



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ERGOTERAPİ ANABİLİM DALI
ERGOTERAPİ YÜKSEKLİSANS PROGRAMI

ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE OKUPASYONEL KATILIM
VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ

Mahmut Ulaş İYİBAŞ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Başar ÖZTÜRK

Temmuz, 2023

TEZ ONAY SAYFASI



BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Mahmut Ulaş İYİBAŞ

İmza

X X X X

TEŞEKKÜR

Bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren kıymetli danışmanım Doç. Dr. Başar ÖZTÜRK'e

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca, hep daha iyisini yapabileceğime beni inandıran Prof. Dr. Hülya KAYIHAN'a,

Eğitim hayatım boyunca her konuda yardımını asla esirgemeyen Öğr. Gör. Remziye AKARSU'ya,

Bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Gözde ÖNAL ve Öğr. Gör. Gülşah ZENGİN'e

Akademik kariyer planlamamda yolunu yol edindiğim Doç. Dr. Mikail KOLUTEK ve eşi Uzman Sosyolog Bahar KOLUTEK'e,

Her zorlukta bana elini uzatan değerli meslektaşlarım Uzm. Erg. Saynur Elif KAYHAN ve Uzm. Erg. Mehmet ÇETİNKAYA'ya,

Onca zorluğa rağmen eğitimim için ellerinden gelenin en iyisini yapan annem Remziye İYİBAŞ, babam Hüseyin İYİBAŞ, ablam Keziban İYİBAŞ ve abim Deniz İYİBAŞ'a,

Bu tezin yazımında motivasyon noktasında beni asla yalnız bırakmayan değerli iş arkadaşlarım Tamer SEZEN, Erman TUTULMAZ, Emin Ali KURT, Berkay KILIÇARSLAN, Umut DURMAZ, Semih TEKİN, Alican BEŞTAŞ, Mehmet PİROĞLU, Burcu ZABUN, Nurgül BOLAT ve Ramazan Asım İNCE'ye,

Hayatımdaki kelebek etkisine sebep olan Ayşe Gizem COŞKUN ve Ömer Faruk COŞKUN'a,

Lisans ve lisansüstü eğitimim süresince yanımda olan çok değerli abim Uğur YILMAZ'a,

İnandıktan sonra başarının kaçınılmaz olduğunu öğreten Ali CAN ve Mehmet Doğan KAMILOĞLU'na,

Hayattta her zaman umudun olduğunu bize öğreten Pallister-Killian Sendromu tanımlı minik kahraman Umut Tuna KILINÇAY'a,

Sevgisini ve desteğini asla esirgemeyen hayat arkadaşım Kübra İYİBAŞ'a,

Sonsuz Teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
2.1. Şizofreni	3
2.1.1. Tanı	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	5
2.1.3. Tarihçe.....	5
2.1.4. Etiyoloji.....	7
2.1.4.1. Genetik	8
2.1.4.2. Nörodejenaratif Teoriler.....	9
2.1.4.3. Nörogelişimsel Teoriler	9
2.1.4.4. Nörotransmitter’e Bağlı Teoriler.....	10
2.1.4.5. Stres Yatkınlık Modeli	11
2.1.5. Tedavisi	11
2.1.5.1. Psikososyal Tedaviler.....	12
2.2. Ruhsal Bozukluklarda Ergoterapi	12
2.2.1. Ergoterapi Kavramının Tanımı	12
2.2.2. Ergoterapinin Tarihi Süreçteki Gelişimi	13

2.2.3. Ruh Sağlığında Ergoterapi Modelleri	16
2.2.3.1. İnsan Aktivite-Rol Modeli	16
2.2.3.2. Kişi-Çevre-Aktivite-Rol Modeli	17
2.2.3.3. Kanada Aktivite-Rol Model	17
2.2.4. Ergoterapi ve Şizofreni	19
2.3. Okupasyonel Katılım	25
2.3.1. Okupasyon Kavramı	25
2.3.2. Okupasyonun Boyutları	25
2.3.3. Okupasyonların Sınıflandırılması	27
2.3.4. Toplum, Katılım ve Toplumsal Katılım.....	28
2.4. Yaşam Kalitesi	31
2.4.1. Kalitenin Tanımı	34
2.4.2. Yaşam Kalitesinin Tanımı	35
2.4.3. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri	37
2.4.4. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler ve Alt Boyutları	40
2.4.4.1. Genel Yaşam Kalitesi.....	41
2.4.4.2. Genel Sağlık Kalitesi	43
2.4.4.3. Sosyal Alan Düzeyleri	46
2.4.4.4. Çevresel Alan Düzeyleri	46
3. YÖNTEM.....	48
3.1. Katılımcılar	48
3.1.1. Dahil Olma Kriterleri.....	48
3.1.2. Dışlanma Kriterleri.....	48
3.2. Veri Toplama Araçları	48
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	49
3.2.2. Aktivite-Rol Dengesi Anketi (ARDA-11).....	49
3.2.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form.....	49
3.2.4. Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ).....	50

