

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

**İNME Lİ BİREYLERDE TEMPORAL AKTİVİTE
PATERNİNİN İNCELENMESİ**

İbrahim Yavuz TATLI

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2016

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNME Lİ BİREYLERDE TEMPORAL AKTİVİTE
PATERNİNİN İNCELENMESİ

İbrahim Yavuz TATLI

Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. B.SEMİN AKEL

ANKARA

2016

İNME Lİ BİREYLERDE TEMPORAL AKTİVİTE PATERNİNİN İNCELENMESİ

İbrahim Yavuz TATLI

Bu çalışma 27.12.2016 tarihinde jürimiz tarafından "Ergoterapi Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Hülya KAYIHAN

Hacettepe Üniversitesi/Ergoterapi Bölümü

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Burcu Semir AKEL

Hacettepe Üniversitesi/Ergoterapi Bölümü

Üye:

Prof. Dr. Esra AKI

Hacettepe Üniversitesi/Ergoterapi Bölümü

Üye:

Doç. Dr. Çiğdem ÖKSÜZ

Hacettepe Üniversitesi/Ergoterapi Bölümü

Üye:

Doç. Dr. Halim YILMAZ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ONAY

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



Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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

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

- **Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**
(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)
- **Tezimin/Raporumuntarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**
(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)
- ✓ **Tezimin/Raporumun 01.01.2018 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**
- **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

06 /01/2017

İbrahim Yavuz TAFLI

ETİK BEYAN

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

İbrahim Yavuz TATLI



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın oluşmasında, içeriğinin düzenlenmesinde ve sonuçların yorumlanmasında bütün bilgi birikimini ve deneyimini aktaran, yoğun programına bana yeteri kadar vakit ayıran değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Semin AKEL'e,

Ergoterapi mesleğinin birer mensubu olmamızı sağlayan, tanıdığım günden bu güne mesleğimizin gelişimini aynı azim ve kararlılıkla devam ettiren Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü Başkanı Sayın Prof. Dr. Hülya KAYIHAN' a,

Görev yaptığım Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tez çalışmamı gerçekleştirmem için gerekli şartları sağlayan başasistanımız Doç. Dr. Halim YILMAZ' a ve idari sorumlumuz Uzm. Dr. Halil Ekrem AKKURT' a,

Tezimi geliştirmemde önerileri ile katkıda bulunan saygıdeğer öğretim üyelerimize,

Çalışmada kullanılması gereken istatistiksel analiz yönteminin belirlenmesinde yardımını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Mutlu HAYRAN' a,

Değerlendirme aşamasında gönüllü katılımcılara ulaşmamda desteklerini esirgemeyen mesai arkadaşlarım Sayın Fzt. Mustafa KARA ve Sayın Hasan UYSAL'a,

Tez süresince maddi manevi desteklerini esirgemeyen değerli meslektaşlarım Sayın Erg. Sinem KARS ve Sayın Erg. Zeynep Çelik'e

Sadece çalışmamda değil tüm yaşantımda desteğini bir an olsun azaltmayan sevgili aileme,

Teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Tatlı İ.Y., İnmeli Bireylerde Temporal Aktivite Paterninin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016. Ergoterapistlerin inmeli bireylerin iyileşme sürecini desteklemesi için aktivite deneyimlerini daha fazla anlamış olması ve bunun için bireylerin günlük rutinlerini incelemesi gerekir. Bu çalışma, Konya ili merkez ilçelerinde yaşayan ve çalışmamıza gönüllü olarak katılan inmeli bireylerin temporal aktivite paternini incelemek amacıyla planlandı. Çalışmamıza inme geçirmiş 50 birey ile inmeli bireylerin ailelerinde yer alan ve bakım veren sorumluluğu bulunmayan 50 sağlıklı birey dâhil edildi. Temporal aktivite paterninin karşılaştırılması için inmeli ve sağlıklı bireyler iki gruba ayrıldı. Tüm bireylerden onam formu alındı ve bireylerin sosyodemografik bilgileri sorgulandı. Değerlendirme aşamasında bireylerin bir gün önceki(dün) gerçekleştirdiği aktiviteler Modifiye Aktivite-Rol Anketi ile incelendi. Aktiviteler, Amerika Ergoterapi Derneği tarafından hazırlanan aktivite alanlarına göre sınıflandırıldı. Değerlendirme sonrasında iki grup aktivite alanlarının gerçekleştirilmesi, tekrarlanma sayısı, gerçekleştirilme nedenleri, birey için değeri ve birey gözünden toplumda değeri açısından karşılaştırıldı. İnmeli bireylerin gün içerisinde herhangi bir oyun ve eğitim aktivitesi gerçekleştirmediği bulundu. Uyku ve dinlenme aktivite alanı çalışma grubunun temporal aktivite paterni içerisinde en sık tekrarladığı aktivite alanı oldu ve çalışma grubu lehine anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Aktivitelerin gerçekleştirilme nedenleri incelendiğinde günlük yaşam ve uyku dinlenme aktivitelerinin zorunluluk sebebiyle gerçekleştirilmesinde çalışma grubunun, tüm aktivite alanlarının istek sebebiyle gerçekleştirilmesinde ise kontrol grubun lehine anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Aktivitelerin birey için ve bireye göre toplum için değerleri incelendiğinde iki grup arasında günlük yaşam, yardımcı günlük yaşam, uyku dinlenme, eğlence, sosyal katılım aktivite alanlarının sağlıklı bireyler için daha değerli olduğu yönünde anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Sağlıklarla karşılaştırıldığında inmeli bireylerin temporal aktivite paterninin bozulduğu belirlendi. Çalışma sonuçlarında elde edilen önemli bulgulardan yola çıkılarak temporal adaptasyon perspektifinden ergoterapi müdahalelerine katkı yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Temporal Adaptasyon, Temporal Fonksiyon Bozukluğu, Aktivite Paterni, Ergoterapi, İnmeli Birey, Zaman Kullanımı

ABSTRACT

Tatlı İ.Y., Examination of Temporal Activity Pattern in Stroke Patients, Hacettepe University Institute of Health Science Occupational Therapy Program Master Thesis, Ankara, 2016. To support healing process of people with stroke, occupational therapists need to more understand of occupational experiences and for this they need to examine their daily routine. The study was planned to investigate temporal activity pattern of stroke patients who live in central districts of Konya city and are volunteer to participate to this study. Fifty individuals who had stroke and 50 healthy individuals who are in the family of stroke patients and has no responsibility of caregiving were included to the study. To compare temporal activity pattern, stroke patients and healthy individuals were divided into two groups. Informed consent form was taken from all participants and socio demographic information were examined. In evaluation phase, person's activities which done yesterday were evaluated with Modified Occupational Questionnaire. Activities were categorized in according to activity domains of American Occupational Therapy Association (AOTA). After assessment, groups were compared in terms of doing activities, repetition counts, doing reasons, value for participations and value for community according to participations. It was founded that no stroke patients do an activity of play and education. Rest and sleep was the most repeated activity domain in stroke patients and significant differences were found as statistically ($p<0,05$). When reasons of doing the activity were examined in terms of "obligation", significant differences were found as statistically in daily life and rest sleep activity domains in favor of patient group, and when reasons of doing the activity were examined in terms of "willing", significant differences were found in favor of control group in all activity domains ($p<0,05$). When activities were examined between groups in terms of value for participant and for community in according to participant, significant differences were found statistically in daily life, instrumental daily life, rest and sleep, leisure and social participation in favor of control group ($p<0,05$). When compared with healthy individuals, it was founded that temporal activity pattern of stroke patients has damaged. Based on significant findings in results, occupational therapy interventions need support from perspective of temporal adaptation.

Keywords: Temporal Adaptation, Temporal Dysfunction, Activity Pattern, Occupational Therapy, Stroke Patient, Time use

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN SAYFASI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Zaman Kavramı ve Türleri	4
2.2. Zaman Kullanımı ve Ergoterapi İlişkisi	6
2.3. Temporal Adaptasyon ve Temporal Aktivite Paterni	9
2.4. Temporal Adaptasyon Modeli	11
2.5. İnme ve Zaman	13
2.5.1. İnmenin Tanımı	13
2.5.2 İnme Epidemiyolojisi	14
2.5.3. İnme Etyolojisi	14
2.5.4. Risk Faktörleri	15
2.5.5. İnme Sonrası Limitasyonlar ve Günlük Yaşam	16
2.5.6. İnme Sonrası Zaman Kullanımı	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Montreal Bilişsel Değerlendirme (MoCA)	24
3.2. Modifiye Aktivite-Rol Anketi (<i>Modified Occupational Questionnaire/</i> <i>MOQ</i>)	25
3.3. İstatiksel Analiz	26
4.BULGULAR	28
4.1.Sosyodemografik Bulgular	28
4.2. Temporal Aktivite Paterni Değerlendirmesine ait Bulgular	30

4.2.1. Aktivitelerin Gerçekleştirilmesi ile İlgili Bulgular	30
4.2.2. Aktivitelerin Gerçekleştirilme Sıklığı ile İlgili Bulgular	31
4.2.3. Aktivitelerin Gerçekleştirilme Nedenlerinin İncelenmesi ile İlgili Bulgular	33
4.2.4. Aktivitelerin Bireyler için Değeri ile İlgili Bulgular	36
4.2.5. Aktivitelerin Bireylere Göre Toplumdaki Değeri ile İlgili Bulgular	37
4.3. Gerçekleştirilen Aktiviteler ve Aktivitelere Ayrılan Süre ile İlgili Bulgular	38
4.4. Günün Farklı Zaman Dilimlerinde Grupların Gerçekleştirdikleri Aktivitelere Ait Bulgular	40
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR	63
8. EKLER	
EK 1: Tez Çalışması için Etik Kurul İzni	
EK 2: Modifiye Aktivite-Rol Anketi (Modified Occupational Questionnaire)	
EK 3: Montreal Bilişsel Değerlendirme	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AF	: Atrial Fibrilasyon
GYA	: Günlük Yaşam Aktivitesi
ICF	: İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması
MOQ	: Modified Occupational Questionnaire
MoCA	: Montreal Bilişsel Değerlendirme
SPSS	: İstatistik Paket Programı (Statistical Package for the Social Science)
SS	: Standart Sapma
TOAST	: Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment
YGYA	: Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitesi
X	: Ortalama

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Oluşumu	22



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Ergoterapi ile İlişkili Zaman Kullanımı Modelleri, Değerlendirme Araçları ve Müdahale Yöntemleri	8
3.1. Aktivite-Rol Alanları (<i>Occupational Domains</i>)	24
4.1. Bireylerin Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması	28
4.2. Bireylerin Eğitim Durumu Dağılımı	28
4.3. Bireyleri Meslek Dağılımları	29
4.4. Alanlara göre Aktivite Gerçekleştirme Dağılımlarının Karşılaştırılması	31
4.5. İki Grup Arasında Aktivite Alanlarının Gerçekleştirilme Sıklığının Karşılaştırılması	32
4.6. Aktivite Alanlarının ‘Zorunluluk’ Nedeniyle Gerçekleştirme Gerçekleştirme Dağılımları	33
4.7. Aktivite Alanlarını ‘İstek’ Nedeniyle Gerçekleştirme Dağılımları	34
4.8. Aktivite Alanlarını ‘Yapacak Başka Bir şey Olmaması’ Nedeniyle Gerçekleştirme Dağılımları	35
4.9. Aktivite Alanlarının Bireyler için Değerinin Karşılaştırılması	36
4.10. Aktivite Alanlarının Bireylere Göre Toplum Değerinin Karşılaştırılması	38
4.11. Grupların Aktiviteleri ve Aktivitelere Ayrılan Sürenin Karşılaştırılması	39
4.12. Sabah Saat 08.00-12.00 Arası Gerçekleştirilen Aktiviteler ve Süreleri	40
4.13. Öğleden Sonra Saat 13.00-17.00 Arası Gerçekleştirilen Aktiviteler ve Süreleri	41
4.14. Akşam Saat 19.00-23.00 Arası Gerçekleştirilen Aktiviteler ve Süreleri	42

1.GİRİŞ

İnme, klinik olarak vasküler nedenlere bağlı meydana gelen, etkilediği beyin bölgesine göre değişen bozukluklara yol açan, 24 saat veya daha uzun sürebilen, ölümle sonuçlanma riski bulunan klinik bir durumdur (1). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, bu durum sıklıkla aktivite limitasyonlarına ve fonksiyonel problemlere neden olmaktadır (2, 3). Bu fonksiyonel problemler inme sonrası gün gün ortaya çıkmakta, inmeli bireylerin %80'i tedavi sonrası eve döndüklerinde, kendilerini sosyal ve fiziksel limitasyonlar ile yüzleşirken bulmaktadırlar (4).

İnmeli bireyler, zaman içinde aktivitelerinde yaşadıkları limitasyonların farkına varmaya başlar (1, 5). Bu, onların temel aktivitelerini, rollerini kaybetmesine ve olumsuz deneyimler yaşamasına neden olur (6, 7). İnmeli bireyler fonksiyonel geri dönüşü etkileyen birçok farklı sorun yaşar; tonus bozukluğu, güçsüzlük, koordinasyon problemleri, duyuusal bozukluklar, apraksi, afazi veya kognitif bozukluklar bunlardan bazılarıdır (8). İnme sonrasında çoğunlukla ikincil planda kalan kognitif bozukluklar, bireylerin %50-78'inde farklı seviyelerde görülmektedir (9, 10). İnmenin planlama, yer ve zaman oryantasyonu, problem çözme gibi kognitif fonksiyonlar üzerinde olumsuz etkiler yaratmasıyla, bireyler günlük yaşam, sosyal katılım ve işe geri dönüşlerde problem yaşar (11, 12).

Bu bilgiler ışığında, inme geçirmiş bireylerin birden fazla alanda yaşadığı problemlerin gün içerisinde gerçekleştirdikleri aktivitelerine geri dönüşlerinde ve toplumsal yaşamdaki rollerini yerine getirmelerinde limitasyonlara sebebiyet verdiğini görebiliyoruz. Birden fazla çalışma, bireylerin problem yaşadığı aktivitelerin incelenmesi gerektiğini belirtmiştir (13, 14).

İnmeli bireylerin her gün gerçekleştirdiği aktiviteler tedavilerini şekillendirebilmek açısından merkezi bir rol oynamaktadır. Ancak, sayılı çalışma inmeli bireylerin günlük gerçekleştirdikleri aktivitelerin onlara nasıl bir tecrübe sağladığına odaklanmıştır (6, 13, 14). Oysa ki rehabilitasyon ekibinin, inmeli bireylerin iyileşme sürecini destekleyebilmek için aktivite deneyimlerini daha fazla anlamış olması gerekmektedir (15). Bireylerin aktivite doğasını daha iyi anlamak için günlük rutinlerini incelemek gerekir. Günlük rutin içinde aktiviteleri organize şekilde gerçekleştirmek için bireyin temporal fonksiyonlarının iyi seviyede olması gerekir. Patolojik durumlar sonrasında günlük rutinlerin etkilendiğini savunan görüşler olsa

da inme sonrası günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) temporal boyutu inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (16).

Fiziksel disfonksiyona sebep olan inme, bireylerin temporal aktivite paternini etkileyen patolojik sebeplerden bir tanesidir. Fiziksel engel durumları, bireylerin günlük rutininde yer alan anlamlı ve amaçlı aktivitelerin yapılamamasına sebep olurken, yerine yeni aktivitelerin dahil olmasına da engel olur. Temporal adaptasyonun zarar görmesi ile birlikte normalde bireylerin değer, ilgi ve hedeflerinin sonucu meydana gelen aktiviteler rutin içerisindeki organizasyonunu kaybeder. İnme gibi fiziksel bozukluğa yol açan durumlarda bireylerin günlük rutinlerini incelemek, var olan tedavi yöntemlerine farklı bir açıdan bakmamızı sağlayacaktır. Temporal adaptasyon kavramını anlamak ise, tedavi yöntemlerini geliştirecek stratejilerden bir tanesidir (16).

Temporal Adaptasyon, bireyin; zaman kullanım duygusunun nasıl uyandırılacağı, performans boyunca kullanılan zamanın doğru bir biçimde ayarlanması ve değerlendirilmesi sürecini içerir. Bireyin sağlığını, iyilik halini ve sosyal katılımını geliştirmeyi hedefler. Temporal aktivite paterni ise, aktivitenin zaman döngüsünden meydana gelir. Performansın sıklığı, düzeni ile ilgili olup aktivitenin kişisel doğasını inceler. Bu nedenle bireyin öz algısı, değer ve ilgileri yakından ilgilidir (16). Zaman döngüsünde aktivitelerin nasıl yerleştiğini, bireyin aktivite deneyimini hangi seviyede yaşadığını sorgulamak zaman kullanımı günlükleri ile mümkündür (17).

Zaman kullanımı günlükleri, GYA ve bu aktivitelerden kazanılan deneyimler hakkında detaylı bilgi toplanması açısından güvenilir bir yoldur. Bu yolla mental hastalıklarda ve inmede zaman kullanımı incelenmiştir (18, 19). Ancak, inme geçirmiş bireyler ile ilgili yapılan zaman kullanımı çalışmalarının çoğu, bireylerin daha çok bu aktivitelerden duyduğu memnuniyeti incelemiştir (20). Gün aşırı gerçekleştirilen aktiviteler ve bu aktivitelerden kazanılan tecrübeyi detaylı inceleyen çalışma sayısı azdır (21, 22).

İnme sonrası meydana gelen değişiklikler, bireyin günlük rutinlerini etkileyebilir. Ayrıca temporal fonksiyon bozukluğu (temporal disfonksiyon) sebebiyle, aktivite performansının zamansal boyutunu ifade eden temporal aktivite paterni de değişebilir. Bireylerin günlük rutinlerinde yer alan aktiviteleri, bunların

gerçekleştirilme nedenleri ve birey için önemini incelemek istediğimiz çalışmamızın amacı, inmeli bireylerin temporal aktivite paternini sağlıklı bireylerin aktivite paterni ile karşılaştırarak incelemektir.

Çalışmanın hipotezi: 'İnmeli ve sağlıklı bireylerin temporal aktivite paterni arasında fark yoktur.' dur.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Zaman Kavramı ve Türleri

Newton, zamanın mutlak olduğunu, oluşumunun evrene bağlı gerçekleşmediğini belirtmektedir. Einstein ise, zamanın olayların gerçekleşme sırasına göre ölçüldüğünü ve bu olaylar dışında bağımsız bir varlık olmadığını ileri sürmektedir (23).

Einstein izafiyet teorisini ortaya atmasıyla beraber, fizikçiler dünya üzerinde dört boyut bulunduğunu kabul etmeye başlamıştır. O tarihe kadar bilinen üç boyut: yükseklik, uzunluk ve genişliktir. Fiziksel boyut olan dördüncü boyut da zaman olarak bilinmektedir. Matematiksel olarak da kabul görmüş olan bu boyut, diğer üç boyutla aynı değere sahiptir; ancak insanlar, dünya üzerinde üç boyutta tüm yönlerde hareket edebiliyorken; yukarı-aşağı, sola-sağa, ileri-geri gibi; zamanda sadece ileri doğru hareket edebilmektedirler (24).

Zaman kavramı, bir eylemin gerçekleştiği süre olarak tanımlanabilir. Yeryüzünde ve evrende hareket halinde olan her şeyin sabit kaldığı düşünüldüğünde, zaman olgusundan bahsedilemez. Kelime anlamı olarak zaman, olayların geçmişten günümüze kadar geldiği ve geleceğe doğru birbirini takip ettiği bir süreçtir. Zamanın akışı kesintisiz devam eder (23).

Zaman, herkesin eşit olarak sahip olduğu, fakat farklı şekillerde değerlendirdiği önemli bir kaynaktır. Ancak depolanması, durdurulması veya geri döndürülmesi mümkün değildir. Belli durumlarda bir kaynağın yerine başka bir kaynak koymamız mümkün olur. Örneğin; insan gücü yerine makinelerin kullanıldığı görülür. Ancak zamanın yeri, başka bir kaynakla doldurulamaz. Zaman, akıp giden, durdurulamaz bir kaynaksa yapılması gereken onu doğru kullanmak, yani planlamaktır. Bu sayede zaman etkin kullanılabilir. Zamanı etkin kullanmak da yaşam kalitesini arttırmak demektir (25).

Zaman göreceli bir kavramdır, bu nedenle insanların zamanı yönlendirme şekilleri birbirinden farklıdır. Ancak genelde, insanlar zaman yönetimi konusunda yeterince güçlü değildir. Kavramsal bir yapı olan zaman, algılama ile ilişkilidir (26).

İnsanlarda, zamanı fizyolojik olarak algılamayı sağlayan “biyolojik saat” algısı bulunmakla beraber, bazı çalışmalar insanın güvenilir bir zaman algısına sahip olmadığına işaret etmektedir. Işığı veya karanlığı göremeyecek biçimde kapalı bir odanın içinde olan bir kişi, zamana ilişkin duyarlılığını hızlıca yitirir. Kapalı bir odada geçirilen birkaç saat, çoğu kişiyi aradan geçen zaman konusunda yanılgıya uğratar. İnsanlar geçen bu süreyi, olduğundan fazla olarak tahmin edebilecekleri gibi, daha kısa olarak da düşünebilirler (25). Geniş bir kavramsal boyutu olan zamanın anlam ve türleri, farklı kullanım amaçlarına göre değişmektedir. Ancak, genel yaklaşımda yedi alt başlıkta değerlendirilir (23).

Objektif Zaman: Objektif zaman, saatle ölçülebilen zamandır. Bu zaman türünün kaynağı, dünyanın güneş etrafındaki salınımıdır. Objektif zaman, herkes için sabit ve aynıdır. Belirli bir süre (örn. bir saat) bireylerin o anki değer ve ilgilerine göre farklı algılansa da sabittir. Bu zaman türü, gerçek zaman olarak da adlandırılmaktadır (23).

Subjektif Zaman: Bir saati veya dakikayı matematiksel olarak hesaplayabilmemize rağmen, bu süreleri hepimiz farklı şekilde algılarız. Bazen zamanın geçtiğini fark etmeyiz, bazen de hiç geçmediğini düşünürüz. Çünkü zaman psikolojisi kendine hastır. Genel olarak, bir olayın gerçekleşmesine büyük bir hevesle beklediğimizde zaman geçmiyormuş gibi gelir. Örneğin, önemli bir telefonun gelmesini beklerken geçen sürenin uzun olduğunu düşünürüz (27). Bunun sebebi, olayların gerçekleşme sürecini daha küçük birimlerle ölçmemizdir. Sübjektif zaman, algılanan veya hissedilebilen zamandır. Birey, saatin kaç olduğuna bakmaksızın eylem esnasında geçen süreyi kısa veya uzun olarak hissetmekte ve bunu farklı değerlerle tanımlamaktadır (26).

Biyolojik (İçgüdüsel) Zaman: Tüm canlıların bir biyolojik saate sahip olduğu görülmektedir. Biyolojik saat, alışkanlıklara göre kurulmaktadır. Örneğin, kurulan bir saatin alarmı çalmadan önce genellikle uyanmış oluruz. Biyolojik saat, aynı zamanda değişken bir yapıya sahiptir. Alışkanlıkların değişmesiyle kendisini değiştirmektedir. Sıralı bir şekilde uyanma saatlerinin değişmesi durumunda, bireyin biyolojik saati yeni düzene kendisini ayarlayacaktır (25).

Örgüt Zamanı: Örgüt zamanı, örgütün mal veya hizmet üretebilmesi için gerçekleştirilmesi gereken eylemlere harcadığı zamandır. İlgililer ve makinelerin eylemleri gerçekleştirdiği süreleri kapsar.

