bireylerin çevre ile daha iyi iletişim ve etkileşime girerek, kimlik, yeterlilik ve iyi bir adaptif cevap oluşturması sağlanmaktadır.

10. Zihinsel ruhsal sağlığında ergoterapinin amacı, insanların bağımsız, birbiriyle etkileşimli ve üretken bir yaşam için gerekli olan becerileri geliştirmesine ve desteği elde etmesine yardımcı olmaktır (AOTA, 2000). MOHO modeli çerçevesinde; kişi merkezli ve aktivite odaklı değerlendirmeleri yapılarak, kişinin aktivite performans konularının öncelik ve değerlerini belirleme, isimlendirme, onaylama ve öncelik verme, aktivite-rol performans komponentleri ve çevre koşullarını tanımlamak, kişinin çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynaklarını belirlemek, hedeflerin belirlenmesi ve hareket planının oluşturulması, performans komponentlerinde ve çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama, aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi yapılarak aktivite-rol performansı geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu nedenle zihinsel-ruhsal problemi olan bireylerde MOHO müdahalesi ile ergoterapi programlarının başarılı olacağı düşünülmektedir.

11. Fiziksel ve sosyal çevrenin her ikisinin de aktivite-rol katılımı üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Aktivite performansının bireylerin yaşadıkları, çevre ve aktivite faktörlerinin etkileşiminden ortaya çıktığı belirlenmiştir. Ergoterapi müdahaleleri olarak bireylerin sosyal beceri eğitim grupları, psiko eğitim, sosyal beceri programları, stres idaresi eğitim grupları, serbest zaman gruplarına, rol tespitinde danışmanlık alma, problem çözme, planlama, karar verme ile ilgili günlük yaşam aktivitelerine katılma, işe katılmaya hazırlık ve özgüven duygusunda yapılandırma için hazırlık gruplarına, iş eğitim kurslarına katılım sağlanmasıyla, bireylerin toplumsal katılımında daha başarılı olduğu, aynı zamanda iletişim ve etkileşim becerilerinin arttığı bilindiğinden bu tezle MOHO müdahalesi ile bireylere

uygun yaklaşımları kullanarak her iki yerleşim yerinde aktivite-rol katılımları arttırılmaya çalışıldı.

12. Çevre MOHO kavramında önemli bir komponenttir. MOHO modeli çevreyi fırsatlar, kaynaklar, talepler ve kısıtlamalar yaratan olarak algıladığı için, çevrenin kişiyi nasıl etkilediği, kişinin değerleri, ilgileri, kişisel nedenleri, rolleri, alışkanlıkları ve performans kapasitesi ile ilgilenmektedir. Fiziksel ve sosyal çevrenin her ikisinin de aktivite-roller üzerinde etkisi vardır. Bireyde aktiviteler için daha iyi etkileşim oluşturmak için fırsatları yaratılmıştır. Destekleyici ve pozitif bir çevre sağlayarak başarılı katılımı önemli bir etken oluşturuldu. Çalışmamızda çevrenin birey üzerindeki etkisini Umut Evlerinde ve Kurum Evlerinde yaşayan bireyler üzerinde görmekteyiz. Umut Evleri bireylere fırsat ve kaynaklar sağlamış, bireyi talepler üretmeye zorlamış ve topluma katılmayı sağlamıştır. Bireylerin rol performansını etkilemek için çevre değiştirilmeye çalışılmıştır. Bireyin aktivite-rol katılımını arttırmak için çevredeki fırsat ve olanaklar araştırılmış, bireylere yeni bir kimlik ve yeterlilik sağlayarak, yeni ortamlarda aktivite-rol adaptasyon geliştirilmiş ve yeni roller elde edilmiştir. Çevreden geribildirim alma, aktivite-rol performans ve katılımın artmasına neden olmaktadır. Destekleyici ve pozitif bir çevre aracılığıyla yapılan aktivitelerle daha iyi iletişime girme fırsatı yaratılmıştır. Bu sonuca göre çevre ile MOHO müdahalesinin etkisi arasında ilişki olduğunu düşünmekteyiz. Kurum Evlerinde yaşayan bireyler müdahale öncesi topluma çok fazla dahil olamamış ve birey merkezli ergoterapi uygulamaları sonrasında, değişim elde edilmiştir. Fakat müdahale sonunda topluma çok fazla dahil olamamış ve birey merkezli ergoterapi uygulamalarında, Umut Evlerine göre daha az başarılı olmuşlardır. Umut Evlerinde yaşayan bireylerin uyarıcı bir eve ve çevreye sahip oldukları bu nedenle aktivite talepleri ve görev performansına etki edilerek, irade, İletişim ve Etkileşim Becerileri, çevre komponentlerinde pozitif kazanımlar elde edilmiş ve toplumsal katılıma yararlı olduğu sonucuna varılmıştır

MOHO Modeli ergoterapistlerin, bireye verilen tedavi çevresine bireyin nasıl cevap verdiğiine ilişkin etkileşimleri/gözlemlerini sistemli olarak belgelemeyi de sağlamaktadır. Kişiyle yapılan etkileşimler/gözlemler uygulamanın kavramsal modeliyle biçimlendirilmiştir. Böylece MOHO modelinin müdahalenin etkili planlanmasında yararlı olacağı gösterilmiştir.

13. MOHO, somut hedefler belirlemek için kapsamlı bir çerçevedir. Kişilere ve ergoterapistlere onların kendi durumlarını analiz etmek için sistematik bir yol sunmaktadır. Bireyler ergoterapistin yardımıyla kendi sonuçlarına ulaşabilmektedir. Tedavi süresince aktif işbirliği sağlanır. MOHO kavramlar üzerinde yoğunlaşmasına rağmen, bireysel düşünceler, duygular ve eylemler üzerinde de çalışmakta, aynı zamanda da çevreyide beraber ele almaktadır. Çevresel durumlar, toplum ve kültür içinde olmak üzere, şekil ve kişinin iradesini, alışkanlık ve performans kapasitesini içermektedir. Bu yolla MOHO, kişi üzerinden değil, sosyal ve kültürel bağlamda anlayışta yardımcı ve bu bağlamla ilgili kişilerin aktivite-rol katılımını desteklemektedir.

14. Kurumsal Bakım Merkezi ve Umut Evlerinde yaşayan bireylere, ergoterapist tarafından ve bireylerin kendi iradesini ve onun belirleyeceği ihtiyaçlarını merkeze alan, kişiye özel sunulan ergoterapi hizmetleriyle yeniden topluma entegre edilme çalışmaları yapılmıştır. Ancak müdahale planları ve uygulamalarla, toplumsal katılım fırsatlarının oluşturulmasında, idari kadro, uzman meslek grupları, bakıcı personel, sorumlu personel için, kurum ve uygulamaları, kanunlar, karar verme süreçleri, yöntemler, ulaşılabilirlik ve politika, finans ve eğitim engellerinin en aza indirilmeye çalışılması, kurumlar arasındaki politikaların değiştirilmesi, diğer organizasyonel uygulamalarla gerekli desteğin sağlanması önemlidir. Bireylerin toplumdan ayrı tutulmadan yaşamalarını sağlamak için gönüllü gruplarla bağlantı kurmak veya kendilerine uygun işe yerleştirilmeleri için mesleki rehabilitasyon çalışmaları faydalı olacaktır.

15. Umut Evleri'nin uzun vadede geçici evler olarak planlanması, burada yaşayan bireylerin Umut Evlerinden belli bir plan dahilinde toplumsal yaşamda bağımsız bir birey olarak yaşamalarını sağlamak ve gerektiğinde ihtiyaç duyan bireylere destek sağlamak otonomi ve kendi özgürlüklerinin en önemli konu olduğu görülmelidir . Bu hedeflere ulaşmak ve topluma eşit koşullarda katılım sağlamak için geliştirilmeye ihtiyaç olunan alanlara müdahale etmede ergoterapistlere ihtiyaç duyulmaktadır.

16. MOHO modeline dayalı değerlendirmelerle bireylerin güçlü ve zayıf yanlarının tespit edilerek birey merkezli ergoterapi müdahale yaklaşımının kullanılmasına olanak sağlanmıştır.

MOHO ile iradenin, alışkanlıkların ve çevrenin de etkileri göz önünde bulundurularak, kişinin kendine bakım, serbest zaman ve üretici aktivite performansını tamamlaması için çevreyle bağ kurmasının önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle birey merkezli müdahaleler için ergoterapi ihtiyaç alanlarında kullanılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Bireylerde MOHO müdahalesinin her iki yerleşim yerinde de işleme becerileri üzerinde etkin olduğu görülmüştür. Buda modele uygun yapılan değerlendirmelerle yapılan ergoterapi müdahalelerinin çevreden bağımsız süreç becerilerini geliştirdiğini göstermektedir.

17-Çalışmamızda Aktivite-rol yaşamında problem yaşayan bireylerde MOHO, tedavinin sonucu olarak görülen değişimi tespit etmek için kullanılmıştır. MOHO ile aktivitelerin nasıl motive edildiği (iş, oyun, kendine bakım gibi), aktivite paternlerinin insanlar tarafından nasıl öğrenildiği ve biçimlendirildiği ve fiziksel, kognitif ve sosyal boyutların birleştirilerek aktivitenin nasıl gerçekleştiği üzerinde durulmuştur. Bireylerin güçlü ve zayıf yanları hakkında ölçülebilir değerler ile bilgi edinilmiştir. İrade, alışkanlıklar, performans kapasitesi, çevresel koşulların, kişinin aktivite performansı, kimlik, yeterlilik ve aktivite-rol adaptasyon oluşturmaya nasıl katkıda bulunduğunu anlamaya ve aktivite, rol ve görevler üzerinde nasıl etkin olduğunu incelenmiştir. Model tedavi süreci hakkında bireylerin aktivite-rol adaptasyonu konusunda bir düşünme yolu sağlamıştır. Bu nedenle MOHO modeli ile zihinsel/ruhsal problemi olan bireylerin toplumsal katılımını engelleyen irade, alışkanlıklar, performans kapasitesi, çevresel koşulların geliştirilmesine yardımcı olunmuştur. Bu nedenle bireylerin irade, aktivite tercihleri, ilgi ve değerlerini ortaya çıkartmanın daha etkin tedavi ve toplumsal katılım, yaşam kalitesi açısından bireye fayda sağlayacağı ortaya çıkmıştır.

MOHO, uygulamaları üç yönden etkilemektedir. Birey merkezli uygulama, tedavi planlama, profesyonel kimlik ve uygulamadır. Oldukça yüksek bir sayıyla ergoterapistler, MOHO'nun bireyle ilgili holistik bir bakış açısı sağlayarak, bireyin belirleyeceği performans ile ilgili becerilerini geliştirerek ve bireylerin ergoterapi hizmetleri ile ilgili birey merkezli uygulamaları kolaylaştırarak bireylerin toplumsal katılımına ve yaşam kalitesine etki edilmiştir.

Bireye verilen tedavi çevresine bireyin nasıl cevap verdiğiine ilişkin etkileşimleri, gözlemleri sistemli olarak belgelenip, müdahale öncesi ve sonrası

değerlendirmeler yapılmıştır. Birey merkezli ve aktivite odaklı MOHO değerlendirmesi kullanarak bireylerin hedefleri ve tercihlerine dayalı müdahale planları geliştirilmiştir. Bu nedenle bireyler aktivite performans alanlarında değerlendirilip kişi merkezli ergoterapi müdahaleleri ile performans alanlarındaki müdahale etkisi incelenmiş, MOHO müdahalesi ile bireylerin adaptif davranışlarındaki iyileşme ve aktivite performansında pozitif bir gelişme elde edilmiştir. Umut Evlerinde yaşayan bireylerin uyarıcı bir eve ve çevreye sahip oldukları bu nedenle aktivite talepleri ve görev performansında daha fazla irade, iletişim ve etkileşim becerileri ve çevre komponentlerinde pozitif kazanımlar elde edilmiş ve toplumsal katılıma yararlı olduğu sonucuna varılmıştır.



KAYNAKLAR

1. Kronenberg, F., Simo Algado, S., Pollard, N. Occupational Therapy without borders Learning from the spirit of survivors.
2. Vesna Bosnjak and Tamerlan Rajabov, Sept. 2011.Study for the mid-term review of the state program on Deinstitutionalization and alternative care in Azerbaijan.
3. Doyle, A., EdD, Lanoil, JMA., Kenneth, J. D, MSW. (2012). Fountain House: Community as Therapy in Mental Health Practice
4. Thornicroft, G.Oxford Textbook of Community Mental Health. 2011.
5. 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.
6. Cutler, D. L., Bevilacqua, J., McFarland, B. H. (2003). Four decades of of community mental health: A symphony in four movements.Community Mental Health Journal, 39 (5), 381 -398.
7. 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.
8. K.Wahlbeck.Forum.(2015).The public mental health:the time is ripe for translation of evidence into practice. Official Journal of The World Psychiatric Association(WPA) .Volüme 14, Number 1, February
9. Bernard E.Harcourt.2011.Ohio State Journal of Criminal Law, Reducing Mass Incarceration: Lessons from the Deinstitutionalization of Mental Hospitals in the 1960s. 9:1,53
10. Zihinsel Engelliliğe Yönelik Kapasitelerin Eğitimi. Birinci Planlama Toplantısı.(2013). Engelli Bireyler için Hizmetlerin Geliştirilmesi
11. Hunter L. Mc Quiston Wesley E. Sowers • Jules M. Ranz Jacqueline Maus Feldman Editors.(2012). Handbook of Community Psychiatry.
12. Philadelphia : F.A. Davis Co., ©2011.Occupational therapy in mental health : a vision for participation Author:Catana Brown; Virginia Stoffel; Jaime Phillip Munoz Publisher:

13. Occupational Therapy in Housing.(2006). Building on Firm Foundations. Edited by Sylvia Clutton Dip MCS, Dip COT, BCA, DASEd, Certed Ed.Jani Grisbrooke Dip COT, BA(Hons), MSc University of Southampton. And Sue Pengelly Dip COT, BA (Hons), MBA, PGCE, ILTM.University of Cardiff W hurrpublishers London U rrpublishers L ondon and Philadelphia
14. Sladyk, K., Jacobs, K., &Mac Rae, N.(2010). Occupational Therapy Essentials for Clinical Competence (pp.3-10)
15. Lee, SW., Morley, M., Taylor, R, R., Kielhofner,G., Garnha,M., Heasm, D., Forsyth,K. (2011).The development of care pathways andpackages in mental health based on theModel of Human Occupation Screening Tool British Journal of Occupational Therapy, 74(6).
16. C. P. Hemmings, L. A. Underwood., N, Bouras. (2009). Services in the community for adults with psychosis and intellectual disabilities: a Delphi consultation of professionals' views. Journal of Intellectual Disability Research,volume 53 (7): 677–684
17. Whitley, R., Strickler, D., E. Drake, R. (2012). Recovery Centers for People with Severe Mental Illness: A Survey of Programs. Community Ment Health J 48:547-556
18. Shinohara, K., Yamada,T., Kobayashi, N., Forsyth, K. (2012). The Model of Human Occupation-Based Intervention for Patients with Stroke: A Randomised Trial, Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 22, 60-69
19. Nakamura-Thomas, H., Kyougoku, M. 2013.Application of Occupational Self Assessment inCommunity Settings for Older PeoplePhysical & Occupational Therapy in Geriatrics, 31(2):103–114
20. N. Gregory., J. Robertson., S, Kessissoglou., E, Emerson., C, Hatton. (2001). Factors associated with expressed satisfaction among people with intellectual disability receiving residential supports. Journal of Intellectual Disability Research, Volume 45 part 4 pp 279-291
21. Raber, C. Teitelman, J.,Watts, J., Kielhofner,G. 2010. A phenomenological study of volition in everyday occupations of older people with dementia. British Journal of Occupational Therapy, November 73 (11).
22. Lee, S,W., MS, OTR., Taylor,R, PhD., Kielhofner,G., Dr.PH.,(2009).OTR/L, FAOTA Choice, Knowledge, and Utilization of aPractice Theory: A National Study of Occupational Therapists Who Use the Model of Human Occupational Therapy in Health Care, Vol. 23(1)

23. Dixon, L., Goldman, H. (2004). Forty years of progress in community mental health: The role of evidence evidence-based practices. *Administration and Policy in Mental Health*,31(5), 381-392.
24. Fieldman, S.(2003). Reflections on the 40th anniversary of the US community mental health centers act. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 662-667.
25. Sharfstein, S. S. (2000). Whatever happened to community mental health? *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 51Psychiatric 51(5), 616-620.
26. Ingrid Söderback Editör.(2008). *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*
27. Christiansen, C.H., Baum, C.M. (2005). New Jersey: Slack Inc. Clinger, J., Dodson, M., Maltchev, K., Page, J. (2007). 5 Areas of practice in occupational therapy. 230.2.-21
28. Braveman, B. Suarez-Balcazar, Y. (2009). Social justice and resource utilization in a community-based organization: A case illustration of the role of the occupational therapist. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63, 13-23.
29. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A ve ark. (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ*; 330:123-6.
30. Priebe S, Frottier P, Gaddini A ve ark. (2008) Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatr Serv*; 59:570-3.
31. Gordon C Shen and Lonnie R Snowden.2014.Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform.Gordon C Shencorresponding author and Lonnie R Snowden .*Int J Ment Health Syst*. 2014; 8: 47.
32. *Occupational Therapy Practice Framework:Domain and Process 2.Edition*
33. *Occupational Therapy in Health Care*, Vol. 23(1), 2009. Available online at <http://www.haworthpress.com/web/OTHC>
34. *Community Mental Health in the People's Republic of China: A Critical Analysis* Kam-shing Yip, Ph.D. *Community Mental Health Journ* Vol. 42, No. 1, February 2006