3.2.5. İnsan Aktivite Rol Modeli Tarama Aracı (MOHOST).....	50
3.3. Verilerin Analizi.....	51
4. BULGULAR	52
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ	68
7. ÖNERİ	70
8. KAYNAKÇA.....	71
9. EKLER.....	85
10. ÖZGEÇMİŞ	105
11. İNTİHAL RAPORU	106

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICD: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

LSD: Listerjik Asit Dietilamid

NMDA: N-mentil D-asparat

SİYK: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

WHOQOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

YK: Yaşam Kalitesi

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Tablo İsmi	Tablo No
Tablo 2.1.	Okupasyon Alanları	30
Tablo 2.2.	Çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesine ait kavramlar	41
Tablo 4.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Bilgilerinin Dağılımları	52
Tablo 4.2.	Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 4.3.	Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 4.4.	Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 4.5.	Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 4.6.	Katılımcıların Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık Durumuna Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 4.7.	Katılımcıların Sigara Madde Kullanımına Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 4.8.	Katılımcıların Yaşlarına Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 4.9.	Katılımcıların Tanı Durumlarına Göre Aktivite Rol Dengesi Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 4.10.	Katılımcıların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Skorlarının Tanı Durumlarına Göre Karşılaştırılması	57
Tablo 4.11.	Katılımcıların Kanada Aktivite Performans Puanlarının Tanı Durumlarına Göre Karşılaştırılması	58
Tablo 4.12.	Katılımcıların İnsan Aktivite Rol Modeli Tarama Aracı Skorlarının Tanı Durumlarına Göre Karşılaştırılması	59
Tablo 4.13.	Hastalık Durumuna Göre Mohost Skorlarının İncelenmesi	60

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No	Şeklin İsmi	Sayfa No
Şekil 2.1.	Ergoterapide aktörler ve ilişkiler (net bir resim seçilecek).....	18
Şekil 2.2.	Hastalık ve yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren dünya sağlık örgütü modeli	46
Şekil 4.1.	Katılımcıların çalışma durumlarına göre hastalık durumlarını gösteren grafik	55
Şekil 4.2.	Katılımcıların ailede psikiyatrik rahatsızlık durumlarına göre hastalık durumlarını gösteren grafik.....	56
Şekil 4.3.	Katılımcıların dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi skorlarının hastalık durumlarına göre karşılaştırılmasını gösteren grafik	58
Şekil 4.4.	Katılımcıların Kanada aktivite performans puanlarının hastalık durumlarına göre karşılaştırılmasını gösteren grafik	59
Şekil 4.5.	Katılımcıların insan aktivite rol modeli tarama aracı skorlarının hastalık durumlarına göre karşılaştırılmasını gösteren grafik	60

ÖZET

İyibaş, M. U. (2023). Şizofreni Tanılı Bireylerde Okupasyonel Katılım Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul

Ruh sağlığı ve hastalıkları için psikososyal yaklaşımlar içinde yer alan alanlardan birisi de Ergoterapi müdahaleleri ve buna bağlı olarak yapılan okupasyonel katılımdır. Bu çalışma şizofreni tanılı bireylerde okupasyonel katılım ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesini içermektedir.

Çalışmaya katılanların 16'sı şizofreni tanılı iken 16'sı ise sağlıklıdır. 13'ü kadınsa, 19'u ise erkektir. 12 kişi bekar, 17 kişi evli, 2 kişi boşanmış, 1 kişi ise ayrı yaşamaktadır. 4 kişi ilkokul mezunu, 1 kişi ilköğretim/ortaokul mezunu, 6 kişi lise mezunu, 21 kişi ise yüksekokul/üniversite mezunudur. 23 kişi çalışırken, 9 kişi ise çalışmamaktadır. 8 kişinin ailesinde psikiyatrik rahatsızlık varken, 24 kişinin ise yoktur. 20 kişi sigara/madde kullanırken, 12 kişi ise kullanmamaktadır. Katılımcıların yaşları ise ortalama $36,63 \pm 11,077$ 'dir.

Çalışmanın sonuçlarına göre;

Katılımcıların hastalık durumlarına göre aktivite rol dengesi puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p > 0.05$).

Katılımcıların hastalık durumlarına göre dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Katılımcıların hastalık durumlarına göre Kanada aktivite performans puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Katılımcıların hastalık durumlarına göre insan aktivite rol modeli tarama aracı skorlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç olarak çalışmamızda şizofreni tanısı bulunan bireylerde okupasyonel katılımın ve yaşam kalitesinin düşük olduğu gösterilmiş ve bu alanların ergoterapi müdahaleleri ile geliştirilmesinin, günlük yaşamda bağımsızlık düzeyinin artması, sağlık algısının olumlu biçimde etkilenmesi, hastanede kalış sürelerinin azalması ve toplumsal katılım açısından önemi ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Okupasyonel Katılım, Şizofreni, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

İyibaş, M. U. (2023). Investigation of Factors Affecting Readopathic Participation and Quality of Life in Individuals Diagnosed with Schizophrenia. Master's Thesis, Biruni University Graduate Education Institute, Istanbul.

One of the psychosocial approaches for mental health and diseases is occupational therapy interventions and the accompanying occupational participation. This study includes the examination of the factors affecting occupational participation and quality of life in individuals with schizophrenia.