Yönetim Açısından Zaman: Yönetim açısından zaman, işçilik zamanı ve yönetsel zaman olarak iki tanımda birleştirilebilir. İşçilik zamanı, işi gerçekleştirenlerin üretim için harcadıkları zamanı; yönetsel zaman, yöneticilerin yönetim faaliyetlerini yerine getirmek için harcadıkları zamanı ifade etmektedir (23).

İktisat Açısından Zaman: İktisat alanında, zaman sıklıkla kullanılan bir ölçü birimidir. Örneğin, çalışmanın karşılığında ödenen ücret çoğunlukla saat, gün veya başka zaman dilimleri üzerinden hesaplanmaktadır (25).

Sosyolojik Açısından Zaman: Bireylerin kişisel takvimine ilişkin eylemleri için kullandıkları bir araçtır. Tören, bayram, yıl dönümü gibi insanları bir araya getiren toplumsal eylemler için kullanılması örnek olarak verilebilir (26).

2.2. Zaman Kullanımı ve Ergoterapi İlişkisi

Zaman kullanımı, ergoterapi biliminin ilgisini çekmeyi başarmış alanlardan bir tanesidir. Ergoterapinin babası olarak bilinen Adolph Meyer (28) zamanın önemini şu şekilde ifade etmiştir:

‘Yaşamlarımızdaki en önemli kazanım, zamanı tümüyle anlamlı bir şekilde değerlendirmektir.’

Kielhofner, Meyer ve onun çalışmalarını izleyen Slagle’in çalışmalarını yenileyerek temporal adaptasyon şemasını sunmuştur. Kielhofner (16) da bu konu ile ilgili görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

‘Bireyin günlük rutinlerini ve zamanını amaçlı kullanması, onun sağlığını yenilemesi için gerekli en zengin kaynaktır.’

Bu görüşler, iyilik halini sağlamak için, ergoterapistlerin bireylerin rutinlerinde yer alan aktiviteleri odak noktası olarak görmesini hedefler (29). Ergoterapi biliminin ortaya çıkmasından sonraki ilk döneme ait olan araştırmacılardan Yerxa ve ark. (30) ‘zamanı anlama’ konusuna dikkat çekmiştir.

Araştırmacılar, bu düşünceyi merkeze alarak insanın aktivite doğasını, ‘*Kişi zamanını nasıl doldurur? Zaman kullanımından nasıl memnuniyet duyar? ve İyi zaman kullanımı hedefleri, görevleri nasıl destekler?*’ gibi sorular sorarak anlamaya çalışmıştır. Yerxa, ilerleyen dönemlerde ise ‘*Bireyin günlük yaşamındaki rutinini oluşturan aktivitelerin onların yaşam kalitesi ile ilişkisi var mıdır?*’ sorusunu sormuştur (31). Az sayıda araştırmacının bu konuda çalışmaları bulunmaktadır (17, 32).

Wilcock, ergoterapi biliminin yer aldığı interdisipliner bir çalışma örneği ile zaman kullanımı, sağlık ve iyilik halini beraber incelemiştir (32). Farnworth, ergoterapi ve zaman kullanımı bağlantısını yenileyen bir çalışma yapmıştır (17). Bu çalışmasında zaman kullanımı ve temporal durumun ergoterapi alanları ile ortak noktalarını ilişkilendirmiştir. Zaman kullanımının ergoterapi bilimi ile ilişkisini içeren modeller, değerlendirme araçları ve müdahale yöntemleri Tablo 2.1.’ de gösterilmiştir (33).

Tablo 2.1. Ergoterapi ile ilişkili Zaman Kullanımı Modelleri, Değerlendirme Araçları ve Müdahale Yöntemleri

Zaman kullanımı ile ilgili modeller	Temporal Adaptasyon Aktivitelerdeki Anlam ve Değer Modeli (ValMO) Çocuk, Aktivite Performansı ve Çocuk Sentez Modeli (SCOPE-IT)
Değerlendirme Araçları	Aktivite Yapılandırması (Activity Configuration) İçerik ve Zamanda Aktivite (Activity in Context and Time) Şizofrenide Aktivite Katılımı Profilleri (Profiles of Occupational Engagement in Schizophrenia) Modifiye Aktivite-Rol Anketi (Modified Occupational Questionnaire) Annelerin Zaman Kullanımı Anketi (Mother's Time Use Questionnaire) Aktivite-Rol Anketi (Occupational Questionnaire) Zaman Coğrafyası (Time geography) Zaman ve Mekan Kullanımı Envanteri (Time and Space Use Inventory)
Zaman yönetimi müdahaleleri	Günlük Aktivite-Roller Tekrar Planlama Programı (Redesigning Daily Occupations (ReDO) Programme) Daha Kolay Yaşam Programı (Lighter Living (LiLi) Programme)

Ergoterapinin önemli konularından bir tanesi bireylerin GYA dengesinin bireyin sağlık ve iyilik hali ile olan ilişkisidir. Crist, Davis ve Coffin (34) iş, eğlence/serbest zaman, kendine bakım ve dinlenme arasındaki dengenin sağlıklı bir

yaşamın temelini oluşturduğunu ifade eder. Bu temeli oluşturan aktivite-rol dengesi, bir günün organize edilmesinden duyulan memnuniyettir (35).

Aktivitelerin taleplerini karşılamak ile sorumlulukları yerine getirme arasındaki dengenin kurulması Dünya'nın her köşesinde mücadelesi verilen bir konudur. Yüksek aktivite katılım seviyesinin, yüksek toplumsal katılım ve yaşam memnuniyeti ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (36, 37). Düşük aktivite katılım seviyesinin ise aktivite-rol dengesizliğine yol açtığı görülmektedir. Bu durum bireylerin GYA' larından ve toplumsal varlıklarından daha az anlam çıkarmalarına sebebiyet vermektedir. GYA ve zaman kullanımı dengeli bir grafik sergileyen bireyin, aktivitelerini daha anlamlı bulduğu gözlemlenmiştir. (38, 39). Zaman kullanımının ergoterapi araştırmalarında yer aldığı yıllara ve hastalık gruplarına bakıldığında ise bu çalışmaların sıklıkla mental rahatsızlığı olan bireyler üzerinde gerçekleştirildiği görülmektedir (18, 40, 41).

Zaman kullanımı paternleri, insanların günlük yaşamlarını nasıl yapılandırdıkları konusunda birkaç yöntemle incelenebilir. Sağlıkta ise ergoterapistler hastalarının zaman kullanımı bilgilerine ulaşmak için takvimler, günlükler veya Aktivite-Rol Anketi (*Occupational Questionnaire*) gibi yapılandırılmış değerlendirme araçlarını kullanırlar (42). Bu gibi zaman kullanımı ölçekleri, bireylerin temporal boyutu ile ilişkili aktivite-rol dengesini anlamak için kullanılabilir. Yapılan çalışmalara baktığımızda dengeli zaman kullanımı ile aktivite katılımı arasında iyilik halini arttıran bağlantıların varlığı görülmüştür. Kişinin aktivite deneyimlerinin daha iyi anlamamızı sağlayacak olan yaklaşımlar ile aktivitenin doğası hakkında daha fazla bilgi edinilebilir.

2.3. Temporal Adaptasyon ve Temporal Aktivite Paterni

Kielhofner, temporal adaptasyonu bireylerin aktivite organizasyonundaki uyum olarak ifade etmektedir. Günlük rutinlerinde yer alan aktivitelerin, kültürün, çocukluk deneyimlerinin, hedeflerin, değerlerin ve ilgilerin bir ürünü olduğunu belirtmektedir. Temporal aktivite paterni ise bireyin günlük rutinde gerçekleştirdiği aktivitelerin zaman döngüsünü içerir. Aktivitelerin gerçekleştirilme sıklığı ile birlikte, birey için önemini kapsar ve aktivitenin kişisel doğasını inceler. Kielhofner,

ergoterapi biliminin varoluşundan günümüze farklı araştırmacıların temporal adaptasyon ve zaman kullanımı ile ilgili çalışmalar yürüttüğünü belirtmiştir (16).

Meyer ve Slagle'dan günümüze gelen bakış açısı anlamlı zaman kullanımının, sağlığın geliştirilmesi ve kaybolan sağlığın yenilenmesinde çok önemli olduğu yönündedir. Amaçlı aktivite alanları arasındaki denge temporal adaptasyonu oluşturur. Ancak engelli bireylerin zamanı kullanma ve organize etmeleri ile ilgili yeteneklerinin zarar görmesi, bu konuyu onların adaptasyonlarını incelemek için önemli bir hale getirmiştir. Engelli bireylerin bu yeteneklerini arttırmak için insanın varlığındaki temporal boyut ergoterapistler için önem arz etmeye başlamıştır. Bu temporal perspektif, ergoterapistleri hastalarının günlük rutini incelemeye yöneltmiştir (43). Bu görüşe rağmen ergoterapi uygulamaları, temporal fonksiyon müdahalelerinden uzakta kalmıştır (44). Yine de evrensel bir zenginlik olan temporal adaptasyon ergoterapistlere farklı bir bakış açısı kazandırmaktadır (16).

Slagle, Meyer'in ergoterapi için önemli gördüğü zaman konusunu kendi çalışmalarına yansıtmıştır. Tedavisinde 'alışkanlık eğitimi' adı altında mental problemi olan bireylerin günlük rutinini geliştirmeyi amaçlamıştır. Slagle, bireylerin günlük rutinde amaçlı aktivitelerin yer alması ile rutinlerinin daha düzenli olacağına inanmaktadır (45). Amaçlı aktivitelere dikkat çeken başka bir çalışma, insan doğasının aktivite paternini temelde iki farklı aktivitenin oluşturduğunu öne sürmektedir. Bunlar iş ve oyundur. Oyun ile birey kendisinde ve toplumda sosyal değişimler oluşturmaktadır. İş ile kendisini geliştirmekte ve bunun için de kişisel bakımına önem vermektedir. Bu harmoni günlük rutinde amaçlı ve değerli aktivitelerin oluşmasını sağlamaktadır. Aktivite döngüsü ile ilgili farklı görüşler olmasının yanı sıra bazı patolojilerin temporal adaptasyonu etkilediği düşünülmektedir (16).

Kielhofner, yaşlılık sonrası gelen monotonluğun, fiziksel bozukluklar sonrası oluşan günlük rutindeki bozulmaların ve psikiyatrik rahatsızlıklar sonrası ortaya çıkan mental problemlerin temporal adaptasyonu etkilediğini düşünmektedir. Fiziksel problemler sonrası bireylerin GYA alanlarından kendine bakım aktivitelerine daha fazla zaman ayırdığını, bu durumun da temporal fonksiyon bozukluğuna sebep olduğunu belirtmiştir (16).

Temporal fonksiyon bozukluğu (Temporal disfonksiyon), bireylerin organizasyon yeteneklerini etkileyen bir bozulmadır (16). Kişilerin değer algıları azaldığında, temporal disfonksiyonun günlük rutinlerde yer alan iş, eğlence ve dinlenme gibi aktivite alanları arasındaki uyumu etkilediği düşünülmektedir (28, 45). Temporal disfonksiyonun her ne kadar fiziksel bozukluğu olan bireylerde ortaya çıkacağı düşünülmüşse de literatürde inmeli bireylerin temporal adaptasyonunu oluşturan aktivite paternlerini inceleyen bir çalışma ile karşılaşılmamıştır.

2.4. Temporal Adaptasyon Modeli

Temporal adaptasyon modeli ile Kielhofner, ergoterapistlerin tedavilerinde temporal adaptasyon sorunlarını daha kapsamlı ele alınmasını sağlayacak bazı yaklaşımlar önermektedir (16). Kielhofner, temporal adaptasyon temasının müdahaleler için önemli olduğunu ve ergoterapi ile tekrar ilişkilendirilmesi gerektiğini savunmuştur. Temporal adaptasyon modeli ile bireyin temporal adaptasyonu ve disfonksiyonunu daha iyi anlamımıza yardımcı olacağı düşüncesindedir. Kielhofner, ergoterapistlerin tedavi planlarını oluştururken insanın doğasını daha yakından incelemesi gerektiğini ifade etmiş, insanın değer, ilgi ve alışkanlıklarının onun temporal boyutunu oluşturduğunu belirtmiştir. Herhangi bir sebepten ötürü temporal disfonksiyon problemi olan kişilerin ise aktivite organizasyonlarının zarar görebileceğini savunmuştur.

Temporal adaptasyon modelinde, terapistlere tedavi planı çizmede rehberlik edebilecek yedi farklı öneride bulunmuştur. Bu önerilerinden ilk dördü temporal tecrübe ve aktivite ile ilgiliyken, beş ve altıncı öneriler temporal davranışın içsel organizasyonu ile ilgilidir. Yedinci ve son öneri ise Kielhofner'ın kişinin patolojisi veya temporal disfonksiyonundaki endişesi ile ilgilidir (16);

Öneri 1: Her insan temporal çerçevesini oluştururken kültüründen etkilenir (16). Kültürel özellikleri anlamak, bireylerin dünyaya bakış açısında zamanın yerini terapistte gösterecektir. Kültürel normlar, bireyin değer yargılarını anlatır, bu da aktivitelerin zaman boyutundaki yerini gösterir (46).

Öneri 2: Önemli bir temporal çerçeve de çocukluk süreci ile başlayan öğrenme ve sosyalizasyon sürecini içeren zaman aralığıdır (16). Bireyin beklentilerini, toplumdaki değerini anlamamanın kognitif, sosyal gelişimini anlamaktan

geçtiği ifade edilebilir. Hall, temporal çerçevedeki sosyalizasyon ve öğrenme sürecini teknik, resmi ve gayri resmi olmak üzere 3 başlık altında sınıflandırmıştır (47).

Öneri 3: Yaşamın temporal düzeninde kendine bakım, iş ve oyunun doğal bir organizasyonu vardır. Yaşam akışında, temporal adaptasyon için bu dengeye ihtiyaç duyulmaktadır (16). Birden fazla çalışmada inmeli bireylerin günlük rutinlerindeki aktivitelerinde limitasyonlarla karşılaştıklarını savunmuştur (2, 3).

Öneri 4: Toplum, içinde bulunan üyelerinin sosyal rollerini yerine getirmesi için zamanlarını iyi organize etmelerini ister (16). Kültürel değerler ve normlar birey için ne kadar önemliyse günlük rutinlerin de aktivite rolleri etrafında organize olması gerekmektedir (48).

Öneri 5: Bireyin zaman kullanımındaki fonksiyonellik, onun değer, ilgi ve hedefleri ile ilgilidir (16). Değerler, bireylerin günlük rutinlerinde farklı roller seçmelerini sağlar. İlgiler, süreci güçlendirir. Seçim ve eylem yapmayı sağlar. Hedefler de değerler ve ilgilerin birer bütünü, sonucudur. Değer ve ilgilerin günlük rutinde otomatik olarak akışı ile aslında insanlar organizasyonlarını, hedeflerini gerçekleştirirler (49, 50).

Öneri 6: Alışkanlıklar, günlük davranışların yapıtaşlarını oluşturur. Bireyin alışkanlıklarını anlamak günlük rutini ile ilgili bir farkındalık yaratacaktır. Çünkü insanlar günlük rutinlerini oluştururken alışkanlıklar bunlar üzerinde fazla etki bırakmaktadır (16).

Öneri 7: Temporal fonksiyon bozukluğu, farklı patolojik durumlar ile ilişkili olabilir. Bireye temporal adaptasyon perspektifinden bakıldığında sadece fiziksel, mental ve emosyonel patolojilerin tedavi stratejisini oluşturmaması gerekmektedir. Kişinin temporal adaptasyonunda meydana gelen bir takım problemlerin geniş bir zeminde ele alınması gerekmektedir. Temporal adaptasyonun disorganizasyonunun diğer hastalıkların yanı sıra fiziksel problemi olan bireylerin de günlük rutinini etkilediği düşünülmelidir. Bu bireylerin rutinlerine yeni ve anlamlı aktiviteler eklemek yerine eski aktiviteleri ile devam etmek zorunda olmaları ya da eski rollerini kaybetmeleri bireylerin yaşamında boşluklara sebep olacaktır (16).

2.5. İnme ve Zaman Kullanımı

2.5.1. İnmenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre inme; vasküler nedenler dışında belirgin bir neden olmaksızın, 24 saatten uzun süren ya da kısa süre içinde ölümle sonlanabilen, serebral fonksiyon kaybını gösteren bulguların oluşması ile karakterize klinik bir durumdur (51). İnme, inme sonrası hayatta kalan insanlarda uzun dönemde ciddi fonksiyonel problemlere neden olduğundan önemli bir sağlık problemidir (52).

İnme, nörolojik defisit in akut başlangıcı ile karakterizedir. Serebral kan akımının bozulması sonucu ortaya çıkarak, santral sinir sisteminin fokal tutulumunu yansıtır. Semptomlar, etkilenen hemisferin fonksiyonları ile ilişkili ortaya çıkan sorunlar şeklinde görünür, nörolojik muayene ve bilgisayarlı tomografi ile tanı onaylanır (53).

İnmeye sebebiyet veren serebrovasküler olayların en belirgin özelliği vücudun bir yarısında meydana gelen motor fonksiyon kaybı (hemipleji/hemiparezi) olmasına karşın, buna eşlik eden duyuşal disfonksiyon, görme fonksiyonu problemleri, mental ve kognitif bozukluklar da hastalar için aynı ölçüde kısıtlılığa sebep olan sonuçlardır (54, 55). İnme aniden gelişmektedir. Nörolojik defisit, embolik inmede sıklıkla görüldüğü gibi başlangıçta maksimum seviyede olabilir ya da ateryel tromboz veya rekürren embolide olduğu gibi saniyeler veya saatler, nadiren de günler içerisinde kötüleşme gösterebilir (53). Nörolojik bulgular ve semptomlar, beynin metabolik yoksunluğa bağlı olan hassasiyetine ikincil olarak meydana gelmektedir. Serebral dokuda meydana gelen etkiler patolojik olayın uzunluğuna ve derecesine, obstüksiyonun derecesine ya da hemorajın büyüklüğüne, vücudun beynin tüm bölgelerine kan akışı sağlanmasını düzenleyebilmesi ve devam ettirebilmesine bağlıdır (54).

İnme etkilenen kan damarlarının beslediği beyin alanı ile uyumlu fokal belirti ve bulgular ortaya çıkarır. İskemik inmede kan damarının tıkanması beynin ilgili alanına giden kan akımının kesilmesine neden olur, o bölgeye bağlı nörolojik fonksiyonları bozan daha az ya da daha fazla stereotip defisit paternleri oluşur. Kanama ise daha az tahmin edilebilir bir fokal tutulum gösterir çünkü artmış kafa içi

basıncı, beyin ödemi, beyin dokusunun ve kan damarlarının kompresyonu, kanın subaraknoid boşluğa veya serebral ventriküllere doğru yayılımı gibi komplikasyonların etkisi dâhilinde beyin fonksiyonlarını etkileyecektir (53).

2.5.2. İnme Epidemiyolojisi

İnme sebepleri içerisinde en yüksek oranla beyin infarktı %80, sonrasında intraserebral kanama %15 ve subaraknoid kanama %5 oranında görülür. İnme sadece gelişmiş ülkelerde değil, dünya genelinde kalp hastalıkları ve kanser türlerinin sebep olduğu ölüm nedenlerinden sonra arasında üçüncü sırada yer alır. İnmenin neden olduğu toplumsal kayıplar yüksektir. İnmeli bireylerin %20'si akut dönemde olmak üzere %30'u bir yıl içinde ölmekte, yaşayanların üçte biri de GYA'daki bağımsızlıklarını kaybetmektedir. Böylece inme, erişkinlerde ilk sırada gelen maluliyet nedenidir (56).

İnme prevalansı, bir toplumdaki inme geçirmiş bireylerin o toplumdaki insanlara oranı olarak tanımlanır. Yabancı ülkelere bakıldığında standardize yıllık insidansı, ilk inme için her 100 bin kişilik popülasyonda Japonya ve Çin'de 83-329, Avrupa'da 117-21, ABD'de 135-272, arasında değişmektedir (57, 58). İnme mortalitesinde son 50 yıldır birçok batı ülkesinde ve Japonya'da azalma görülmektedir.

Ülkemize bakıldığında, Türkiye İstatistik Kurumu raporlarına göre Türkiye'de beyin damar hastalıkları nedeniyle hayatını kaybedenlerin sayısı 2013 yılında 35.977 (16.219 erkek; 19.758 kadın) iken 2014 yılında 37.403'e yükselmiştir (16.632 erkek, 20.771 kadın). Bu rakamlar, ülkemizde kazalar nedeniyle hayatını kaybedenlerin iki katıdır (59).

2.5.3. İnme Etyolojisi

Serebrovasküler olaylar patolojik tiplerine göre 'hemorajik' ve 'iskemik' olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (60). İnmelerin yaklaşık % 80'i iskemik, % 20'si ise hemoraj kaynaklıdır (61, 62). Hemorajik inme kendi içerisinde intraserebral ve subaraknoid olarak ikiye ayrılmaktadır (60, 63).

İskemi, beyin dokusuna olan oksijenlenmenin azalması yani hipoksi durumudur. İskemik inmeler tromboz veya emboli sebebiyle oluşabilir (64). İskemik

inmede ‘*Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST)*’ sınıflandırılması 1993 yılında yayınlanmıştır ve bu sınıflandırma klinik bulgularla beraber etiyolojiye de yer verdiği için günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır (65, 66). Bu sınıflandırmaya göre iskemik inme 5 grupta ele alınmaktadır:

1.Geniş arter sklerozu (tromboz veya emboli): Tüm iskemik inmelerin %50’sini oluşturur, geniş ateroskleroza bağlıdır.

2.Kardiyoembolizm: Tüm iskemik inmelerin %20’sini oluşturur. Kardiyoembolizmde, arteriyel oklüzyonun sebebi kalpten kaynaklanan embolilerdir.

3.Küçük damar oklüzyonu: Tüm iskemik inmelerin %25’ini oluşturur. Nöroradyolojik olarak 1,5 cm³ den küçük ancak derin infarktlar gözlenmektedir.

4.Diğer belirlenen etiyolojiler: Tüm iskemik inmelerin %5’inden az yer tutarlar.

5.Sebebi bilinmeyen etiyolojiler: Bu grupta ayrıntılı tetkiklere karşın etiyolojisi belirlenemeyen serebral infarktlar yer alır. Birden fazla etiyolojik neden bulunan vakalar da bu grupta değerlendirilir.

İnme tam anlamıyla düzelebilen veya kalıcı hasar oluşturabilen bir olaydır (62). İnme sonrası en sık görülen nörolojik bozukluk hemipleji veya hemiparezidir (67). Bu rahatsızlıklar vücudun bir yarısındaki nöromusküler fonksiyon bozuklukları ile karakterizedir (61).

2.5.4. Risk Faktörleri

İnme için risk faktörleri, değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri olarak sınıflandırılmıştır. Değiştirilebilen risk faktörleri de kendi içerisinde inmenin önlenmesinde değeri kesinleşmiş ve kesinleşmemiş faktörler olarak ikiye ayrılır (60, 68, 69).

Değiştirilemeyen risk faktörlerinden olan yaş, inme ile ilişkili en önemli risk faktörüdür. İnme geçirenlerin yaklaşık %70’i 65 yaşın üzerindedir. İnme insidansı 50 yaşlarından itibaren her dekat için iki kat artmaktadır ve erkeklerde görülme oranı kadınlarınkinden %19-30 daha fazladır (70).

İnme için majör risk faktörü olan hipertansiyon, inme sıklığını dört kata kadar arttıran ancak değiştirilebilir bir risk faktörüdür (71). Sonrasında ise kalp hastalıkları ve diyabet gelir (72). Kardiyoembolik inmelerin yarısına yakını atrial fibrilasyon

(AF)'li hastalarda meydana gelmektedir. İnme riskini 3-5 kat arttıran AF'nin etkisi yaşla artarak devam eder. Bu nedenle AF'nin tedavisi, inme riskini önemli oranda azaltmaktadır (73). Sigara da inme riskini, diğer kronik rahatsızlıklar gibi 3 kata yakın arttıran başka bir faktördür (74).