35. University of Pennsylvania. From the Selected Works of Dennis P. Culhane January. (2006). Predicting Staying In or Leaving Permanent Supportive Housing That Serves Homeless People with Serious Mental Illness
36. Vrkljan, B., Law, M., Ripat, J., LeClair, L., Letts, L. 2009 .DRAFT Occupational Performance Process Model - Overview & Guide The University of Manitoba & McMaster University CAOT Conference 2009 Ottawa, Ontario McMaster University & University of Manitoba - Occupational Therapy - 2009© 1
37. Uluslararası Katılımlı Ergoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi. RUH Sağlığı ve Toplum Temelli Rehabilitasyon Bildiri Kitabı
38. Carl I. Cohen, M.D. Joel S. Feiner, M.D.Charles Huffine, M.D.H. Steven Moffic, M.D. Kenneth S. Thompson, M.D.(2003). The Future of Community Psychiatry Community Mental Health Journal, Vol. 39, No. 5
39. NAMI. Grading the States: A Report on America's Health Care System for Serious Mental Illness, published March 1, 2006.1-1
40. U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General General—Executive Summary. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for, Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.
41. Vazquez-Barquero JL, Garcia J, Torres-Gonzaalez F (2001) Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience? Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 89-95
42. Stefansson C-G, Hansson L (2001) Mental health care reform in Sweden,1995 Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 82-88
43. Schene AH, Faber AME (2001) Mental health care reform in the Netherlands Acta Psychiatr Scand;104 (Suppl. 410): 74-81)
44. Davidson, L., Mezzina, R M., Thompson, K. “A life in the community”: Italian mental health reform and recovery. Journal of Mental Health (Impact Factor: 1.01). 10/2010; 19(5):436-43.)
45. Özürlüler Hakkında 1/7/2005 tarihinde çıkarılan 5378 sayılı Özürlüler Kanunu
46. Rusihak Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları 2008 Türkiye Raporu, www.rusihak.org

47. BM Engelli Hakları Sözleşmesi.Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun ve Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme
48. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011-2023, Ankara
49. SHÇEK. (2011). Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 2432-(35)
50. 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
51. Ebb, E., Coster, W., Duncombe, L. (1989) Comparison of normal and psychosocially dysfunctional male adolescents. *Occupational Therapy in Mental Health*, 9(2), 53-74.
52. Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge (16/02/2011 tarih ve 7364 sayılı Makam Onayı)
53. The fourth edition of Gary Kielhofner's book. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application*, *Occupational Therapy in Health Care*, Vol. 22(2-3)
54. In *Model of human occupation* (3rded.) (404-28). Philadelphia,PA: Lippincott,Williams, &Wilkins
55. 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.
56. Wimpenny, K., Forsyth, K., Catherine, J., Lorna, M., Colley, Julie. (2010). Implementation of the Model of Human Occupation (MOHO) across a mental health occupational therapy service:communities of practice and a participatory change process
57. Lee, SW., Kielhofner G., Morley, M., Heasman, D., Garnham, M.,Willis,S.,\ Parkinson, S., Forsyt, K., Melton, J., TAYL,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: 450-456
58. Arbesman, M., Logsdon, D. W. (2011). Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65,238-246.doi: 10.5014/ajot. 001289

59. Lee, J., Kielhofner, G. (2010). Vocational intervention based on the Model of Human Occupation: a review of evidence *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 17: 177-190
60. Auerbach, J. D., Parkhurst, J. O., & Caceres, C. F. (2011). Addressing social drivers of HIV/AIDS for the long-term response: Conceptual and methodological considerations. *Global Public Health*, 6, 293-309.
61. Hinojosa, J.K., Kramer, P.(1997). Statement: Fundamental Concepts of Occupational Therapy: Occupation, Purposeful Activity and Function. *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 51, 864-866. doi:10.5014/ajot.51.10.864-18
62. Kielhofner, G.A. (1980). Model of Human Occupation, Part 2. Ontogenesis from the Perspective of Temporal Adaptation (theory, treatment model, development) *The American Journal of Occupational Therapy*, Volume 34, No. 10
63. Kielhofner, G.A. (1980). Model of Human Occupation, Part 3, Benign and Vicious Cycles (treatment model, adaptation, dysfunction). *The American Journal of Occupational Therapy*, Volume 34, No. 11
64. Lee, SW, Taylor, R., Kielhofner, G., Fisher, G. (2008). Teori use in practice. A national survey of therapists who use the Model of occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 106-117
65. Kielhofner, G., Forsyth, K. (2001). Measurement properties of a client self-report for treatment planning and documenting therapy outcomes. *Scand J Occup Ther*, 8: 131-139. 73
66. Karen P. Y. Liu, PhD, OTR Bacon F.L. Ng, MSc. 2008. Usefulness of the Model of Human Occupation in the Hong Kong Chinese Context. *Occupational Therapy in Health Care*, Vol. 22 (2-3)
67. Shei, Lai, J., Haglund, L., Kielhofner, G. (1999). Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale, *Scand J Caring Sci*; 1 *Scand J Caring Sci* 1999; 13: 267-273
68. Gibson, R. W., D'Amico, M., Jaffe, L., Arbesman, M. (2011). Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 247-256.
69. Notoh, H., Yamada, T., Kobayashi, N., Ishii, Y., Forsyth, K. (2013). Examining the Psychometric Properties of the Model of Human Occupation Screening Tool Japanese Version. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 23, 26-31

70. Samantha E. Ashby, Ryan, S., Gray, M., James, C. (2013). Factors that influence the professional resilience of occupational therapists in mental health practice. *Australian Occupational Therapy Journal*. 60, 110–119
71. Alexis N. Misko. Applying the Model of Human Occupation: Three Community-based Case Studies of Individuals with HIV/AIDS. Faculty Mentor: David L. Nelson, Ph.D., OTR/L, FAOTA .Site Mentor: Joan Duggan, M.D., A HIVS Department of Rehabilitation Sciences Occupational Therapy Doctorate Program The University of Toledo May 2012.
72. Lee, L.(2010). Achieving Best Practice: A review of Evidence Linked to Occupation-Focused Practice Models. *Occupational Therapy in Health Care*, Vol.24 (3)
73. Krohn, W. S., Drnek, S., Powell, K. (2009). Occupational Therapy Intervention to Foster Goal Setting Skills for Homeless Mothers. *Occupational Therapy in Health Care*, Vol.20:3-4, 149-166
74. Ayuso, DMR., Kramer J. (2009). Using the Spanish Child Occupational Self-Assessment (COSAS) With Children With ADHD. *Occupational Therapy in Mental Health*, 25:101-114
75. Morgan, R., Long, T.(2012). The effectiveness of occupational therapy for children with developmental coordination disorder: a review of the qualitative literature. *British Journal of Occupational Therapy*. 75 (1)
76. Kramer, J., Kielhofner, G., Lee, SW., Ashpole, E., Castle, L. (2009) Utility of using the Model of Human Occupation Screening Tool for Detecting Client Change. *Occupational Therapy in Mental Health*, 25:18 -191
77. Kahlin, I., Haglund, L.(2009). Psychosocial Strengths and Challenges Related to Work Among Persons With Intellectual Disabilities. *Occupational Therapy in Mental Health*, 25:151-163
78. Cole, F. (2010). Physical activity for its mental health benefits: conceptualising participation within the Model of Human Occupation. *British Journal of Occupational Therapy*. 73 (12)
79. Braveman, B., Kielhofner, G., Albrecht, G., Helfrich, C. (2006). Occupational identity, occupational competence and occupational settings (environment): Influences on return to work in men living with HIV/AIDS. *Work*, 27, 267-276.
80. Mayo, N. E., S, W.D., Côte, R., Durcan, L., et Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83 (8), 035-1042.

81. Pepin, G., Guerette, F., MA, Lefebvre, B., Jacques, P., MD, FRCPC.(2008). Canadian Therapists' Experiences While Implementing the Model of Human Occupation Remotivation Process, Occupational Therapy in Health Care, Vol. 22(2-3)
82. MOHO e-mailaddress (MOHOC@uic.edu)
83. <http://www.uic.edu/hsc/acad/cahp/OT/MOHOC>
84. Kielhofner, G., Posetary, J., Cynthia, B., Heard, Igi. .(1980). A Model of Human occupation,Part 4. Assessment and Intervention. The American Journal of Occupational Therapy. 34:12 (44)
85. Kielhofner, G., Brent Braveman, Kathi Baron, Gail Fisher, Joy Hammel and Mike Littleton. (1998).The model of human occupation: understanding the worker who is injured or disabled, Department a/Occupational Therapy. University of Illinois at Chicago. USA
86. Turner, N., BscOT., Lydon,C. BscOT. (2008). Psychosocial Programming in Ireland Based on the Model of Human Occupation: A Program Evaluation Study. Occupational Therapy in Health Care,Vol. 22
87. Tarakcı, E., Uyanık, M. (2012). Multipl Sklerozun Farklı Tiplerinde Ergoterapinin Etkinliğinin KarşılaştırılmasıTurkiye Klinikleri J Med Sci, 32(2)
88. Forsyth, K., G, Kielhofner. (1980).The article presents a current overview of the theory and application of the Model of Human Occupation.
89. Kielhofner, G. (2002). Model of Human Occupation: theory and Application.Wolters Kluwer Health.
90. In Model of human occupation (3rded.) (404-28). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams,&Wilkins
91. Allen C.1985.Occupational Therapy for Psychiatric diseases :Measurement and management of cognitive disabilities. Boston (MA): Little, Brown.
92. Boisvert, R, A., Martin, L, M., Grosek, M., Clarie, A, J.(2008). Effectiveness of a peer-support community in addiction recovery: oparticipation as intervention, Occup. Ther. Int. 15(4}: 205-220
93. Billy T., Susan,O., M. Bruce., Finch, A., Fahey, R., Mc Lean, L. (2011). Recommended Communication-Based Interventions for Individuals With Severe Intellectual Disabilities. Communication Disorders Quarterly, 32(3): 164 -175

94. Peter, J., Faye E. Sultan.(2001). Characteristics of Dropouts, Remainers and Refusers a Psychosocial Rehabilitation Program orthe chronically Mentally Disabled.The Journal of Psychology, 119 (2), 175-183
95. Kielhofner, G., Barrett, L. (1998). Meaning and misunderstanding in occupational forms: A study of therapeutic goal setting. The American Journal of Occupational Therapy, 52, 345-353.
96. Fearing, G. & Clark, J. (2000). Individuals in context: A practical guide to client-centred practice.Thorofare, NJ: Slack Incorporated
97. Toglia, J.P.2005. Dynamic interactionel approach to cognitive rehabilitation.In. Katz (Ed), Cognition and occupation across the life span; Models for intervention in occupational Therapy (pp. 29-72). Bethescla, MD: American Occupational Therapy Association
98. Jansen, H. Ada, L., Bernhardt, J., mCelduff, p., Pollack, M., Nilsson, M., Spratt, N. (2014). Physical , cognitive and social activity levels of stroke patients under going rehabilitation within a mixid rehabilitation unit. Clinical rehabilitation, 29 (1) 91-101
99. Smyntek, L., Barris, R., Kielhofner, G.(1985). The Model of Human Occupation Applied to Psychosocially Functional and Dysfunctional Adolescents. Occupation Therapy Mental health , 5(1), 21-39
100. Activity analysis:application to occupation/Gayle I, Hersch Nancy K. Lamport, Margaret S, Coffey. 5.edith
101. College of Occupational T. (2009). Definitions and Core Skills for Occupational Therapy. [Online]: [http://ww .cot.co.uk/various-aspect-s of%C2%AO-ot/briefing-23-definitions-and-core-skills-occupational-therapy](http://www.cot.co.uk/various-aspect-s of%C2%AO-ot/briefing-23-definitions-and-core-skills-occupational-therapy).
102. Jenkinson, J., Hyde, T., Ahmad, S.(2008). Building Blocks for Learning, Occupational therapy approaches, John Wiley, Sons Ltd.
103. Crain, M., Penhale, C., Newstead, C., Thomson, L., Heah,T., Barclay, K. (2009). The contribution of IPS to recovery from serious mental illness: A case study, Work 33 459-464
104. Boston University Sargent College of Health and Rehabilitation SciencesThesisThe Use of the Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assesment For Children (DOTCA-CH) in Taiwan: A Pilot Study byWan-Hui Yub. S., Chang Gung University, 2004.Submitted in partial fulfillment of therequirements for the degree ofMaster of Science2004 First Reader

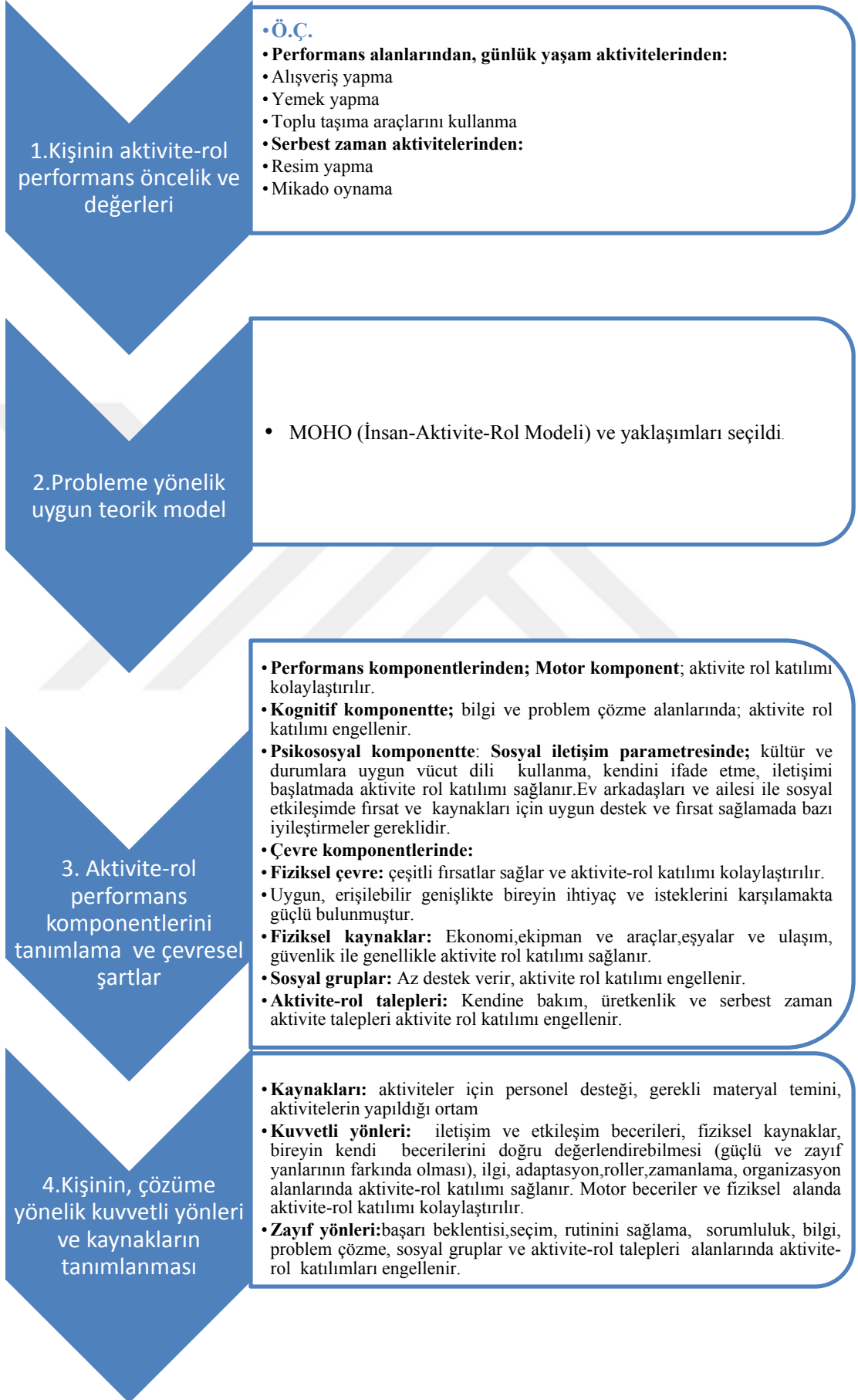
105. Katz, N., Golstand, S., Traub Bar-Ilan, R., Parush, S. (2007). The Dynamic Occupational Therapy Cognitive Assessment for Children (DOTCA–Ch): A new instrument for assessing learning potential. *American Journal of occupational Therapy*, 61, 41–52.
106. Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G.(2006). Model of Human Occupation Screening tool (MOHOST).Version 2.0.Chicago, IL:University of Illinoisat Chicago.
107. Kielhofner, G., Morley, M., Garnham, M., Heasman, D., Forsyth, K., Lee,S.W. and Taylor, R, R. 2010. A psychometric Study Of The Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) , 20(2):63-70
108. Hawes, D., Houlder, D. (2010). Reflections on using the Model of Human Occupation Screening Tool in a joint learning disability team. *British Journal of Occupational Therapy*, November, 73(11)
109. Woan Pan, A., Wei Fan, C., LyInn Chung, L., Jang Chen,T., Kielhofner, G., Yi Wu, M., Ling Chen,Y.2011. Examining the validity of the Model of Human Occupation Screening Tool: using classical test theory and item response theory *British Journal of Occupational Therapy*, January 74 (1).
110. Lichtenberg, P. (2011). The residential care alternative for the acutely psychotic patient. *Psychiatric quarterly*, 82 (4), 329-341.
111. Mahmoud Zakarneh. Ergoterapi Programı. Yüksek lisans tezi Ankara. 2015. Ankara Umut Evlerinde Kalan Bireylerin Aktivite-Rol Katılımı Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi.
112. Produced by Garnham, M., Morley, M., Forsyth, K., Lee, S.W., Taylor, R.R., Kielhofner, G. 2010. Occupational Therapy Care Packages in Mental Health: Preparing for Payment by Results
113. Kelhofner, G., Braveman, B., Fogg, L., Levin, M. (2008). A controlled study of Services To Enhance Productive Participation Among people with HIV/AIDS.TheAmerican Journal of Occupational Therapy, 62, 36-45.
114. Asmundsdottir, EE. (2009). Creation of New Services:Collaboration Between Mental Health Consumers and Occupational Therapists. *Occupational Therapy in Mental Health*, 25:115 -126
115. Kielhofner, G., Bryze, K., Goldbaum, L., Last, D., Rey, D., Rockwell-Dylla, L.(2002). Facilitating participation through community-based interventions

116. Nihon Koshu Eisei Zasshi. 2012. Effectiveness of an occupational therapy program for health promotion among healthy elderly. A randomized controlled trial.[Article in Japanese] Kawamata H, Yamada T, Kobayashi N. Feb; 59(2):73-81
117. Stewart , P., Craik, C. 2008. Occupation, Mental illness and Medium Security: Exploring Time-Use in Forensic Regional Secure Units .British Journal of Occupational Therapy,70 (10), 416-425
118. D'Cruz, R. (2011). The Impact of the Environment on Occupational Engagement and Agitation of People with Dementia.
119. 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.
120. Mitchell R, Neish. (2007).The use of a ward-based art group to assess the occupational participation of adult acute mental health clients. British Journal of Occupational Therapy, 70 (5), 215-217.
121. Corbiere, M., ve Lecomte, T. (2009). Vocational services offered to people with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 18 (1), 38-50.
122. Standen, P., Brown, David j. 2005. Virtüal Reality in the Rehabilitation of People with Intellectual Disabilities:Review.
123. Repper, J., Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20 (4), 392-411.
124. A. M. Desiren, H., Doneeel, P., de Rijk, A ., Van Hoof, E. (2013). A Conceptual-Practice Model for Occupational Therapy to Facilitate Return to Work in Breast Cancer Patients, *J Occup Rehabil*, 23:516-526
125. Gutman, S. (2011). Special issue: effectiveness of occupational therapy services in mental health practice. *Am J Occup Ther*, 65(3), 235-7.
126. Charles E. D., Fleitas, R., Moore, A., Krebs,C., Ormer, A.V., Penk,W., Seibyl, C., Rosenheck, R. (2002) Patterns in Work Functioning and Vocational Rehabilitation Associated with Coexisting Psychiatric and Substance Use Disorders, 46 (1), 5–13
127. Porteous,, N., Waghorn, G. (2009). Developing evidence-based supported employment services for young adults receiving public mental health services. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 56(1), 34-39.