While 16 of the participants in the study were sick, 16 were healthy. 13 were female and 19 were male. 12 people are single, 17 people are married, 2 people are divorced and 1 person lives separately. 4 people are primary school graduates, 1 person is primary/secondary school graduate, 6 people are high school graduates, and 21 people are college/university graduates. While 23 people are working, 9 people are not working. While 8 people have a psychiatric disorder in their family, 24 people do not. While 20 people use cigarettes/substances, 12 people do not. The mean age of the participants was 36.63 ± 11.077 .

According to the results of the study;

As a result of the independent groups t-test performed to compare the activity-role balance scores of the participants according to their disease status, no statistically significant differences were found between them ($p > 0.05$).

As a result of the independent groups t-test performed to compare the World Health Organization quality of life scores according to the disease status of the participants, statistically significant differences were found between them ($p < 0.05$).

As a result of the independent groups t-test performed to compare the Canadian activity performance scores according to the disease status of the participants, statistically significant differences were found between them ($p < 0.05$).

As a result of the independent groups t-test performed to compare the human activity role model screening tool scores according to the disease status of the participants, statistically significant differences were found between them ($p < 0.05$).

As a result, in our study, it has been shown that occupational participation and quality of life are low in individuals diagnosed with schizophrenia, and the importance of improving these areas with occupational therapy interventions in terms of increasing the level of independence in daily life, positively affecting health perception, reducing the length of hospital stay and social participation has emerged.

Keywords: Occupational Participation, Schizophrenia, Quality of Life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni kendine has belirtilerin yanında bireylerin aile, sosyal ve iş yaşamının işlevselliklerinde aksamalara ve zorlanmalara sebep veren kronik bir rahatsızlıktır. Ülkeden ülkeye görülme oranı, farklılıklar gösteriyor olsa da genellikle dünya genelinde %1 yaygınlık oranına sahip olarak değerlendirilmektedir. Bu hastalığın başlangıç yaşı çoğunlukla kişinin eğitim, kariyer, ebeveynlik ve evlilik gibi yeni roller ve sorumlulukların ortaya çıktığı erken yetişkinlik dönemine denk gelmektedir (Chapleau, 2012).

Bilişsel bozulmalar ile beraber depresif belirtilerin şizofreniye eşlik ettiği bilinmektedir (Sadock ve Sadock, 2009). Şizofreniye ait pozitif belirtilerin ilaç tedavisi ile kontrol altına alınması söz konusu olabilmektedir. Buna karşılık negatif belirtilerde ise ilaç tedavisinin etkinliğini son derece yetersiz olduğu saptanmıştır. Negatif belirtiler kişilerin aktivitelere katılımını güçlendirmekte ve içe çekilmelerine sebep olabilmektedir. Ayrıca ilaç tedavisinin sürdürüldüğü hastalarda dahi yaşam kalitesinde azalma, sosyal işlevlerde bozulma ve bilişsel birtakım bozulmalar gözlemlenebilmektedir. İlaç tedavisinin temel bir görevi bulunmakla birlikte bireylerin psikososyal rehabilitasyon programları kapsamında yeterli şekilde desteklenmemeleri tedavilerde başarı oranını düşürmektedir. İlaç tedavisinin, psikososyal rehabilitasyon programları ile desteklenmesi ise tedavinin başarısını artıran bir unsurdur (Bustillo, 2001). Ağır ruhsal bozukluğu bulunan bireylerde beceri eğitimi mühim bir psikososyal müdahale stratejisi olarak tanımlanmaktadır. Şizofren tanısına sahip bulunan bireyler negatif etkiler sebebi ile psikoeğitim ve sosyal beceri eğitimi gibi daha kapsamlı ve yapılandırılmış aktivitelere ihtiyaç duymaktadırlar (Akı, 2015).

Kişinin kendi kendine yetebilmesi ve kendisinin içsel ihtiyaçlarını karşılaması için meydana getirdiği görev ve aktiviteler okupasyon olarak adlandırılmaktadır. (Bumin vd., 2019). İyi olma durumu ve sağlığın temel bileşeni olan okupasyonel denge ergoterapi açısından önemli bir kavram niteliğindedir. Bu kavram zaman kullanımını içermektedir. Kişinin gündelik hayatını meydana getiren okupasyonlara katılmaları ergoterapistler tarafından önerilmektedir. Kişilerin bir günü farklı okupasyonlardan oluşmaktadır. Tüm bu okupasyonlar arasında ise dengenin sağlanması son derece güçtür. Buna bağlı olarak ergoterapistlerin görevlerinden

birisi de okupasyonel dengenin sağlanmasıdır (Yücel, 2020). Okupasyonel denge bireylerin kendileri için doğru olan dengenin keşfedilmesi ile aktiviteye katılım hususunda bilgi sahibi olunması bakımından öneme sahiptir (Wagman vd., 2012).

Yapılan çalışmalarda genellikle okupasyonel katılım ya da yaşam kalitesi nin tek başına incelendiği görülmüştür(Ensari vd, 2013). Bu çalışmayla birlikte ikisini birlikte inceleyeceğiz. Buna bağlı olarak çalışmada şizofreni tanılı bireylerde okupasyonel katılım ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin ele alınması amaçlanmıştır.