Orta derecede fiziksel aktivitenin, haftada birkaç günü gerçekleştirilen 30-60 dakika tempolu yürümenin, kan basıncının azalmasında ve kilo kontrolünde etkili olduğu bilinmektedir (75, 76).

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri:

- I. Yaş
- II. Cinsiyet
- III. Irk
- IV. Aile öyküsü

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Değiştirilebilir risk faktörleri, kesinleşmiş ve kesinleşmemiş risk faktörleri olarak ikiye ayrılır. Kesinleşmiş Risk Faktörleri: Hipertansiyon, kalp hastalıkları, hiperlipidemi, sigara, asemptomatik karotis stenozu ve orak hücreli anemi' dir. Kesinleşmemiş Risk Faktörleri: Alkol kullanımı, obezite, beslenme alışkanlıkları, fiziksel inaktivite, hormon tedavisi, fibrinojen yüksekliği, inflamasyon, enfeksiyon, ilaç kullanımı, migren ve uyku problemleri' dir.

2.5.5. İnme Sonrası Limitasyonlar ve Günlük Yaşam

İnmeli bireyler fonksiyonel geri dönüşlerini etkileyen birçok farklı sorun yaşarlar; güçsüzlük, koordinasyon problemleri, duyuşal bozukluklar, apraksi, afazi veya kognitif bozukluklar (8). Bonita ve ark., toplum temelli çalışmalarında inme geçiren bireylerin %88'inin bir motor defisit yaşadığını bulmuşlardır (77). Bu problemlerden bir tanesi olan spastisite, fonksiyon limitasyonuna sebep olabileceği gibi ağrı da oluşturabilmektedir. Farklı spastisite seviyeleri fonksiyonel geri dönüş üzerinde farklı etkiler bırakabilir. Ancak her durumda inmeli bireylerin farklı fiziksel limitasyonları fonksiyonel geri dönüşlerini olumsuz yönde etkilemektedir (8). Denge kaybı ve yorgunluğun olumsuz etkilerinin gösterildiği çalışmalar bulunmaktadır (78, 79).

Kim ve Park inme sonrası denge fonksiyonlarındaki azalmanın GYA'yı olumsuz yönde etkilediğini bulmuştur. Bununla birlikte inme sonrası GYA'yı birçok farklı etmenin olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir. Kognitif bozukluklar ve yorgunluk örnek olarak verilebilir (4).

Yorgunluk, inme sonrası sıklıkla karşılaşılan başka bir fiziksel bir problemdir (79). Zayıf fonksiyonel kazanımların da sebepleri arasında yer alır (80). İnme sonrasındaki üç yıla kadar kognitif ve fiziksel iyileşmeler (80) sonlandıktan sonra, sıklıkla yorgunluk, bireylerin GYA'larında bir limitasyon olarak kalmaya devam eder (81). Bu limitasyonlar, GYA'daki katılımı kısıtladığı gibi sosyal katılımı da olumsuz yönde etkilemektedir (82).

GYA'ya katılımı kısıtlayan faktörlerden bir tanesi de kognitif bozukluktur (83-86). Kognitif bozukluklar, GYA'yı kısıtlaması yönüyle hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üç seviyede gruplandırılır (87). Hafif kognitif problemler, bireyin sosyal adaptasyonuna veya günlük rutinine belirgin bir zarar vermemektedir. Orta seviyede kognitif problemler bireyin GYA'sına çok fazla olumsuz etkide bulunmazken karmaşık aktivitelerin gerçekleştirilmesini engellemektedir. Demansın da dâhil olduğu şiddetli kognitif problemler ise bireyin GYA'larını normal bir şekilde yerine getirmesini engelleyecek seviyeye sahiptir (88-90).

İnme sonrası ortaya çıkan kognitif bozuklukların en fazla dikkat, lisan, söz dizimi (kelime sıralama), gecikmiş çağırma gibi kognitif fonksiyonların temel alanlarını etkilediği görülmektedir. Ek olarak analiz, motor planlama, organizasyon ve problem çözme gibi kompleks işlevleri yerine getiren yönetimsel fonksiyon alanının da zarar görmesi sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Bu, inme sonrası kognitif fonksiyonların ne derece etkilenebileceğini göstermektedir (91-94).

Kognitif bozukluk ile ilişkili olan afazi inmenin genel bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır ve inme geçiren üç kişiden birinde akut dönemde afazi görülmektedir (95-99). Afazide spontan olarak ilk aylarda iyileşme gerçekleşmektedir ancak bu sürecin uzadığı da görülmüştür (97, 100). Yine de göz ardı edilemeyecek sayıda bireyde konuşma bozukluğu kalıcı hale gelmektedir (95, 97, 101). İnmenin sebep olduğu bu kompleks etkenler bireylerin %20-%65' inde ruh sağlığı problemlerine ve depresyona sebep olmuştur (99, 102, 103).

İnmeli bireylerde günlük yaşam, inmenin yol açtığı psikolojik durum bozukluğundan da zarar görebilmektedir. İnme sonrası depresyon ve anksiyete bireyin katılımını azaltan önemli psikolojik rahatsızlıklardandır. Bir çalışmada inme sonrası sıklıkla karşılaşılan depresyonun ciddi bir sorun haline geldiği gösterilmiştir (104). Tüm faktörlere baktığımızda bu limitasyonların, bireyin yaşam kalitesinde ve toplumsal katılımı düşüşe sebep olduğu görülmektedir (105).

Toplumsal katılımı inceleyen bir çalışmada inme geçiren bireylerin %80'inin topluma geri dönüşle ilgili problem yaşadığı sonucu bulunmuştur (82). Niemi ve ark., (106) gerçekleştirdiği bir çalışmada yaşam kalitesini 4 aktivite alanına ayırmıştır. İş, ev aktiviteleri, aile ilişkileri ve eğlence aktiviteleri diye kategorize edilen aktivite alanlarından yaşam kalitesindeki azalmanın en fazla eğlence aktivitelerinde olduğunu bulmuştur (107).

GYA'daki bağımsızlığı arttırmak, rehabilitasyon çalışmaları ve diğer tedavilerde büyük öneme sahiptir (108). Özellikle toplumsal katılım amaçlandığı zaman kronik inmeli bireylerin GYA'sını bağımsız olarak başlatıp, sürdürebilmesi oldukça önemlidir. Fiziksel fonksiyonlardaki iyileşmenin, toplumsal katılımındaki memnuniyetle doğrudan ilişkili olduğu görülmüştür (109). Ahlisö ve ark., ise gerçekleştirdiği bir çalışmada inme sonrasında rehabilitasyon sonrasında bireylerin GYA kapasitelerinde anlamlı bir artış görmüşlerdir (110). Bu da negatif deneyimlere rağmen, bireylerin aktivite tecrübeleri arttırıldığında iyileşme potansiyellerinin olduğunu göstermektedir (19). İnme gibi fiziksel sorunlara yol açan durumlar nedeniyle ortaya çıkan limitasyonlar, aktivitelere ayrılan zamanın değişkenlik göstermesine ve bazı aktivite alanlarına yeterli zamanın kalmamasına yol açabilmektedir (16).

2.5.6. İnme Sonrası Zaman Kullanımı

Her ne kadar inmeli bireylerin GYA'ya katılımı konusuna ilgi artmış olsa da halen katılımın ne ölçüde olduğu, nasıl tanımlandığı konusunda bilgi azdır (21). İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)' na bakıldığında inmeli bireylerin sosyal aktivitelere ve toplumsal görevlere katılımı ile ilgili dezavantajlı duruma düştükleri görülmektedir (111).

Genel görüş, bu bireylerin sağlık ve iyilik halini arttıran aktivite katılımının ve zaman kullanımının zarar gördüğü yönündedir. Mevcut değerlendirmelerde sıklıkla inmeli bireylerden tüm aktivite-rollerinde (giyinme, yemek hazırlama ve yeme, çalışma, dini ibadetlerini yerine getirme vs.) nasıl bir bağımsızlık düzeyine sahip olduklarını listelemeleri istenir. Puanlar çoğunlukla birbirine yakın ve düşük olur ve bu değerlendirmeler bireyin hangi aktiviteye yönelik katılımını arttırmak istediği konusunda yardımcı olmaz. Bireyler mevcut zamanlarını farklı değerli aktivitelere ayırmak isteyebilirler (112).

Tüm bireylerin aktivite seçimlerinde değer ve ilgileri belirleyicidir. Ancak inmeli bireylerin aktivite seçimlerini belirleyen tek durum bu değildir. Fiziksel ve sosyal çevre de bu bireylerin seçimleri üzerinden önemli derecede etkilidir (107). Aktivite seçimlerini etkileyen çevresel faktörlerin yaşam memnuniyetini etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (107, 113). Bu çalışmalarda fiziksel ve sosyal çevrenin inmeli bireylerin yaşam memnuniyeti üzerinde aynı oranda etkili olduğu görülmüştür. Ancak yaşam memnuniyetini etkileyen başka faktörler de bulunmaktadır.

Değerlerin, ilgilerin ve çevresel faktörlerin yanında yaşam memnuniyetini etkileyen bir diğer durum zamanı kullanma becerisidir. İnmeli bireylerin zaman kullanımı becerilerinin etkilenmesi ile beraber yaşam memnuniyetleri ve katılım seviyeleri değişmektedir. Zaman kullanımı becerileri iyi olan bireylerin sosyal katılım seviyesinin daha yüksek olduğu bir çalışmanın sonuçlarına yansımıştır (113).

Zaman kullanma becerileri değiştiğinde bireylerin yaşam kalitesi değişmekte, yaşam kalitesinin değişmesi ile de bireyler farklı duygusal durumların içerisine girmektedir. İnme sonrası bireylerin zaman kullanımı becerilerini inceleyen bir çalışmada zaman kullanımından memnun olmayan bireylerin çoğunda depresif durum tespit edilmiştir (113, 114). Ayrıca depresyonun katılım seviyesini düşürdüğü ve sosyal kazanımları azalttığı bazı çalışmaların sonuçlarına yansımıştır (115, 116). Bireyleri zaman kullanımı becerilerinin zayıf olmasında kaynaklanan depresif durum, yaşam kalitesi ile kısır bir döngü içerisine girmektedir (21). Tüm çalışmalara bakıldığında inmeli bireylerin aktivite seçimleri ve zaman kullanımları hakkında bilgi sahibi olmanın, duygusal durumlarını iyileştirmek ve yaşam kalitelerini arttırmak için yararlı olacağı görülmektedir.

Geçmiş yıllar için diğer ülkelerde inmeli bireylerin zaman kullanımına bakıldığında bu durumun çok farklılık göstermediği gözlenmektedir. Ancak bu konu ile ilgili çalışma sayısı azdır ve bilinen çalışmalarda sıklıkla inmeli bireylerin tedavi saatleri dışında aktif olmadıkları görülmektedir (20, 113, 114). Avusturalya’ da inme geçiren bireylerin gün içerisinde zamanlarını nasıl geçirdiklerini gösteren az miktarda çalışma bulunmaktadır (115). Birleşik Krallık’ ta ise Miller ve Keith, aktiviteleri gerçekleştirdikleri konumlara ve sosyal etkileşimlerine göre üç farklı rehabilitasyon merkezini incelemişlerdir. 50 bireyin incelendiği çalışmada bireylerin 1(bir) günleri zaman ölçüm tekniklerine göre incelenmiştir. Sonuçlara göre bireyler günlerin %26’sını tedavide geçirmektedirler. Geri kalan sürenin %36’sını tek başlarına %39’unu ise sosyalleşerek değerlendirmişlerdir (116).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

İnmeli bireylerde temporal aktivite paternini incelediğimiz çalışmamıza 18-65 yaşları arasında en az bir defa inme geçirmiş 50 inmeli birey ve 50 sağlıklı birey katılmıştır. Çalışmamızda inmeli bireylerin bulunduğu grup ‘çalışma grubu’, sağlıklı bireylerin bulunduğu grup ‘kontrol grubu’ olarak tanımlanmıştır. Çalışmanın içeriği ve amacı bireylere detaylı olarak anlatılmış, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bireylerden aydınlatılmış onam formu alınmıştır. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nda GO 16/491 kayıt numarasına sahip çalışmamız, kurul tarafından gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

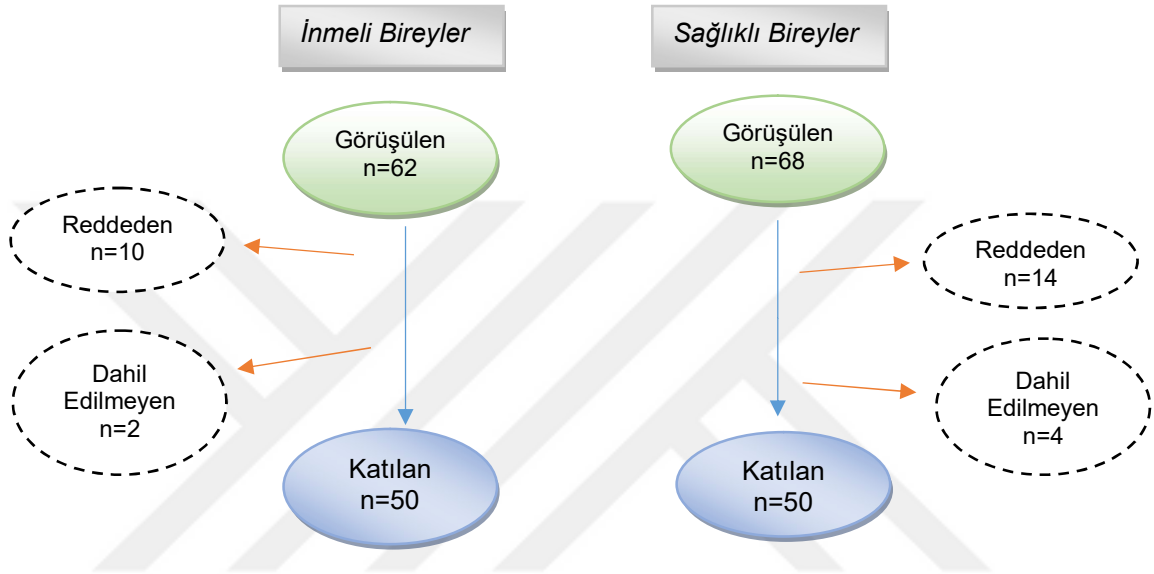
Çalışma grubunu oluşturan inmeli bireylere ulaşabilmek için Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Fizik Tedavi Kliniği kayıtlarından yararlanılmıştır. Bireylerin tanısı fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı tarafından inme olarak konmuştur. Kontrol grubunu oluşturmak için çevrenin kültürel, sosyal, sosyoekonomik durumunun oluşturabileceği toplumsal etkiler düşünülmüştür. Bu sebeple, inmeli bireylerin aile fertlerinden bakım veren rolü olmayan bireyler çalışmaya ağırlıklı olarak dahil edilmiştir.

Katılımcılar için dahil edilmeme kriterleri bulunmaktadır. İnmeli bireyler için dahil edilmeme kriterleri şu şekildedir; ortopedik yaralanması bulunmak, psikiyatrik bir rahatsızlığı olduğuna dair tanı almış olmak, 6 aydan (Akut dönem) kısa bir süredir inme hikayesi bulunmak, afazi gibi sosyal katılımını etkileyecek konuşma bozukluğu bulunmak, Montreal Bilişsel Değerlendirme (*Montreal Cognitive Assessment-MoCA*) testinden 21 altı puan almış olmak ve türkçe okur-yazarlığı bulunmamaktır. Akut dönemin dahil edilmeme kriteri olarak belirlenmesindeki neden bu dönemde iyileşme sürecinin halen devam ediyor olmasının çalışma sonuçlarına etki edebileceği düşüncesidir. Kontrol grubu için çıkarılma kriterleri ise; türkçe okur-yazarlığı bulunmamak ve GYA’daki bağımsızlığını etkileyecek kronik bir hastalığı (diyabet, akciğer rahatsızlığı, kanser vs.) olmaktır.

Çalışma grubunda toplam 62 inme tanısı almış birey ile görüşülmüştür. Bu bireylerin 10’u çeşitli sebeplerden dolayı çalışmaya katılmayı reddederken 2 birey ise henüz akut dönemde yer aldığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Kontrol grubunda ise 68 bireyle görüşülmüştür. Bu bireylerin 14’ü çeşitli sebeplerle

çalışmaya katılmayı reddederken 4 birey ise çeşitli sağlık sorunları bulunmaları sebebiyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Bireylerin çalışmaya gönüllü katılımlarını sağlamak için görüşmeler, yüz yüze ve telefonla görüşme tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma ve kontrol grubunun oluşumu Şekil 3.1. 'de gösterilmiştir.

Şekil 3.1 Çalışma ve Kontrol Gruplarının Oluşumu



Çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi Kliniği Ergoterapi Ünitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Değerlendirmelerin uygulandığı zaman aralığı 15 Haziran - 15 Ekim 2016'dır. Değerlendirmeler, kamu kuruluşlarında uygulanan resmi mesai saatleri içerisinde gerçekleştirilmiştir (08.00-17.00).

Değerlendirmeler, tüm bireyler ile yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Bireyler ile yapılan görüşmeler 40-60 dakika arası sürmüştür. Değerlendirmenin ilk basamağında çalışmanın içeriği, amacı tekrar aktarılmıştır. Sonrasında bireylerin demografik bilgileri sorgulanmıştır. Demografik bilgilerin sorgulanmasında bireylerin yaş, cinsiyet bilgileri, eğitim ve mesleki durumları ve inme sonrası geçen süre kayıt altına alınmıştır. Değerlendirme öncesi yapılan MoCA testinde bireylerin kognitif fonksiyon seviyeleri incelenmiştir. Değerlendirme aşamasında 'aktivite' kavramı hakkında bilgi verilmiş örneklerle bu kavram açıklanmıştır. Sonrasında bireylerin temporal aktivite paternleri değerlendirmek için seçtiğimiz Modifiye Aktivite-Rol Anketi (*Modified Occupational Questionnaire-MOQ*) detaylı olarak bireylere

anlatılmıştır. Bu anketin seçilmesindeki amaç, bireylerin günlük rutinlerinde yer alan aktivitelerin sadece zaman boyutunu öğrenme açısından yardımcı olması değil, aynı zamanda aktivitelerin bireylerin değer ve ilgileri ile hangi ölçüde ilgili olduğu konusunda bilgi sağlamasıdır.

Yöntemde, araştırmacı MOQ'a göre bireyin dününü (1 gün önce) saat 5.00 itibari ile sorgulamaya başlamıştır. Her saat aralığı için gerçekleştirilen aktivitelerin ne tür bir aktivite olduğunu belirledikten sonra bu seçimlerinde belirttikleri aktiviteler, American Occupational Therapy Association'ın (AOTA) derlemiş olduğu 8 aktivite alanına göre kategorize edildi (117). Ayrıca aktivitelerin gerçekleştirilme nedenleri, kişi ve toplum için nasıl bir değer ifade ettiği sorgulanarak kayıt altına alındı. Son aşamada değerlendirme, bireylerin gönüllü katılımlarına teşekkür edilerek sonlandırıldı. AOTA'nın hazırlamış olduğu aktivite alanları Tablo 3.1.' de gösterildi.

Tablo 3.1. Aktivite-Rol Alanları (*Occupational Domains*)

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)	Banyo yapma, Tuvalet ve tuvalet hijyeni, Giyinme, Beslenme, Fonksiyonel hareket, Kişisel hijyen ve düzenleme, Cinsel aktivite
Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri (YGYA)	Başka biri ile ilgilenme, Hayvan bakımı, İletişim teknikleri, Araç kullanımı ve toplumsal ulaşım, Para yönetimi, Sağlık yönetimi, Ev yönetimi, Yemek hazırlama ve bulaşık yıkama, Dini aktiviteler, Güvenlik, Alışveriş
Uyku ve Dinlenme	Uyku hazırlığı, Uyku, Dinlenme
Eğitim	Resmi veya Resmi olmayan eğitim, Kişisel öğrenme
İş	Çalışma, İş arama, İş hazırlığı, Gönüllü çalışma
Oyun	Kurallı oyun, Eğlenceli bireysel veya grup aktiviteleri
Eğlence	GYA, uyku ve dinlenme aktiviteleri dışında kalan planlı veya plansız eğlenceli aktiviteler
Sosyal Katılım	Toplum, aile ve arkadaş çevresinde gerçekleştirilen aktiviteler

3.1. Montreal Bilişsel Değerlendirme (MoCA)

Montreal Bilişsel Değerlendirme (MoCA), hafif bilişsel bozukluk için hızlı bir tarama testi olarak geliştirilmiştir. MoCA değişik bilişsel işlevleri değerlendirmektedir. Bunlar; dikkat ve yoğunlaşma, yaratıcı işlevler, bellek, lisan, görsel yapılandırma becerileri, soyut düşünce, hesaplama ve yönelimdir. MoCA' nın uygulanışı yaklaşık 10 dakika sürer. Testten alınabilecek en yüksek toplam puan 30'dur. Buna göre 21 puan ve üstünde alınan puan normal olarak değerlendirilir (118). Türkçe geçerlilik, güvenilirlik çalışması Selekler, Cangöz ve Uluç tarafından 2009 yılında yapılmıştır (119). MoCA testinin uygulama başlıkları şu şekildedir:

- İz Sürme Testi
- Görsel Yapılandırma Becerileri (Küp)
- Görsel Yapılandırma Becerileri (Saat)
- İsimlendirme
- Bellek
- Dikkat
- Cümle Tekrarı
- Sözel Akıcılık
- Soyut Düşünme
- Gecikmeli Hatırlama
- Yönelim

3.2. Modifiye Aktivite-Rol Anketi (*Modified Occupational Questionnaire/* *MOQ*)

MOQ, bir bireyin gün içerisinde gerçekleştirdiği aktiviteleri bazı başlıklar altında detaylı olarak inceleyen zaman kullanım ölçeğidir. İlk olarak 18-25 yaşları arasında işsiz gençlerin günlük rutinlerine değerlendirme amacıyla kullanılmış ve geliştirilmiştir. Kişinin gerçekleştirdiği aktivitelerin anlamlılık düzeyine odaklanmaktadır. Aktivite-RolAnketi(Occupational Questionnaire)'nin güncellenmiş versiyonudur. Bu ölçekte kişinin bir gün önceki (yani dün) saat sabah 5.00'dan bir sonraki gün sabah saat 5.00'a kadar gerçekleştirdiği tüm aktiviteleri her saat başı bir aktivite olacak şekilde yazması istenir. Bu saat aralığında birkaç aktivite gerçekleştirmiş ise bu aktivitelerden en fazla süre ayrılanı kutucuğa yazılır. Bu değerlendirmede kısa süreli aktivitelerin kaybolması konusunda bir risk bulunmaktadır (120).