128. Ross, C. J. (1997). The relationship between occupational roles and life satisfaction in young adults with serious mental disorders. University of Exeter, MS Occupational Therapy.
129. D. Coniglio, F., Hancock, N., A. Ellis, L. (2012). Peer Support Within Clubhouse: A Grounded Theory Study, *Community Ment Health J* 48:153-160
130. Bowyer, P., Kielhofner, G., Braveman, B. (2006). Interdisciplinary staff perceptions of an occupational therapy return to work program for people living with AIDS. *Work*, 27, 287-294.
131. Arbesman, M., Bazyk, S., Nochajski, S. M. (2013). Systematic review of occupational therapy and mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, e120–e130. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2013.008359>
132. Mc Cready Hurff, J., Poulsen, M.K., Van Hoven, J., Olson, S. 1985. A library Skills Program Serving Adults with Mental Retardation: An Interdisciplinary Approach. *American Journal of Occupational Therapy*, Volume 39,4
133. Arbesman, M., Logsdon, D. W. (2011). Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 65,238-246. doi: 10.5014/ajot.2011.001289
134. Forsyth, K., Parkinson, S., Kielhofner, G., Kramer, J., Summerfield Mann, L., Duncan, E. (2011). The measurement properties of the Model of Human Occupation Screening Tool and implications for practice. *New Zealand journal of Occupational Therapy*, 58(2), 5 - 13.
135. E. Bodde, A., M.P.H. Chul Seo, D. Ph.D .2009. A review of social and environmental barriers_ physical activity for adults with intellectual disabilities. *Disability und Health Journal* 2, 57- 6
136. Beart, S., Hawkins, D., Kroese, BS., Smithson, P. T. 2001 Barriers to accessing leisure opportunities for people with learning disabilities. *Br J Learn Dis.;*29 (4):133-138
137. Kimball, B, R., Goodwin, D.2009. Self-Determination and Leisure Experiences of Woman Living in Two Group Homes. *Adapted Physical Activity quarterly*, 26,1-20

EKLER

EK 1. Müdahale Tabloları



5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket (tedavi) planının oluşturulması

- Ö.Ç.
- Aktvite-rol kimlik (üretken/değerli rollerin yeniden oluşturulması) ve yeterlilik oluşturma
- Alışveriş yapma, toplu ulaşım araçlarını kullanabilme, yemek pişirme, resim kursuna, mikado oyununa katılımını sağlamak
- Rollerini yerine getirebilme (öğrenci, oyun arkadaşı, ev idarecisi)

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- **Aktviteye yönelik yapılan müdahale:** Organizasyon,problem çözme, bilgi edinme, sıralama becerilerini geliştirmek için yapılandırılmış aktivitelere faydalanıldı.Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı. Günlük rutinlerin, rollerin ve sorumlulukların oluşturulması için yapılandırılmış bir günlük rutin program uygulaması yapıldı.
- **Kişiyeye yönelik yapılan müdahale: İletişim ve etkileşim becerilerini geliştirmek için** bireysel ve grup aktiviteleri içerisinde iletişim geliştirme ve drama kullanıldı. Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. İpuçları (görsel, sözel, yazılı bilgi, taktik,rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- **Psikososyal becerilerine yönelik:** Kişinin sosyal katılımı sağlanması hedeflenerek komşuları eve davet edildi. Komşuları ile birlikte yemek yapma aktivitesi ile iletişim ve etkileşim becerinin gelişmesi amaçlandı. Aynı zamanda kişinin aktiviteye katılımını motive etmek için özgüven ve motivasyonuna yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu. Komşulara eğitim verilerek psikososyal yönden destek vermeleri hedeflendi. Aktivite içerisindeki semptomların (durum yönetimi, duyguların yönetimi) yönetimine ilişkin eğitim verildi.
- **Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** Kişinin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı. Masa başı aktiviteleri sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı. Kişiyeye destek sağlanması için personel eğitimi verildi. Resim kursu öğretmenin kişiyeye daha çok destek olabilmesi için, bireyin ön sıraya oturması sağlandı.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Kişiyeye merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **F.A.**
- **Performans alanlarından,**
- **Günlük yaşam :**
- Alışveriş yapma
- Toplu taşıma araçlarını kullanma
- **Üretkenlik aktivitelerinden:**
- İşe başlama
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Takı tasarımı
- Mikado oynamak

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartları

- **Performans komponentlerinden: motor komponent;** aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** Oryantasyon, algılama, görsel motor organizasyon, parametrelerinde yetersizlikler tespit edildi. Bilgi edinme ve problem çözme alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.
- **Psikososyal komponentte:**
- **Sosyal iletişim parametresinde;** başkalarıyla işbirliği ve pozitif ilişkiler kurmada aktivite rol katılımı engellenir. Sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade parametrelerinde aktivite-rol katılımı sağlanır.
- **Çevre komponentlerinde:**
- **Fiziksel çevre:** çeşitli fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta uygun bulunmuştur.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Sosyal gruplar:** Az destek verir, aktivite rol katılımı engellenir.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivite -rol taleplerinde aktivite rol katılımı engellenir.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** Aktivite-rol için gerekli ekipmanlar ve aletlerin temini, aktivitelerin yapıldığı ortam, aktiviteler için personel desteği.
- **Kuvvetli yönleri:** Bireyin aktivite-rol için ilgi, rutin, sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade, süreç becerilerinden; zamanlama, organizasyon, fiziksel kaynaklar alanlarında aktivite-rol katılımı sağlanır. Motor beceriler ve fiziksel alanlarında aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** becerilerinin zayıf ve kuvvetli yanlarını bilmesi, başarı beklentisi, seçim yapabilme, adaptasyon, roller, sorumluluk, ilişkiler, bilgi edinme, problem çözme, sosyal gruplar ve aktivite-rol talepleri alanlarında aktivite-rol katılımı engellenir. Kognitif beceriler alt parametrelerinde problemler tespit edilmiştir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

•F.A.

- Üretken ve değerli rutinlerin yeniden oluşturulması (kişiselbakım, serbest zaman ve üretkenlik aktiviteleri için yapı sunan anlamlı bir rutin oluşturmak)
- Kognitif becerilerin gelişimi (hafıza, dikkat, el-göz koordinasyonu, görsel algı, praxis, sıralama, derinlik algısı, vücut algısı, odaklanma, problem çözme, zaman yönetimi, uzaysal algılama).
- Sosyal katılım, takı tasarımı kursuna katılımı, toplu taşıma araçlarını kullanma, mikado oynama, alışveriş yapma, işe başlamayı sağlamak.
- Sosyal çevreleri içerisinde rolleri yeniden geliştirmek ve rollerini yerine getirebilme (çalışma arkadaşı, kursiyer, arkadaş).
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma.

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.
- Kişiyeye yönelik yapılan müdahale:** İşe adaptasyon sağlaması için beceri eğitimi ve adisonların düzenlenmesi yapıldı. Geçmiş aktiviterden güçlü yanlarını, aktarılabılır becerilerini tespit ederek kişisel isteğinin oluşturulması için görüşmeler yapıldı.
- Kognitif komponentlerdeki problemlerine yönelik:** Kognitif rehabilitasyonda müdahale yaklaşımları ile çalışıldı.
- Kişiyeye hafıza eğitimi, yer-zaman oryantasyonu, uzaysal algı, praxis, görsel motor yapılandırma becerilerindeki performansını artırmak amaçlı masa başında hafıza kartları, hikâye kartları, puzzle, lego ve renkli küplerle çalışıldı. Aktivite eğitimi yapılarak sözlü teşvikler ve ipucu stratejileri kullanılarak katılımı sürdürme becerisi geliştirildi (görsel: gösterme, sözlü teşvikler, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- Psikososyal becerilerine yönelik:** Kişinin sosyal katılımı sağlanması hedeflenerek komşuları eve davet edildi. Komşuları ile birlikte yemek yapma aktivitesi ile iletişim ve etkileşim becerinin gelişmesi amaçlandı. Aynı zamanda kişinin özgüven ve aktivite içerisindeki durum yönetimi, başa çıkma ile ilgili (aktivite içerisindeki semptomların yönetimine ilişkin) görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu. Komşulara eğitim verilerek psikososyal yönden destek vermeleri hedeflendi.
- Çevreyeye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** Kişinin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı. Masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı. Kişiyeye destek sağlanması için bakıcı eğitimi verildi.Takı tasarımı kursu öğretmeninini kişiyeye daha çok destek olabilmesi için, kişinin ön sıraya oturması sağlandı.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA testi değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı gelişmeler ortaya çıkmıştır.
- Kognitif durum değerlendirmeleri için yapılan DOTCA-Ch sonucunda oryantasyon, praxis görsel motor yapılandırma parametrelerinde anlamlı değişimler tespit edilmiştir.

Kişiyeye merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımı sağlanmıştır.

1. Kişinin aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

• **E.D.**

• **Performans alanlarından; Günlük yaşam aktivitelerinden:**

- Ortaokulu bitirme sınavlarına katılım ve öğrencilik rolü için motivasyon sağlamak
 - Banyo aktivitesini bağımsız yapabilme
 - Alışveriş yapma
 - Yemek yapma
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Kurdele nakışı yapma
 - Puzzle yapma

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden: Motor komponent;** aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Kognitif komponentte:** Bilgi edinme ve problem çözme alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır, zamanlama ve organizasyon alanlarında aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Psikososyal komponentte:** Sosyal iletişim parametresinde; kültür ve durumlara uygun vücut dili, konuşmayı uygun başlatma, vokal ifade ve ilişkiler kurmada aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Çevre komponentlerinde:**
 - **Fiziksel çevre:** Değerli aktivite-rol katılımı engellenir. Bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta uygun destek ve fırsatlar sağlamada bazı iyileştirmeler gereklidir. Engelli ve erişilemez bulunmuştur.
 - **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.
 - **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlanır.
 - **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik aktivite rol katılımı engellenir, serbest zaman aktivite-rol taleplerinde aktivite rol katılımı sağlanır.

4. Kişinin çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** Aktivitelere katılım için ulaşım aracı ve personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam.
- **Kuvvetli yönleri:** Güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olması, ilgi, seçim yapabilme, sözsüz beceriler, bilgi edinme, güç ve çabası, sosyal gruplar, aktivite-rol talepleri alanlarında aktivite-rol katılımı sağlanır. İletişim ve etkileşim becerileri, zamanlama, organizasyon, problem çözüme, koordinasyon, enerji alanlarında aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** Başarı beklentisi, seçimler, rutinini sağlama (kendine bakım aktivitesi), adaptasyon, roller, sorumluluk, postür ve hareketlilik, fiziksel alan, fiziksel kaynaklar alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

•E.D.

- Destekleyici sosyal ilişkiler ve çevreler geliştirerek sosyal rollere katılımı artırmak, kültürel olarak uygun aktivite gruplarına erişim sağlamak.
- Kendine bakım aktivitesi olan banyo aktivitesini bağımsız yapabilme, bağımsız alışveriş yapma, yemek yapma, kurdele nakışı yapma, puzzle yapmasını sağlamak, ortaokulu bitirme sınavlarına katılım için motivasyon sağlamak.
- Rollerini yerine getirebilme (öğrenci, arkadaş, ev idarecisi, kursiyer)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Banyo aktivitesinin bağımsız olarak yapılabilmesi için aktiviteye yönelik adaptasyon yapıldı. Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı
- **Kişiyeye yönelik yapılan müdahale:** Bireyin öğrencilik rolüne istek oluşturma ve başarı beklentisi için motivasyonunu geliştirme çalışmaları yapıldı. Ortaöğretim bitirme sınavlarına katılım için açık liseye kayıt yapıldı.
- Kişiyeye verilen aktivite çalışması süresince dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. İpuçları (görsel: gösterme, sözel: konuşma, taktik: rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- **Psikososyal becerilerine yönelik:** Kişinin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek komşuları eve davet edildi. Komşuları ile birlikte yemek yapma aktivitesi ile iletişim ve etkileşim becerinin gelişmesi amaçlandı. Aynı zamanda kişinin özgüven eksikliğine yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu. Komşulara eğitim verilerek psikososyal yönden destek vermeleri hedeflendi.
- **Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** Banyo aktivitesini bağımsız yapabilmesi için banyo çevresi dizayn edildi.Kişinin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.Masa başı aktiviteleri sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı. Bireyin kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerinde bağımsızlık ve güvenliğinin sağlanması için personel eğitimi verildi. Kurdele nakışı kursu öğretmenin kişiyeye daha çok destek olabilmesi için, kişinin ön sıraya oturması sağlandı. Uygun sosyal çevre oluşturuldu.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Kişiyeye merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **N.P.**
- **Performans alanlarından,**
- **Günlük yaşam aktivitelerinden:**
- Alışveriş yapma
- Toplu taşıma araçlarını kullanma
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Takı tasarım yapma
- Mikado oynama

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; Motor komponent;** aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** Oryantasyon, görsel motor organizasyon, düşünme süreçleri parametrelerinde yetersizlikler tespit edildi. Bilgi edinme, problem çözme alanlarında aktivite-rol katılımı engellenir. Zamanlama, organizasyon alanlarında aktivite-rol katılımı sağlanır.
- **Psikososyal komponentte: Sosyal iletişim parametresinde;** davranış problemleri nedeniyle sosyal çevresinde olan ev arkadaşları, personel ve kurs arkadaşlarıyla ilişkilerinde problemler yaşanıyor. Sözsüz beceriler, konuşma,
- vokal ifade alanlarında aktivite-rol katılımı sağlanır.
- **Çevre komponentlerinde:**
- **Fiziksel çevre:** engelsiz, bağımsızlık ve güvenliği kolaylaştırıcı, çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı engellenir.
- **Aktivite-rol talepleri:** Aktivite-rol talepleri yetenek, ilgiler, enerji ve kullanılabilir zaman ile bazı net tutarsızlıklar vardır. Aktivite rol katılımı engellenir.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** Aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam.
- **Kuvvetli yönleri:** İlgi, seçimler, rutin, sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade, zamanlama, organizasyon, fiziksel kaynaklarında aktivite rol katılımı sağlanır. Postür ve hareketlilik, koordinasyon, güç ve çabası, enerji ve fiziksel alanlarında aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** zayıf ve kuvvetli yanlarını bilmesi, başarı beklentisi,
- adaptasyon, roller, sorumluluk, ilişkiler, bilgi edinme, problem çözme, sosyal gruplar ve aktivite-rol taleplerinde aktivite rol katılımı engellenir.
- **Kognitif beceriler alanında problemler tespit edildi.**

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

•N.P.

- Destekleyici sosyal ilişkiler ve çevreler edinmek; sosyal rollere katılımı artırmak, pozitif sosyal ilişkiler geliştirmek, topluma katılımı desteklemek
- Sosyal katılım, alışveriş yapma, toplu taşıma araçlarını kullanma, takı tasarımı yapmasını sağlama.
- Kognitif becerilerin gelişimi (hafıza, dikkat, el-göz koordinasyonu, görsel algı, praksiş, sıralama, derinlik algısı, vücut algısı, odaklanma, problem çözme, zaman yönetimi, uzaysal algılama)
- Rollerini yerine getirebilme (ev idarecisi, oyun arkadaşı, çalışma arkadaşı)
- Aktivite-rol kimlik (üretken/değerli rollerin yeniden oluşturulması) ve yeterlilik oluşturma.