2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Şizofreni

2.1.1. Tanı

Şizofreni, genellikle ilk yetişkinlik döneminde başlamakta olan, bireyin kendi iç dünyasına dönüp bireysel ve toplumsal gerçekliklerden, sosyal ilişkilerden uzaklaştığı, düşünce, davranış, duygu ve devinim açısından farklı bozulmaların görülebildiği psikiyatrik bir bozukluk denilebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Sıklıkla psikotik belirtiler ile karakterize olan ve kronikleşen Şizofreni, sosyal ve mesleki yönden bireyin işlevselliğinde gerileme meydana getirmektedir. Şizofreni, meydana geliş sebepleri, belirtilerin farklılığı ve hastalığın gidişatı bakımından farklı görünümelerde seyrettiğinden dolayı genellikle birbirinden oldukça farklı özellikler sergileyen kişilere aynı tanının konulması şaşkınlık uyandırabilmektedir. Şizofreni yüzyılı geçkin süreden beri tanımlanmış olan ve birçok açıdan çeşitli çalışmalara konu olarak eşsiz bir durum olarak görülsede hastalığın patofizyolojik özelliklerine ve sebeplerine dair net bir kavramsallaştırma yapabildiğimizi söylemek oldukça zordur (Üçok, 2009).

Şizofrenin kimyasında karışık anormallikler bulundurarak nörogelişimsel bir bozukluk şeklinde ele alınmasına ve sinir sistemi yapısına dair açıklamalarda artış meydana gelse de ileriki yıllarda gerçekleştirilecek çalışmalarla beraber hastalığa bakış açımızda farklılıkların meydana geleceğini söylemek mümkündür (Tandon vd., 2019).

Yüzyılı aşkın kullandığımız Şizofreni tanımına benzeyen özelliklere sahip olguların çok eski zamanlardan beri var olmasına yönelik kanıtlar bulunmaktadır. Farklı davranışsal görünümelerde olan bireylere bir Hindu yapıtında M.Ö. 1400’lerde bahsedilmektedir. Ruhsal problemler ile bunlara dair tedavi şekillerinin ilk sistematik sınıflandırılmasını gerçekleştiren antik çağ Hindistan tıp sistemi Avurveda’da Şizofreninin Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) ile karşılaştırılabilir şeklinde 7 kategoriye ayrılmış olduğu belirtilmiştir (Stachowiak, 2013).

Şizofreninin günümüz özelliklerini anlatmak amacıyla genç bir hastada gözlemlenen bilişsel bozuklukları anlatmak için 1898’de Kraepelin daha önce Morel tarafından 1860’da dementia praecox (erken bunama) kavramı kullanılmıştır.

Hastalığın zihindeki bağlantılarda meydana gelen bozulma ve kişiliğin işlevlerindeki bölünme ile tespit yapılabileceğini savunarak zihnin yarılmaması manasında kullanılan Şizofreni kavramını ilk defa 1908’de Eugen Bleuler kullanmıştır. Şizofreni günümüzde sadece bir rahatsızlık gibi düşünülmemektedir. Şizofreni seyir, belirti ve tedavi yönünden değişik özellik göstermekte olan bozukluklar kümesi şeklinde tanımlanmaktadır (First, 2015).

DSM tanı kriterleri şizofreni tanısını koyabilmek için kullanılmaktadır. DSM-5 tanı kriterleri 2013 senesinde tanımlandı. Şizofreni tanısı DSM-5 tanı kriterlerine göre aşağıdaki şekildedir;

Şizofreni DSM-5 tanı ölçütleri:

A. Aşağıdaki belirtilerden iki tanesi (veya pek çoğu), bir aylık dönemin önemli bir kısmı süresince (veya başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) vardır.

- 1.Sanrılar.
- 2.Varsanılar.
- 3.Dezorganize konuşma.
4. Katatonik davranış veya dezorganize davranış
- 5.Olumsuz belirtiler

B. Bu bozulmanın başından beri geçen zamanın önemli bir kısmında, kişilerarası ilişkiler, iş veya kendine bakım gibi, bir veya birden fazla alanda işlevsellik düzeyi bozulmaktadır.

C. Bu bozulmanın belirtileri en az altı ay sürmektedir. Bu altı aylık dönem, A tanı ölçütünü karşılamakta olan, en az bir aylık belirtileri kapsamaktadır.

D. Psikotik özellikteki depresyon ve bipolar bozukluk, şizoaffektif bozukluk tanıları dışlanmaktadır.

E. Bu bozukluk, kötüye kullanılabilen tıbbi durumların, ilaçların veya maddelerin fizyolojik etkilerine bağlanamamaktadır.

F. Çocukluk döneminde başlamış olan bir iletişim bozukluğu hikâyesi veya otizm kapsamında bir bozulma var ise şizofreni tanısı konması için gereken diğer belirtilerin dışında, belirgin varsanılar veya sanrılar en az bir aylık bir zaman diliminde olması gerekmektedir(First, 2015, Möller, 2018).