Kişi aktivitelerini belirledikten sonra bunları sınıflandırması için 14 farklı aktivite türü bulunmaktadır. Bu aktivite türleri: İş, ücretsiz iş, ders, ev işi, seyahat, özbakım, başkalarıyla ilgilenme, çocuklarla oyun oynama, spor, yaratıcı/serbest zaman, sosyal, herhangi birşey ile uğraşmama, rahatlama ve diğer'dir. Sonraki aşamada kişi, türünü belirlediği aktivitesini tüm saat aralıkları için neden yaptığını belirtir. Kişinin seçebileceği 3 seçenek bulunmaktadır: "Yapmak zorundaydım, yapmak istiyordum, yapacak başka birşey yoktu.". Son kısımda kişi gerçekleştirdiği

aktivitenin kendisi ve toplum için ne kadar önemli olduğunu 5 puanlı bir skala üzerinden belirtir. 1=Hiç önemli değil, 2=Çok önemli değil, 3=Biraz önemli, 4=Yeterince önemli, 5=Çok önemli. Yirmidört saatlik zaman dilimi içinde her saat gerçekleştirilen aktiviteler kayıt altına alınarak tamamlanır. Bu değerlendirme ile kişinin tipik bir gününde gerçekleştirdiği aktiviteler incelenir. Bu inceleme sonrasında bireyin mevcut aktivite profiline, aktivite alanlarına ayrılan sürelerle, gerçekleştirilen aktivitelerin önemlilik derecesine ulaşılabilir. MOQ ile sağlanan bu veriler kişinin mevcut kapasitesinin daha iyi anlaşılması ve tedavi hedeflerinin oluşturulması için önemli bir yere sahiptir (120).

3.3. İstatiksel Analiz

Çalışmada kayıt altına alınan verilerin istatiksel analizi *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.00* programı ile yapıldı. Bireylerin sosyodemografik bilgileri ve MOQ ile her saat aralığında gerçekleştirilen aktiviteler kaydedildi.

MOQ'a göre her saat aralığında gerçekleştirilen aktivitelerin her iki grup için frekanslarına bakıldı, yüzde cinsinden verildi. Aktivitelerin alanlarına göre gerçekleştirilmesi durumu ve gerçekleştirme nedenleri arasındaki farkı incelemek için yerine göre ki kare uygunluk testi veya fisher's kesin testi kullanıldı. Gerçekleştirilme sıklığı, birey ve toplum için değeri arasındaki fark ise iki bağımsız değişken testi ile incelendi.

Bireylerin aktivite alanlarına ait aktiviteleri gün içerisinde en az bir kez gerçekleştirme durumu aktivitelerin gerçekleştirilmesi başlığı altında incelenmiştir. İstatiksel açıdan iki grup arasındaki fark yerine göre ki kare uygunluk testi veya fisher's kesin testi ile analiz edildi. P-değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

Bireylerin temporal aktivite paterni içerisinde yer alan aktiviteler hakkında daha fazla bilgi toplamak için aktivite alanlarının gerçekleştirilme sıklıkları incelendi. Çalışma ve kontrol grubun bir aktivite alanında aktiviteleri kaç kez gerçekleştirdiği ortalaması hesaplanarak kayıt altına alındı, istatiksel açıdan karşılaştırmak için ise iki bağımsız değişken testi kullanıldı. P-değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

Günlük patern içerisinde yer alan aktivitelerin gerçekleştirme nedenleri sorgulandıktan sonra gün içerisinde bir aktiviteyi belirli bir nedenle en az bir kez gerçekleştirme durumları da karşılaştırıldı. Her neden için ayrı inceleme yapıldı ve yöntem olarak yerine göre ki kare uygunluk testi veya fisher's kesin testi kullanıldı. P-değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

Aktivitelerin bireye ve birey açısından topluma göre değerini sorgulayan başlık altında iki grubun aktivitelere yükledikleri değer incelendi. Grupların aktivitelere verdikleri değer puanları birey ve toplum olmak üzere iki başlık altında karşılaştırıldı. Karşılaştırma için iki bağımsız değişken testi kullanıldı. P-değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

Bireylerin gün içerisinde aktivite alanlarına ayırdıkları ortalama süreyi hesaplamak için MOQ'un her aktiviteye bir saat aralığı düzenlemesine uyuldu. Aktivitelerin 24 saatlik dilim içerisindeki frekans değerleri incelendi ve ortalamaları alınarak bir bireyin gün içerisinde bir aktiviteye ortalama ayırdığı süre hesaplandı.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Toplamda 50 inmeli ve 50 sağlıklı bireyin katıldığı çalışmamızda bireylerin sosyodemografik özellikleri yaş, cinsiyet, eğitim ve mesleki durum açısından kayıt altına alındı. Ek olarak inmeli bireylerde hastalıkla ilişkili bilgiler sorgulandı.

Çalışma grubunun %56 (n=28)'sı kadın, %44 (n=22)'ü erkek, kontrol grubunun ise %60 (n=30)'ı kadın, %40 (n=20)'ı erkek idi.

Bireylerin yaş ortalaması Tablo 4.1.'de gösterildi. Yapılan istatistiksel analize göre iki grup yaş açısından benzerlik göstermektedir ($p<0,05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Bireylerin Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması

	<i>Min.</i>	<i>Mak.</i>	<i>X±SS</i>	<i>p</i>
Çalışma Grubu	31	64	51,24±10,63	0,02*
Kontrol Grubu	28	64	48,40±12,91	

* $p<0,05$

Min.=minimum Mak.=maksimum

Bireylerin eğitim durumları dağılımı Tablo 4.2.'te gösterildi. Eğitim durumu bakılırken mezuniyet seviyeleri dikkate alınmıştır. Bireylerin eğitim durumları ortaokul, lise veya üniversite düzeyinde olmakla beraber tüm bireylerin en az ortaokul mezunu olduğu bulundu.

Tablo 4.2. Bireylerin Eğitim Durumu Dağılımı

	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Ortaokul	31	62	25	50
Lise	12	24	14	28
Üniversite	7	14	11	22
Toplam	50	100	50	100

Bireylerin meslek dağılımları Tablo 4.3.'te gösterildi. İnmeli bireylerin meslek durumu, inme öncesi durumu kapsamaktadır. Mesleği çiftçilik olan bireyler iki grupta da çoğunlukta idi. İnmeli bireylerden iki kişi haricinde hiçbirinin bu işlerde aktif olarak çalışmadığı da öğrenildi.

Çalışma grubunda herhangi bir meslek sahibi olmayan 12 kişi bulunmaktadır. Kontrol grubunda 10 kişinin herhangi bir meslek sahibi olmadığı görüldü. Gruplarda gelir getirici bir meslek sahibi olmayan bireylerin tamamı ev hanımıdır.

Tablo 4.3. Bireylerin Meslek Dağılımları

<i>Çalışma Grubu</i>					<i>Kontrol Grubu</i>				
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>çalış.(n)</i>	<i>çalış.(%)</i>		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>çalış.(n)</i>	<i>çalış.(%)</i>
Çiftçi	15	30	-	-	Çiftçi	14	28	10	20
Esnaf	2	4	2	4	Esnaf	8	16	2	4
Memur	8	16	-	-	Memur	7	14	4	8
Sporcu	3	6	-	-	Öğretmen	3	6	1	2
İşçi	10	20	-	-	İşçi	8	16	2	4
Toplam	38	76	2	4	Toplam	40	80	19	38

İnme geçirmiş olan bireylerin tanıya ait bilgileri kaydedildi. Bireylerin %58 (n=29)'inin sağ, %42 (n=21)'sinin sol tarafı etkilenmiş idi.

Bireylerin inme sürelerine bakıldığında en kısa inme hikayesi 1 yıl iken, en uzun inme hikayesinin 4 yıl olduğu bulundu. İnme sürelerinin ortalaması $1,86 \pm 0,95$ yıldır. İnme sürelerinin dağılımına bakıldığında, bireylerin %48 (n=24)'ünün inme hikayesi 1-2 yıl arası, %22 (n=11)'sinin 2-3 yıl, kalan %30 (n=15)'unun 3-4 yıl arasıdır.

Bireylerin inme sonrası yardımcı cihaz kullanımı demografik bilgilerin sorgulanması aşamasında kayıt altına alındı. Bireylerin %60 (n=30)'ı yardımcı cihaz olarak tripot kullanmakta iken %40 (n=20)'ı herhangi bir yardımcı cihaz kullanmamaktadır. Bireyler, yardımcı cihaz olarak sadece tripot kullandıklarını belirtmişlerdir.

4.2. Temporal Aktivite Paterni Değerlendirmesine ait Bulgular

MOQ ile değerlendirilen temporal aktivite paternine ait bulgular alt başlıklar altında incelendi. Aktivitenin gerçekleştirilmesi, gerçekleştirilme sıklığı, gerçekleştirilme nedenleri, bireyler için değeri, toplum için değeri ayrı ayrı analiz edildi.

4.2.1. Aktivitelerin Gerçekleştirilmesi ile İlgili Bulgular

Bireylerin temporal aktivite paterni içerisinde yer alan aktivite alanları ve iki grubun gün içerisinde aktivite alanlarının gerçekleştirilmesi bakımından karşılaştırılması Tablo 4.4.'te gösterildi.

Sekiz farklı aktivite alanı dikkate alınarak, bu alanlara ait aktiviteleri günde en az bir kez gerçekleştiren bireylerin sayısı, gruplarındaki yüzdelik değerleri hesaplandı. Çalışma ve kontrol grubunda yer alan bireylerin aktiviteyi gerçekleştirme yüzdeleri karşılaştırıldı.

Aktivite alanlarına bakıldığında farklılık eğitim, iş, oyun, eğlence, sosyal katılım alanlarında idi. İnmeli bireylerin oyun ve eğitim alanında yer alan aktiviteleri gün içerisinde gerçekleştirmediği bulundu. İş aktivitesini sadece 2 bireyin gerçekleştirdiği bulundu. Eğitim, iş, oyun, eğlence ve sosyal katılım aktivitelerini gün içerisinde gerçekleştirmeleri bakımından kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$).

GYA ve YGYA'ların gerçekleştirilmesi bakımından gruplar benzerdi. Çalışma grubunun tamamı bir saatlik dilimde GYA'yı en fazla süre ayrılan aktivite olarak günde en az bir kez gerçekleştirirken, kontrol grubunda bu oran %98 olmuştur. YGYA, her iki gruptan 40 üzerinde bireyin gerçekleştirdiği bir aktivite alanı olmuştur. GYA ve YGYA'ları bireylerin günde en az bir kez gerçekleştirmesi açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Uyku ve dinlenme aktiviteleri 8 farklı aktivite alanı içerisinde yer almasına rağmen tabloda gösterilmedi çünkü bu aktiviteyi her iki grupta bireyler %100 oranında gün içerisinde en az bir kez gerçekleştirmiştir. Bu aktivite alanı için istatistiksel bir karşılaştırma yapılamamıştır ancak bu alanın gün içinde dağılım yüzdesi önemli olup daha sonra analizi ile ilgili veri verilecektir (Sayfa 31).

Tablo 4.4. Alanlara göre Aktivite Gerçekleştirme Dağılımlarının Karşılaştırılması

	<i>Çalışma Grubu</i>		<i>Kontrol Grubu</i>		<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
GYA	50	100	49	98	0,317
YGYA	48	96	47	94	0,648
Eğitim	0	0	19	38	<0,01**
İş	2	4	19	38	<0,01**
Oyun	0	0	8	16	<0,01**
Eğlence	20	40	36	72	0,01*
Sosyal Katılım	19	38	32	64	<0,01**

*p<0,05

**p<0,01

4.2.2 Aktivitelerin Gerçekleştirilme Sıklığı ile İlgili Bulgular

Bireylerin aktiviteleri farklı saat aralıklarında aktiviteleri tekrarlayarak gerçekleştirmesi aktivite alanlarına göre incelendi ve iki grubun aktiviteleri gerçekleştirme sıklığı karşılaştırıldı. Gerçekleştirme sıklığını incelemek için aktivitelerin tekrarlanma sayısı hesaplandı. Alanlara ait aktivitelerin gerçekleştirilme sıklığının ortalaması ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak karşılaştırması Tablo 4.5.'te gösterildi.

Tablo 4.5. İki Grup Arasında Aktivite Alanlarının Gerçekleştirilme Sıklığının Karşılaştırılması

	<i>Çalışma Grubu</i>			<i>Kontrol Grubu</i>			<i>p</i>
	<i>Tekrar sayısı</i> <i>X±SS</i>	<i>Mak.</i>	<i>Min.</i>	<i>Tekrar Sayısı</i> <i>X±SS</i>	<i>Mak.</i>	<i>Min.</i>	
GYA	3,36±1,191	6	1	3,02±1,378	7	0	0,190
YGYA	4,72±2,00	11	0	3,74±2,926	11	0	0,53
Uyku D.	13,34±2,692	18	9	8,22±2,112	12	3	<0,01*
Eğitim	0	0	0	1,74±2,754	11	0	<0,01*
İş	0,08±0,396	2	0	2,74±4,208	13	0	<0,01*
Oyun	0	0	0	0,66±2,086	10	0	<0,01*
Eğlence	1,14±1,895	7	0	1,80±1,702	7	0	0,70
Sosyal	1,32±2,055	7	0	2,38±2,364	9	0	0,19
Katılım							

*p<0,05

Ort.=ortalama, Tekrar=tekrar sayısı

Uyku D.= Uyku ve dinlenme

Gün içerisinde çalışma grubu tarafından en sık tekrarlanan aktivite alanının uyku ve dinlenme olduğu bulundu. İnmeli bireyler, bu alanda yer alan aktiviteleri kontrol grubuna göre belirgin şekilde daha fazla tekrarlamaktadır. İki grup arasındaki fark çalışma grubu lehine anlamlı düzeydedir (p<0,05). Eğitim, iş, oyun alanlarını kontrol grubunun çalışma grubuna göre daha fazla tekrarladığı görüldü ve kontrol grubu lehine anlamlı fark bulundu (p<0,05). Eğlence aktivitelerini, kontrol grubunun daha sık gerçekleştirmesine karşın bu alanda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). GYA ve YGYA çalışma grubunun daha fazla tekrarladığı ancak tekrar farkının anlamlı olmadığı diğer aktivite alanlarıdır (p>0,05).

4.2.3. Aktivitelerin Gerçekleştirilme Nedenlerinin İncelenmesi ile İlgili Bulgular

Aktivitelerin gerçekleştirme gerekçeleri incelenerek bireylerin temporal aktivite paternleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olunması amaçlanmıştır. Bireyler, aktiviteleri gerçekleştirme nedenlerini üç farklı cevap seçeneğiyle belirtmişlerdir. Bu seçenekler: ‘Yapmak zorundaydım’, ‘Yapmak istedim’ ve ‘Yapacak başka bir şey yoktu.’ dur.

Her saat aralığı için aktivitelerin gerçekleştirme nedenleri incelendi. Herhangi bir saatteki aktivite alanı için ‘**Yapmak zorundaydım**’ yanıtını veren bireylerin sayısı hesaplandı. Aktivite alanlarına göre bireylerin yapma zorunluluğu ile ilgili seçimlerinin istatistiksel karşılaştırılması yapıldı. İki grup arasında bu aktiviteleri en az bir kez zorunluluk sebebiyle gerçekleştiren bireylerin sayısı, gruplarındaki yüzdelik değerleri ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan karşılaştırması Tablo 4.6’da gösterildi.

Tablo 4.6. Aktivite Alanlarını ‘Zorunluluk’ Nedeniyle Gerçekleştirme Karşılaştırılması

	<i>Çalışma Grubu</i>		<i>Kontrol Grubu</i>		<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
GYA	47	94	4	8	<0,01*
YGYA	41	82	29	58	0,09
Uyku ve dinlenme	44	88	25	50	<0,01*
Eğitim	0	0	5	10	0,22
İş	2	4	7	14	0,82

*p<0,05

Çalışma grubu sırasıyla en fazla GYA, uyku ve YGYA aktivite alanlarını zorunluluk nedeniyle gerçekleştirmektedir. Aktivite alanlarından GYA ve uyku dinlenme alanlarının zorunluluk sebebiyle gerçekleştirilmesi açısından iki grup arasında belirgin fark çalışma grubunun lehine bulundu ($p<0,05$). Gruplar oyun, eğlence ve sosyal katılım alanlarına ait herhangi bir aktiviteyi zorunlu kaldıkları için

gerçekleştirdiğini belirtmemiştir. Gruplar arasında bu alanlarda istatistiksel açıdan bir karşılaştırma yapılamadı.

YGYA alanını çalışma grubu kontrol grubuna göre daha fazla zorunluluk sebebiyle gerçekleştirdiğini belirtse de iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$). Eğitim ve iş aktivitelerinde ise birey sayısı kontrol grubunda daha fazla idi ancak bu iki alan için YGYA’ da olduğu gibi anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Herhangi bir saatteki aktivite alanı için ‘**Yapmak istedim**’ yanıtını veren bireylerin sayısı hesaplandı. Aktivite alanlarına göre bireylerin yapma isteği ile ilgili seçimlerinin istatistiksel karşılaştırılması yapıldı. İki grup arasında bu aktiviteleri en az bir kez istek sebebiyle gerçekleştiren bireylerin sayısı, gruplarındaki yüzdelik değerleri ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan karşılaştırması Tablo 4.7’de gösterildi.

Tablo 4.7. Aktivite Alanlarını ‘İstek’ Nedeniyle Gerçekleştirme Dağılımlarının Karşılaştırılması

	<i>Çalışma Grubu</i>		<i>Kontrol Grubu</i>		<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
GYA	7	14	49	98	<0,01*
YGYA	8	16	43	86	<0,01*
Uyku ve dinlenme	4	8	44	88	<0,01*
Eğitim	0	0	17	34	<0,01*
İş	0	0	19	38	<0,01*
Oyun	0	0	8	16	<0,01*
Eğlence	7	14	31	62	<0,01*
Sosyal Katılım	10	20	30	60	<0,01*

* $p<0,05$

Tüm aktivite alanlarında, kontrol grubunda aktiviteleri istek ile gerçekleştiren birey sayısı çalışma grubundan fazla olduğu görüldü ve gruplar arasında fark kontrol grubu lehine anlamlı bulundu ($p<0,05$).

GYA, YGYA ve uyku aktivite alanlarında kontrol grubunun ‘istek’ nedeniyle aktiviteyi gerçekleştirmede 40 kişi üzerinde olduğu görüldü. Çalışma grubunda yer alan bireyler, en fazla sosyal katılım aktivitelerini ‘istek’ sebebiyle gerçekleştirdiklerini belirtmiştir. Bu alanı YGYA, GYA ve eğlence aktiviteleri izlemektedir.

Herhangi bir saatteki aktivite alanı için ‘Yapacak başka bir şey yoktu.’ yanıtını veren bireylerin sayısı hesaplandı. Gruplar arasında, günde en az bir kez aktiviteleri yapacak başka bir şey olmaması nedeniyle gerçekleştirmede istatistiksel açıdan karşılaştırma yapıldı. İki grup arasında bu aktiviteleri en az bir kez yapacak başka bir şeyin olmaması sebebiyle gerçekleştirdiğini belirten bireylerin sayısı, gruplarındaki yüzdelik değerleri ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan karşılaştırması Tablo 4.8’de gösterildi.

Tablo 4.8. Grupların Aktivite Alanlarını ‘Yapacak başka bir şey olmaması’ Nedeniyle Gerçekleştirme Dağılımları

	<i>Çalışma Grubu</i>		<i>Kontrol Grubu</i>		<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>GYA</i>	4	8	8	16	0,221
<i>YGYA</i>	31	62	29	58	0,683
<i>Uyku ve dinlenme</i>	28	56	27	54	0,685
<i>Eğitim</i>	-	-	2	4	0,155
<i>Oyun</i>	-	-	1	2	0,317
<i>Eğlence</i>	15	30	7	14	0,53
<i>Sosyal Katılım</i>	12	24	4	8	0,29

*p<0,05

YGYA, uyku dinlenme, eğlence, sosyal katılım aktivite alanlarında çalışma grubundaki birey sayısının kontrol grubuna göre fazla olmasına karşın istatistiksel açıdan bir fark bulunamadı ($p>0,05$). Eğitim, GYA ve oyun aktivitelerinde ise kontrol grubunun birey sayısı daha fazladır ancak bu alanlar için istatistiksel açıdan bir fark bulunamadı ($p>0,05$). Gruplar, iş aktiviteleri alanı için bu gerekçeyi

belirtmemişlerdir. Eğitim ve oyun aktivitesi için sadece kontrol grubundaki bireyler bu gerekçeyi belirtmişlerdir.

Çalışma grubunda aktivitelerini ‘yapacak başka bir olmaması’ sebebiyle gerçekleştiren bireyler uyku dinlenme ve YGYA alanında en fazladır. Kontrol grubundaki bireyler ise uyku, YGYA ve GYA yönünde seçimde bulunmuştur.

4.2.4. Aktivitelerin Bireyler için Değeri ile İlgili Bulgular

Bireylerin temporal aktivite paternlerini daha iyi anlamak için, aktivitelerin bireyler için değeri incelendi. Her saat aralığında gerçekleştirilen aktivitenin bireyler için ne kadar değerli olduğu aktivite alanlarına göre iki grup arasında karşılaştırıldı. Gruplar arasında aktivitelerin değer ortalamaları ve istatistiksel açıdan değer puanlarının karşılaştırması Tablo 4.9.’da gösterildi.

Tablo 4.9. Aktivite Alanlarının Bireyler için Değerinin Karşılaştırılması

	<i>Çalışma Grubu</i>			<i>Kontrol Grubu</i>			<i>p</i>
	<i>Tekrar sayısı</i> <i>X±SS</i>	<i>Mak.</i>	<i>Min.</i>	<i>Tekrar Sayısı</i> <i>X±SS</i>	<i>Mak.</i>	<i>Min.</i>	
<i>GYA</i>	1,86±0,881	4	1	4,14±0,957	5	2	<0,01*
<i>YGYA</i>	1,98±0,911	4	1	4,15±1,00	5	2	<0,01*
<i>Uyku D.</i>	1,96±0,947	4	1	3,90±0,997	5	3	<0,01*
<i>Eğitim</i>	-	-	-	4,37±0,761	5	3	-
<i>İş</i>	1,90±1,414	3	1	4,47±0,697	5	1	0,407
<i>Oyun</i>	-	-	-	3,50±0,707	5	2	-
<i>Eğlence</i>	1,95±1,099	5	1	4,28±0,944	5	2	<0,01*
<i>Sosyal Katılım</i>	1,84±0,898	4	1	4,25±1,016	5	2	<0,01*

*p<0,05

Uyku D.=Uyku ve dinlenme

GYA, YGYA, uyku dinlenme, eğlence, sosyal katılım aktivite alanlarında yer alan aktivite değerleri iki grupta yer alan bireyler arasında farklı görüldü ve istatistiksel açıdan kontrol grubu lehinde anlamlı fark bulundu (p<0,05). Çalışma grubu, oyun,

eğitim alanlarına ait bir aktivite gerçekleştirmediği için istatistiksel açıdan farka bakılamadı. İş aktiviteleri alanında kontrol grubunun değer ortalaması daha yüksek olmasına karşın gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Kontrol grubunun aktivitelerinin onlar için değerli olduğu görülmektedir. Bu grupta oyun aktivite alanı $3,50\pm0,70$, uyku ve dinlenme aktivite alanı $3,90\pm0,99$ ortalama puana sahip iken anlamlı farkın bulunduğu diğer alanlarda ortalama 4,00'ün üzerindedir.

4.2.5. Aktivitelerin Bireylere Göre Toplumdaki Değeri ile İlgili Bulgular

Herhangi bir saat aralığında bireylerin gerçekleştirdiği aktivitenin onlara göre toplumda ne kadar değerli olduğu aktivite alanlarına göre iki grup arasında karşılaştırıldı. Gruplar arasında aktivitelerin değer ortalamaları ve istatistiksel olarak değer puanlarının karşılaştırması Tablo 4.10.'da gösterildi.

GYA, YGYA, uyku, eğlence, sosyal katılım aktiviteleri alanlarında gruplar arasında belirgin olan fark kontrol grubu lehinde anlamlı bulundu ($p<0,05$). İnmeli bireyler oyun ve eğitim aktivite alanına ait bir aktivite gerçekleştirmediğinden istatistiksel açıdan farka bakılamadı. İş aktiviteleri alanında kontrol grubunun değer puanı daha yüksek olmasına karşın iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Kontrol grubunda yer alan bireylere göre toplumda en çok değerli aktivite alanları iş, eğitim ve uyku dinlenme aktivite alanlarıdır. Çalışma grubuna göre ise toplumda en çok değer gören aktiviteler iş, GYA, YGYA alanlarında yer almaktadır.