6.Performans komponentlerinde çevre delimitasyonların azaltılması il planı uygulama

- Aktiviteye yönelik yapılan müdahale;** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansa azaldı.
- Kişiye yönelik yapılan müdahale;** Ev arkadaşları, personel ve kurs öğretmeni ile iyi ilişkiler kurma üzerine bilgilendirme yapıldı. Agresif davranışların azaltılması ve pozitif ilişkiler kurma yönünde motivasyon görüşmeleri yapıldı.
- Kognitif komponentlerdeki problemlerine yönelik;** Kognitif rehabilitasyonda müdahale yaklaşımları ile çalışıldı. Kişiyi hafıza eğitimi, yer-zaman oryantasyonu, uzaysal algı, praksiş, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırmak amaçlı masa başında hafıza kartları, hikâye kartları, puzzle, mikado, lego ve renkli küplerle çalışıldı. Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.
- Psikososyal becerilerine yönelik;** Kişinin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek bireyin Milli Eğitim Bakanlığı'na üyeliği yapıldı. Gruplara katılım ile sosyal çevre edinme ve iletişim ve etkileşim becerilerinin gelişmesi amaçlandı.
- Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon);** Kişinin bildiği sosyal ve fiziksel çevreden yeni fiziksel ve sosyal çevrede çalışıldı. Destekleyici sosyal ilişki ve çevreler oluşturuldu (kurs öğretmeni, ev arkadaşları ve personel desteği).Masa başı aktiviteleri sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.Bireyin otonomi ve öz yeterliliğinin geliştirilmesi için uygun desteğin sağlanmasında personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.
- Kognitif değerlendirmeler için yapılan DOTCA-Ch değerlendirmeleri sonucunda oryantasyon, praksiş görsel motor yapılandırma, düşünme işlemleri parametrelerinde anlamlı değişimler tespit edilmiştir.

Kişi merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

• **G.K.**

- **Performans alanlarından,**
- **Günlük yaşam aktivitelerinden:**
 - Alışveriş yapma,
 - Yemek yapma.
 - Toplu taşıma araçlarını kullanma ve trafik kurallarını öğrenme
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
 - Jimnastik kursuna katılma,
 - Mikado oynama,
 - Kitap okuma.

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor komponent;** aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** Oryantasyon, algı, görsel motor organizasyon, düşünme süreçleri parametrelerinde problemler tespit edildi.
- **Psikososyal komponentte:**
- **Sosyal iletişim parametresinde;** ikili ilişkilerde hoşgörülü olmaması ve agresif davranışları nedeniyle, sosyal çevresinde, ev arkadaşlarıyla ve personelle ilişkilerinde problem yaşanıyor. İlişkiler alanında aktivite rol katılımı engellenir.
- **Çevre komponentlerinde:**
 - **Fiziksel çevre:** Çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
 - **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
 - **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı engellenir.
 - **Aktivite-rol talepleri:** üretkenlik, serbest zaman aktivite rol katılımı engellenir.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** Aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal bulma, aktivitelerin yapıldığı ortam.
- **Kuvvetli yönleri:** Becerilerin doğru değerlendirilmesi, başarı beklentisi, ilgi, seçim, problem çözme, organizasyon yapabilme, adaptasyon, roller, sorumluluk, fiziksel kaynaklar, aktivite-rol talepleri alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır. Rutin, motor beceriler, sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade, fiziksel alan konularında aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** İlişkiler, bilgi edinme, zamanlama, sosyal gruplar alanlarında aktivite rol katılımı engellenir. Kognitif becerilerde problemler tespit edilmiştir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket (tedavi) planının oluşturulması

•G.K.

- Sosyal katılım, alışveriş yapma, yemek yapma, toplu taşıma araçlarını kullanma ve trafik kurallarını öğrenme, mikado oynama, kitap okuma ve jimnastik grubuna katılımını sağlama.
- Rollerini yerine getirebilme (öğrenci, jimnastik arkadaşı, oyun arkadaşı, ev idarecisi)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevreel limitasyonların azaltılması il planı uygulama

- **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek bireyden yapılanları hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.
- **Kişiyeye yönelik yapılan müdahale;** kognitif komponentlerdeki problemlerine yönelik; kognitif rehabilitasyonda müdahale yaklaşımları ile çalışıldı. Kişiyeye hafıza eğitimi, yer-zaman oryantasyonu, uzaysal algı, praxis, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırmak amaçlı masa başında hafıza kartları, hikâye kartları, puzzle, mikado, lego ve renkli küplerle çalışıldı.
- Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.İpuçları (görsel: gösterme, sözel: konuşma, yazılı bilgi, taktik: rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- **Psikososyal becerilerine yönelik;** Kişinin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek jimnastik kursuna kayıt edildi. Kursta bulunan katılımcılar ile egzersiz aktivitesi yaparak iletişim ve etkileşim becerilerinin gelişmesi ve sosyal gruplara dâhil olması amaçlandı.
- Emesyonel süreçte; kişinin özgüven, stresle başa çıkma ve anksiyetesine yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu. Arkadaşlarına karşı agresif davranışlarına yönelik görüşmeler yapılarak, psikososyal yönden destek verilmesi hedeflendi.
- **Çevreyeye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** Engellilik kartının çıkarılması sağlandı. Kişinin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı. Masa başı aktiviteleri sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı. Kişiyeye destek sağlanması için personel eğitimi verildi. Jimnastik kursu öğretmenin kişiyeye daha çok destek olabilmesi için kişinin ön saflarda yer alması sağlandı.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol içi motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.
- Değerlendirmeler için yapılan DOTCA-Ch değerlendirmeleri sonucunda oryantasyon, praxis, görsel motor yapılandırma, düşünme işlemleri parametrelerinde anlamlı değişimler tespit edilmiştir.

Kişiyeye merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımı sağlanmıştır.

1. Kişinin aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **M.G.**
- **Performans alanlarından;**
- **Günlük yaşam aktivitelerinden:**
 - Para idaresi
 - A alışveriş yapma
 - Yemek yapma
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
 - Mikado oynama
 - Puzzle yapma

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (insan-aktivite-rol modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor komponent;** aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte;** problem tespit edilmedi.
- **Psikososyal komponentte:** Sosyal iletişim parametresinde; herhangi bir problem saptanmadı. iletişim ve etkileşim becerileri alanlarında aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Çevre komponentlerinde:**
 - **Fiziksel çevre:** çeşitli fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rol katılımı sağlar. Engelsiz, bağımsızlık ve güvenliği kolaylaştırıcı, bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
 - **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, alanlarında aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
 - **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlar. Sosyal gruplar genellikle destek sunabilir ama bazen katılım altında veya üzerinde olur.
 - **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman aktivite rol katılımı sağlar.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakları tanımlanması

- **Kaynakları:** Aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam.
- **Kuvvetli yönleri:** Motor beceriler (postür, koordinasyon, gücü ve çabası) fiziksel alan, fiziksel kaynaklar, iletişim ve etkileşim becerileri (sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade), roller, bireyin motivasyon alanlarında aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır. Rutinini sağlama, adaptasyon, sorumluluk, ilişkiler, bilgi dinme, zamanlama, organizasyon, problem çözme, enerji, sosyal gruplar, aktivite-rol taleplerini yerine getirebilme alanlarında aktivite rol katılımı sağlar.
- **Zayıf yönleri:** Para idaresi becerileri.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket (tedavi) planının oluşturulması

•M.G.

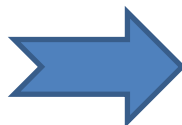
- Para idaresini öğrenmesini, alışveriş ve yemek yapmasını, toplu taşıma araçlarını kullanmasını, mikado oynamasını, puzzle yapmasını sağlama.
- Rollerini yerine getirebilme: Öğrenci, oyun arkadaşı, ev idarecisi, para idarecisi.
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma (aktivite-rol ile ilgili hedeflerin konması ve elde edilmesini kolaylaştırmak).

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek bireyden yapılanları hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.
- Bireye yönelik yapılan müdahale:** Bireyle birlikte problemlerine yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu. Sık sık kontroller yapıldı. Enerji seviyesini artırmak için motivasyonel görüşmeler yapıldı. Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.İpuçları (görsel: gösterme, sözel: konuşma,yazılı bilgi, taktik: rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- Haftalık bütçe oluşturuldu. Para idaresi konusunda önerilerde bulunuldu.
- Psikososyal becerilerine yönelik:** Bireyin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek komşuları eve davet edildi. Komşuları ile birlikte vakit geçirilerek sosyal çevrede, iletişim ve etkileşim becerilerinin gelişmesi amaçlandı. Komşulara eğitim verilerek psikososyal yönden destek vermeleri hedeflendi.
- Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):**
- Toplu taşıma araçlarını ücretsiz kullanabilmeyi sağlayan engellilik kartının çıkartılması sağlandı. Çalıştığı iş yerinde yönetici kişinin bireye verilen sorumlulukların yerine getirilmesinde gerekli desteğin sağlanması için görüşmeler yapıldı. Bireyin yaşadığı sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.
- Masa başı aktiviteleri sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı. Bireyinbağımsız yaşam ihtiyaçları için gerekli becerilerini geliştirmede uygun destek sağlanması için personele eğitim verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA testi değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.



Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları aşılanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

• **i.Y.**

• **Performans alanlarından, günlük yaşam aktivitelerinden:**

- Yemek yapma ,
- Çamaşır ve bulaşık yıkama(makinaların kullanımı),
- Apartman kapı şifresini öğrenme,
- Toplu taşıma araçlarını kullanma,
- Trafik kurallarını öğrenme,

• **Serbest zaman aktivitelerinden:**

- Belediye lokaline üye olma,
- Tavlama oynama, mikado oynama.

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

• **Performans komponentlerinden; motor komponent; aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.**

• **Kognitif komponentte:** Oryantasyon, algılama, düşünme süreçleri parametrelerinde yetersizlikler tespit edildi. Zamanlama, organizasyon alanlarında aktivite-rol katılımı engellenir.

• **Psikososyal komponentte: Sosyal iletişim parametresinde;** kendini ifade etme, başkalarıyla iletişimi başlatmada; sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade alanlarında aktivite-rol katılımı engellenir.

• **Emosyonel süreçte;** Kendine güven, iletişim ve etkileşim alanlarında sorunlar gözlemlendi.

• **Çevre komponentlerinde: Fiziksel çevre:** Çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır. Uygun, bağımsızlık ve güvenliği kolaylaştırıcı, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.

• **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

• **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı engellenir.

• **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

4. Kişinin çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

• **Kaynakları:** Aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam.

• **Kuvvetli yönleri:** kendi güçlü ve zayıf yanlarının neler olduğunu bilmesi, ilgi, aktivite-rol paternleri, ilişkiler, bilgi, problem çözme, fiziksel kaynaklar, aktivite-rol talepleri alanlarında aktivite-rol katılımı sağlanır. Motor beceriler ve fiziksel alanlarda aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.

• **Zayıf yönleri:** zamanlama, organizasyon, seçim yapabilme, başarı beklentisi, sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade, sosyal gruplarda aktivite-rol katılımı engellenir..

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket (tedavi) planının oluşturulması

•İ.Y.

- Sosyal katılım, yemek yapmasını, çamaşır ve bulaşık yıkamasını(makinaları kullanma), apartman kapı şifresini öğrenmesini, toplu taşıma araçlarını kullanmasını, trafik kurallarını öğrenmesini sağlama.
- Kognitif becerilerin gelişimi: Hafıza, dikkat, el-göz koordinasyonu, görsel algı, praksi, sıralama, derinlik algısı, vücut algısı, odaklanma, problem çözme, zaman yönetimi, uzaysal algı.
- Rollerini yerine getirebilme (ev idarecisi, oyun arkadaşı).
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma (gelecekteki aktivite seçeneklerini keşfetmek ve daha geniş kişisel sorumluluk algısı geliştirmek.

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek bireyden ne yapıldığını hatırlaması istendi.Süre her seansta azaldı.
- **Kişiyeye yönelik yapılan müdahale: Kognitif komponentlerdeki problemlerine yönelik:** Kognitif rehabilitasyonda müdahale yaklaşımları ile çalışıldı. Yapılan hafıza eğitimi, yer-zaman oryantasyonu, uzaysal algı, praksi, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırmak amaçlı masa başında hafıza kartları, hikâye kartları, puzzle, mikado, lego ve renkli küplerle çalışıldı.
- Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. İpucu stratejileri (görsel: gösterme, sözel: konuşma, taktik: rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- **Psikososyal becerilerine yönelik müdahale:** Aktiviteye katılmak için özgüveni yapılandırma çalışmaları yapıldı. Kişinin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek belediye lokaline üye yapıldı. Gruplara katılım ile iletişim ve etkileşim becerilerinin gelişmesi amaçlandı. Aynı zamanda kişinin özgüven, pozitif başa çıkma becerilerine yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu.
- **Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** Kişinin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı. Masa başı aktiviteleri sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.
- Bireyin görevlere uyum sağlamasını kolaylaştırmak için personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.
- Kognitif değerlendirmeler için yapılan DOTCA-Ch değerlendirmeleri sonucunda oryantasyon, praksi, görsel motor yapılandırma, düşünme işlemleri parametrelerinde anlamlı değişimler tespit edilmiştir.

Kişi merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **Ö.K.**
- **Performans alanlarından, günlük yaşam aktivitelerinden:**
- Yemek yapma,
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Belediye lokaline katılma,
- Kitap okuma, ders çalışma,
- Mikado oynama

2. Probleme yönelik uygun teorik model

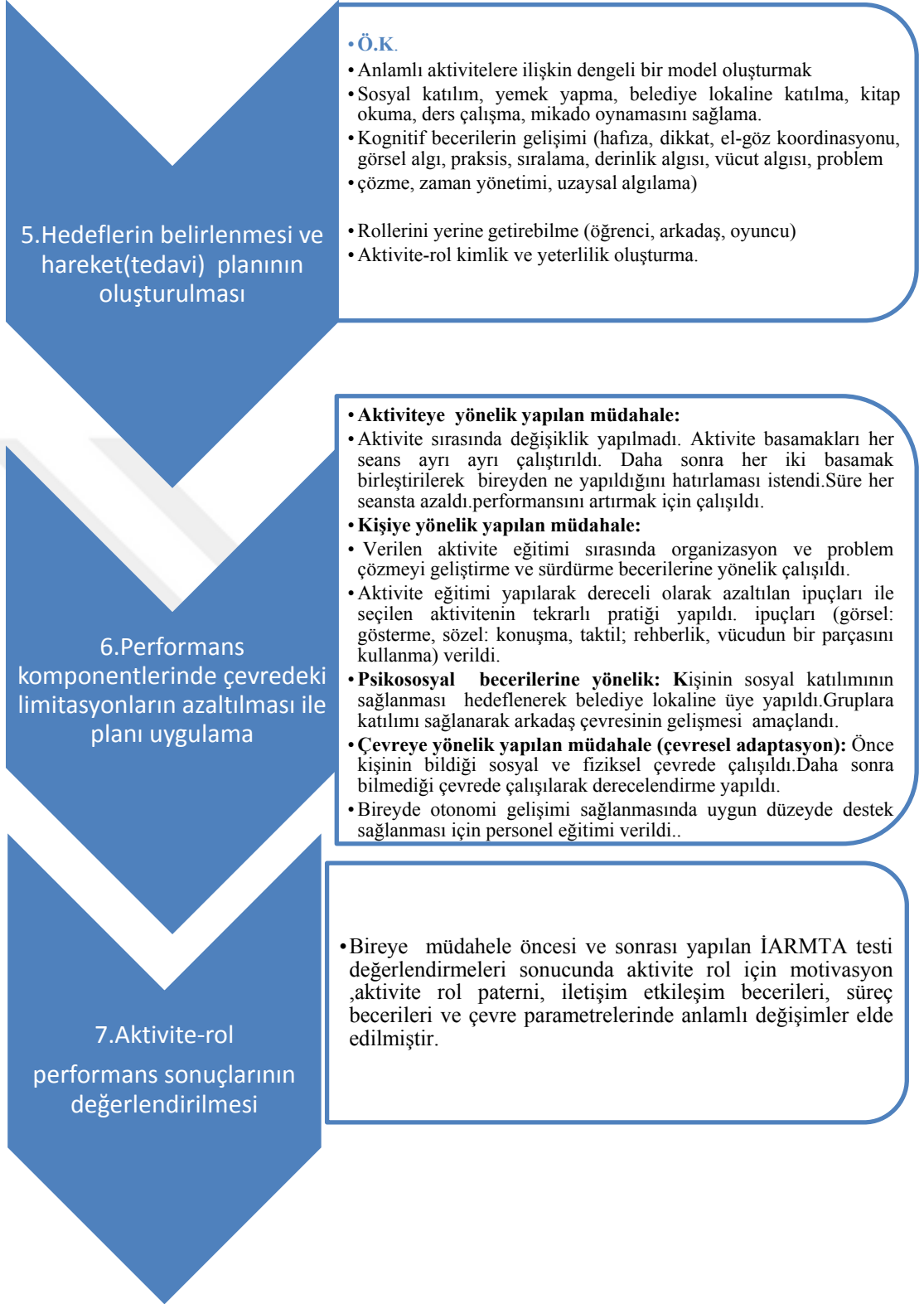
- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3.7. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartları

- **Performans komponentlerinden; motor komponent;** aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** problemler tespit edilmedi.
- **Psikososyal komponentte: Sosyal iletişim parametresinde;** kendini ifade etme, başkalarıyla iletişimi başlatmada; iletişim ve etkileşim becerilerinde aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Emosyonel süreçte:** Aktivite içerisindeki semptomların yönetimine ilişkin eğitim, başa çıkma ve kendine güven alanlarında sorunlar gözlemlendi.
- **Çevre komponentlerinde: Fiziksel alan:** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte, bağımsızlık ve güvenliği kolaylaştırıcı, bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı engellenir.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

4. Kişinin çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** Aktiviteler için personel desteği, gerekli ekipman, materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam.
- **Kuvvetli yönleri:** adaptasyon, sorumluluk, organizasyon, fiziksel kaynaklar, aktivite-rol talepleri alanlarında aktivite-rol katılımı sağlanır.
- Bireyin motivasyonu, rutinini sağlama, roller, iletişim ve etkileşim becerileri, bilgi edinme, zamanlama, problem çözme, motor beceriler, fiziksel alan parametrelerinde aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** Sosyal gruplarda aktivite rol katılımı engellenir.