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreni yaygınlığı üstünde gerçekleştirilen pek çok çalışmanın sonucu %0,11 ve %0,70 arasında değişir. Nokta prevalansının 0,21 ile 0,7 arasında olduğu bildirilmiştir. Şizofreni sıklığı Asya ve Avrupa’da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre % 0,85’tir (Karakuş vd., 2017).

Gerçekleştirilmiş sistematik bir gözden geçirmedeyse, Türkiye’de şizofreninin yaşam süresince yaygınlığı 1000 kişide 8,9 şeklinde bulunmaktadır. Bu sıklık, diğer ülkelerde gerçekleştirilmiş çalışmalarda belirtilen sıklığa göre daha fazla olduğunu bildirmektedir. Şizofreni hastalığında cinsiyetlere göre hastalığın yaygınlığı ve sıklığı açısından önemli farkların görülmediği düşünülmektedir, son yıllara bakıldığında erkeklerin oranında artış olduğu bildirilmiştir. Erkeklerle göre kadınlarda başlangıç yaşı daha geçtir. En fazla gerçekleşme yaşı kadınlarda 25 ile 35, erkeklerde ise 15 ile 25 yaşları arasındadır (Binbay vd., 2011).

Görülme sıklığı kadınlarda menopoza öncesi dönemine denk gelmekte olan 40-45 yaş aralığında 2. bir zirve meydana gelmektedir. Hastalığın görülme sıklığında sosyoekonomik duruma göre farklılıklar gözlenmektedir. Sosyoekonomik seviyesi yüksek bireylerde oran %0,5 olarak belirtilirken, sosyoekonomik seviyesi kötü bireylerde ise yaklaşık olarak 5 katı kadar daha fazla şeklinde belirtilmektedir. Bu durum, doğum öncesindeki yeterli olmayan bakım, enfeksiyon, doğum sonrasında stresin çok olması gibi faktörlere bağlanmaktadır (Işık, 2006).

Kentsek kesime göre kırsal kesimde daha düşük oranda görüldüğü saptanmaktadır. Bu durumun kırsal kesimlerde hastane başvurularının daha az olması sebebiyle tanılarının konulamamasından dolayı olabileceği düşünülmektedir (Işık vd., 2015).

2.1.3. Tarihçe

Şizofreni rahatsızlığına dair klinik belirtilerin oldukça eski zamanlarda ortaya çıkışına dair yazılı belgeler bulunmaktadır. Milattan önce 1400 yıllarından kalmış bulunan Hint Veda yazılı metinlerinde günümüzde özellikle ağır şizofren vakaları ile karşılaşılan çıplak dolaşan kendi bakımını üstlenmeyen hayatlarını gayesiz bir biçimde sürdüren yahut din ile aşırı biçimde meşgul olan, kendini Tanrı veya

Peygamber zanneden ve zehirleneceğinden korkan kişilerden bahsedilmiştir (Soygür vd., 2007).

18. yüzyıla dek söz konusu hastalar şeytani varlıklar ya da tanrı tarafından cezalandırılan kişiler biçiminden değerlendirilmiştir. Toplum tarafından çoğu zaman dışlanmış, hatta çeşitli işkenceler görmüş ve ölüm cezalarına çarptırılmışlardır (Soygür vd., 2007). 1793 yılında Philippe Pinel bu hastaların büyük bir kısmını “*düşünme yeteneğinin ortadan kalkması ya da bozulması (demans)*” biçiminde isimlendirdiği bir sınıflamaya tabi tutmuştur. 1856 yılında “*Démence Précoce*” terimi ise ilk defa Morel tarafından kullanılmıştır. Morel, tarafından yayımladığı “*Akıl Hastalıkları*” isimli kitapta, bir akıl hastasındaki bilişsel yıkım ayrıntıları ile ilk defa anlatılmıştır (Özmenler ve Battal, 1998).

1871’da Hecker hebefreniyi, 1874 yılında da Kahlbaum katatoniye tanımlamış, fakat söz konusu dönemde hastalığın farklı belirtilerini bütünleştirmekte olan bir genel yaklaşım bulunmamıştır. Emil Kraepelin psikiyatrik rahatsızlıkları, yıkım göstermekte olanlar (dementia praecox) ve yıkım göstermeyenler (manik-depresif psikoz) olarak iki grupta sınıflandırmıştır (Polat, 2010).

1911’de Bleuler, “*dementia praecox*” teriminin “*şizofreni grubu hastalıklar*” şeklinde değiştirilmesini önermiştir. Gidiş ve sonlanıştan daha fazla bulgu v belirtiler üstünde yoğunlaşmış, hastalığın erken ortaya çıkmasına ve bunamayla sonlanmasına gerekli olmadığına vurgu yapmıştır (Polat ve Çetin, 2005).

Bleuler hastalığa kişinin ruhsal hayatındaki bölünmeden yola çıkacak Yunanca’da aklın bölünmesi manasına gelen “*şizofreni*” terimini önermiştir. Günümüzde hala bu terimin kullanıldığı görülmektedir. Bleuler tarafından şizofreninin temel belirtilerinin 4 ana başlık altında toplanacağı ifade edilmiştir. Bu başlıklar şu şekildedir;

1. Assosiyasyon bozukluğu,
2. Otizm,
3. Ambivalans,
4. Affektif bozukluk.

Bahsi geçen temel belirtilere birincil belirtiler denilmesi gerektiği belirtilmiş; sanrı, varsanı, katatoni ve motor bozukluklar ise ikincil belirtiler olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Wyatt vd., 2001).