Tablo 4.10. Aktivite Alanlarının Bireylere Göre Toplumdaki Değerinin Karşılaştırılması

	<i>Çalışma Grubu</i>			<i>Kontrol Grubu</i>			<i>p</i>
	<i>Tekrar sayısı</i>	<i>Mak.</i>	<i>Min.</i>	<i>Tekrar Sayısı</i>	<i>Mak.</i>	<i>Min.</i>	
	<i>X±SS</i>			<i>X±SS</i>			
GYA	1,86±0,881	4	1	4,14±0,957	5	2	<0,01*
YGYA	1,83±0,953	4	1	4,15±1,00	5	2	<0,01*
Uyku D.	1,70±0,886	1	1	4,16±0,997	5	2	<0,01*
Eğitim	-	-	-	4,26±0,806	5	3	-
İş	3±2,828	5	1	4,47±0,697	5	3	0,48
Oyun	-	-	-	3,25±1,669	5	1	-
Eğlence	1,55±0,887	4	1	3,89±1,166	5	2	<0,01*
Sosyal Katılım	1,42±0,838	5	1	3,81±1,306	5	1	<0,01*

*p<0,05

Uyku D.=Uyku ve dinlenme

4.3. Gerçekleştirilen Aktiviteler ve Aktivitelere Ayrılan Süre ile İlgili Bulgular

Bireylerin günlük aktivite paterninin içerisinde bulunan aktiviteler MOQ içerisinde zamansal boyutu ile birlikte bildirildi. MOQ' a göre her saat için bir aktivitenin o saat aralığının bütününde gerçekleştirildiği düşünülerek aktivitelerin gerçekleştirilme süreleri iki grup arasında karşılaştırıldı. Gruplar incelendiğinde kontrol grubunun 20, çalışma grubunun 14 farklı aktivite gerçekleştirdiği hesaplandı. Grupların temporal aktivite paternleri içerisinde yer alan aktiviteler ve bu aktivitelere ayrılan sürenin saat cinsinden ortalaması Tablo 4.11.'de gösterildi.

Tablo 4.11. Grupların Aktiviteleri ve Aktivitelere Ayrılan Sürenin Ortalaması

<i>Çalışma Grubu</i>		<i>Kontrol Grubu</i>	
<i>Aktivite</i>	<i>Ortalama süre (saat)</i>	<i>Aktivite</i>	<i>Ortalama süre (saat)</i>
Uyuma	10,94	Uyuma	7,36
Beslenme	3,24	Beslenme	2,56
Terapatik amaçlı egzersiz yapma	2,38	Çalışma	2,28
Dinlenme	2,28	Sohbet etme	1,58
TV izleme	1,42	Ders ile ilgilenme	1,56
Sohbet etme	1,16	Kişisel bakım yapma	1,32
Yürüyüş yapma	1,02	Biri ile ilgilenme	1,26
İbadet etme	0,62	TV izleme	1,2
Ev işi yapma	0,28	Yolculuk etme	0,82
İlaç alma	0,24	Oyun oynama	0,70
Biri ile ilgilenme	0,16	Dinlenme	0,64
Duş alma	0,12	Ev işi yapma	0,56
Çalışma	0,08	İbadet etme	0,38
Yolculuk etme	0,06	Piknik yapma	0,38
		Konsere gitme	0,36
		Yürüyüş yapma	0,28
		Dans etme	0,24
		El işi yapma	0,18
		Futbol oynama	0,18
		Kitap okuma	0,16

İnmeli bireyler gün içerisinde en fazla uyuma, beslenme ve terapatik amaçlı egzersiz yapma aktivitelerine süre ayırırken, kontrol grubunda yer alan bireyler uyuma, beslenme ve çalışma aktivitelerine süre ayırmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin, temporal aktivite paternleri içerisinde AOTA' nın derlemiş olduğu tüm aktivite alanlarına ait en az bir aktivite gerçekleştirdiği görülürken, inmeli bireylerin

oyun ve eğitim aktivitesi gerçekleştirmediği dikkat çekti. Kontrol grubu, ilaç kullanma ve egzersiz yapma aktivitesi dışında inmeli bireylerin gerçekleştirmiş olduğu tüm aktiviteleri gerçekleştirmiştir.

4.4. Günün Farklı Zaman Dilimlerinde Grupların Gerçekleştirdikleri Aktivitelere Ait Bulgular

Bireylerin temporal aktivite paternleri içerisinde gerçekleştirdikleri aktiviteler, günün farklı zaman dilimlerinde iki grup için de incelendi. Bu zaman dilimleri, sabah 08.00-12.00, öğleden sonra 13.00-17.00 ve akşam 19.00-23.00'dır. Bu 4 saat aralıklı farklı zaman diliminde bireylerin gerçekleştirdiği aktiviteler ve bu aktivitelere ayrılan süreler hesaplandı.

Sabah saat 08.00 ve 12.00 arasında iki grup tarafından en fazla süre ayrılan 5 aktivite Tablo 4.12.'de gösterildi.

Tablo 4.12. Sabah Saat 08.00-12.00 Arası Gerçekleştirilen Aktiviteler ve Süreleri

<i>Çalışma Grubu</i>		<i>Kontrol Grubu</i>	
<i>Aktivite</i>	<i>Ortalama süre (saat)</i>	<i>Aktivite</i>	<i>Ortalama Süre (saat)</i>
Terapatik amaçlı egzersiz yapma	1,04	Ders ile ilgilenme	0,64
Uyuma	0,76	Başka biri ile İlgilenme	0,56
Beslenme	0,7	Uyuma	0,54
Dinlenme	0,6	Beslenme	0,46
TV İzleme	0,38	TV İzleme	0,18
Diğer	0,52	Diğer	1,62

Çalışma grubunda yer alan bireyler sabah saatlerinde en fazla terapatik amaçlı egzersiz aktivitesini gerçekleştirmiştir. En az ise TV izleme aktivitesini gerçekleştirmiştir. Kontrol grubu sabah saatlerinde en fazla beslenme aktivitesini gerçekleştirmiştir. Kontrol grubunun gerçekleştirdiği 'başka biri ile ilgilenme' ve 'ders ile ilgilenme' aktiviteleri çalışma grubu tarafından gerçekleştirilmemiştir.

İnmeli bireylerin gerçekleştirdiği ‘terapatik amaçlı egzersiz yapma’ ve ‘dinlenme aktivitesi’ ise kontrol grubu tarafından gerçekleştirilmemiştir. Ortak gerçekleştirilen aktiviteler ‘uyuma’, ‘beslenme’ ve ‘tv izleme’dir. Bu aktivitelerin tamamına çalışma grubu kontrol grubuna göre daha fazla süre ayırmıştır.

Grupların öğleden sonra saat 13.00 ve 17.00 arasında en fazla süre ayırdıkları 5 aktivite Tablo 4.13.’te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Öğleden Sonra Saat 13.00-17.00 Arası Gerçekleştirilen Aktiviteler ve Süreleri

<i>Çalışma Grubu</i>		<i>Kontrol Grubu</i>	
<i>Aktivite</i>	<i>Ortalama süre (saat)</i>	<i>Aktivite</i>	<i>Ortalama Süre (saat)</i>
Terapatik amaçlı egzersiz yapma	1,06	Çalışma	0,6
Dinlenme	0,56	Başka biri ile İlgilenme	0,48
Uyuma	0,52	Beslenme	0,38
Sohbet Etme	0,44	Sohbet Etme	0,34
Yürüyüş Yapma	0,28	Ders ile ilgilenme	0,3
Diğer	1,14	Diğer	1,9

Öğleden sonra, çalışma grubu, terapatik amaçlı egzersiz yapma aktivitesini en fazla gerçekleştirilen aktivite olarak devam ettirmiştir. Çalışma grubu en fazla süre ayrılan aktivite içerisine yürüyüş yapma aktivitesini de dahil etmiştir. Kontrol grubu, öğleden sonra çalışma aktivitesini en fazla gerçekleştirilen aktivite olarak belirlemiştir. Ortak gerçekleştirilen aktivitenin sadece sohbet etme aktivitesi olduğu görüldü. Bu aktiviteye çalışma grubu, kontrol gruna göre daha fazla süre ayırmıştır. Çalışma grubu terapatik amaçlı egzersiz yapma, uyuma ve dinlenme aktivitelerini, kontrol grubu ise ders ile ilgilenme ve başka biri ile ilgilenme aktivitelerini sabah saatlerinden itibaren devam ettirmişlerdir.

Grupların akşam saat 19.00 ve 23.00 arasında en fazla süre ayırdıkları 5 aktivite Tablo 4.14.’te gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Akşam Saat 19.00-23.00 Arası Gerçekleştirilen Aktiviteler ve Süreleri

<i>Çalışma Grubu</i>		<i>Kontrol Grubu</i>	
<i>Aktivite</i>	<i>Ortalama süre (saat)</i>	<i>Aktivite</i>	<i>Ortalama Süre (saat)</i>
Uyuma	1,02	Çalışma	0,8
TV İzleme	0,48	Sohbet Etme	0,56
Yürüyüş Yapma	0,44	TV İzleme	0,42
Beslenme	0,4	Beslenme	0,38
Dinlenme	0,4	Başka biri ile ilgilenme	0,37
Diğer	1,26	Diğer	1,47

Çalışma grubunda sabah saatlerinden itibaren devam ettirilen aktivitelerden uyuma aktivitesi bu saat aralığında en fazla süre ayrılan aktivite olmuştur. Sabah saatlerinden itibaren devam eden diğer bir aktivite olan dinlenme aktivitesine ise süre ayrılmakla beraber bu süre diğer 4 aktiviteden daha az olmuştur.

Kontrol grubunda yer alan bireylerin öğleden sonra temporal aktivite paterni içerisinde fazla süre ayırdığı aldığı çalışma aktivitesi bu saat aralığında en fazla süre ayrılan aktivite olmuştur.

5. TARTIŞMA

İnmeli bireylerin temporal aktivite paternini incelemek amacıyla gerçekleştirdiğimiz çalışmamızın en temel sonucu, bu kişilerin paterninin kontrol grubuna göre daha az aktivite içermesidir. İnmeli bireylerin, aktiviteleri gün içerisinde hem uzun sürede hem de rutinleri içerisinde farklı zaman dilimlerine yayarak gerçekleştirdikleri bulundu. Bu sebeple, her ne kadar zaman döngüsü içerisinde az aktivite bulunsan da rutinleşmiş bir aktivite paternine sahip oldukları görüldü. Sağlıklı bireyler ile ortak olan aktivitelere daha fazla süre ayırmalarına ek olarak bu aktiviteleri büyük oranda zorunluluk sebebiyle gerçekleştirdikleri başka bir önemli bulgudur. İnmeli bireyler, aktivite paternlerinde yer alan aktiviteleri kontrol grubuna göre daha az değerli görmüşlerdir. Toplum açısından da aktivitelerinin değerli olmadığını düşünmeleri yine sonuçlara yansımıştır.

İnmeli bireylerin aktivite çeşitliliği de farklı bulundu. Sekiz farklı aktivite alanından sadece altısına ait aktivite gerçekleşmiş olup günlük rutinin çoğu GYA, YGYA ve uyku dinlenme alanına ait aktivitelerden oluşmakta idi. Kontrol grubundaki aktivite çeşitliliği aktivite alanlarına yansımış, bu aktiviteleri çalışma grubuna nazaran isteyerek gerçekleştirdikleri görülmüştür. Ayrıca sağlıklı bireyler aktivitelerinin hem kendileri için hem de toplumda değerli olduğu düşüncesine sahiptir.

Atler, 23 inmeli bireyin aktivite deneyimlerini incelediği çalışmasında gün içerisinde hiç bir inmeli bireyin eğitim aktivitesi gerçekleştirmediğini, sadece 2 bireyin iş aktivitesi gerçekleştirdiğini belirtmiştir (19). Çalışmamızda da benzer bir sonuç elde edilmiştir. İş aktivitesini, sadece iki inmeli birey rutini içerisinde gerçekleştirmiştir. Eğitim ve oyun aktivitesini ise hiç bir inmeli birey paternleri içerisinde almamıştır. Bireylerin üretici aktiviteler performans alanına giren bu aktiviteleri gerçekleştirmemeleri dikkat çekicidir.

Bejerholm, yaşamın devamlılığı için temel aktivite alanlarından olan GYA ile ilgili yaptığı çalışmasında, GYA ve zaman kullanımı dengeli bir grafik sergileyen bireylerin aktivitelerini daha anlamlı gördüğünü bulmuştur. (38). İki grup için de GYA'nın önemli olduğu görüldü. Bonder, GYA'nın hayatın devamlılığı için temel olduğunu belirtmektedir. Bireylerin bedenleri ile ilgilenmelerinin gerekliliğine vurgu

yapmıştır (121). Çalışmamızda hem inmeli hem de sağlıklı bireyler, temporal aktivite paternleri içerisinde GYA alanına ait aktiviteleri almışlardır. Ancak, bu aktivite alanını grupların hangi ölçüde ve sebeple gerçekleştirdiğini değerlendirmek gerekir.

İki grup arasında GYA'nın günlük rutinde gerçekleştirilmesi bakımından herhangi bir farklılık görülmezken inmeli bireylerin sağlıklılara göre daha sık GYA gerçekleştirdiği dikkati çekmiştir. İnmeli bireylerin aktivite paterni içinde daha az aktivite alanının bulunmasının bu duruma yol açtığını düşünmek mümkündür. Bir günlük rutin içerisinde tüm aktivite alanlarından parçalar yerleştiren sağlıklı bireyler, GYA'larını çalışma grubundan daha az sayıda tekrarlamışlardır. Eklund, aktivite alanlarındaki düşük katılım seviyesinin aktivite-rol dengesizliğine yol açtığını belirtmiştir (39). Çalışmamızda inmeli bireyler GYA'ya yüksek katılım göstermişken diğer alanlarda katılım kontrol grubuna göre azalmıştır. Bu durum aktivitelerin günlük rutindeki dengesinin zarar gördüğüne işaret etmektedir.

Kim ve Park inme sonrası GYA'yı birçok farklı etmenin olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir. Örnek olarak kognitif bozukluk, depresyon, görme bozuklukları, yorgunluk ve diğer fiziksel problemleri göstermişlerdir (4). Meydana gelen bu problemler ile inmeli bireylerin aktivitelerine sağlıklı bireylerden daha fazla süre ayırması muhtemeldir. Çalışma grubunda bulunan bireylerin değerlendirme sonuçları, aktiviteleri tamamlamak için daha fazla süre harcadıklarına işaret etmektedir. Süreyi uzatan en önemli bozukluğun anlaşılmasına ve bozukluğun azaltılmasına yönelik yaklaşımlar bu süreyi kısaltabilir.

Gruplar GYA alanı için benzer aktivite seçimleri yapmışlardır. Ancak kontrol grubundaki bireyler ortak aktivitelerin yanında GYA olarak 'kişisel bakım' aktivitesi gerçekleştirmişlerdir. Çalışma grubundaki bireyler ise kişisel bakım aktivitesini duş alma aktivitesi olarak sınırlandırmıştır. Tudor ve ark., çalışmalarında inmeli bireylerin 'kişisel bakım' aktivitelerini önemli gördüklerini belirtmişlerdir (122). Çalışmamızda bunun aksine çalışma grubunun kişisel bakım aktivitelerini çeşitlendirmedeği görülmektedir. Reilly, iş ve üretici aktivitelerin varlığının bireyin kişisel bakım aktivitelerine daha fazla önem vermesini sağladığını belirtmektedir. Çalışmamızda inmeli bireylerin büyük oranda iş ve üretici aktiviteleri rutinleri içerisinde almadığı görülmektedir. Bu durum, bireylerin kişisel bakım aktivitelerini çeşitlendirmemiş olmalarının sebebi olabilir.

Anderson, inmeli bireylerin GYA performansını incelediği çalışmasında düşme korkusunun bu alandaki performansı olumsuz yönde etkileyebileceğini belirtmiştir (82). Çalışmamızda çalışma grubunda yer alan bireyler aktivitelerini gerçekleştirirken dikkatli davrandıklarını belirtmişlerdir. Bazı bireyler, düşme hikayesi yaşadıklarını sözlü olarak ifade etmiş, ikinci kez bunu yaşamak istemediklerini söylemişlerdir. Bireylerin GYA'larını parçalar halinde rutine dağıtmış olması, bununla baş etme stratejisi geliştirdiklerine işaret olabilir.

Çalışmamızda bireylerin GYA ile ilgili genel aktivite deneyimlerini öğrenmeye çalıştık. GYA'de yemek yeme aktivitesine rutinlerinde uzun süre ayıran bireyler bunun ile ilgili düşüncelerini bize aktarmıştır. Çalışma grubunda yer alan birey 8, yemek yeme aktivitesini gerçekleştirmesi ile ilgili düşüncelerini şu sözlerle ifade etmiştir:

'İlk felç geçirdikten sonra, yemeğimi hep sağ elle(etkilenmiş taraftan bahsediyor) yemeye çalıştım. İlk başlarda hiç yiyemezdim ama vazgeçmedim. Aradan 1 yıl geçti halen sağ elimle yemeye çalışıyorum. Zor oluyor ama olsun, yavaş yavaş yiyorum ben de.'

Bu konu ile ilgili birey 6 ise şu şekilde görüş bildirmektedir:

'Önceden sağ elimle yemek yerdim sadece, felç geçirdikten sonra iki elimle yemeye karar verdim. Şu şekilde elimi kenetliyorum(etkilenmiş taraf olan sol elini ve sağ elini kenetleyerek) ekmeği tutuyorum öyle götürüyorum ağzıma. Yorulursam mola veriyorum daha sonra devam ediyorum. Böyle böyle alıştım. Faydasını da gördüm.'

Katılımcılar, GYA alanı ile ilgili sıklıkla 'çay içme' aktivitesini gerçekleştirdiklerini ifade etmişlerdir. Temporal adaptasyon modelinin 1.önerisi olan 'kültürel değerler bireyleri anlamamızı sağlar' yaklaşımı (16), Türk toplumunun kültüründe yer aldığını düşündüğümüz bu aktivitenin inme sonrası zarar görmediğini fark etmemizi sağlamıştır. Ancak kültürel aktivitelerin gerçekleştirilme şekillerinde farklılık olabileceği akılda tutulmalıdır. Önemli bir kültürel aktiviteyi hemen paternine almak isteyen inmeli bireylerle çalışırken de başlangıç aktiviteleri arasında bu tür aktiviteler yer alabilir.

Aktivitelerin gerçekleştirilme nedeni, bize bireyin değer ve ilgileri hakkında daha fazla bilgi sağlayabilir. Bireylerin temporal aktivite paternlerinde yer alan GYA ile ilgili daha fazla bilgi toplamak adına aktivitelerin gerçekleştirme nedenlerini sorguladığımız çalışmamızda çalışma grubundaki bireylerin GYA'larını kontrol grubuna göre kendilerini zorunlu hissettikleri için gerçekleştirdikleri bulundu. Kontrol grubunda ise bu alan sıklıkla istek sebebiyle gerçekleştirilmiş idi. Bu sonuç, inmeli bireylerin GYA'sını daha çok bu aktivitelerden sağlayacağı pozitif değerleri gözeterek gerçekleştirdiğini düşündürmektedir. Örneğin, doymak için yemek yemek veya temiz olmak için duş almak gibi.

Bandura, çalışmasında özyeterliliğin insanın motivasyonunu sağlama açısından oldukça önemli olduğunu belirtmiştir (123). İnmeli bireylerin aktiviteleri gerçekleştirme nedenlerindeki farklılıkların temelinde, aktivitelerini daha uzun sürede yapmaları, aktivite profillerini üretici aktivitelerden uyku ve temel GYA'ya aktarmaları olabilir. Bu durum özyeterliliğin etkilendiğine işaret etmektedir. Özyeterliliğe ek olarak hastalığın kendisi ve temporal aktivite paternindeki değişiklikler, motivasyon kaybına neden olmuş olabilir. Ergoterapistler, inmeli birey o an için yeni bir aktivite gerçekleştirme potansiyeline sahip olmasa da kişilerin yapabildikleri aktivitelerde özyeterliliği geliştirecek programlar çizmeye önem vermelidir.

Kielhofner, temporal adaptasyon şemasında bireylerin değer ve ilgilerinin onların hedeflerini oluşturduğunu belirtmiştir (16). Bu hedefler de bireylerin anlamlı aktivitelerini seçmesi için gereklidir. İnmeli bireyler için GYA, kontrol grubun aksine değer gören bir aktivite alanı olmamıştır. Bireylere göre toplumdaki değerine bakıldığında da sonuçlar aynı çıkmıştır. İnmeli bireyler, kontrol grubunun aksine bu alandaki aktivitelerini toplumun önemsemediğini belirtmiştir. Çalışma grubunun bu temel yaşam aktivitelerini değersiz görmeleri, aslında kendilerinin değersiz olduklarını düşündüklerini akla getirmektedir.

GYA haricinde iki grubun da temporal aktivite paterni içerisine sıklıkla aldığı diğer bir aktivite alanı YGYA'dır. Bu alan, günlük yaşamı ev ve toplum temelli aktiviteler ile destekleyen aktiviteler olarak bilinmektedir. GYA'ya göre daha kompleks reaksiyonlar gerektirir (124).

Carod-Artal, GYA'ya göre kompleks yapıda olan YGYA'ların inme sonrası zarar gördüğünü ve inmeli bireylerin bu alan için bağımsızlıklarının azalabileceği sonucunu bulmuştur (125). Atler çalışmasında, inmeli bireylerin gün içerisinde sosyal katılım ve YGYA'ya ortalama $3,5 \pm 1,15$ saat ayırdığını belirtmiştir. Çalışmamızdaki bireyler YGYA'yı rutinleri içerisinde gerçekleştirmeye çalışmıştır. İki grubun da 45 üzerinde katılımcısı bu alana ait aktiviteleri en az bir kez gerçekleştirmiştir. İnmeli bireylerin bu alanı rutinlerinde tekrarlama sayısı kontrol grubundan fazla olmuştur. İki grup arasında aktivitelerin gerçekleştirilme sıklığında en büyük fark uyku ve dinlenme aktivitelerinden sonra bu alana aittir. İnmeli bireylerin bu aktivite alanını tekrarlama sıklığı yüksek olmakla beraber aktiviteleri yapma nedenleri hakkında fikir sahibi olmak için çalışmamızda bunu inceledik.

İki grup arasında YGYA'ların gerçekleştirme nedenlerinde çalışma grubunun daha fazla oranda zorunluluk sebebiyle bu aktiviteyi gerçekleştirdiği, kontrol grubunun ise istek sebebiyle bu aktiviteleri gerçekleştirdiği sonuçlara yansımıştır. Bu durum GYA ile benzerlik göstermektedir. GYA'dan farkı ise, bu alanı çalışma grubunun aynı zamanda yapacak başka birşey bulamamaları dolayısı ile gerçekleştirmesidir.

Paul ve ark., gerçekleştirdikleri çalışmada inmeli bireylerin günlük ortalama 3(üç) saatlerini boş ve sedantar geçirdiklerini bulmuştur (126). Çalışmamızdaki bireylerin de YGYA'yı zorunluluk sebebiyle ve yapacak başka birşey olmadığı için gerçekleştirmelerinde zaman açısından rutinlerinde meydana gelen boşluğun etkisi olabileceğini düşünmekteyiz. Yaşam kalitesi için önemli olan YGYA'nın kişilerin anlamlı aktiviteleri ile destekleyerek bu alanı bireylerin daha fazla isteyerek gerçekleştirdiği bir aktivite alanına dönüştürebiliriz.