Kişi merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **A.Ş.**
- **Performans alanlarından, günlük yaşam aktivitelerinden:**
- **Alışveriş yapma,**
- **Yemek yapma,**
- **Toplu taşıma araçlarını kullanma,**
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- **jimnastik kursuna katılma.**

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (insan-aktivite-rol modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor komponentte;** aktivite-rol katılımı sağlanır.
- **Kognitif komponentte;** bilgi edinme, zamanlama, problem çözme alanlarında aktivite-rol katılımı engellenir.
- **Psikososyal komponentte; Sosyal iletişim parametresinde;** başlatmada; sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade alanlarında aktivite-rol katılımı engellenir.
- **Emosyonel süreçte;** aktivite içerisinde duyguları ve durum yönetmede pozitif başa çıkma ve kendine güven alanlarında sorunlar gözlemlendi.
- **Çevre komponentlerinde:**
- **Fiziksel çevre;** çeşitli fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte, bağımsızlık ve güvenliği kolaylaştırıcı bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta uygun bulunmuştur.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı engellenir.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** Aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam.
- **Kuvvetli yönleri:** rutin, ilişkiler, organizasyon, postür ve hareketlilik, gücü ve çabası, enerji, fiziksel alan aktivite rol katılımı sağlanır. Koordinasyon alanında aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** motivasyon, adaptasyon, roller, sorumluluk, sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade, bilgi edinme, zamanlama, problem çözme, fiziksel kaynaklar, sosyal gruplar, aktivite-rol taleplerini yerine getirebilme alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket (tedavi) planının oluşturulması

• **A.Ş.**

- Sosyal katılım, alışveriş yapma , yemek yapma, toplu taşıma araçlarını kullanma, jimnastik kursuna katılma
- Kognitif becerilerin gelişimi : hafıza, dikkat, el-göz koordinasyonu, görsel algı, praxis, sıralama, derinlik algısı, vücut algısı, odaklanma, problem çözme, zaman yönetimi, uzaysal algılama
- Rollerini yerine getirebilme (kurs öğrencisi, ev idarecisi, ev arkadaşı)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı
- Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansa azaldı.
- **Kişiyeye yönelik yapılan müdahale:** Bireyin kapasitesine uygun aktiviteleri seçme ve yapma becerisini artırma çalışmaları yapıldı. Mevcut becerilerine uygun aktivitelere uyum sağlama ve katılımı destekleme çalışmaları yapıldı.
- Aktivite eğitimi ile kişinin problem çözme ve organizasyon becerilerindeki performansını artırmak amaçlandı.
- Aktivite eğitimi yapılarak, dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. İpuçları (görsel; gösterme, sözel; konuşma, yazılı bilgi, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- **psikososyal becerilerine yönelik:** bireyin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek jimnastik kursuna kayıt yapıldı. Diğer Umut evi bireyleri ziyaret edilerek onların komşuları ile birlikte yemek yapma aktivitesi ile iletişim ve etkileşim becerisinin gelişmesi amaçlandı. Aynı zamanda kişinin öz güvenine yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu. Komşulara eğitim verilerek psikososyal yönden destek vermeleri hedeflendi.
- **Çevreyeye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon) :** evde bağımsızlık ve güvenliği artırmak için personel eğitimi verildi.
- Bireyin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.
- Masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.
- Yeni sosyal çevreye geçişi desteklemek için kurs öğretmenini bilgilendirildi, jimnastik kursu öğretmenin kişiye daha çok destek olabilmesi için bireyin ön saflarda yer alması sağlandı.

7Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Kişiyeye merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **A.Y.**
- **Performans alanlarından, günlük yaşam aktivitelerinden:**
- Yemek yapma
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- jimnastik kursuna katılma
- mikado oynama

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor komponentte;** aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte;** herhangi bir problem saptanmadı.
- **Psikososyal komponentte;**
- **Sosyal iletişim parametresinde;** iletişim ve etkileşim becerileri alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Emosyonel süreçte;** sorunlar gözlemlenmedi.
- **Çevre komponentlerinde;**
- **Fiziksel çevre;** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
- **Fiziksel kaynaklar;** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, güvenlik ve bağımsızlık alanlarında aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Sosyal gruplar;** Aktivite rol katılımı sağlar.
- **Aktivite-rol talepleri;** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlar.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları;** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri;** ilgi, süreç becerileri, sosyal gruplar, aktivite-rol talepleri alanlarında aktivite-rol katılımları sağlar. Aktivite-rol paterni, iletişim ve etkileşim becerileri, motor beceriler, fiziksel alan, fiziksel kaynaklar alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri;** başarı beklentisi, becerilerin değerlendirilmesi, seçimler alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

• A.Y.

- Sosyal katılım,yemek yapma, jimnastik kursuna katılma, mikado oynama
- Rollerini yerine getirebilme (oyun arkadaşı, jimnastik arkadaşı)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.
- **Kişiyeye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite eğitimi ile kişinin problem çözme, organizasyon becerilerindeki performansını artırmak amaçlandı.
- Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.İpuçları (görsel; gösterme, sözel;
- konuşma, yazılı bilgi, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- **Psikososyal becerilerine yönelik:** bireyin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek jimnastik kursuna katılımı sağlandı.
- **Çevreyeye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** bireyin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.
- masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.
- bireye destek sağlanması için personel eğitimi verildi.
- jimnastik kursu öğretmenin bireye daha çok destek olabilmesi için ön saflarda yer alması sağlandı.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **F.G.**
- **Performans alanlarından,**
- **Günlük yaşam aktivitelerinden:**
 - Alışveriş yapma
 - Yemek yapma
 - Toplu taşıma araçlarını kullanma
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
 - Jimnastik kursuna katılma
 - Mikado oynama

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentte;** aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte;** bilgi edinme, zamanlama, problem çözme alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir
- **Psikososyal komponentte;** Sosyal iletişim parametresinde; ev arkadaşlarıyla ve personelle ilişkilerde aktivite-rol katılımları engellenir.
- **Emosyonel süreçte;** kendine güven alanlarında sorunlar gözlemlendi.
- **Çevre komponentlerinde:**
- **Fiziksel alan:** Çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, güvenlik ve bağımsızlık alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı engellenir.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam, personel desteği
- **Kuvvetli yönleri:** rutin, roller, sorumluluk, organizasyon, fiziksel alanlarında aktivite-rol katılımları sağlanır. Sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade, motor beceriler alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** motivasyon, adaptasyon, ilişkiler, bilgi edinme, zamanlama, problem çözme, fiziksel kaynaklar, sosyal gruplar, aktivite-rol talepleri engellenir

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

• F.G.

- Gelecekteki aktivite seçeneklerini keşfetmek
- Sosyal katılım, yemek yapma, jimnastik kursuna katılma, mikado oynamaya katılımını sağlamak
- Rollerini yerine getirebilme (oyun arkadaşı, ev idarecisi öğrenci, jimnastik arkadaşı)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

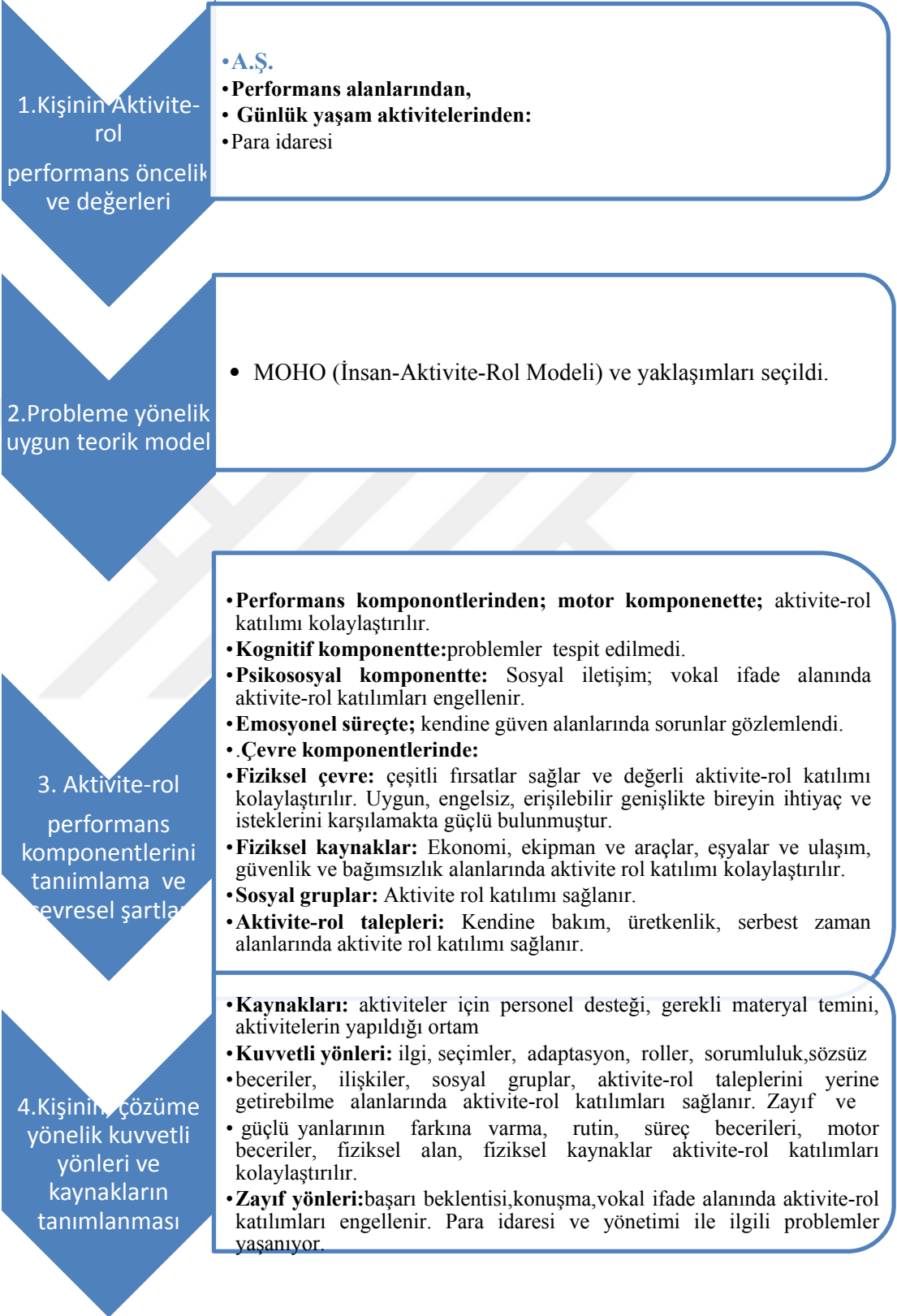
6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı, Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.
- Kişiyeye yönelik yapılan müdahale:** Kapasitesine uygun aktiviteleri seçme ve yapma becerisini artırma çalışması yapıldı.Yapılandırılmış aktivite eğitimi ile bireyin organizasyon, planlama ve sıralama becerilerindeki performansını artırmak ve problem çözme yetisini geliştirmesi amaçlandı. Aktivite eğitimi sırasında dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. Sözlü teşvikler ve ipucu stratejileri kullanıldı.
- Psikososyal becerilerine yönelik:** Aktivitelere katılım için öz yeterlilik oluşturma çalışmaları yapıldı. Bireyin sosyal katılımı sağlanması hedeflenerek jimnastik kursuna katılımı sağlandı.
- Aktivite içerisinde iletişim ve etkileşim becerileri geliştirildi.
- Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** bireyin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı. Tanımadığı ortama adapte edilerek aktivite katılımı sağlanmaya çalışıldı. Masa başı aktiviteleri sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı. Bireye destekleyici sosyal çevre sağlanması için personel eğitimi ve kurs öğretmenine bilgilendirme yapıldı.jimnastik kursu öğretmenin için kişiye daha çok destek olabilmesi için ön saflarda yer alması sağlandı.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon ,aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler tespit edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.



5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

- **A.Ş.**
- Para idaresini öğrenmesini sağlamak
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Aylık bütçesi adım adım hesaplandı. Süre her seansta azaldı.
- **Bireye yönelik yapılan müdahale:** Bireyle problemlerinin çözümü ile ilgili görüşmeler yapıldı. Çözümüne yönelik önerilerde bulunuldu. Sık sık kontroller yapıldı.
- Aktivite eğitimi sırasında organizasyon, planlama ve problem çözme becerilerine yönelik çalışmalar yapıldı. Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. Öğretim sırasında liste yöntemi kullanıldı ve dereceli olarak kaldırıldı.İpuçları (görsel; gösterme, sözel;konuşma, taktil; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- **Psikososyal becerilerine yönelik:** Bireyin para idaresini öğrenmesi için eğitim verildi. Kişisel sorumluluk algısı geliştirme ve stresle başa çıkma ve anksiyetesine yönelik görüşmeler yapılarak, kişinin problemlerine yönelik çözümler birlikte düşünüldü, aylık bütçenin belirlenmesi için önerilerde bulunuldu.
- **Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** kişinin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.
- masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon ,aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **A.Ö.**
- **Performans alanlarından,**
- **Günlük yaşam aktivitelerinden:**
- Para idaresini öğrenme,
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Kitap okuma

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor komponentlerinde** aktivite-rol katılımı sağlanır. Alt ekstremitelerinde kas zayıflığı mevcut.
- **Kognitif komponentte:** problemler tespit edilmedi.
- **Psikososyal komponentte:** Emosyonel süreçte; para idaresi ile ilgili problemler, sorunlar nedeniyle güvensiz olduğu gözlemlendi.
- **Çevre komponentlerinde:** Fiziksel alan: çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, güvenlik ve bağımsızlık alanlarında aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** başarı beklentisi, sorumluluk, koordinasyon, güç ve çabası, sosyal gruplar, aktivite-rol talepleri yerine getirebilme
- alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır. Becerilerin değerlendirilebilmesi, ilgi, iletişim ve etkileşim becerileri, rutinini sağlama, adaptasyon, roller, seçim yapabilme, süreç becerileri, enerji, fiziksel alan, fiziksel kaynaklar alanlarında aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** postür ve hareketlilik alanında aktivite-rol katılımını engellenir. Para idaresi ile ilgili problemlerle karşılaşmıştır .

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

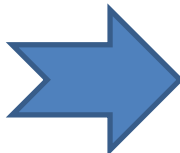
- A.Ö.
- Para idaresini öğrenme, kitap okumasını sağlamak
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı,
- Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.
- Bireye yönelik yapılan müdahale:**Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.
- ipuçları(görsel; gösterme, sözel; konuşma, yazılı bilgi, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- bireyin** para idaresini öğrenmesi için eğitim verildi. Haftalık bütçe programı oluşturuldu. Düzenli olarak görüşmeler yapılarak kontroller sağlandı.
- Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** bireyin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı
- masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.



Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **S.U.**
- **Performans alanlarından,**
- **Günlük yaşam aktivitelerinden:**
- Para idaresi eğitimi
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Futbol oynama

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor parametrelerinde;** aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** problemler tespit edilmedi.
- **Psikososyal komponentte:** Emosyonel süreçte; para idaresi ile ilgili problemler, sorunlar nedeniyle güven problemi olduğu gözlemlendi.
- **Çevre komponentlerinde:**
- **Fiziksel alan :** çeşitli fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, güvenlik ve bağımsızlık alanlarında aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** roller, sorumluluk alanlarında aktivite-rol katılımları sağlanır. Becerilerin değerlendirilmesi, ilgi, seçim yapabilme, rutin, adaptasyon, iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri, motor beceriler, çevre parametrelerinde aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** başarı beklentisi alanında aktivite-rol katılımları engellenir. Para idaresi konusunda problemler yaşandığı tespit edildi.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

•S.U.

- Para idaresini öğrenme,
- Futbol oynamasını sağlamak
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

•Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:

- Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı.
- Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi.
- Süre her seansta azaldı.

•Kişiye yönelik yapılan müdahale:

- Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.
- İpuçları (görsel; gösterme, sözel; konuşma, yazılı bilgi, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.

•Psikososyal becerilerine yönelik:

- Bireyin para idaresini öğrenmesi için eğitim verildi, görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu. Personelin psikososyal yönden destek vermeleri hedeflendi.

•Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):

- Bireyin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.
- Masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon ,aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **C.B.**
- **Performans alanlarından,**
- **Günlük yaşam aktivitelerinden:**
- Bağımsız banyo yapma aktivitesi
- Yemek (kek) yapma
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Kızma birader
- Tavla
- Yüzme kursu
- Aletli jimnastik

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (insan-aktivite-rol modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor parametrelerinde;** aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** görsel motor organizasyon, düşünme süreçleri parametrelerinde yetersizlikler tespit edildi. Organizasyon, problem çözme alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.
- **Psikososyal komponentte:** Sosyal iletişim parametresinde; iletişim ve etkileşim becerileri, alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Emosyonel süreçte;** özgüven alanlarında sorunlar gözlemlendi.
- **Çevre komponentlerinde: Fiziksel alan:** çeşitli fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rol katılımı sağlanır.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

4. Kişinin çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** Adapyon, roller, sorumluluk, bilgi, enerji, fiziksel alan, sosyal gruplar,
- aktivite-rol talepleri alanlarında aktivite-rol katılımları sağlanır.
- Motivasyon, iletişim ve etkileşim becerileri, postür ve hareketlilik, koordinasyon, güç ve çabası alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** rutinini sağlama, zamanlama, organizasyon, problem çözme, fiziksel aynaklar,
- aktivite-rol katılımları engellenir. Kognitif beceriler alanında problemler tespit edilmiştir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

•C.B.