Kurt Schneider tarafından 1930 yılında sanrı ve halüsinasyonlardan meydana gelen bir takım belirti birinci sıra belirtiler şeklinde tanımlamıştır. Bu belirtiler; işitsel özellikli halüsinasyonlar, kişinin kendine ait düşünceleri yüksek sesle söylendiğini işitme, bedenin farklı bir güç tarafından ele geçirilmesi ya da etkilenmesi, düşünce çalınması ve düşünce sokulması biçimindedir. Kurt Schneider tarafından şizofreni tanısının konulmasında bu belirtilerin birinci sıra belirtiler olduğuna öncelik vermiştir (Eaton vd., 1998).

Schneiderian belirtiler kavramı, DSM-3'e dek özellikle Almanya ve İngiltere açısından önemli olmuştur. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafınca 1952 yılında yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı DSM-1'de şizofreni hastalığı için şizofrenik reaksiyonlar tanımı tercih edilmiştir. 1968 yılında yayımlanan DSM-2'de ise reaksiyon kelimesi kaldırılarak şizofrenik bozukluklar tanımı tercih edilmiştir (Eaton ve Harrison, 2000) .

1980'de yayımlanan DSM-3'te şizofreni açısından tanı kriterleri ortaya konulmuştur. 1994 yılında yayımlanan DSM-4 sayesinde şizofreni hastalığı “*şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*” başlığı altında değerlendirilmiş ve tanı kriterleri daha net hale getirilmeye çalışılmıştır. DSM-5'de tanı ölçütleri dâhilinde negatif belirtilere de yer verilmiş ve negatif belirtileri de değerlendiren bazı ölçeklerin geliştirilmesi söz konusu olmuştur. 2013'de yayımlanan ve günümüzde en güncel basım olan DSM-5'te ise “*Şizofreni spektrum ve diğer psikotik bozukluklar*” başlığı altında şizofreni spektrumunun tanımlaması yapılmıştır (Eaton ve Chen, 2006).

2.1.4. Etiyoloji

Şizofreni hastalığına neden olan etkenler uzun zamandır araştırılıyor olmasına rağmen henüz tam olarak bulunabilmiş değildir. Bununla beraber yapılan çalışmalardan çıkan sonuçlara göre hastalık birçok etkenin bir araya gelmesiyle oluşmaktadır (Soygür ve ark., 2007). Etiyoloji ile ilgili farklı hipotezler sunulmaktadır.

2.1.4.1. Genetik

Şizofreniyle ilgili yapılan aile, evlat ve ikiz kardeşten edinilen çalışmalar sonucunda çıkan bilgilerle genetiğin etkileri değerlendirilmiştir. Ailede yapılan araştırma sonuçlarına göre ebeveynlerden birisinde şizofreni varsa bunun çocuklara geçme olasılığı %12,5 ile %13,8 arasıdır. Hem anne hem de babada şizofreni hastalığının bulunduğu durumlardaysa hastalık ihtimali %35 ile %46 aralığına kadar çıkmaktadır. Ebeveynlerde hastalığın bulunmadığı sadece kardeşlerden birisinde hastalığın bulunduğu durumlarda bu oran %6,7 ile %8,2'lerdedir. Birinci derecedeki akrabalar arasında şizofreni hastalığı bulunduğu anda risk %8-10'ken; ikinci derecedeki akrabalarda şizofreni görünmesi halindeki risk %2-6 aralığındadır (Kety vd., 1994).

İkiz kardeşler üzerinde yapılan araştırmalardaysa tek yumurta ikizlerinin birisinin hasta olma olasılığında diğer kardeşin hasta olma ihtimali %31 ile %78; aynı durum çift yumurta ikizlerinde yaşanırsa bu oran %12 ile %28 arasında belirlenmiştir (Getinet, 2016). Evlat edinilmesiyle ilgili yapılan araştırmalarda, biyolojik ebeveynlerde şizofreni hastalığının görüldüğü çocukların evlatlık olarak alındığında da şizofreni riski artış gösterirken, biyolojik ebeveynlerde şizofreni bulunmayan çocuklar şizofreni hastalığı bulunan bir aileye evlatlık olarak verilse bile bu çocukların hasta olmasına dair bir risk artışına sebep olmadığı görülmüştür (Getinet, 2016).

Genetik faktörünün şizofreni hastalığı için bir etken olarak görülmesine rağmen şizofreni hastalığı bulunan yetişkin bireylerin kromozom incelemelerinde bu hastalığın taşındığına dair bir bilgi görülebilmiştir. Genetik faktörler, oldukça heterojen bir yapıya sahiptirler ve DNA üzerinde bir değişikliğe sebebiyet vermemesine rağmen, genin ifadenmesinde bir etkisi olan epigenetik düzeneklerin aracılığıyla hastalığın oluşumunu tetiklediği belirtilmektedir (Ertan, 2008).