Çalışma grubu, bu aktivite alanının yapacak başka birşey olmaması sebebiyle gerçekleştirmede bazı örnekler vermiştir. Birey 21 bununla ilgili:

'Evde sıkılıyorum tüm gün boyunca ama boş durmamaya çalışıyorum, dinlendikten sonra yine böyle yapıyorum (ellerini kenetleyerek) sonra başımın üstüne kaldırıp indirerek egzersiz yapıyorum. Dün de o saat (14.00-15.00) böyle geçti.'

ifadelerine yer verirken birey 38:

‘Eskiden çok yoğun bir insandım, hiç boş durmazdım. Bu hayat tarzı bana göre değil ama ne yapayım. Boş boş durmaktansa bazen yürüyüş yapıyorum bazen egzersiz yapıyorum. Bol bol dua ediyorum.’

ifadelerine yer vermiştir.

YGYA ile ilgili başka bir kısım aktivitelere verilen değerlerdir. İki grup arasında anlamlı fark görülmüş olmakla beraber, GYA ile ilgili kısımdaki puanlamalara yakın puanlamalar gerçekleşmiştir. Bu durum GYA ve YGYA gibi günlük yaşamın iki aktivite alanında grupların görüş ayrılıklarının olduğunu göstermektedir. Çalışma grubu, yaşamını devam ettirmek için aktivitelerini değersiz olarak görürken (egzersiz ve yürüyüş yapma aktiviteleri hariç), kontrol grubu bu alanlardaki aktivitelerini değerli olarak görmektedir. Egzersiz ve yürüyüş yapma aktiviteleri için inmeli bireylerin değer ve ilgileri arasına girmeyi başarmıştır diye yorumlamamız mümkündür.

Globas ve ark., fiziksel aktivitenin inmeli bireylerin iyilik halini arttırdığını ve psikolojik durumlarını iyileştirdiğini belirtmiştir (127). Başka bir çalışmada Brinkmann ve Hoskis, fiziksel egzersizin inme sonrası bireylerin azalan güç, endurans ve fonksiyonel kapasitelerinin tekrar arttırdığını bulmuştur. Ayrıca bireylerin psikolojik durumlarına da katkı yaptığını ifade etmiştir (128). Çalışmamızdaki inmeli bireylerin egzersiz aktivitesini sık tekrarladığı, bu aktiviteye çok süre ayırdığı görülmüştür. Çalışma grubu, YGYA alanına ait diğer aktivitelere düşük puanlar verirken bu aktivitenin kendileri için oldukça değerli olduğunu belirtmiştir. İnme sonrası, bireylerin sağlık ve iyilik hallerini arttırmak için çabaladığı görülmektedir.

Kielhofner, temporal adaptasyon modelinin 7. önerisinde fiziksel problemlerin yol açacağı temporal disfonkiyonun bireylerin anlamlı aktivitelerini değiştirebileceğini belirtmiştir (16). Çalışmamızda inmeli ve sağlıklı bireylerin bu açıdan farklı olduğu görüldü. Önemli bir değişime örnek olarak ‘Terapatik amaçlı egzersiz aktivitesi’ sayılabilir. Daha önce de belirtildiği üzere, egzersiz hastalıkla birlikte kişilerin sıklıkla değerli görüp gerçekleştirdiği aktivite olmuştur. Kontrol grubunda bireylerin temporal aktivite paternlerinden fazla süre ayırdıkları

YGYA'nın 'başka biri ile ilgilenme' aktivitesi olduğu görüldü. Çalışma grubu, bu aktiviteye daha az süre ayırmıştır. Anlamli aktivitelerin değışmesi, aile üyelerinin taleplerini karşılayacak rolleri de olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Buna göre inme, anne rolü olan bir bireyin çocuğunun okul çantasını hazırlamasını etkileyebileceğı gibi, dede rolü olan başka bir bireyin de torunu ile vakit geçirmesini kısıtlayabilir.

Süre olarak, kontrol grubu için 'başka biri ile ilgilenme' aktivitesini 'yolculuk etme', çalışma grubu için 'terapatik amaçlı egzersiz yapma' aktivitesini 'yürüyüş yapma' aktivitesi takip etmektedir. Paul ve ark., yaptıkları bir çalışmada inmeli bireylerin kontrol grubundan daha fazla yürüyüş aktivitesi gerçekleştirdiğı sonucuna ulaşmıştır (126). İnme sonrası bireylerin bu aktiviteyi bir noktadan başka bir noktaya ulaşmak yerine sağık durumlarını iyileştirmek için bir araç olarak kullandıkları tahmin edilmektedir. Bireylerin bu görüşü destekleyecek ifadelerinin bulunduğu değerlendirme aşamasında görülmüştür. Bireylerin bu aktiviteyi gerçekleştirdiğı fiziksel çevre olarak 'Ev içerisinde yürüdüm, bahçede yürüdüm' gibi cevapları bulunmaktadır. Ek olarak çalışma grubundaki birey 19, yürüyüş yapma aktivitesi için şu sözleri kullanmıştır.

'Egzersizlerimi yaptıktan sonra uyuyorum. Kalkınca kendimi daha iyi hissedersen bahçeye çıkıyorum, yürüyorum bol bol. Ayaklarım için iyi geliyor. Eskiden 5-10 dk yürüdükten sonra yorulurdum. Şimdi güçlendim.'

Bouffloulx ve ark., inme sonrası aktivite katılımının fiziksel çevreden etkilenebileceğini belirtmiştir (129). Çalışmamızdaki inmeli bireylerin aktivitelerini genelde bulundukları çevrede gerçekleştirdiğı dikkati çekmiştir. Kişilerin fiziksel çevre değışikliğini tercih etmemelerinin bazı rollerinin kaybolmuş olabileceğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Kontrol grubunun gerçekleştirdiğı aktiviteleri incelediğimizde fiziksel çevredeki farklılıklar daha net görülmektedir.

Aktivite çeşitliliğine baktığımızda kontrol grubunun sıklıkla farklı fiziksel çevrelerde aktiviteler gerçekleştirdiğini, çalışma grubunun daha fazla ev ortamında vakit geçirdiğini söyleyebiliriz. Ancak temporal aktivite paterni analizinden bulduğumuz iki aktiviteye dikkatle bakmak gerekir: 'Başka biri ile ilgilenme ve yolculuk etme'. Bu iki aktivite, bireylerin sosyal rolleri ile ilişkilidir. Kielhofner

4.önerisinde bireylerin toplumun onlardan talep ettiği sosyal rollerini gerçekleştirmesi için zamanlarını iyi organize etmesini istediğini ifade etmiştir (16). İnmeli bireyler, sosyal rollerini kaybettikleri için bu aktivitelere kontrol grubundan daha az süre ayırmış olabilirler.

Rochette ve ark., inme sonrası bireylerin sosyal rolleri ve katılımlarını inceledikleri çalışmalarında, 6 ay geçmiş olmasına rağmen kişilerin sosyal rollerde ve katılımda ciddi problemler yaşadıklarını belirtmiştir (130). Biz de çalışmamızda inmeli bireylerin sosyal rollerinin zarar gördüğünü sonuçlarımızda gördük. Bireylerin aktivite-rollerinin sosyal katılım ve iş gibi toplumsal aktivite alanlarında sağlıklı bireylerden az olduğu sonuçlarımıza yansımıştır.

Kielhofner'ın 6.önerisi ise bireylerin alışkanlıklarını anlamamızın onların tedavilerini şekillendirmemizde bize fayda sağlayacağı yönündedir (16). İnmeli bireyler her ne kadar aktivitelerini yeteri kadar değerli görmese de yaşamlarını devam ettirmek istemelerini temporal aktivite paternlerinde en fazla süreyi ayırdıkları aktivitelere bakarak anlayabiliriz. Bu durum, bireylerin sağlıklarını geliştirme isteğinin, rutinlerini etkilediğini göstermektedir.

Çalışmamızda bireylerin değişen alışkanlıkları hakkında daha fazla bilgi toplamak için, aktivitelerin rutine nasıl yayıldığı incelenmiştir. Çalışma grubu sabah saatlerinde egzersizlerine çok vakit ayırmaya çalışmıştır. Bu aktiviteyi genelde uyku ve dinlenme aktiviteleri takip etmiş, öğleden sonra terapatik amaçlı egzersiz aktivitelerini tekrarlamışlardır. Akşam saatlerinde ise egzersiz aktivitesinin yerini yürüyüş yapma aktivitesi almıştır. Bireylerin rutinlerini kaybettikleri sosyal rolleri kazanmaktan ziyade fiziksel kapasitelerini arttırmaya yönelik şekillendirdiği görülmektedir.

Önemli farklılığın ortaya çıktığı başka bir aktivite alanı uyku ve dinlenmedir. Bu aktivite alanı sağlığı ve aktivitelere katılımı desteklemek için gerekli restorasyonu sağlayan alandır (16). Gruplar karşılaştırıldığında gün içerisinde eksiksiz tüm bireylerin gerçekleştirdiği tek aktivite alanı budur. Çalışma grubu temporal aktivite paterni içerisinde en sık bu aktiviteyi gerçekleştirmiştir. Bunu dinlenme ve uyku olmak üzere iki farklı aktiviteyi gerçekleştirerek rutinlerine eklemişlerdir. Atler, yaptığı çalışmada uyku ve dinlenme aktivitelerini iki ayrı başlıkta incelemiştir ve çalışmada inmeli bireylerin en fazla süreyi bu aktivitelere ayırdığını tespit etmiştir

(19). Alzahrani ve ark.,dayaptıkları çalışmada inmeli bireylerin gün içerisinde en fazla uyku aktivitesine zaman ayırdıklarını ve çoğunlukla sedanter bir yaşama sahip olduklarını belirtmiştir (131).

Çalışmamızda sabah saatlerinde terapitik amaçlı egzersiz sonrası en çok süre ayrılan aktivite olan uyku, öğleden sonra da bu konumunu korumuştur. Akşam saatlerinde ise zaman döngüsünde en fazla süre ayrılan aktivite olmuştur. Bu durum inmeli bireylerin ‘uyuma’ aktivitesini zamanlarının en çok değerlendirildiği aktivite olduğunu göstermektedir. Bu duruma inmeli bireylerin çoğunlukla ev içerisinde hayatlarını sürdürüyor olmaları veya sağlıklı bireyler gibi sosyal rollerini yerine getirmek için farklı fiziksel çevreler ile etkileşime girmemeleri gerekçe olarak gösterilebilir.

Uyku ve dinlenme aktivitesi için Kielhofner’in 7.önerisinde endişelerini ifade ettiği nokta dikkate alınmalıdır. Kielhofner, fiziksel problemler sonrasında bireylerin eski aktivitelerini daha fazla gerçekleştirip aktivite paternlerini tamamlayabileceklerinden bahsetmiştir (16).

Rochette ve ark., inme sonrası bireylerin iş, eğlence ve rekreasyonel alanlardaki eski aktivitelerini kaybettiklerini belirtmiştir (130). Çalışmamıza katılan inmeli bireylerin bu aktivite alanlarında kontrol gubuna göre belirgin düzeyde az aktiviteye sahip olduğu düşünüldüğünde, kaybettikleri aktiviteler yerine uyku aktivitesinin geçtiği ifade edilebilir. Uyku aktivitesinin yanında incelenmesi gereken diğer bir aktivite ‘dinlenme’dir.

Crosby, inme sonrası ortaya çıkan yorgunluk faktörünün bireyin günlük yaşamını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir (79). Dinlenme aktivitesinin yorgunluk sebebiyle artmış olması muhtemeldir ve kontrol grubu ile karşılaştırma yapıldığında bu aktiviteye ayrılan süredeki farklılık ortaya çıkmıştır. Çalışma grubu bu aktiviteyi günün üç farklı zaman diliminde yoğun bir şekilde gerçekleştirmiştir. Bu nedenle tedavi programlarında yorgunlukla başa çıkma becerilerini kazandırmak için eğitim vermek bile temporal aktivite paternini düzenlemede fayda sağlayabilir.

Çalışmamızda bireylerin ‘çok yoruluyorum, bir kaç seferden sonra şu kolumu kaldıramıyorum, dinlenmem gerekiyor’ gibi ifadeleri bu görüşü desteklemektedir. Çalışma grubunun bu aktivitede de sağlık durumlarını iyileştirmeye odaklandığını

görmekteyiz. Bireylerin uyku ve dinlenme aktivitelerini gerçekleştirme nedenleri incelendiğinde ise grupların cevapları farklı sonuçlar ortaya çıkartmıştır.

Çalışma grubunda, bireylere göre toplumda uyku aktivitesinin değeri için *'Niye değerli olsun ki bir şey yaptığım yokki evdeyim zaten'* görüşü sıklıkla belirtilirken, kontrol grubu tarafından *'Uyuduğumda dinlenmiş olurum, bu da yarın başka insanlarla ilgileneceğim(işinden bahsederken) için bana fayda sağlar'* görüşü puanlamalar esnasında dile getirilmiştir.

Kielhofner modelin 3.önerisinde, temporal adaptasyonda kendine bakım, iş ve oyun aktiviteleri arasında doğal bir uyum olduğunu belirtmiştir (16). Temporal adaptasyonun bozulması ile yaşam kalitesinin azalması bireylerin bu 3 alandaki aktiviteleri hem düşük değerlerde değerlendirmesine hem de bu aktiviteleri mecbur kaldığı için gerçekleştirmesine yol açmış olabilir.

Çalışmamızda, kontrol grubunun %38'i resmi veya resmi olmayan eğitim aktiviteleri gerçekleştirmişken çalışma grubu eğitim aktivitesi gerçekleştirmemiştir. Atler, çalışmasında hiç bir inmeli bireylerin eğitim aktivitelerine katılmadığını belirtmiştir (19). Mental problemi olan bireylerin 24 saatlik rutinini inceleyen Leufstadius ve Eklund, bu problemde de bireylerin kontrol grubuna göre daha az eğitim ve iş aktivitesi gerçekleştirdiğini belirtmiştir (132).

İnme sonrası ortaya çıkan fiziksel, kognitif ve psikolojik limitasyonlar bireylerin aktivite seçimlerini etkileyebilmektedir (77, 92). Eğitim aktivitesi, yönetici fonksiyonlar, hafıza, öğrenme gibi kognitif beceriler; ince motor beceriler, motor koodinasyon gibi fiziksel beceriler gerektirmektedir (91, 94). Ayrıca sıklıkla fiziksel çevrenin bireylerin ev ortamından farklı olduğu yerde gerçekleştirilen aktivitelerdir. Çalışmamızda inmeli bireylerin günlük paternlerine ait aktivite seçimlerinde farklı fiziksel çevrelerde bulunmayı tercih etmedikleri belirtilmişti. İnmenin ortaya çıkardığı limitasyonlar nedeniyle farklı tercih nedenleri kişilerin eğitim aktivitesini engelliyor olabilir.

İki grubun yaş ortalaması benzerlik gösterdiğinden eğitim aktivitesinin bireylerin yaş durumları nedeniyle gerçekleştirmedeğini ifade edemeyiz. Tüm bireylerin en az ortaokul seviyesi olmak üzere daha önce eğitim faaliyetlerinde bulunduğunu görmek mümkündür. İki grubun eğitim seviyesi grafikleri birbirine

yakın olduğundan bu aktivitenin gerçekleştirilmemesinin nedeni olarak bu durum örnek olarak gösterilememektedir.

Doble ve ark., inme sonrası depresif durum ve zaman kullanımı bakımından yaşam memnuniyetini inceledikleri çalışmalarında, hangi aktivitelerin yapıldığına değil bu aktivitelerin neden yapıldığına bakmamız gerektiğini belirtmişlerdir (21). Çalışmamızda inmeli bireylerin gün içerisinde en sık gerçekleştirdiği aktivitelerin sağlık durumlarını daha iyi seviyeye çıkartmak için gerçekleştirdiğini bilmekteyiz. Eğitim aktivitelerinin ise öğrenme ve öğrenmenin gerçekleştiği eğitim alanlarına katılmak olduğu düşündüğümüzde (124), çalışma grubunun değer ve ilgileri ile kesişmediğini görebiliriz. Bununla, eğitim aktivitelerinin inmeli bireylerin artık temporal aktivite paternleri içinde bulunmadığını söyleyebiliriz.

Roley ve ark., aktivite alanlarını tanımlarken eğitim aktivitesi içerisine dans ve spor öğrenmek gibi yeni kazanılacak aktiviteleri örnek vermişlerdir (124). Kielhofner ise fiziksel limitasyonların yeni anlamlı aktiviteler bulmanın ve bireylerin bunu aktivite paternlerine almanın önüne geçtiğini ifade etmiştir (16). İnmeli bireylerin GYA'larını kısıtlayan fiziksel limitasyonları mevcuttur, spastisteye ise ayrı bir yer açılmıştır (8). Bu karmaşık fiziksel limitasyonların bireylerin yeni anlamlı aktiviteler bulup aktivite paternleri içerisine almalarına engel olabildiğini görüyoruz. Temporal adaptasyonun zarar görmesi ile bireyler, aktiviteleri arasındaki organizasyonu yitirebilmektedir. Bunu sadece eğitim aktivitesi alanında değil aynı zamanda iş ve oyun aktivite alanlarında da görmekteyiz. Bu iki alanda büyük oranda veya tamamen bireylerin aktivite paternleri içerisinden çıkmıştır.

Saeki ve ark., inme sonrasında işe geri dönüşlerde normal kas gücünün ve afazi gibi konuşma problemlerin etkili olduğunu belirtmiştir (133). Atler'in çalışmasında sadece 2 inmeli birey iş aktivitesi gerçekleştirmiştir (19). Çalışmamızda iki kişi haricinde inmeli bireylerin tamamının iş aktivitesini gün içerisinde gerçekleştirmediği bulundu. İş aktivitesini gerçekleştirmek için bir meslek mensubu olmak gerektiği düşünüldüğünde, çalışmamızda yer alan inmeli bireylerin kontrol grubu ile benzer şekilde meslek sahibi olduğunu görmekteyiz. Bireylerin çoğunlukla aynı aileden olması sebebiyle meslek seçimlerinin de benzer olduğu düşünülmektedir. Ancak inmeli bireylerin büyük çoğunluğunun aktivite paternleri içerisinde artık iş alanına ait herhangi bir aktivite bulunmadığından, bu anlamlı

aktivitenin yerine günlük ve YGYA geçmiştir. İş aktivitesinin gelir getirme özelliği olduğu akılda tutularak, temporal aktivite paterni içerisinde çıkan iş aktivitesinin gelir kısıtlılığına sebep olacağından başka aktivite alanlarını da artık patern içerisinde çıkardığı düşünülebilir.

Reilly, insan doğasının gereği günlük rutinlerin oyun ve işten oluştuğunu belirtmiştir. İş aktivitelerinin bireyi üretici bir konuma getirdiğini, aynı zamanda diğer aktiviteleri için bireyi tazelediğini belirtmiştir (134). Shannon, iş-oyun teorisini öne sürerken bu alanlar arasındaki dengeye dikkat çekmiştir. Bir aktivite alanının zarar görmesi ile diğer aktivite alanının da etkileneceğini ifade etmiştir (135). Çalışmamızda sağlıklı bireyler iş aktivitesinden kazanım elde etmiş olmalarındandır ki ‘futbol oynama’, ‘konsere gitme’ ve ‘piknik yapma’ gibi maddi gidere sebep olan aktiviteleri gerçekleştirmişlerdir. İnmeli bireyler ise sosyal ve oyun aktivitelerinin seçiminde daha seçici davranmışlardır. Örneğin oyun aktivitesi hiç gerçekleştirmemişlerdir. Sosyal katılım aktivitesi olarak ise sadece ‘sohbet etme’ aktivitesini gerçekleştirmişlerdir. Bir aktivite alanının başka bir aktivite alanını etkilemesi ile bireylerin temporal aktivite paterni bütünüyle değişim yaşamaktadır.

Yerxa, işe geri dönüşlerin olumsuz şartlara rağmen desteklenmesinin sağlık seviyesini yukarılara çıkaracağını savunmuştur (31). Bireylerin temporal aktivite paternleri içerisinde amaçlı bir aktivite olan iş aktivitelerinin bulunması, bu görüşler doğrultusunda temporal adaptasyonun sağlanması için gerekli olmaktadır. Bu aktiviteler, Kielhofner’ın temporal adaptasyon modelinin 5. önerisinde (16) bahsettiği gibi değer, ilgi ve hedeflerle bağlantılı olmalıdır.

Değerlendirme aşamasında yapılan görüşmelerde bireylerin inme sonrası mesleklerine geri dönmek için bir girişimde bulunmadığı saptanmıştır. Bireyler bu durumla ilgili farklı ifadeler kullanmışlardır. Ama genelde, yaş ve fiziki durumlarını işe dönmeme gerekçesi olarak göstermişlerdir. Birey 37, inme sonrası emekli olması ile ilgili şu ifadeleri kullanmıştır:

‘Aslında işimi(işçi) seviyordum, usta başı olmuştum. İş yoğunluğum da çok değildi. Yine de emekliliğim dolmuştu, bu da başıma gelince(inmeden bahsederken) emekli olayım artık dedim’

Başka bir birey(Çiftçi):

‘Artık hiç ilgilenmiyorum(işinden bahsederken), bizim çocuklara bağ bahçe işlerini devrettim. Bu halde(elini göstererek) zaten nasıl olacak ki kolum kalkmıyor ki. Bazen sıkılıyorum evde ama ne yapayım.’

ifadelerini kullanmıştır.

Çalışmamızda yer alan bireylerin büyük çoğunluğunun mesleği çiftçiliktir. Onu işçilik takip etmektedir. Bu iki mesleğe bakıldığında fiziksel beklentisi yüksek olan aktiviteler olduğu görülmektedir. Meslek mensubu bireylerin bazılarının malulen emekliliğe ayrıldığı görülmektedir. Eski işlerine geri dönüşleri mümkün olmayan bu bireylerin malulen emeklilik ile ilgili farklı görüşleri olmuştur. Bireylerin bir kısmı işlerine geri dönmek istemelerine rağmen artık bunun mümkün olmayacağını dile getirirken, bazı bireyler de bunun kendileri için bir kazanç olduğunu ifade etmiştir. Gelir getiren işlerde çalışma ile ilgili farklı görüşler olmasına rağmen genele baktığımızda inmeli bireylerin rutinleri içerisinde sadece kişisel değil aynı zamanda toplumsal bir katkı sağlayan iş aktivitelerinin bulunmadığını öğrenmiş bulunmaktayız.

Bireylerin işe geri dönüşlerini etkilediği gerekçesiyle öne sürdükleri fiziksel durumlarının yanında yaş faktörü de değerlendirme öncesinde incelenmiştir. Bireylerden en yüksek katılım oranına sahip olanların 50-65 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Bu, sağlıklı bireyler için de geçerlidir. İnme riskinin yaş ile arttığı bilinmektedir (70). 50 yaş üstü bireylerin inme sonrasında günlük rutinlerinde yer almalarını istedikleri aktivitelerin, 50 yaş altı bireylerden farklı olabildiği çalışmamızda gözlemlenmiştir. 50 yaş üstü bireyler, kendileri için ‘yemek yeme, giyinme’ gibi GYA’ları rutinleri içerisine almak istediklerini sözel olarak ifade ederken, daha düşük yaş gruplarındaki bireyler ‘işe dönme’, ‘evlenme’, ve ‘eğitime devam etme’ gibi GYA dışındaki aktivite alanları ile ilgili örnekler vermişlerdir. Bu aktivitelerin sağlıklı bireyler tarafından gerçekleştirilmekte olduğu görüldüğünden inmeli bireylerin sağlıklı gruptaki bireylerle benzer ilgilere sahip olduğu ve iki grup arasında aktivitenin zaman döngüsü arasında fark olduğu görülmektedir.