- Sosyal katılım, bağımsız banyo yapma aktivitesi, yemek yapma, kızma birader, tavl, oynama ve yüzme kursuna katılımını sağlamak
- Kognitif becerilerin gelişimi (hafıza, dikkat, derinlik algısı, odaklanma, problem çözme)
- Rollerini yerine getirebilme (oyun arkadaşı, yüzme arkadaşı, jimnastik arkadaşı, mutfak idarecisi)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansa azaldı.
- **Kişiyeye yönelik yapılan müdahale: Kognitif komponentlerdeki problemlerine yönelik:** kognitif rehabilitasyonda müdahale yaklaşımları ile çalışıldı. Aktivite içerisinde organizasyon ve problem çözmei kolaylaştırmak için yapılandırılmış aktivitelere faydalanıldı.
- Kişiyeye hafıza eğitimi, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırmak amaçlı masa başında hafıza kartları, hikaye kartları, puzzle, halkaları çubuğa geçirme, lego ve renkli küplerle çalışıldı.
- Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.
- **Psikososyal becerilerine yönelik:** kişinin sosyal katılımı sağlanması hedeflenerek yüzme havuzuna ve aletli jimnastiğe kayıt yapıldı.
- **Çevreyeye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** Yüzme kursu öğretmenin kişiye daha çok destek olabilmesi için iletişim sağlandı.
- kişinin bildiği ve tanımadığı sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.
- masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı. Kişinin öz kontrolü sağlayabilmesi için personel eğitimi verildi. Bireyin kendine bakım aktivitelerini bağımsız yapabilmesi için personel eğitimi verildi

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon ,aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.
- Kognitif değerlendirmeler için yapılan DOTCA-Ch değerlendirmeleri sonucunda oryantasyon, praxis görsel motor yapılandırma, düşünme işlemleri parametrelerinde anlamlı değişimler tespit edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1.Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

•Y.Ş.

•**Performans alanlarından, günlük yaşam aktivitelerinden:**

•Yemek (kek) yapma

•**Serbest zaman aktivitelerinden:**

•Kızma birader

• Tavla

•Yüzme kursu

•Aletli jimnastik

2.Probleme yönelik uygun teorik model

• MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

•**Performans komponentlerinden; motor parametrelerinde** aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.

• **Kognitif komponentte:** Oryantasyon, algılama, görsel motor organizasyon, düşünme süreçleri parametrelerinde problemler tespit edildi.

•Bilgi, zamanlama, organizasyon, problem çözme alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.

•**Psikososyal komponentte:** Sosyal iletişim parametresinde; sosyal çevresinde; ev arkadaşları, atelye arkadaşları ve personelle iyi iletişim kurmada aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.

•*Emosyonel süreçte; kendine güven alanlarında sorunlar gözlemlendi.

•**Çevre komponentlerinde: Fiziksel çevre:** komponentlerinde:Fiziksel alan:

•çeşitli fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rol katılımı sağlar. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte, bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.

•**Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.

•**Sosyal gruplar:**Aktivite rol katılımı sağlanır.

•**Aktivite-rol talepleri:** Aktivite rol katılımı sağlanır.

4.Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

• **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam

• **Kuvvetli yönleri:** seçim yapabilme, başarı beklentisi, ilgi, rutinini sağlama, adaptasyon, sorumluluk, sözsüz beceriler, fiziksel alan, sosyal gruplar, aktivite-rol talepleri alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır. Konuşma,vokal ifade, ilişkiler, motor becerileralanlarında aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.

• **Zayıf yönleri:** Seçimler, roller, süreç becerileri, fiziksel kaynaklar alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir. Kognitif beceriler alanında problemler tespit edilmiştir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

•Y.Ş.

- Sosyal katılım, kızma birader, tavla oynama, yüzme kursuna, aletli jimnastiğe katılım sağlamak, yemek yapımı (kek)
- Kognitif becerilerin gelişimi (hafıza, dikkat, derinlik algısı, odaklanma, problem çözme)
- Rollerini yerine getirebilme (oyun arkadaşı, yüzme arkadaşı, jimnastik arkadaşı, mutfak idarecisi)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.
- **Bireye yönelik yapılan müdahale: Kognitif komponentlerdeki problemlerine yönelik:** kognitif rehabilitasyonda müdahale yaklaşımları ile çalışıldı.
- Bireye hafıza eğitimi, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırmak amaçlı masa başında hafıza kartları, hikaye kartları, puzzle, mikado, lego ve renkli küplerle çalışıldı.
- Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.ipuçları (görsel; gösterme, sözel; konuşma, taktil; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- **Psikososyal becerilerine yönelik:**
- Bireyin sosyal katılımı sağlanması hedeflenerek yüzme havuzuna ve aletli jimnastiğe kayıt yapıldı. Aynı zamanda kişinin agresif davranışlarına yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu.
- **Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):**
- Yüzme kursu öğretmenin bireye daha çok destek olabilmesi sağlandı.
- Bireyin bildiği ve tanımadığı sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı
- Masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.bireye destek sağlanması için personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon ,aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler
- elde edilmiştir.
- Kognitif değerlendirmeler için yapılan DOTCA-Ch değerlendirmeleri sonucunda oryantasyon, praksis, görsel motor yapılandırma, düşünme işlemleri parametrelerinde anlamlı değişimler tespit edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **E.B.**
- **Performans alanlarından, günlük yaşam aktivitelerinden:**
- Yemek(kek) yapma
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Tavla oynama ,
- Kızma birader,
- Yüzme havuzuna katılma

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO(İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor parametrelerinde** aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** Oryantasyon, algılama, görsel motor organizasyon, düşünme süreçleri parametrelerinde problemler tespit edildi. Bilgi, zamanlama, organizasyon, problem çözme alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.
- **Psikososyal komponentte:** Sosyal iletişim; sosyal çevresinde, ev arkadaşları, atelye arkadaşları ve personelle iyi iletişim kurmada aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Çevre komponentlerinde: Fiziksel alan :** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı sağlar.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, güvenlik ve bağımsızlık alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlar.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlar.

4. Kişinin çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** İlgi, seçim yapabilme, koordinasyon, enerji, fiziksel alan, sosyal gruplar, aktivite-rol taleplerinde aktivite-rol katılımları sağlanır. İletişim ve etkileşim becerileri, postür ve hareketlilik, güç ve çabası alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** güçlü ve zayıf yanlarının farkında olması, başarı beklentisi, aktivite-rol paterni, süreç becerileri, fiziksel kaynaklar alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir. Kognitif becerilerde problemler tespit edilmiştir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

•E.B.

- Destekleyici sosyal ilişkiler ve çevreler geliştirmek, yemek yapma (kek), tavla oynama, kızma birader oynama ve yüzme havuzuna katılımını sağlamak
- Kognitif becerilerin gelişimi (hafıza, dikkat, derinlik algısı, odaklanma, problem çözme)
- Rollerini yerine getirebilme (oyun arkadaşı, yüzme arkadaşı, jimnastik arkadaşı, mutfak idarecisi)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi.Süre her seansta azaldı.
- **Kişiyeye yönelik yapılan müdahale: Kognitif komponentlerdeki problemlerine yönelik:** kognitif rehabilitasyonda müdahale yaklaşımları ile çalışıldı. Kişiyeye hafıza eğitimi, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırmak amaçlı masa başında hafıza kartları, hikaye kartları, puzzle, mikado, lego ve renkli küplerle çalışıldı.
- Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. ipuçları(görsel; gösterme, sözel; konuşma, yazılı bilgi, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- **Psikososyal becerilerine yönelik:** kişinin sosyal katılımı sağlanması hedeflenerek yüzme havuzuna ve aletli jimnastiğe kayıt yapıldı. Aynı zamanda kişinin özgüven konusundaki yetersizliklerine yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu.
- **Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** Yüzme kursu öğretmeninin kişiyeye daha çok destek olabilmesi sağlandı. Kişinin bildiği ve tanımadığı sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı. Masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı. Kişiyeye destek sağlanması için personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon ,aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.
- Kognitif değerlendirmeler için yapılan DOTCA-Ch değerlendirmeleri sonucunda oryantasyon, praxis, görsel motor yapılandırma, düşünme işlemleri parametrelerinde anlamlı değişimler tespit edilmiştir.

Kişiyeye merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları artırılmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

•A.B.

- **Performans alanlarından, günlük yaşam aktivitelerinden;**
- Ev işi (temizlik)
- **Serbest zaman aktivitelerinden;**
- Kitap okumak,
- Mikado oynamak

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden;** motor parametrelerinde aktivite rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte;** herhangi bir problem tespit edilmedi.
- **Psikososyal komponentte;**
- **Sosyal iletişim sosyal çevresinde;** ev arkadaşları, personelle iyi ilişkiler kurmada aktivite-rol katılımları engellenir.
- **Çevre komponentlerinde: Fiziksel alan:** Çeşitli fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rol katılımı sağlar. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte, bağımsızlık ve güvenliği kolaylaştırıcı, bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** ilgi, seçimler, rutin, sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade, bilgi, zamanlama, organizasyon, problem çözme, çevre alanlarında aktivite-rol katılımları sağlanır. Postür ve hareketlilik, koordinasyon, güç ve çabasıalanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **zayıf yönleri:** becerilerini değerlendirebilmesi, başarı beklentisi,
- adaptasyon, roller, sorumluluk, ilişkiler alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

•**A.B**

- Sosyal katılım, temizlik yapma, kitap okumak ve mikado oynamaya katılımını sağlamak
- Bilişsel becerilerin gelişimi (hafıza, dikkat, derinlik algısı, odaklanma, problem çözme)
- Rollerini yerine getirebilme (oyun arkadaşı, okuyucu, ev idarecisi)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

•**Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı,

•Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.

•**Bireye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. İpuçları (görsel; gösterme, sözel; konuşma, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.

•**Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):**Yüzme kursu öğretmeninin kişiye daha çok destek olabilmesi sağlandı. Bireyin tanımadığı ve bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı. Masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.

•Bireye destek sağlanması için personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

•Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA testi değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon ,aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

• **H.Ö.**

• **Performans alanlarından, günlük yaşam aktivitelerinden:**

- Kendine bakım aktivitesi
- Banyo yapmak, giyinme
- Yemek yeme

• **Serbest zaman aktivitelerinden:**

- Atelyeye katılmak(galoş)
- Fizik tedavi eğitimi; ince motor becerileri geliştirmek için

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

• **Performans komponentlerinden; motor komponentinde:** İnce motor becerileri zayıf.

• **Kognitif komponentte:** Oryantasyon, algılama, görsel motor organizasyon, düşünme süreçleri parametrelerinde problemler tespit edildi. Bilgi, zamanlama, organizasyon, problem çözme alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.

• **Psikososyal komponentte:** Sosyal iletişim parametresinde; kendini ifade etme, ev arkadaşlarıyla ilişkiler kurma alanında aktivite-rol katılımları engellenir.

• **Emosyonel süreçte;** kendine güven alanlarında sorunlar gözlemlendi.

• **Çevre komponentlerinde:**

• **Fiziksel alan:** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı sağlar. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta uygun bulunmuştur.

• **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, güvenlik ve bağımsızlık alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

• **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı engellenir.

• **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.

4. Kişinin çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

• **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam

• **Kuvvetli yönleri:** seçimler, roller, sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade, fiziksel alan, fiziksel kaynaklar alanlarında aktivite-rol katılımı sağlanır. Postür ve hareketlilik alanında aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.

• **Zayıf yönleri:** rutinini sağlama (banyo, yemek yeme, giyinme ve kişisel hijyenini), adaptasyon, sorumluluk, ilişkiler, süreç becerileri, koordinasyon, güç ve çabası, enerji, sosyal gruplar, aktivite-rol talepleri, kuvvetli ve zayıf yanlarının farkında olması, başarı beklentisi, ilgi, alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir. Kognitif ve ince motor becerilerde problemler ortaya çıkmıştır.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

•H.Ö

- Toplumsal katılım, rutinlerini yerine getirme, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olmayı sağlamak (özellikle kendine bakım aktiviteleri)
- Kognitif becerilerin gelişimi (hafıza, dikkat, derinlik algısı, odaklanma, problem çözme)
- Rollerini yerine getirebilme (atelye arkadaşı, fizik tedavi hastası)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonları azaltılması ile planı uygulama

- Aktiviteye yönelik yapılan müdahale;** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı, Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.
- Kişiye yönelik yapılan müdahale: Kognitif komponentlerdeki problemlerine yönelik;**kognitif rehabilitasyonda müdahale yaklaşımları ile çalışıldı. Kişiye verilen aktivite eğitimi sırasında hafıza, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırmak amaçlandı. Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. İpuçları (görsel; gösterme, sözel; konuşma, yazılı bilgi, taktil; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- Psikososyal becerilerine yönelik;** kişinin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek, eski semtinde yaşayan esnaf ile rutin görüşmeler sağlandı. Aynı zamanda kişinin özgüvenine yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu.
- Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon);** kişinin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığını artırmak için, daha çok destek olabilmesi için fizik tedavi ünitesinde her hafta ince motor becerilerine yönelik egzersiz programına alınması sağlandı.Yemek yeme aktivitesini bağımsız yapabilmesi için sapı kalınlaştırılmış adaptif çatal kaşık kullanımı başlatıldı.kişinin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.Kişinin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığının sağlanması için personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon ,aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.
- Kognitif değerlendirmeler için yapılan DOTCA-Ch değerlendirmeleri sonucunda oryantasyon, praxis, görsel motor yapılandırma, düşünme işlemleri parametrelerinde anlamlı değişimler tespit edilmiştir.

Kişi merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **E.A.**
- **Performans alanlarından,**
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Bilgisayar kursuna katılmak
- Uçak maket yapım kursuna katılmak
- Puzzle yapmak
- Mikado oynama

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor parametrelerinde** aktivite-rol katılımı sağlanır.
- **Kognitif komponentte:** zamanlama, problem çözme, alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.
- **Psikososyal komponentte:**
- **Sosyal iletişim parametresinde;** kendini ifade etme, başkalarıyla iletişimi başlatmada aktivite-rol katılımını sağlar.
- **Emosyonel süreçte;** kendine güven alanlarında sorunlar gözlemlendi.
- **Çevre komponentlerinde:**
- **Fiziksel alan:** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı sağlar. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, güvenlik ve bağımsızlık alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlar.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı alan
- **Kuvvetli yönleri:** motivasyon, kuvvetli ve zayıf yönlerinin farkında olma, konuşma, vokal ifade, ilişkiler, bilgi, organizasyon, motor beceriler, fiziksel alan, fiziksel kaynaklar, sosyal gruplar alanlarında aktivite-rol katılımını sağlar. Sözsüz becerilerde aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** adaptasyon, roller, sorumluluk, zamanlama, problem çözme, aktivite-rol taleplerini yerine getirebilme alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

•E.A.

- Sosyal gruplara katılım, bilgisayar ve uçak maket yapım kursuna katılımını sağlamak, mikado, puzzle aktivitesine katılımını sağlamak
- Kognitif becerilerin gelişimi (hafıza, dikkat, derinlik algısı, odaklanma, problem çözme)
- Rollerini yerine getirebilme (öğrenci rolü, oyun arkadaşı)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- Kişiyeye yönelik yapılan müdahale:** Bireye verilen aktivite eğitimi sırasında hafıza, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırmak amaçlandı.
- Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.İpucu stratejileri (görsel; gösterme, sözel; konuşma,yazılı bilgi, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- Psikososyal becerilerine yönelik:** bireyin sosyal katılımı sağlanması hedeflenerek bilgisayar kursu ve uçak maket yapım kursuna kayıt yapıldı. Aynı zamanda kişinin güvensizliğine yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu.
- Çevreyeye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):**Yüzme kursu öğretmenin bireye daha çok destek olabilmesi sağlandı.
- bireyin bildiği ve tanımadığı sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.
- masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.bireye destek sağlanması için personel eğitimi verildi.
- Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **D.K.**
- **Performans alanlarından,**
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Bilgisayar kursuna katılma
- Uçak maket yapım kursuna katılmak
- Puzzle yapmak
- Mikado oynamak

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor parametrelerinde** aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** bilgi, zamanlama, problem çözme, alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.
- **Psikososyal komponentte:**
- Sosyal iletişim parametresinde; iletişim ve etkileşim becerilerinde aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- Emosyonel süreçte; kendine güven konusunda tereddütleri, içine kapalı ve izole olmaya eğilimi artırıyor.
- **Çevre komponentlerinde:**
- **Fiziksel alan:** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı sağlanır.
- Bağımsızlık ve güvenliği kolaylaştırıcı, uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar eşyalar ve ulaşım alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Aktivite-rol talepleri:** üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı engellenir.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** adaptasyon, sorumluluk, zamanlama, fiziksel alan, sosyal gruplar alanlarında aktivite-rol katılımı sağlanır. Rutin, iletişim ve etkileşim becerileri, motor beceriler alanlarında aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** motivasyon, roller, bilgi, organizasyon, problem çözme, fiziksel kaynaklar, aktivite-rol talepleri alanlarında aktivite-rol katılımı engellenir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

•**D.K.**

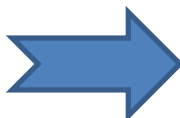
- Sosyal gruplara katılım, bilgisayar ve uçak maket yapım kursuna katılımını sağlamak, mikado, puzzle aktivitesine katılımını sağlamak
- Kognitif becerilerin gelişimi (hafıza, dikkat, derinlik algısı, odaklanma, problem çözme)
- Rollerini yerine getirebilme (kursiyer, oyun arkadaşı)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- Kişiyeye yönelik yapılan müdahale:** kişiyeye verilen aktivite eğitimi sırasında, hafıza, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırmak amaçlandı.
- Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. İpuçları (görsel; gösterme, sözel;konuşma, yazılı bilgi, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- Psikososyal becerilerine yönelik:**kişinin sosyal katılımı sağlanması
- hedeflenerek bilgisayar ve uçak maket yapım kursuna kayıt yapıldı.
- Aynı zamanda kişinin kendine güven sorununa yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu.
- Çevreyeye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** kurs öğretmenlerinin kişiyeye daha çok destek olabilmesi sağlandı.
- kişinin bildiği ve tanımadığı sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.
- masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı. Kişiyeye destek sağlanması için personel eğitimi verildi.
- Aktiviteye yönelik yapılan müdahale;** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.

7.. Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon ,aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.