Araştırmalara göre bazı kromozom bölgelerinin üzerinde orta düzey bir etkiye sahip genler görülmüştür. Geniş örneklemelerden yararlanılan araştırmalarda şizofreniyle katekolO-metiltransferaz, dehidrogenaz, prolin, dipbindin ve nöroregülin-1 gen bölgelerinin ilişkileri gözlemlenmiştir. Bununla beraber bazı kromozomlarda şizofreni aday bölgesi oluştuğuna dair sağlam kanıtlar bulunmuştur. Bu zamana kadar şizofreni hastalığıyla doğrudan bir ilişkisi olabilecek bir gen

tanımlanmamış olsa bile, genetik ile ilgili yaşanan gelişimler, yeni yollar ve yapılacak araştırmalar umut vermektedir (Polat, 2010).

2.1.4.2. Nörodejenaratif Teoriler

Şizofreni tanısı konulmuş bireylerde yaşamlarının erken bir noktasında başlamış ve semptomların görünmeden yaşandığı bir sürecin daha kötü bir şekilde karşımıza çıkmasının nörogelişimsel ile nörodejenaratif sürecin birlikteliğiyle ilgili olabileceği şeklinde yorumlanmasına sebep olmaktadır. Bununla beraber şizofreni hastalarının semptomların görülmesi sonrası tedaviye başlamadan geçirdiği sürenin artmasının prognozun kötülüğüyle ilgili olduğu bilinmektedir. Hatta tedavi göremeyen kişilerde bilişsel kaybın daha çok olduğu da görülmektedir. Bu durumun da sonucu yine nörodejenerasyonun lehine yorumlanır (Lieberman, 1999).

Hastalığın başlangıcı sonrası semptomlarda progresif kötüleşmenin yaşanması da nörodejenarasyon lehine bir durumdur. Fakat bu kötüleşme sürecinin belli bir zaman sonra dengeli bir hale gelmesi şizofreni hastalığını diğer nörodejenaratif hastalıklarla ayıran bir özelliktir. Şizofreni hastalığında nörodejenarasyonla ilişkisinin olabileceğini düşündüren fizyopatolojik aşamalar görülmektedir. Bunlardan bazıları piramidal nöronlarda bulunan GABA ara nöronlarda görülen inhibisyon azalması, dopaminden kaynaklanan nörokimyasal duyar artışı, NMDA reseptörlerinde işlevsel azalış, antioksidan metabolizması içinde yaşanan bozulmalardan dolayı oksijen radikallerindeki artma ile membran fosfolipid yapısının ve metabolizmasının bozulmasının görülmesi bulunur (Harrison, 1999).

2.1.4.3. Nörogelişimsel Teoriler

Hastalar üzerinde yapılmış nöropatoloji araştırmalarında, merkezi sinir sisteminde bulunan tamir mekanizması olarak bilinen gliozisin'in olmadığı ve kortikal hücre dizilimlerinin anormallik gösterdiği belirtilmektedir. Bu bulgulara göre, şizofreni hastalarının nörogelişimsel süreç yaşadığını desteklemektedir. Şizofreni hastalarının beyinlerinin gelişim dönemlerinde araknoid ile septal kistler, akuaduktur ile korpus kallosum anormalliği ve yürüme gelişimi, başını tutabilme, oturabilme, gülebilmek, konuşabilme ve bilişsel performans benzeri farklı motor ve mental gelişimlerde görülen yetersizlikler şizofreni hastalığının nörogelişimsel

süreçle olan bağının 9 olduğu yönündeki hipotezlerin güçlenmesini sağlamaktadır. Bu teori beynin nörogelişimsel süreç esnasında yaşadığı anormalliklerin, belli bir zaman sonrasında dopamin yollarında disregülasyon yaşanmasına sebep olduğu ve bu sebeple şizofreni belirtileri yaşanmasına sebep olabileceği belirtilmektedir (McCutcheon vd., 2020).

2.1.4.4. Nörotransmitter'e Bağlı Teoriler

Şizofreni hastalarının beyin biyokimyasında yapılan araştırmalar dopamin, serotonin, glutamat, GABA ile norepinefrin benzeri nörotransmitter üzerinde yoğunlaşmaktadır. Şizofreni hastalığı ile en bağlantılı olarak görülen nörotransmitterin dopamin olduğu belirtilmektedir. Amfetamin ile kokain benzeri dopamin etkisini arttıracak maddelerin hasta olmayan kişileri şizofreni benzeri bir duruma getirmesi ve postsinaptik dopamin reseptörlerinin bloke olmasını sağlayan nöroleptiklerin şizofreniye dair belirtilerin azaltılmasını sağlaması dopamin ile ilgili fikirlerin güçlenmesini sağlamaktadır. Mezolimbik yolda bulunmakta olan dopaminerjik nöronlarının aşırı bir şekilde aktive olmasından sonra, psikozun pozitif belirtisi şeklindeki sanrılarla halüsinasyon oluşumu yaşandığı düşünülmektedir. Bu araştırmalar sonucunda dopamin düzensizliğine bağlı olarak hastalığın belirtilerinin oluşabileceği gözlemlenmektedir (Stahl, 2015).