İlgiler ve değerler ile ilgili adaptasyonun sağlanmasında, inme sonrası bireylerin yaşadıkları aktivite deneyimlerinin etkili olduğu bir çalışmada belirtilmiştir (19). Aynı doğrultuda, çalışmamıza katılan bireylerin inme süreleri de kayıt altına alınmıştır. Çalışmamıza katılan bireylerin inme süreleri, en küçük değer 1, en yüksek değer 4 yıldır. Birey 3, inme sonrası kronik döneme geçen sürede yaşamındaki değişikliklerden bahsetmiştir:

“ Tedaviler bittikten ve eve gittikten sonra neredeyse bir yıl evden hiç çıkmadım. Zaten bütün ihtiyaçlarımı ailem giderdi. Çok şükür işlerimi kendim yapmaya başladım.”

Bireylerin aktivite deneyimleri ile ilgili verdikleri bilgiler, iş aktivitesi gibi aktivitelere de geri dönüşlerini destekleyebileceğimizi göstermektedir. Temporal adaptasyonun arttırdığı yaşam kalitesinin iş aktivitelerine geri dönüşlerle de artırıldığı bir çalışmada ifade edilmiştir. Bu çalışmada ayrıca işe geri dönüşlerin benlik algısını da geliştirebileceği belirtilmiştir (136). Çalışmamızdaki çalışma grubunun birden fazla aktivite alanını düşük değerlerle gerçekleştirmeleri, benlik algılarının azaldığını düşünmemize sebep olmaktadır. Temporal aktivite paterni içerisinde farklılık gösteren oyun aktivitelerini çalışmamızda incelendi.

Roley oyun aktiviteleri alanını eğlenceli olan keyif veren, organize veya spontane gerçekleştirilen aktiviteler olarak tanımlamıştır (124). Çalışmamızda çalışma grubunun hiç oyun aktivitesi gerçekleştirmediği görülmüştür. Oyun, eğitim gibi inmeli bireylerin temporal aktivite paterni içerisinde hiç gerçekleştirmediği bir aktivite alanı olmuştur. Genele bakıldığında ise kontrol grubunun da bu aktiviteyi paternleri içerisinde yoğun bir şekilde gerçekleştirmediği görülmektedir.

Atler, çalışmasında aktivite alanlarını 9’a bölmüştür. Çalışmasında oyun alanına en yakın alanı, ‘yüksek enerjili eğlence’ alanıdır (19). Bu alanı inmeli bireylerin 59 günlük zaman zarfı içerisinde 29 gün gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Atler, grubuna aldığı inmeli bireyler için ‘motivasyonları oldukça yüksek ve ciddi problemi olmayan’ tanımını kullanmıştır. Çalışmamızda yer alan bireylerin motivasyon seviyeleri ölçülmemekle beraber Atler’in çalışmasındaki durumun var olmadığı söylenebilir.

Reilly, oyunun bireyin davranışlarını ve çevresini değiştireceğini belirtmiştir (137). Çalışmamızda inmeli bireyler temporal aktivite paternleri içerisinde bu aktiviteye yer ayırmamış, kontrol grubu ise bu alanda ‘telefonla veya konsolla’ oyun oynama aktivitesi gerçekleştirmiştir. Bireylerde davranış değişikliği yaratabileceği düşünülerek oyun aktivitelerinin inmeli bireyler için iyi planlanıp hem tedavi programı içine, hem de ev programı içine katılması gerekliliği çalışmanın önemli bir çıktısıdır.

Çalışmamızda bireylerin eğlence aktivitelerini Atler, çalışmasında ‘düşük enerjili eğlence’ olarak tanımlamış ve inmeli bireylerin %80’i düşük enerjili eğlence aktivitesi gerçekleştirmiştir. Bu çalışmada inmeli bireyler, TV izleme, bilgisayar kullanma ve kitap okuma aktivitelerini sıklıkla gerçekleştirmişlerdir (19).

Bejerholm, Ulrika ve Eklund psikososyal sonuçları içeren çalışmalarında, şifozrenili bireylerde 24 saat zaman dilimi değerlendirmesini zaman kullanım anketi ile gerçekleştirmiştir. 10 şizofrenili bireyin toplamda 2.4 saat eğlenceli aktivitelere vakit ayırdığını belirtmiştir (138).

Çalışmamızdaki inmeli bireyler eğlence aktivite alanına ait olarak sadece ‘televizyon izleme’ aktivitesini gerçekleştirmiştir. Kontrol grubundaki bireyler ise ‘tv izleme, konsere gitme, dans etme’ aktivitelerini gerçekleştirmiştir. Televizyon izleme aktivitesine ayrılan süre çalışma grubunda daha fazla olmuştur. Bu alanda da kişilerin ev içi sedanter tip aktiviteyi tercih ettiği görülmektedir. Aile ve bireyin ne yapacağını bilememesi durumu göz önüne alınarak, terapistler ortak amaçla birleşerek hasta-aileyle birlikte yeni aktivite önerilerinde bulunabilir.

Rochette ve ark., fiziksel ve sosyal bariyerlerin inmeli bireylere dezavantaj yaratabileceğini bulmuşlardır (139). Bu durum inmeli bireylerin diğer aktivite alanlarını seçimlerinde olduğu gibi oyun ve eğlence aktivitelerinde de fiziksel çevre faktörünü önemsedikleri hakkında bize fikir vermektedir. Bu nedenle bireylerin fiziksel çevre çeşitliliğini arttırırken birçok aktivite alanında bunu uygulamamız gerekir.

Çalışma grubu günlük rutinlerinde meydana gelen zamansal boşluğu rutinlerinde bazı eğlence aktivitelerini tekrarlayarak doldurmaya çalışmıştır. Tv izleme aktivitesini sıklıkla gerçekleştirmiş, öğlen saatlerinde azaltmış ancak akşam saatlerinde sıklığını tekrar arttırmıştır. Çalışma grubu akşam saatlerinde de kontrol

grubundan daha fazla bu aktiviteye süre ayırmıştır. İki grup arasında fark aktiviteyi gerçekleştirme nedenleri arasında belirginleşmiştir.

Tv izleme aktivitesinin inmeli grubun hedefleri doğrultusunda bulunmadığını gerçekleştirme nedenlerine bakarak anlayabiliriz. Ayrıca eğlence aktivitesi alanına verdikleri değer ortalamaları da bu konuda bizlere yardımcı olmaktadır.

İnmeli bireyler diğer aktivite alanlarında olduğu gibi eğlence aktivitesi alanını da kontrol grubuna göre daha değerli görmemiş, gerçekleştirdikleri bu aktivitelerin topluma göre de düşük değere sahip olduğunu düşünmüşlerdir.

Eğlence aktivitesinin sonuçlarının ortaya çıkması ile beraber, Kielhofner'in 3.önerisinin inmeli bireyler için dikkate alınması gereken bir nokta olduğunu düşünmeliyiz. Kielhofner, yaşamın temporal düzeninde kendine iş, oyun ve eğlencenin kendine has bir organizasyonun olduğunu ifade eder (16). Çalışmamızda bu organizasyonun zarar gördüğü, bu aktivitelerdeki katılım seviyesinin azalmasıyla kesinlik kazanmıştır. Konuya başka bir açıdan bakan Lunt, çalışmasında yüksek aktivite katılım seviyesinin yüksek toplumsal katılım ve yaşam memnuniyeti ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (36).

Çalışmamızda çalışma grubundaki azalmış aktivite çeşitliliği sosyal katılım aktivitelerinde de görülmektedir. Kontrol grubu 'sohbet etme', 'piknik yapma' aktivitelerini patenleri içerisine almışken, çalışma grubu sadece 'sohbet etme' aktivitesini gerçekleştirmiştir. Çalışmamızda inmeli bireylerin büyük çoğunluğu herhangi bir sosyal katılım aktivitesi gerçekleştirmemiştir.

Anderson ve Whitefield, inmeli bireylerin sosyal kimliklerini inceledikleri çalışmalarında inme sonrası bireylerin %80'nin toplumsal katılımının zarar gördüğünü belirtmişlerdir. Amarshi ve ark., inme sonrası bireylerin sosyal katılım ve eğlence aktivitelerinden izole olduğunu belirtirken, kişilerin katılımını arttırmak için sağlık profesyonellerine önerilerde bulunmuştur (140).

Hofgren ve ark., inmenin yaşam kalitesi ve ev içi bağımsızlığı olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir (12). Fiziksel çevrenin sınırlı olduğu ev içi aktivitelerinde bağımsızlığı azalan inmeli bireylerin, sosyal katılım aktivitelerinde daha seçici davranmak zorunda oldukları düşünülebilir. Çalışmamızda inmeli bireyler, diğer aktivite alanlarında olduğu gibi sosyal katılım alanında da fiziksel çevre değişikliğini tercih etmemeye çalışmışlardır.

İnme geçiren bireylerin temporal aktivite paternini incelemeyi hedeflediğimiz çalışmamızda, bireylerin aktivite doğasını yakından incelemeye çalıştık. Ergoterapi müdahaleleri açısından önemli olan fiziksel çevrenin inme sonrasında bireyler tarafından sınırlandırıldığını gerçekleştirdikleri aktiviteleri inceleyerek farketmiş bulunmaktayız.

Çalışmamıza katılan bireylerin aktivitelerini gerçekleştirdiği fiziksel çevrelerin sorgulanmaması çalışmamızın bir limitasyonu olarak kaydedilmiştir. Bireylerin temporal aktivite paterni içerisinde yer alan aktivitelerin kültürel değerleri ile ilgili ilişkisi temporal adaptasyon açısından gerekli bir veri iken çalışmamızda bu konu ile ilgili bir incelemenin yapılmama başka bir limitasyon olarak görülmüştür. Aktivitenin zaman döngüsüne baktığımızda bireylerin bir gününün değerlendirilmesi bireyin temporal aktivite paternini anlamak için yeterli olmamıştır. Bir haftalık süre zarfının incelenmesi ayrıca incelenen zaman aralığında hafta sonu-hafta içi günlerine ayrı ayrı odaklanmamız bize daha detaylı bilgi sağlayabilirdi. Bireylerin temporal aktivite paternini değerlendirmek için kullandığımız MOQ, her saat aralığı için bir aktivitenin kayda alındığı bir ankettir. Ancak bir saat aralığında birden fazla aktivite gerçekleştirilebileceği ihtimali vardır. Bu nedenle çalışmamızda tercih edilen değerlendirmede kısa süreli aktivitelerin kaybolma riski çalışmamızın başka bir limitasyonu olarak kaydedilmiştir.

Çalışmamızın en temel amacı, inmeli bireylerin temporal aktivite paterninde oluşan değişiklikleri belirleyerek, aktivite organizasyonlarının desteklenmesi ile yaşam kalitelerini arttıracak programların geliştirilmesine yönelik bilgi sağlamaktır. Tedavi programlarını şekillendirecek bulgular veren çalışmamızın devamında bireylerin temporal aktivite paternini iyileştirerek temporal adaptasyonu sağlayacak çalışmaların yapılması planlanmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Aktivite çeşitliliğindeki azalma bireylerin bazı rollerini tamamı ile kaybetmiş olduğunu göstermektedir. İnme sonrası kaybettikleri rollerini tekrar kazandırmak için bireylerin inme öncesinde sahip oldukları roller tekrar incelenmelidir. Ergoterapistlerin, mümkünse eski rolleri geri kazandırması, değilse, yerine toplumsal katılımı arttıracak yeni rollerle bireyi desteklemesi beraberinde yeni ve anlamlı aktiviteler getirecektir.

2. İnmeli bireylerin günlük rutinde gerçekleştirme süresi uzayan GYA ve YGYA'ların detaylı olarak analiz edilip gerçekleştirme süresini düzenleyecek aktivite eğitimlerinin verilmesi bireyin sağlıklı temporal adaptasyon gerçekleştirmesini sağlayacaktır. Rutinde aktivitelere ayrılan zaman kısalsırsa, GYA ve YGYA alanlarının içerisinde yer alan ancak bireylerin performansının yetersiz kaldığı aktivitelerdeki performansı arttıracak ergoterapi müdahalelerinin daha da faydalı olacağı görüşündeyiz.

3. Çalışmamızda kontrol grubuna göre farklı özellikler gösteren uyku ve dinlenme aktivitelerinin bireyin ihtiyaç duyduğu ölçüde sınırlandırması temporal adaptasyonu destekleyecektir. Bu sayede kazanılan zamanın başka aktiviteler için de kullanabileceğini düşünmekteyiz.

4. Temporal aktivite paternlerinde gerçekleştirdikleri aktivitelerini sağlıklı bireylere göre daha değersiz gören inmeli bireylerin azalan değer algısını tekrar arttırmak, mevcut beklentilerini analiz etmek faydalı olacaktır.

5. Bireylerin zaman döngülerinde kişisel bakım aktivitelerini 'duş alma' aktivitesi ile kısıtladıkları sonuçlarımıza yansımıştır. Kişisel bakım aktivitelerinin diğer öğelerini bireylerin temporal aktivite paternleri içerisinde almak başka aktivitelere katılımı destekleyeceği gibi azalan değer algısını tekrar artırma konusunda da fayda sağlayacaktır.

6. Bireyin temporal adaptasyonu için iş ve oyun aktiviteleri arasındaki uyumun tekrar kazandırılması gerekmektedir. Ergoterapistlerin inme geçirmiş bireylerin çalışma kapasitelerini değerlendirmesi ve uygulayacakları mesleki rehabilitasyon yaklaşımları ile tekrar işe geri dönüşleri sağlamasının temporal organizasyon açısından faydalı olacağı inancındayız.

7. İnmeli bireylerin aktivite rutinlerinde hiç yer almayan oyun aktivitelerini yeni ve anlamlı aktiviteler olarak kazandırmak iş aktivitesi ile tekrar temporal dengenin sağlanması için gereklidir. Bireylerin değerleri ile ilişkili bu aktivite alanını kazandıracak ergoterapi müdahalelerinin bireylerde davranış değişikliği yaratabileceği düşüncesindeyiz. Bu sebeple oyun aktivitelerinin inmeli bireyler için iyi planlanıp hem tedavi programı içine, hem de ev programı içine katılması ile bireylerin temporal adaptasyonu sağlanabilir.

8. İnmeli bireyler, YGYA aktivitelerini, değer ve ilgilerini göz ardı edip sadece sağlık durumlarını göz önünde bulundurarak gerçekleştirmişlerdir. Ergoterapistler, sağlıklı yaşam için gerekli bu aktivitelere ek olarak bireylerin fiziksel, bilişsel ve psikososyal yeteneklerini geliştirecek aktiviteleri temporal aktivite paternleri içerisine yerleştirmeleri halinde bireylerin sağlık ve iyilik hallerini sağlama noktasında fayda sağlayacaklardır.

9. Ergoterapistler, inmeli bireylerin rutinlerinde yer alan aktivitelere verdikleri önemin azalmasını dikkate alarak, uygulayacağı kişi merkezli müdahalesinde birey için önemli aktiviteleri bulmak adına temporal adaptasyon modelinde yer alan kültürel değerlerin ve çocukluk yaşantısının incelenmesi önerilerinden faydalanabilir.

10. Temporal disfonksiyonun etkilediği temporal organizasyonun tekrar sağlanması için ergoterapistler, zaman planlaması ve yönetimi ile ilgili mesleki deneyimlerinden yararlanabilir. Bunun için aktivite rutinin tekrar planlanmasında zaman çizelgesi ve takvimlerinden faydalanılabilir.

11. Çalışmamızda bireylerin aktiviteleri gerçekleştirdiği fiziksel çevrenin değerlendirilmemesi bir limitasyon olarak belirtilmiştir. Ancak ergoterapi müdahalelerinin önemli bir komponenti olan fiziksel çevrenin inmeli bireyler tarafından sıklıkla değiştirilmediği hakkında aktiviteleri aracılığıyla bir öngörü sağlanmıştır. Bireyler, aktivitelerini daha çeşitli fiziksel çevrelerde gerçekleştirerek performanslarını arttırmaya ihtiyaç duymaktadır. Ergoterapi müdahalelerinde fiziksel çevrenin çeşitliliğine önem vermenin bireye daha fazla aktivite deneyimi kazandıracağı düşüncesindeyiz.

12. Çalışmamızda sonuçlar sıklıkla nicel veriler üzerinden yorumlanmıştır. Ancak bireylerin aktivite deneyimlerini ifade etmede nicel veriler yetersiz

kalabilmektedir. Bu sebeple aktivite doğasının daha iyi anlaşılması için çalışmalarını nitel verilerle desteklemek ergoterapistlere konuya farklı bir açıdan bakma fırsatı sağlayacaktır.

13. Çalışmamızda bireylerin, aktiviteler için 24 saatlik zaman dilimleri incelenmiş, bunun yeterli olmadığı limitasyon olarak belirtilmiştir. Bireylerin temporal aktivite paterni hakkında daha ayrıntılı bilgiye sahip olmak için farklı zaman dilimlerinde değerlendirme yapılabilir. Ek olarak hafta sonu ve hafta içi gerçekleştirilen aktiviteleri ayrı ayrı incelemek haftalık rutin hakkında daha fazla bilgiyi ergoterapistlere sağlayacaktır.



7. KAYNAKLAR

1. Burton CR. Living with stroke: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;32(2):301-9.
2. Tyson SF, Hanley M, Chillala J, Selley A, Tallis RC. Balance disability after stroke. *Physical Therapy*. 2006;86(1):30-8.
3. Liu M, Chino N, Tuji T, Masakado Y, Hase K, Kimura A. Psychometric properties of the stroke impairment assessment set (SIAS). *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2002;16(4):339-51.
4. Anderson S, Whitfield K. Social identity and stroke: 'they don't make me feel like, there's something wrong with me'. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27(4):820-30.
5. Bendz M. The first year of rehabilitation after a stroke—from two perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17(3):215-22.
6. White JH, MacKenzie L, Magin P, Pollack MR. The occupational experience of stroke survivors in a community setting. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2008;28(4):160-7.
7. Salter K, Hellings C, Foley N, Teasell R. The experience of living with stroke: a qualitative meta-synthesis. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008;40(8):595-602.
8. O'Brien CF, Seeberger LC, Smith DB. Spasticity after stroke. *Drugs & Aging*. 1996;9(5):332-40.
9. Nys G, Van Zandvoort M, De Kort P, Jansen B, De Haan E, Kappelle L. Cognitive disorders in acute stroke: prevalence and clinical determinants. *Cerebrovascular Diseases*. 2007;23(5-6):408-16.
10. Tatemichi T, Desmond D, Stern Y, Paik M, Sano M, Bagiella E. Cognitive impairment after stroke: frequency, patterns, and relationship to functional abilities. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1994;57(2):202-7.
11. Clarke P, Marshall V, Black SE, Colantonio A. Well-being after stroke in Canadian seniors findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Stroke*. 2002;33(4):1016-21.
12. Hofgren C, Björkdahl A, Esbjörnsson E, Stibrant-Sunnerhagen K. Recovery after stroke: cognition, ADL function and return to work. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2007;115(2):73-80.
13. Eilertsen G, Ormstad H, Kirkevold M. Experiences of poststroke fatigue: qualitative meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(3):514-25.
14. Wood JP, Connelly DM, Maly MR. 'Getting back to real living': a qualitative study of the process of community reintegration after stroke. *Clinical Rehabilitation*. 2010.
15. Bourland EL, Neville MA, Pickens ND. Loss, gain, and the reframing of perspectives in long-term stroke survivors: a dynamic experience of quality of life. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2011;18(5):437-49.
16. Kielhofner G. Temporal adaptation: a conceptual framework for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. 1977.
17. Farnworth L. Time use, tempo and temporality: Occupational therapy's core business or someone else's business. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2003;50(3):116-26.
18. Minato M, Zemke R. Time use of people with schizophrenia living in the community. *Occupational Therapy International*. 2004;11(3):177-91.
19. Adler K. The experiences of everyday activities post-stroke. *Disability and Rehabilitation*. 2016;38(8):781-8.
20. Keith RA, Cowell KS. Time use of stroke patients in three rehabilitation hospitals. *Social Science & Medicine*. 1987;24(6):529-33.

21. Doble SE, Shearer C, Lall-Phillips J, Jones S. Relation between post-stroke satisfaction with time use, perceived social support and depressive symptoms. *Disability and Rehabilitation*. 2009;31(6):476-83.
22. McKenna K, Liddle J, Brown A, Lee K, Gustafsson L. Comparison of time use, role participation and life satisfaction of older people after stroke with a sample without stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2009;56(3):177-88.
23. Akgemci T, Çelik A, Aydoğan E, Akatay A. *Zaman Yönetimi ve Yönetmel Zamanda Etkinlik*. Ankara: Gazi Kitabevi; 2003
24. Tengilimoğlu D, Tutar H, Altınöz M, Başpınar N, Ö., Erdönmez C. *Zaman Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım;2003
25. Sabuncuoğlu Z, Paşa M. *Zaman Yönetimi*. Bursa: Ezgi Kitabevi; 2002
26. Bayramlı Ü. *Zaman Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2006
27. Karaoğlu A. *Üst Düzey Yöneticilerin Zaman Yönetimi*. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi; 2006.
28. Meyer A, Features Submission HC. The philosophy of occupational therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*. 1983;2(3):79-86.
29. Hocking C. Occupation for public health. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*. 2013;60(1):33.
30. Yerxa EJ. An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy in Health Care*. 1990;6(4):1-17.
31. Yerxa EJ. Occupational science: A new source of power for participants in occupational therapy. *Journal of Occupational Science*. 1993;1(1):3-9.
32. Wilcock AA. Reflections from the JOS founder. *Journal of Occupational Science*. 2014;21(1):3-5.
33. Hunt E, McKay EA. A scoping review of time-use research in occupational therapy and occupational science. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2015;22(1):1-12.
34. Crist PH, Davis CG, Coffin PS. The effects of employment and mental health status on the balance of work, play/leisure, self-care, and rest. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2000;15(1):27-42.
35. Zemke R, Clark F. *Occupational science: The evolving discipline*. FA Davis; 1996.
36. Lunt A. Recovery: Moving from concept toward a theory. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2000;23(4):401.
37. Hatfield AB, Lefley HP. *Surviving mental illness: Stress, coping, and adaptation*. Guilford Press; 1993.
38. Bejerholm U, Hansson L, Eklund M. Profiles of occupational engagement in people with schizophrenia (POES): the development of a new instrument based on time-use diaries. *The British Journal of Occupational Therapy*. 2006;69(2):58-68.
39. Eklund M. Satisfaction with daily occupations: a tool for client evaluation in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2004;11(3):136-42.
40. Shimitras L, Fossey E, Harvey C. Time use of people living with schizophrenia in a North London catchment area. *The British Journal of Occupational Therapy*. 2003;66(2):46-54.
41. Krupa T, McLean H, Eastbrook S, Bonham A, Baksh L. Daily time use as a measure of community adjustment for persons served by assertive community treatment teams. *American Journal of Occupational Therapy*. 2003;57(5):558-65.
42. Smith NR, Kielhofner G, Watts JH. The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. 1986.