Kişiyeye merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

• **G.B.**

• **Performans alanlarından, Serbest zaman aktivitelerinden:**

- Bilgisayar kursuna katılma
- Uçak maket yapım kursuna katılmak
- Puzzel yapmak
- Mikado oynamak

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden: motor komponentlerinde** aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** problem çözme alanında aktivite-rol katılımı engellenir.
- **Psikososyal komponentte:** Sosyal iletişim parametresinde; iletişim ve etkileşim becerileri alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Çevre komponentlerinde:**
- **Fiziksel alan:** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı sağlar. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur. Bağımsızlık ve güvenliği kolaylaştırıcı.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, güvenlik ve bağımsızlık alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** becerilerinin değerlendirilebilmesi, başarı beklentisi, adaptasyon, roller, sorumluluk, bilgi edinme, zamanlama, organizasyon, çevre alanlarında aktivite-rol katılımı sağlanır. Rutin, iletişim ve etkileşim becerileri ve motor beceriler alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** ilgi, seçimler, problem çözme alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

- G.B.**
- Üretken ve değerli rollerin yeniden oluşturulması
- Sosyal katılım, bilgisayar ve uçak maket yapım kursuna katılımını sağlamak, mikado, puzzle aktivitesine katılımını sağlamak
- Rollerini yerine getirebilme (kursiyer, oyun arkadaşı)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma
- G.B.Üretken ve değerli rollerin yeniden oluşturulması

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi.-Süre her seansta azaldı.
- Kişiyeye yönelik yapılan müdahale:** Kişisel sorumluluk algısı geliştirmek için kişisel bakım, serbest zaman ve üretici aktiviteler ve sosyal çevreleri içerisinde rolleri yeniden geliştirme çalışmaları için motivasyon oluşturma çalışmaları yapıldı. Kişiyeye verilen aktivite eğitimi ile aktivite içerisinde organizasyon ve problem çözme becerilerindeki performansını artırmak amaçlandı. Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.
- Psikososyal becerilerine yönelik:** Bireyin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek bilgisayar ve uçak maket yapım kursuna kayıt yapıldı. Aynı zamanda kişinin anksiyetesine yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu.
- Çevreyeye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** Kurs öğretmenlerinin kişiyeye daha çok destek olabilmesi sağlandı. Bireyin bildiği ve tanımadığı sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı. Masa başı aktiviteleri sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı. Kişinin öz yeterliliğini oluşturmak için uygun destek sağlanması amacıyla personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan IARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon ,aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.



Kişiyeye merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **A.Y.**
- **Performans alanlarından,**
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Mikado oynama
- Tavla oynama.

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden;** motor komponentte aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:**
- Oryantasyon, algılama, düşünme süreçleri parametrelerinde yetersizlikler tespit edildi. **Kognitif komponentte:** bilgi, zamanlama, organizasyon, problem çözüme, alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.
- **Psikososyal komponentte:** Sosyal iletişim parametresinde; ilişkiler alanında aktivite-rol katılımları engellenir.
- **Çevre komponentlerinde:**
- **Fiziksel alan:** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı kolaylaştırılır. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur. Güvenlik ve bağımsızlığı kolaylaştırıcı.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** seçimler, sorumluluk, roller, vokal ifade, rutinini sağlama, fiziksel kaynaklar, sosyal grup, aktivite-rol talepleri alanlarında aktivite-rol katılımları sağlanır. Konuşma, motor beceriler ve fiziksel alanlarda aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** zayıf ve güçlü yanlarını bilmesi, başarı beklentisi, ilgi, adaptasyon, sözsüz beceri, ilişkiler, süreç becerileri alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir. Kognitif becerilerde problemler tespit edilmiştir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

• **A.Y.**

- Sosyal katılım, mikado, tavla oynama aktivitesine katılımını sağlamak
- Kognitif becerilerin gelişimi (hafıza, dikkat, derinlik algısı, odaklanma, problem çözme)
- Rollerini yerine getirebilme
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

• **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:**

• Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.

• **Bireye yönelik yapılan müdahale:** Kognitif komponentlerdeki problemlerine yönelik:

• kognitif rehabilitasyonda müdahale yaklaşımları ile çalışıldı.

• bireye verilen masa başı eğitimi sırasında hafıza, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırmak amaçlandı.

• Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.ipuçları (görsel; gösterme, sözel; konuşma, yazılı bilgi, taktıl; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.

• **Psikososyal becerilerine yönelik:** Bireyin özgüvenine yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu.

• **Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):**

• Kişinin bildiği ve tanımadığı sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.

• Masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.

• Bireye destek sağlanması için personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

• Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

• Kognitif değerlendirmeler için yapılan DOTCA-Ch değerlendirmeleri sonucunda oryantasyon, praxis görsel motor yapılandırma, düşünme işlemleri parametrelerinde anlamlı değişimler tespit edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **G.K**
- **Performans alanlarından, günlük yaşam aktivitelerinden:**
- Alışveriş yapma
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Patlıcan yetiştirme
- junga oynama
- Mikado oynama
- Jimnastik grubuna katılma

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor komponentte** aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** zamanlama alanında aktivite-rol katılımları engellenir.
- **Psikososyal komponentte:** Sosyal iletişim parametresinde; sosyal ilişkilerinde aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Emosyonel süreçte;** güven eksikliği gözlemlendi.
- **Çevre komponentlerinde: Fiziksel alan:** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı sağlanır. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
- Bağımsızlığı ve güvenliği kolaylaştırıcı.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** motivasyon, rutin, ilişkiler, bilgi, organizasyon, problem çözme, çevre alanlarında aktivite-rol katılımları sağlanır.
- Sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade, motor beceriler alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** adaptasyon, sorumluluk, rol, zamanlama alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

• **G.K.**

- Sosyal katılım, alışveriş yapma, patlıcan yetiştirme, junga oynama, mikado oynama ve jimnastik grubuna katılımını sağlamak
- Rollerini yerine getirebilme (oyun arkadaşı, sebze yetiştiricisi, jimnastik arkadaşı)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.
- Bireye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. ipuçları(görsel; gösterme, sözel; konuşma, yazılı bilgi, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- Psikososyal becerilerine yönelik:** Bireyin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek jimnastik grubuna katıldı. Aynı zamanda bireyin agresif davranışlarına yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu.
- Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):**
 - bireyin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.
 - masa başı aktiviteler sırasında sessiz , aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.
 - bireye destek sağlanması için personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1.Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **G.K.**
- **Performans alanlarından, günlük yaşam aktivitelerinden:**
 - Alışveriş yapma
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
 - jenga oynama
 - Mikado oynama,
 - kitap okumak
 - Jimnastik grubuna katılmak

2.Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor komponentte;** aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** herhangi bir problem tespit edilmedi.
- **Psikososyal komponentte: Sosyal iletişim parametresinde;** iletişim ve etkileşim becerileri alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Emosyonel süreçte;** özgüven eksikliği gözlemlendi.
- **Çevre komponentlerinde:**
 - **Fiziksel alan:** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı sağlar. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
 - **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
 - **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı engellenir.
 - **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

4.Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** bireyin motivasyonu, adaptasyon, süreç becerileri, fiziksel alan, fiziksel kaynaklar, aktivite-rol talepleri alanlarında aktivite-rol katılımları sağlanır. Rutin, roller, sorumluluk, iletişim ve etkileşim becerileri, motor beceriler alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Zayıf yanları:** Sosyal gruplarda aktivite-rol katılımı engellenir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

- **G.K.**
- Sosyal katılım, kitap okumak, alışveriş yapma, jenga oynama, mikado oynamaya katılımını sağlamak
- Rollerini yerine getirebilme (oyun arkadaşı, okuyucu, ev idarecisi)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı,
- Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi.- Süre her seansa azaldı.
- **Bireye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.ipuçları(görsel; gösterme, sözel; konuşma, yazılı bilgi, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- **Psikososyal becerilerine yönelik:** Bireyin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek jimnastik grubuna katılımı sağlandı.
- **Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):**
- Kurs öğretmenin bireye daha çok destek olabilmesi sağlandı.
- Bireyin tanıdığı ve bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı
- Masa başı aktiviteleri sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.
- Bireye destek sağlanması için personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **F.T.**
- **Performans alanlarından,**
- **günlük yaşam aktivitelerinden:**
- Alışveriş yapma
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Junga oynama
- Mikado oynama
- Jimnastik grubuna katılmak

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor komponentte** aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** organizasyon, problem çözme, alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.
- **Psikososyal komponentte:**
- Sosyal iletişim parametresinde; arkadaşlarıyla sık sık tartışması nedeniyle kişilerarası ilişkilerde problem yaşıyor. Aktivite-rol katılımları engellenir.
- Emosyonel süreçte; agresif davranışlar gözlemlendi.
- **Çevre komponentlerinde:**
- **Fiziksel alan:** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı sağlanır. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
- **iziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, güvenlik ve bağımsızlık alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** güçlü ve zayıf yanlarının farkında olması, ilgi, adaptasyon, sözsüz beceriler, konuşma, vokal ifade, bilgi, zamanlama, çevre alanlarında aktivite-rol katılımları sağlanır. Seçim yapabilme, başarı beklentisi, motor beceriler alanında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** rutin, roller, sorumluluk, ilişkiler, organizasyon, problem çözme alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

• F.T

- Sosyal katılım, kitap okumak, alışveriş yapma, junga oynama, mikado oynamaya katılımını sağlamak
- Rollerini yerine getirebilme (oyun arkadaşı, ev idarecisi, jimnastik arkadaşı)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı,
- Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.
- **Bireye yönelik yapılan müdahale:** Bireye verilen aktivite eğitimi sırasında, hafıza, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırmak amaçlandı.
- Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. İpuçları (görsel; gösterme, sözel; konuşma, yazılı bilgi, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- **Psikososyal becerilerine yönelik:** Bireyin sosyal katılımı sağlanması hedeflenerek jimnastik grubuna katılımı sağlandı. Aynı zamanda kişinin agresif davranışlarına yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu.
- **Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):**
- Jimnastik kursu öğretmeninin bireye daha çok destek olabilmesi sağlandı.Bireyin bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.
- Masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.Bireye destek sağlanması için personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin Aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **Z.A.**
- **Performans alanlarından, günlük yaşam aktivitelerinden:**
- A alışveriş yapma
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Mikado oynama
- Jenga oynama
- Bahçe işleri ile ilgilenme,
- Jimnastik grubuna katılmak

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor komponentte:** aktivite-rol katılımları sağlanır.
- **Kognitif komponentte:** bilgi, organizasyon, problem çözme alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.
- **Psikososyal komponentte:**
- **Sosyal iletişim parametresinde;** iletişim ve etkileşim becerilerinde
- kendini ifade etmede başkalarıyla iletişimi başlatmada aktivite-rol katılımları sağlanır.
- **Çevre komponentlerinde:**
- **Fiziksel alan:** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı sağlar. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

4. Kişinin, çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** seçim yapabilme, roller, iletişim ve etkileşim becerileri, zamanlama, gücü ve çaba, enerji, çevre alanlarında aktivite-rol katılımları sağlanır. Postür ve hareketlilik, koordinasyon, alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** becerilerinin değerlendirilmesi, başarı beklentisi
- rutinini sağlama, adaptasyon, ilgi, sorumluluk, bilgi edinme, problem çözme, organizasyon, alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

- Z.A.
- Sosyal katılım, bahçe işleriyle ilgilenmek, alışveriş yapmak, jenga oynama, mikado oynamaya katılımını sağlamak
- Kognitif becerilerin gelişimi (hafıza, dikkat, derinlik algısı, odaklanma, problem çözme)
- Rollerini yerine getirebilme (oyun arkadaşı, ev idarecisi, bahçeyle ilgilenen, egzersiz arkadaşı)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- **Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı,
- Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi.Süre her seansta azaldı.
- **Bireye yönelik yapılan müdahale:** Bireye verilen aktivite eğitimi ile hafıza, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırdı.
- Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı.İpuçları(görsel; gösterme, sözel;konuşma,yazılı bilgi, taktik; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- **Psikososyal becerilerine yönelik:**Bireyin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek jimnastiğe kayıt yapıldı. Aynı zamanda bireyin anksiyetesine yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu.
- **Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):**
- Öğretmenin bireye daha çok destek olabilmesi sağlandı.
- Bireyin tanıdığı ve bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı
- Masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.
- Bireye destek sağlanması için personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

1. Kişinin aktivite-rol performans öncelik ve değerleri

- **Z.Y.**
- **Performans alanlarından, günlük yaşam aktivitelerinden:**
- Alışveriş yapma
- **Serbest zaman aktivitelerinden:**
- Mikado oynama
- Jenga oynama

2. Probleme yönelik uygun teorik model

- MOHO (İnsan-Aktivite-Rol Modeli) ve yaklaşımları seçildi.

3. Aktivite-rol performans komponentlerini tanımlama ve çevresel şartlar

- **Performans komponentlerinden; motor komponentte** aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Kognitif komponentte:** problem çözme alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir
- **Psikososyal komponentte:**
- **Sosyal iletişim parametresinde;** kendini ifade etme, başkalarıyla iletişimi başlatmada iletişim ve etkileşim becerileri alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır
- **Emosyonel süreçte;** kendine güven alanlarında sorunlar gözlemlendi.
- **Çevre komponentlerinde: Fiziksel alan:** çeşitli fırsatlar sağlar ve aktivite-rol katılımı sağlanır. Uygun, engelsiz, erişilebilir genişlikte bireyin ihtiyaç ve isteklerini karşılamakta güçlü bulunmuştur.
- **Fiziksel kaynaklar:** Ekonomi, ekipman ve araçlar, eşyalar ve ulaşım, alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.
- **Sosyal gruplar:** Aktivite rol katılımı engellenir.
- **Aktivite-rol talepleri:** Kendine bakım, üretkenlik, serbest zaman alanlarında aktivite rol katılımı sağlanır.

4. Kişinin çözüme yönelik kuvvetli yönleri ve kaynakların tanımlanması

- **Kaynakları:** aktiviteler için personel desteği, gerekli materyal temini, aktivitelerin yapıldığı ortam
- **Kuvvetli yönleri:** adaptasyon, bilgi, zamanlama, organizasyon, fiziksel alan, fiziksel kaynaklar, aktivite-rol talepleri alanlarında aktivite-rol katılımları sağlanır. Motor beceriler, iletişim ve etkileşim becerileri alanlarında aktivite-rol katılımları kolaylaştırılır.
- **Zayıf yönleri:** motivasyon, rutinini sağlama, roller, sorumluluk, problem çözme, sosyal gruplar alanlarında aktivite-rol katılımları engellenir.

5.Hedeflerin belirlenmesi ve hareket(tedavi) planının oluşturulması

•Z.Y.

- Sosyal katılım, alışveriş yapma, mikado oynama, jenga oynamaya katılımını sağlamak
- Kognitif becerilerin gelişimi (hafıza, dikkat, derinlik algısı, odaklanma, problem çözme)
- Rollerini yerine getirebilme (oyun arkadaşı)
- Aktivite-rol kimlik ve yeterlilik oluşturma

6.Performans komponentlerinde çevredeki limitasyonların azaltılması ile planı uygulama

- Aktiviteye yönelik yapılan müdahale:** Aktivite sırasında değişiklik yapılmadı. Aktivite basamakları her seans ayrı ayrı çalıştırıldı. Daha sonra her iki basamak birleştirilerek ne yapıldığını hatırlaması istendi. Süre her seansta azaldı.
- Kişiyeye yönelik yapılan müdahale:** bireye verilen aktivite eğitimiyle hafıza, görsel motor yapılandırma, düşünme süreç becerilerindeki performansını artırmak amaçlı çalışıldı.
- Aktivite eğitimi yapılarak dereceli olarak azaltılan ipuçları ile seçilen aktivitenin tekrarlı pratiği yapıldı. İpuçları (görsel; gösterme, sözel; konuşma, yazılı bilgi, taktil; rehberlik, vücudun bir parçasını kullanma) verildi.
- Psikososyal becerilerine yönelik:** Bireyin sosyal katılımının sağlanması hedeflenerek jimnastik grubuna katılımı sağlandı. Aynı zamanda kişinin özgüven eksikliğine yönelik görüşmeler yapılarak önerilerde bulunuldu.
- Çevreye yönelik yapılan müdahale (çevresel adaptasyon):** Bireyin tanımadığı ve bildiği sosyal ve fiziksel çevrede çalışıldı.
- Masa başı aktiviteler sırasında sessiz, aydınlık ve sıcaklığı uygun ortam sağlandı.
- Bireye destek sağlanması için personel eğitimi verildi.

7.Aktivite-rol performans sonuçlarının değerlendirilmesi

- Bireye müdahale öncesi ve sonrası yapılan İARMTA değerlendirmeleri sonucunda aktivite rol için motivasyon, aktivite rol paterni, iletişim etkileşim becerileri, süreç becerileri ve çevre parametrelerinde anlamlı değişimler elde edilmiştir.

Birey merkezli MOHO müdahalesi ile aktivite-rol katılımları sağlanmıştır.

EK 2. İzin Yazısı



15.07.2014
08 - 3155

T.C. ANKARAVALİLİĞİ Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

Sayı: 65097260-605.01-104580
Konu: Veri Toplamı

10/07/2014

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE (Sağlık Bilimler Fakültesi)

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Yüksek Lisans/doktora öğrencileri Uzm. Fzt. Ayşe GÖKTAŞ ve Fzt. Mahmoud ZAKARNEH'in "Ankara'da Ümit Evlerinde Kalan Bireylerin Toplumsal Katılım Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi" konulu çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Saray Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğünde yapabilmelerine ilişkin olarak alınan 26/03/2014 tarih ve 73595336-605.01-48714 sayılı Makam Onayı ile uygun görüldüğü bildirilmiştir.