43. Kielhofner G. The evolution of knowledge in occupational therapy understanding adaptation of the chronically disabled. Master's of thesis: University of Southern California, Los Angeles; 1973.
44. Reilly M. The modernization of occupational therapy. The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association. 1970;25(5):243-6.
45. Slagle EC. Training aides for mental patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 1922;1(1):11-8.
46. Hallowell AI. *Culture and experience*. Baltimore, MD, US: University of Pennsylvania Press; 1955.
47. Hall ET. *The silent language*. New York: Doubleday; 1959.
48. Maccoby EE, Newcomb TM, Hartley EL. *Readings in social psychology*. 3.baskı. England: Henry Holt; 1958.
49. Lakein A, Leake P. *How to get control of your time and your life*. New York: PH Wyden; 1973.
50. Kiev A. *A Strategy for Daily Living: The Classic Guide to Success and Fulfillment*. Free Press; 1997.
51. Hackel ME, Wolfe GA, Bang SM, Canfield JS. Changes in hand function in the aging adult as determined by the Jebsen Test of Hand Function. *Physical Therapy*. 1992;72(5):373-7.
52. Bonita R. Epidemiology of stroke. *The Lancet*. 1992;339(8789):342-4.
53. Rode G, Tiliket C, Boisson D. Predominance of postural imbalance in left hemiparetic patients. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*. 1997;29(1):11-6.
54. Carr JH, Shepherd RB. *Physiotherapy in disorders of the brain: a clinical guide*. Heinemann Medical Books; 1980.
55. Umphred D, Carlson C, Carlson C. *Neurorehabilitation for the physical therapist assistant*. Slack; 2006.
56. Çoban O. *Beyin Damar Hastalıklarında Sınıflama, Epidemiyoloji, Risk Faktörleri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004
57. Alter M, Zhang Z-X, Sobel E, Fisher M, Davanipour Z, Friday G. Standardized incidence ratios of stroke: a worldwide review. *Neuroepidemiology*. 1986;5(3):148-58.
58. Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *The Lancet Neurology*. 2003;2(1):43-53.
59. Türk Noroloji Derneği, İnme Prevelansı. Erişim tarihi: 14.12.2016, <http://www.noroloji.org.tr/haber/137/dunya-inme-gunu-dunya-inme-bildirgesi-inme-hastalarinin-sesi>
60. Balkan S. *Serebrovasküler hastalıklar*. 3. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2009.
61. Fil A. *Akut inme hastalarında omuz subluksasyonunun önlenmesinde elektrik stimülasyonunun etkisinin araştırılması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2007.
62. Tarlacı S. *Acil Nörolojik Hastalıklar*. Türkiye: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004.
63. Adams HP. *Principles of cerebrovascular disease*. New York: The McGraw-Hill Companies; 2007.
64. Martin ST, Kessler M. *Neurologic interventions for physical therapy*. Elsevier Health Sciences; 2015.
65. Umphred DA. *Neurological Rehabilitation*. Philadelphia: Mosby; 2006.

66. Adams HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, ve ark. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*. 1993;24(1):35-41.
67. Oliveira CBd, Medeiros IRTd, Frota NAF, Greters ME, Conforto AB. Balance control in hemiparetic stroke patients: main tools for evaluation. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 2008;45(8):1215-26.
68. Goldstein LB, Adams R, Becker K, Furberg CD, Gorelick PB, Hademenos G, ve ark. Primary prevention of ischemic stroke A statement for healthcare professionals from the stroke council of the American heart association. *Circulation*. 2001;103(1):163-82.
69. Midi I, Afsar N. *İnme risk faktörleri*. Klinik Gelişim. 2010;10(1):1-14.
70. Kabakcı G, Abacı A, Ertas FS, Özerkan F, Erol Ç, Oto A. Türkiye’de hipertansif hastalarda inme riski ve inme riski açısından bölgesel farklılıkların belirlenmesi: Hastane tabanlı, kesitsel, epidemiyolojik anket (THİNK)* çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2006; 34(7): 395-405
71. Macciocchi SN, Diamond PT, Alves WM, Mertz T. Ischemic stroke: relation of age, lesion location, and initial neurologic deficit to functional outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1998;79(10):1255-7.
72. Hildick-Smith M. *Medical aspects of stroke*. Stroke Rehabilitation: A Collaborative Approach. Blackwell Science Ltd; 2000: 15-27
73. Adams HP. Secondary prevention of atherothrombotic events after ischemic stroke. Mayo Clinic Proceedings. *Elsevier*. 2009; 84(1); 43-51
74. Lee PN, Forey BA. Environmental tobacco smoke exposure and risk of stroke in nonsmokers: a review with meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2006;15(5):190-201.
75. Galimanis A, Mono M-L, Arnold M, Nedeltchev K, Mattle HP. Lifestyle and stroke risk: a review. *Current Opinion in Neurology*. 2009;22(1):60-8.
76. Barengo NC, Hu G, Lakka TA, Pekkarinen H, Nissinen A, Tuomilehto J. Low physical activity as a predictor for total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men and women in Finland. *European Heart Journal*. 2004;25(24):2204-11.
77. Bonita R, Beaglehole R. Recovery of motor function after stroke. *Stroke*. 1988;19(12):1497-500.
78. Kim J-H, Park E-Y. Balance self-efficacy in relation to balance and activities of daily living in community residents with stroke. *Disability and Rehabilitation*. 2014;36(4):295-9.
79. Crosby GA, Munshi S, Karat AS, Worthington E, Lincoln NB. Fatigue after stroke: frequency and effect on daily life. *Disability and rehabilitation*. 2012;34(8):633-7.
80. Winward C, Sackley C, Metha Z, Rothwell PM. A population-based study of the prevalence of fatigue after transient ischemic attack and minor stroke. *Stroke*. 2009;40(3):757-61.
81. Van der Werf SP, van den Broek HL, Anten HW, Bleijenberg G. Experience of severe fatigue long after stroke and its relation to depressive symptoms and disease characteristics. *European Neurology*. 2001;45(1):28-33.
82. Andersson ÅG, Kamwendo K, Appelros P. Fear of falling in stroke patients: relationship with previous falls and functional characteristics. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2008;31(3):261-4.
83. Mok V, Chang C, Wong A, Lam W, Richards PS, Wong K, et al. Neuroimaging determinants of cognitive performances in stroke associated with small vessel disease. *Journal of Neuroimaging*. 2005;15(2):129-37.

84. Mok V, Wong A, Lam W, Fan Y, Tang W, Kwok T, et al. Cognitive impairment and functional outcome after stroke associated with small vessel disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2004;75(4):560-6.
85. Wen HM, Mok VC, Fan YH, Lam WW, Tang WK, Wong A, et al. Effect of white matter changes on cognitive impairment in patients with lacunar infarcts. *Stroke*. 2004;35(8):1826-30.
86. Wong A, Mok V, Fan YH, Lam WW, Liang K, Wong KS. Hyperhomocysteinemia is associated with volumetric white matter change in patients with small vessel disease. *Journal of Neurology*. 2006;253(4):441-7.
87. Vakhnina N, Nikitina LY, Parfenov V, Yakhno N. Post-stroke cognitive impairments. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2009;39(8):719-24.
88. Ritchie K, Artero S, Touchon J. Classification criteria for mild cognitive impairment A population-based validation study. *Neurology*. 2001;56(1):37-42.
89. Lokshina A, Zakharov V. Light and mild cognitive impairment in dyscirculatory encephalopathy. *Nevrol Zhurn*. 2006;11:57-63.
90. Petersen RC, Touchon J. Consensus on mild cognitive impairment. *Research and Practice in Alzheimer's Disease*. 2005;10:38-46.
91. Jokinen H, Kalska H, Mäntylä R, Pohjasvaara T, Ylikoski R, Hietanen M, et al. Cognitive profile of subcortical ischaemic vascular disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2006;77(1):28-33.
92. Lindeboom J, Weinstein H. Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular cognitive impairment. *European Journal of Pharmacology*. 2004;490(1):83-6.
93. Nyenhuis DL, Gorelick PB, Geenen EJ, Smith CA, Gencheva E, Freels S, et al. The pattern of neuropsychological deficits in vascular cognitive impairment-no dementia (vascular CIND). *The Clinical Neuropsychologist*. 2004;18(1):41-9.
94. Sachdev PS, Brodaty H, Valenzuela M, Lorentz L, Looi J, Wen W, et al. The neuropsychological profile of vascular cognitive impairment in stroke and TIA patients. *Neurology*. 2004;62(6):912-9.
95. Wade D, Hewer RL, David RM, Enderby PM. Aphasia after stroke: natural history and associated deficits. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1986;49(1):11-6.
96. Starkstein SE, Robinson RG. Aphasia and depression. *Aphasiology*. 1988;2(1):1-19.
97. Kotila M, Waltimo O, Niemi M, Laaksonen R, Lempinen M. The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome. *Stroke*. 1984;15(6):1039-44.
98. Parikh RM, Robinson RG, Lipsey JR, Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR. The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. *Archives of Neurology*. 1990;47(7):785-9.
99. Aström M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke*. 1993;24(7):976-82.
100. Demeurisse G, Demol O, Derouck M, De Beuckelaer R, Coekaerts M, Capon A. Quantitative study of the rate of recovery from aphasia due to ischemic stroke. *Stroke*. 1980;11(5):455-8.
101. Kertesz A, McCabe P. Recovery patterns and prognosis in aphasia. *Brain*. 1977;100(1):1-18.
102. Robinson M, Robert G. Neuropsychiatric consequences of stroke. *Annual Review of Medicine*. 1997;48(1):217-29.

103. Kauhanen M-L, Korpelainen J, Hiltunen P, Brusin E, Mononen H, Määttä R, et al. Poststroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. *Stroke*. 1999;30(9):1875-80.
104. Robinson RG, Price TR. Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients. *Stroke*. 1982;13(5):635-41.
105. Cott CA, Wiles R, Devitt R. Continuity, transition and participation: preparing clients for life in the community post-stroke. *Disability and Rehabilitation*. 2007;29(20-21):1566-74.
106. Niemi M-L, Laaksonen R, Kotila M, Waltimo O. Quality of life 4 years after stroke. *Stroke*. 1988;19(9):1101-7.
107. King RB. Quality of life after stroke. *Stroke*. 1996;27(9):1467-72.
108. Hsieh C-L, Sheu C-F, Hsueh I-P, Wang C-H. Trunk control as an early predictor of comprehensive activities of daily living function in stroke patients. *Stroke*. 2002;33(11):2626-30.
109. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Co'te R, Durcan L, Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2002;83(8):1035-42.
110. Ahlström B, Britton M, Murray V, Theorell T. Disablement and quality of life after stroke. *Stroke*. 1984;15(5):886-90.
111. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF; 2001.
112. Townsend EA, Polatajko HJ. *Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications. 2007.
113. Lincoln N, Gamlen R, Thomason H. Behavioural mapping of patients on a stroke unit. *International disability studies*. 1989;11(4):149-54.
114. Tinson D. How stroke patients spend their days: an observational study of the treatment regime offered to patients in hospital with movement disorders following stroke. *International Disability Studies*. 1989;11(1):45-9.
115. Esmonde T, McGinley J, Wittwer J, Goldie P, Martin C. Stroke rehabilitation: patient activity during non-therapy time. *Australian Journal of Physiotherapy*. 1997;43(1):43-51.
116. Miller RH, Keith RA. Behavioral mapping in a rehabilitation hospital. *Rehabilitation Psychology*. 1973;20(4):148.
117. American Association of Occupational Therapy. Occupational Therapy Framework Domain & Process 3rd Edition. 2014.
118. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005; 53(4): 695-699
119. Selekler K, Cangoz B, Uluc S. Power Of Discrimination of Montreal Cognitive Assessment (Moca) Scale in Turkish Patients With Mild Cognitive Impairment And Alzheimer's Disease. *Turkish Journal of Geriatrics-Türk Geriatri Dergisi*. 2010;13(3):166-71.
120. Scanlan JN, Bundy AC. Development and validation of the modified occupational questionnaire. *American Journal of Occupational Therapy*. 2011; 65(1): e11-e19.
121. Bonder BR, Dal Bello-Haas V. *Functional performance in older adults*. Philadelphia: FA Davis; 2008; 181-202 p.
122. Tudor-Locke C, Washington TL, Ainsworth BE, Troiano RP. Linking the American Time Use Survey (ATUS) and the compendium of physical activities: methods and rationale. *Journal of Physical Activity and Health*. 2009;6(3):347-53.
123. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman; 1997.

124. Roley SS, Barrows CJ, Susan Brownrigg OTR L, Sava DI, Vibeke Talley OTR L, Kristi Voelkerding B, et al. Occupational therapy practice framework: Domain & process 2nd edition. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2008;62(6):625.
125. Carod-Artal FJ, González-Gutiérrez JL, Herrero JAE, Horan T, Seijas EVD. Functional recovery and instrumental activities of daily living: follow-up 1-year after treatment in a stroke unit. *Brain Injury*. 2002;16(3):207-16.
126. Paul L, Brewster S, Wyke S, Gill JM, Alexander G, Dybus A, et al. Physical activity profiles and sedentary behaviour in people following stroke: a cross-sectional study. *Disability and Rehabilitation*. 2016;38(4):362-7.
127. Globas C, Becker C, Cerny J, Lam JM, Lindemann U, Forrester LW, et al. Chronic Stroke Survivors Benefit From High-Intensity Aerobic Treadmill Exercise A Randomized Control Trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*. 2012;26(1):85-95.
128. Brinkmann J, Hoskins T. Physical conditioning and altered self-concept in rehabilitated hemiplegic patients. *Physical Therapy*. 1979;59(7):859-65.
129. Bouffoulx É, Arnould C, Thonnard J-L. Satisfaction with activity and participation and its relationships with body functions, activities, or environmental factors in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011;92(9):1404-10.
130. Rochette A, Desrosiers J, Bravo G, St-Cyr-Tribble D, Bourget A. Changes in participation after a mild stroke: quantitative and qualitative perspectives. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2014.
131. Alzahrani MA, Ada L, Dean CM. Duration of physical activity is normal but frequency is reduced after stroke: an observational study. *Journal of Physiotherapy*. 2011;57(1):47-51.
132. Leufstadius C, Eklund M. Time use among individuals with persistent mental illness: Identifying risk factors for imbalance in daily activities: Previously published in Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2008; 15: 23–33. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2014;21(sup1):53-63.
133. Saeki S, Ogata H, Okubo T, Takahashi K, Hoshuyama T. Return to work after stroke a follow-up study. *Stroke*. 1995;26(3):399-401.
134. Reilly M. Occupational Behaviour Workshop. Boston: 1978.
135. Shannon P. Work-play theory and the occupational therapy process. The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association. 1971;26(4):169-72.
136. Wolfenden B, Grace M. Returning to work after stroke: a review. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2009;32(2):93-7.
137. Reilly M. *Play as exploratory learning: Studies of curiosity behavior*. Beverly Hills. CA: Sage; 1974.
138. Bejerholm U, Eklund M. Time use and occupational performance among persons with schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2004;20(1):27-47.
139. Rochette JD, Luc Noreau, Annie. Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. *Disability and Rehabilitation*. 2001;23(13):559-69.
140. Amarshi F, Atero L, Reid D. Exploring social and leisure participation among stroke survivors: Part two. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*. 2006;13(5).



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

Sayı : 16969557 - 755

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 13 TEMMUZ 2016 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2016/14
Proje No : GO 16/491 (Değerlendirme Tarihi : 13.07.2016)
Karar No : GO 16/491- 57

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü Doç. Dr. Burcu Semin AKEL'in sorumlu araştırmacı olduğu ve İbrahim Yavuz TATLI'nın Yüksek Lisans tezi olan, GO 16/491 kayıt numaralı ve **"İnmeli Bireylerde Temporal Aktivite Paterninin İncelenmesi"** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

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

Modified Occupational Questionnaire

(Scanlan & Bundy, 2011; Smith, Kielhofner, & Watts, 1986)

**BEFORE READING
FURTHER, PLEASE
INDICATE WHAT
DAY IT IS TODAY.**

☐ Monday ☐ Tuesday ☐ Wednesday ☐ Thursday
☐ Friday ☐ Saturday ☐ Sunday

In this section you will be asked to record what you did yesterday.

**Was yesterday a “typical”
day for you?**

☐ Yes, a fairly typical day

☐ No

**If yesterday was not a
typical day, please describe
what made it unusual?**

Please use the worksheets on the following pages to record the activities you spent time doing yesterday.

After listing the activities, go back and answer the four questions about each activity.

Even if a question does not seem appropriate for some of your activities, please try to respond to each one as accurately as possible. Your answers to every question are important!

EXAMPLE:

What I did yesterday For the hour beginning at	I consider this activity to be:	Why were you doing it:	How much do you value it:	How much does society value it
12:00noon (please write what you did in this space) <i>Went to shop to buy groceries</i>	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☒ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☒ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☒ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☒ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
1:00pm (please write what you did in this space) <i>Watched TV</i>	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☒ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☒ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☒ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☒ not at all valuable to society

What I did yesterday For the hour beginning at	I consider this activity to be:	Why were you doing it:	How much do you value it:	How much does society value it
5:00am (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
6:00am (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
7:00am (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
8:00am (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
9:00am (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society

What I did yesterday For the hour beginning at	I consider this activity to be:	Why were you doing it:	How much do you value it:	How much does society value it
10:00am (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
11:00am (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
12:00noon (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
1:00pm (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
2:00pm (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society

What I did yesterday For the hour beginning at	I consider this activity to be:	Why were you doing it:	How much do you value it:	How much does society value it
3:00pm (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
4:00pm (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
5:00pm (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
6:00pm (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
7:00pm (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society

What I did yesterday For the hour beginning at	I consider this activity to be:	Why were you doing it:	How much do you value it:	How much does society value it
8:00pm (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
9:00pm (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
10:00pm (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
11:00pm (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
12:00midnight (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society

What I did yesterday For the hour beginning at	I consider this activity to be:	Why were you doing it:	How much do you value it:	How much does society value it
1:00am (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
2:00am (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
3:00am (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society
4:00am (please write what you did in this space)	☐ work ☐ unpaid work ☐ study ☐ housework ☐ travel ☐ caring for myself ☐ caring for others ☐ playing with children ☐ sport ☐ recreation/leisure ☐ socialising ☐ chilling / doing nothing ☐ rest ☐ other _____	☐ I had to do it ☐ I wanted to do it ☐ I had nothing else to do	☐ extremely valuable to me ☐ quite valuable to me ☐ somewhat valuable to me ☐ not very valuable to me ☐ not at all valuable to me	☐ extremely valuable to society ☐ quite valuable to society ☐ somewhat valuable to society ☐ not very valuable to society ☐ not at all valuable to society

Scanlan, J. N., & Bundy, A. C. (2011). Development and validation of the Modified Occupational Questionnaire. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, e11–e19. doi: 10.5014/ajot.2011.09042

Smith, N. R., Kielhofner, G., & Watts, J. H. (1986). The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, 40, 278–283.

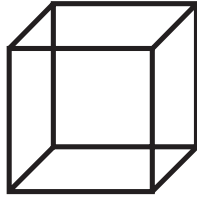
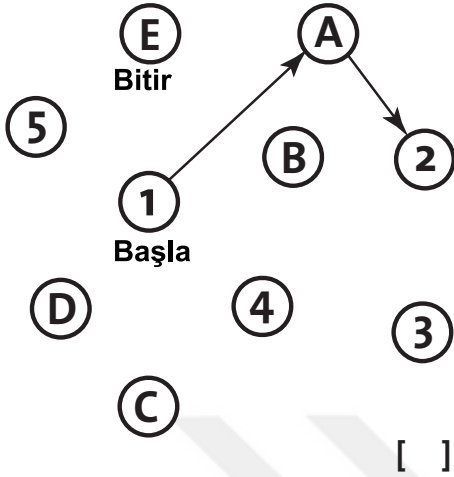
MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

İsim:
Eğitim:
Cinsiyet:

Protokol:
Test Tarihi:
Doğum Tarihi:

GÖRSEL MEKANSAL / YÖNETİCİ İŞLEVLER



Küp Kopyalama

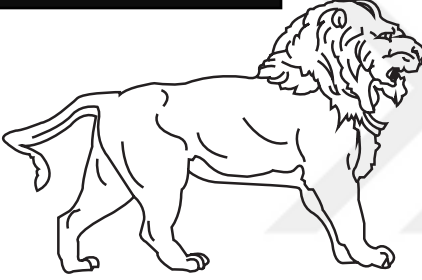
SAAT çizme (On biri on geçe)
(3 puan)

PUAN

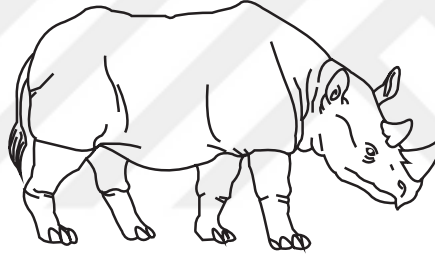
Çevresi [] Rakamlar [] Kollar []

___/5

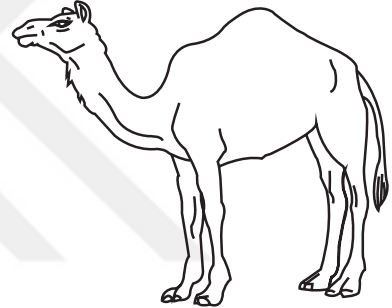
ADLANDIRMA



[]



[]



[]

___/3

BELLEK

Kelime listesini okuyun
ve hastaya tekrar ettirin.
İki deneme yapın.
5 dakika sonra tekrar sorun

	BURUN	KADİFE	CAMİ	PAPATYA	MOR
1.deneme					
2.deneme					

Puan
yok

DİKKAT

Sayı listesini okuyun (1 sayı / san.) Hasta sayıları baştan sona doğru saymalı

[] 2 1 8 5 4

Hasta sayıları sondan başa doğru saymalı

[] 7 4 2

___/2

Harf listesini hastaya okuyun. Hastaya her A harfi okunduğunda masaya eli ile vurmasını söyleyin.

İki veya daha fazla hata var ise puan vermeyin.

[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB

___/1

100 den başlayarak yedişer çıkarma

[] 93

[] 86

[] 79

[] 72

[] 65

4 veya 5 doğru çıkarma: 3 puan, 2 veya 3 doğru çıkarma: 2 puan, 1 doğru :1 puan, 0 doğru 0 puan.

___/3

LİSAN

Tekrar ettirin: Tek bildiğim bugün yardıma ihtiyacı olan kişinin Ahmet olduğudur. []

Köpekler odadayken kedi hep kanapenin altında saklanırdı. []

___/2

Akıcılık / 1 dakikada K harfi ile başlayan maksimum sayıda kelime saydırın.

[] _____ N ≥ 11 kelime

___/1

SOYUT DÜŞÜNME

Benzerlik. Örn. muz-portakal = meyve. []

tren - bisiklet []

saat - cetvel []

___/2

GEÇİKMELİ HATIRLAMA

Kelimeleri
İPUCU OLMADAN
hatırlama

BURUN []

KADİFE []

CAMİ []

PAPATYA []

MOR []

Sadece İPUCUSUZ
hatırlanan kelimeler
için puan verin

___/5

SEÇMELİ

Kategori ipucu

Çoklu seçmeli ipucu

YÖNELİM

[]

Gün

[]

Ay

[]

Yıl

[]

Gün adı

[]

Yer

[]

Şehir

___/6

9. ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

ADI, SOYADI: DOĞUM TARİHİ ve YERİ:	İbrahim Yavuz TATLI 17.10.1992 / SİİRT
HALEN GÖREVİ: İş ve Uğraşı Terapisti (Ergoterapist) YAZIŞMA ADRESİ: Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Fizik Tedavi Kliniği SELÇUKLU/KONYA TELEFON: 0532 060 70 92 E-MAIL: yavuztatli@hacettepe.edu.tr	

2. EĞİTİM

YILI	DERECESİ	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
2010-2014	3.14	Hacettepe Üniversitesi	Ergoterapi Bölümü

3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	ÜNİVERSİTE
-	-	-	-

4. ÇALIŞMA ALANLARI

ÇALIŞMA ALANI	ANAHTAR SÖZCÜKLER
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ergoterapi Üniteleri, Hastane, Fizik Tedavi Kliniği

5. SON BEŞ YILDAKİ ÖNEMLİ YAYINLAR

-