Söz konusu araştırmanın Müdürlüğümüz denetiminde, meslek elemanları refakatinde, gönüllülük esası çerçevesinde, özel hayatın gizliliğine riayet edilerek, Müdürlüğümüzce uygun görülecek bir mekan da ve son-görüntü kaydı alınmaksızın, onları psikolojik olarak olumsuz etkileyebilecek, şahsi deneyimlerine ilişkin bilgi talebi içeren sorulara yer verilmemesi, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce kurum izni alınması ve bir örneğinin İl Müdürlüğümüze gönderilmesi koşulları hususunda gereğini rica ederim

Fatih KOCUR
İl Müdürü a.
İl Müdür Yardımcısı

EKLER :
Müsteşarlık Onayı

Ergoterapi

DAĞITIM :
Gereği:
Saray Engelsiz Yaşam Bakım Ve
Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğüne
Hacettepe Üniversitesine - Sağlık Bilimler
Fakültesi

Bilgi:
Engelli Ve Yaşlı Bakım Hizmetleri Şube
Müdürlüğüne
Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır.

11.11.2014

Büyükanı PAŞA
Müdür

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.

Adres : Anafartalar Caddesi No : 70 Ulus/ANKARA
Telefon : 0312 418 66 62 / 1129
e-posta : selma.yazgac@aile.gov.tr



Ayrıntılı Bilgi : S. YAZKAÇ Psikolog
FAX :
Elektronik Ağ: http:// ANKARA.aile.gov.tr



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73595336-605.01- 48714
Konu : İzin Talebi

26/03/2014

MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığının 12.03.2014 tarih ve 5142 sayılı yazısında, Sağlık Bilimleri Fakültesi yüksek lisans / doktora öğrencilerinden Uzm. Fzt. Ayşe GÖKTAŞ ve Fzt. Mahmoud ZAKARNEH' in "Ankara'da Umut Evlerinde Kalan Bireylerin Toplumsal Katılım Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi " konulu çalışmayı Nisan 2014 - Haziran 2015 tarihleri arasında Ankara Umut Evleri ile Saray Engelsiz Yaşam Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde uygulayabilme talepleri bildirilmiştir.

İlgili Genel Müdürlük tarafından olumlu değerlendirilen söz konusu araştırmanın, yukarıda belirtilen tarihler arasında, İl Müdürlüğü koordinesinde, kuruluş müdürlüğü denetiminde, iş akışlarını aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce Kurum izni alınması ve bir örneğinin Başkanlığımıza gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunda;

Olurlarınızı arz ederim.

İsmail YILDIRIM
Daire Başkan V.

OLUR
26/03/2014

İmambey ERTEM
Müsteşar Yardımcısı V.

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.

Adres : Eskişehir Yolu Sığırtöz Mahallesi 2177.Sokak No:10/A
Çankaya/ANKARA
Telefon : 03127055715
e-posta : terbasan@aile.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi : T. ERBASAN Sosyal Çalışmacı
Faks : 03127055757
Elektronik Ağ: www.aile.gov.tr



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73595336-605.01-E.86227
Konu : Uzm. Fzt. Ayşe GÖKTAŞ

04/08/2016

HACETEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

İlgi : 03/08/2016 tarih ve 2385 sayılı yazımız.

İlgi yazı ile Üniversiteniz Sağlık bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü doktora öğrencisi Uzm. Fzt. Ayşe GÖKTAŞ'ın "Ankara Umut Evlerinde ve Kurumsal Bakım Merkezinde Kalan Bireylerde MOHO (İnsan Aktivite Modeli) Müdahalesinin Etkisi" konulu araştırmasını kuruluşlarımızda uygulama talebi iletilmiştir.

Ancak 2014 yılında Üniversiteniz Sağlık bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümünden Bakanlığımıza yapılan başvuru ile Uzm. Fzt. Ayşe GÖKTAŞ'ın "Ankara Umut Evlerinde ve Kurumsal Bakım Merkezinde Kalan Bireylerde MOHO (İnsan Aktivite Modeli) Müdahalesinin Etkisi" konulu ve Fzt. Mahmoud ZAKARNEH' in "Ankara'da Umut Evlerinde Kalan Bireylerin Toplumsal Katılım Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi" konulu çalışmaların teorik çerçeveleri ve anket soruları incelenmiş ve ilgili Genel Müdürlükçe de uygun değerlendirilmiş ve her iki çalışmaya da Müsteşarlık Makamından 26/03/2014 tarih ve 48714 sayılı Olur alınmıştır.

Söz konusu Olur da sehven Uzm. Fzt Ayşe GÖKTAŞ'ın "Ankara Umut Evlerinde ve Kurumsal Bakım Merkezinde Kalan Bireylerde MOHO (İnsan Aktivite Modeli) Müdahalesinin Etkisi" konusu yazılmamış olmakla birlikte Olur bu çalışmayı da kapsamaktadır. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Mustafa DURMUŞ
Bakan a.
Daire Başkanı

*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://bys.aile.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (dd3FQE-SD420b-xG02gX-CWu01g-z2IMA1+w) kodunu yazınız.

Eskişehir Yolu Söğütözü Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat: 27 Posta Kodu: 06510 Çankaya/ Ankara Bilgi için:
Ahmet Naci SARIGÖL

Telefon No: (312)705 57 00 Faks No: (312)705 57 57 Sosyal Çalışmacı

e-Posta: eydb@aile.gov.tr İnternet Adresi: <http://evdb.aile.gov.tr/iletisim> Telefon No: (312)705 57 21

Ek 3. Mohost appendix

Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) Rating Form (Turkish Version) İnsan Aktivite-Rol Modeli Tarama Aracı (İARMTA) Değerlendirme Formu (Türkçe Versiyonu)

Ad -Soyadı: _____	Terapist: _____
Yaş: _____ Doğum tarihi: ____/____/____	İş: _____
Cinsiyet: Bay <input type="checkbox"/> Bayan <input type="checkbox"/>	İmza: _____
Tanımlama kodu: _____	İlk görüşme Tarihi: ____/____/____
İl: _____	Değerlendirme Tarihi: ____/____/____
Sağlık durumu: _____	Değerlendirme yeri: _____

Derecelendirme Ölçeği	K S E Kİ	Aktive-rol katılımı kolaylaştırılır Aktive-rol katılımı sağlanır Aktive-rol katılımı engellenir Aktive-rol katılımı kısıtlanır
-----------------------	-------------------	---

Güçlü Yanlar ve Kısıtlılıklar Analizi

--

Puanlar Özeti

Aktive-Rolün Motivasyon	Aktive-Rol Paterni	İletişim ve Etiketleme Becerileri	Süreç Becerileri	Motor Beceriler	Çevre
Becerilerin İncelenmesi	Rutin	Sözsüz Becerileri	Organizasyon	Koordinasyon	Fiziksel Alan
Başarı Beklentisi	Adaptasyon	Konuşma	Problem Çözme	Güç ve Çabası	Fiziksel Kaynaklar
İlgi	Roller	Vokal İfade	Postür ve Hareketlilik	Enerji	Sosyal Gruplar
Seçimler	Sorumluluk	İlişkiler	Postür ve Hareketlilik	Enerji	Aktive-Rol Talepleri
		Bilgi	Postür ve Hareketlilik	Enerji	
		Zamanlama	Postür ve Hareketlilik	Enerji	
		Organizasyon	Postür ve Hareketlilik	Enerji	
		Problem Çözme	Postür ve Hareketlilik	Enerji	
		Postür ve Hareketlilik	Postür ve Hareketlilik	Enerji	
		Koordinasyon	Postür ve Hareketlilik	Enerji	
		Güç ve Çabası	Postür ve Hareketlilik	Enerji	
		Enerji	Postür ve Hareketlilik	Enerji	
		Fiziksel Alan	Postür ve Hareketlilik	Enerji	
		Fiziksel Kaynaklar	Postür ve Hareketlilik	Enerji	
		Sosyal Gruplar	Postür ve Hareketlilik	Enerji	
		Aktive-Rol Talepleri	Postür ve Hareketlilik	Enerji	

Aktivite-Rol için Motivasyon		
Becerilerin incelenmesi 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 tanır Kendi yeteneklerini alt ya da aşırı olarak yine de eğilim tahmini var, bazı sınırlamaları tanır 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 aktiveleri 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, ayarlama 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 Sorumlulukların dağıtılması	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 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 Dalgali 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 Karar verme Cevap verme	K S E KI	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 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 yardımla 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 Mahremiyet ve Erişebilirlik Stimülasyon ve Rahatlık	K S E KI	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 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 4. Konaklama Çevresinin Etkisi Anketi

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

1. Ön Gözlem Kılavuzu

Yer Erişimi:

- Ev içinde erişilebilirliği
- Katılımcılarının seçtiği aktivite yerine ulaşılabilirliği/mevcudiyet (mutfak, çamaşırhane)

Kognitif ve Fiziksel Destekler:

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

Fiziksel Çevre:

- Ev içinde ve dışında bariyerleri (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 yüksekliği, lavabo, küvet ve tuvalet için tutunma barları

Doğal Çevre:

- Ev dışında bahçesinin durumu ve ulaşılabilirlik

Mobilya:

- Katılımcıların kapasiteleriyle eşleşen mobilyanın durumu (sandalye / kanepe 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 nesnelere, kitaplar, filmler, egzersiz ekipmanları, bilgisayar ve el sanatları gibi var mı?
- Hareketli olduğunda kullanılıyor mu 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 toplantı yada 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 sakınlar tarafından istenildi mi?

ilave 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 yada 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 sakinler tarafından istenildi mi?

ilave 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 yada 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?

ilave Yorumlar:

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.a: MEKAN**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 (kiyafet, 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:

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

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.a: YER (devam)**Katılımcılar/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 verdiği işaretlenecektir.			Bu bölümde herhangi bir ek yorum varsa yazılacaktır.
	Sorun yok	Bu bir sorun	Yorumlar (sorunu ve kısıtlılığı/bariyeri anlat)
Fiziksel Çevresi			
Ev dışında Merdivenler			
Ev içinde Merdivenler			
Mobilya türü			
Odadaki mobilya miktarı			
Dağınıklık derecesi (evde çok fazla eşyanın olması)			

Ek sorular:

- Evda herhangi bir sizi etkileyen yada rahatsız eden şey sıcaklık, gürültü, aydınlatma veya koku v.s var mı?
- İsteddiğiniz 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)

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

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, her 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 makası)							
Giyisiler							
Adaptasyon cihazı: özel yemek kapları, giyinme yardımcıları.							
Serbest Zaman/Dinlenme							
Kendi televizyonu							
Kendi VCD / DVD oynatıcı ve video / DVD							
Kendi müzik cihazı yada 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 sormadım bir şey var mıydı?
- Eğer mümkünse, istediğin evde var olmayan şeyler var mı?

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ(KÇEA)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.c: GÖREVLER / AKTİVİTELER

Kişiler/Sakinlerden Grup Görüşmesi ile Elde Edilebilir Bilgiler

Aşağıdaki aktiviteleri kişiler yapar yada yapmayabilir; her bir aktivite için bu aktiviteyi yapıp yapmadığını kontrol edin. Etkinlik ev içinde uygulanmazsa, "Uygulanamaz" (U) işaret edin. 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 aktivite yapmakla ilgileniyorsanız, ama yapmıyorsanız, sizi engelleyen nedir?
		E	H	E	H	
Günlük Yaşam (ADL) aktiviteleri						
Kendi beslenmesi						
Kendi Giyinmesi						
Kendiği Banyo yapması/duş alma						
Kendi başına tuvalet kullanma						
Kişisel Bakım (tırnaş, diş fırçası, tırnak bakımı, makyaj)						
Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri						
Arama yapma veya telefonacevap verme						
İstediği şey için para harcama						
İlaç alma						
Alışveriş						
Pişirme / Fırınlama						
Egzersiz						
Bir evcil hayvan bakımı yapma						
İş / Okul / Gündelik İşler						
İşe yada bir çalışma programına gitmek						
Günlük bir programa gitmek						
Okul veya iş eğitim programına gitmek						
Gönüllü işe gitmek						
Ev işleri yapmak (temizlik, çamaşır yıkama)						
Bahçe işi yapmak						
Serbest Zaman/Rekreasyon						
Çizim/Boyama						
Dikiş/El sanatları/örme						
Okuma						

Fotoğraf çekimi						
Ev dekorasyonu						
Televizyon/film izlemek						

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

Aşağıdaki aktiviteleri kişiler yapar yada yapmayabilir; her bir aktivite için bu aktiviteyi yapıp yapmadığını kontrol edin. Etkinlik ev içinde uygulanamazsa, "Uygulanamaz" (U) işaretleyin. Aktivite yapmama nedenini yazın.					Bu bölümde herhangi bir ek yorum varsa yazılacaktır.	
Aktivite	U	Aktiviteyi yapıyor musunuz?		Eğer aktivite yapmıyorsanız, bunu yapmakla ilgilenir misiniz?		Eğer aktiviteyi yapmakla ilgileniyorsanız, ama yapmıyorsanız, sizi engelleyen ne?
		E	H	E	H	
Boş Zaman/Rekreasyon (devem)						
Bilgisayar kullanma (oyun, email, 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 ziyareti						
Toplumsal Aktiviteler						
Parka gitmek, spor merkezi veya fitness merkezine gitme						
Geziler/seyahate gitme						
Toplu taşıma / Özel Ulaşım kullanma						
Sinemaya gitme						
Kütüphaneye gitme						
Toplumdaki etkinliklere gitmek (spor etkinlikleri, tiyatro, konser)						
Restorana gitme						
Randevuya gitme						
Cami yada tapınağa gitme						
Listede yer almayan diğer aktiviteler						

başka:						
başka:						
başka:						

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.c: GÖREVLER / AKTİVİTELER (devam)

Kişiler/ Sakinlerden Grup Görüşmesi ile Elde Edilebilin Bilgiler:

Ek sorular:

Mümkünse, ENÇOK yapmayı istediğin ama yapmadığın aktiviteler hangisi?

Aktiviteleri yapmak için sana yardımcı olacak bazı değişiklikler önerebilir misin?

Bahsettiğiniz şeyleri yapmak için yeterli yardım aldığını 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?

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.d: SOSYAL GRUPLAR / SOSYAL ORTAMI

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 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	Diğerlerini n kararı kimi işaret ediyor.	Hayir	Evet	Yorumlar
Kişisel Tercihleri								
Kendi odasını düzenleme ve dekore etmek								
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 yapılacağı								
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?								

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

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 yada sizi ziyarete geliyor mu?
- Komşularınızla konuşuyor musunuz?
- Ailenizle temasın var mı? Ne sıklıkta? Onları ziyaret ediyor musunuz yada 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? insanlar birbirleri ile konuşuyorlar mı? (Personel ve sakinler, sakinler ve sakinler)

RESIDENTIAL ENVIRONMENT IMPACT SURVEY (REIS)

KONAKLAMA ÇEVRESİNİN ETKİSİ ANKETİ (KÇEA)

Tarih:

Değerlendirici:

Kalma yeri:

3.d: SOSYAL GRUPLARI / SOSYAL ORTAMI (devam)

Katılımcıların veya Sakinlerin Grup Görüşmesi yoluyla Elde edilen 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 yada 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 anlaşılıyor? Katılımcılar birbirleri ile nasıl anlaşılıyor?
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 personellere verilmelidir?

6. Ev ve gündüz programları arasında, ve ev ve aileler arasında iletişim 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 yardımcı olacak aktiviteleri seçer mi? Bunu nasıl geliştirilebilir?

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?

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 ortamdaki gücü ve sakinlerinin fevkalade fırsatları ve desteği ile sağlar.
3	Uygun	Bu çevresel yön, ev ortamdaki sakinleri için uygun destek ve fırsatlar sunar.
2	Bazı iyileştirme ihtiyaçları var	Ev ortamdaki 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 öğeyi derecelendirmek için yeterli bilgi yok
G/D	Geçerli değil	Bu madde, bu evde geçerli değildir

değerlendirici:	Ev Koordinatörü / Danışman:	Katılan sakinleri:	
Tarih (ler):			
Evde 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 duyusal 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 sağlanır	4	3	2			
Yorumlar:						
7. Boş zaman Nesnelere: Serbest zaman nesnelere vardır ve bunların kullanımı için uygun destek sağlanır	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 İşler katılımı: Sakinlerin istedikleri kadar çalışma ve ev işlerin katılmak için 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 katılımı: 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 kaynakları 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 kaynakları vardır	4	3	2			

Yorumlar:						
17. Personeller ile Etkileşimleri: Personeller 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: Personeller tarafından sakinlerine sağlanan yardım düzeyi, uygun, İstenilen 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 bilinçli kararlar ve savunuculuk	4	3	2	1		
Yorumlar:						
22.Hedef Sürec: Sakinleri için kurulan hedeflere, potansiyel başarı ve ilerlemeye uygun ve kullanışlı bir ölçü sağlar	4	3	2	1		
Yorumlar:						
23. Dışında İletişimi: 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 Gelişim: Sakinleri 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/adresi :	
Ev Koordinatörü/Danışmanı:	
öncelikler	Yönetim için Öneriler:
	Mümkün stratejileri:
	Koordinatör / Danışman için Öneriler:
	Mümkün stratejileri:
	Diğerleri için öneriler (danışmanlık psikoloğu, sosyal hizmet uzmanı):
	Mümkün stratejileri:
	Bakım Personelleri için öneriler:
	Mümkün stratejileri:
	Sakinleri için öneriler:
	Mümkün stratejileri:

Sorumlu personel / idare tarafından doldurulacaktır (İsimler:

Yanıt / Yorumlar:

Plan / Zaman Çizelgesi:

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 fizyoterapist Ayşe Göktaş 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 ve Kurumsal Bakım Merkezinde Kalan Bireylerde MOHO (İnsan Aktivite-Modeli) Müdahalesinin Etkisi 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 ve Kurumsal Bakım Merkezinde Kalan Bireylerde 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 ile saptanan problem alanlarına müdahale programlarıyla bireylerin yaşam kalitesi ve toplumsal katılımında gelişmeler elde edileceğini ve kanıtı dayalı 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 Ayşe Göktaş 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: Ayşe Göktaş

Adres: 7.cadde 73.sokak 26/8 Bahçelievler/Ankara

Telefon: 05333522251

İmza:

XXXXXXXXXX

ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Ankara Umut Evlerinde ve Kurumsal Bakım Merkezinde Kalan Bireylerde MOHO (İnsan Aktivite-Modeli) Müdahalesinin Etkisi 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.