Serotonin antagonisti liserjik asit dietilamid (LSD), fenfluramin ile metaklorofenilpiperazin şizofreni hastalarınınkine benzeyen sanrılara sebep olduğu ve şizofreni hastalarınınsa semptomlarında alevlenme yaşadıkları bilinmektedir. Bu durumdan dolayı serotonin antagonizması ile şizofreni arasında bir bağ olduğu düşünülmektedir. Dopamin ve serotonin reseptörlerinin aynı anda etkilendiği antipsikotik ilaçların yan etkilerinin az olmasıyla beraber daha güçlü etkiler göstermesi serotonin antagonizmasıyla ilişkilendirilmektedir. Bu sebepten ötürü şizofreni hastalarında serotonin ile dopamin sistemleri arasında bulunan etkileşimin bozulduğuna dair olan düşünceleri desteklemektedir (Koroğlu ve Güleç, 2007).

Merkezi sinir sistemi içindeki temel eksitator nörotransmitterlerinden birisi de glutamattır. Glutamat reseptörlerinden birisi olan NMDA'nın bloke edilmesini sağlayan fensiklidinin, şizofreni hastalarında görülen pozitif ile negatif belirtilere benzeyen belirtilerin oluşmasını sağlaması ve şizofreni hastalarının

semptomlarındaysa alevlendirme yapması, glutamat sistemiyle şizofreni hastalığı arasındaki ilişkiye güçlü bir kanıt niteliğindedir (Ceylan ve Çetin, 2005).

Merkezi sinir sisteminde bulunan temel inhibitör nörotransmitterlerinden birisi de GABA'dır. GABA hücresinin yoğunluk azalışı ya da aktiflik kaybı, GABA'nın dopaminerjik ve glutamaterjik nöronları üzerinde göstereceği inhibe etkisinde azalmalara sebep olur. Bu durum şizofreninin pozitif belirtileriyle ilişkilendirilmiş subkortikal dopamin hiperaktivitesiyle tamamlanmaktadır (Işık vd., 2015).

2.1.4.5. Stres Yatkınlık Modeli

Şizofreni hastalığının biyolojik bir hastalık olabileceği yönündeki önemli delilere rağmen hastalık etiolojisinde biyolojik, çevresel ve psikososyal faktörlerin bir arada etki gösterebileceği stres-yatkınlık modeli şeklinde bir açıklama görülmektedir. Bu model, şizofreni hastalığına dair genetik bir yatkınlık gösteren kişiler stres kaynaklarıyla karşılaştıkları durumlarda şizofreniye dair semptomlar gösterebilirler. Stres kaynakları bazı hastalıklar gibi biyolojik bir kaynak olabilirken aynı zamanda bir yakınının vefatı veya aile içinde yaşanan sorunlar ile travma benzeri psikososyal kaynaklar olabilir (Walker ve Diforio, 1997).

2.1.5. Tedavisi

Şizofrenide farmakoterapi tedavi sürecinin en önemli elemanı olmasına rağmen, tedavinin ilk dönemlerinde hasta ve doktor arasında kurulacak terapötik bağın, hasta güveni kazanımı ile tedaviye yardımcı olmayı azaltacak bilişsel bozukluk, dezorganizasyon ile sosyal desteğin yetersizliği şeklindeki öğelerin doğru bir şekilde belirlenmesi gereklidir. Hastanın tedaviyi desteklediğine dair veriler detaylı bir şekilde incelenmelidir. Tedavinin planlanmasına hastanın da katılım göstermesi gerekmektedir. Polifarmasiden uzak durulmalı ve hastayla doğru bir işbirliğine girilmelidir. Öncelikli olarak ayaktan tedavi tercih edilmeli, hastanın yatırılmasına ilişkin karar alınacağı durumlarda hastanın çevresiyle kendisine zarar vermesini engelleme, yakından takip ve ilaç tedavisine olan gereklilik dikkate alınmalıdır (Yüksel, 1995).

Genel bir ifadeyle şizofreni hastalığının, hasta yaşamının tamamını etkileyebilecek bir hastalık olması sebebiyle tedavinin şu hedefleri barındırması gerekmektedir:

- Hastalığın göstermiş olduğu belirtilerin azaltılması veya tamamen kaldırılması,
- Hasta yaşam kalitesinin ve sosyal işlevselliğinin mümkün mertebe artırılması,
- Hastalık sebebiyle yaşanacak yıkıcı etkilerin mümkün olduğunca azaltmak (Köroğlu, 2012).

2.1.5.1. Psikososyal Tedaviler

Farmakolojik tedavi yöntemi şizofreni hastalığı için ana tedavi yöntemi olarak kullanılıyor olmasına rağmen tek başına tam bir etkiye ulaşamamaktadır. Bununla beraber kişilerin işlevsel olabilmesi ve sosyal katılım gösterebilmesini sağlamak temel tedavi amacıdır. Bu amaçla kullanılacak psikososyal tedavi seçenekleri destekleyici terapi, bilişsel davranışçı terapi, aile psikoeğitimi ile sosyal beceri eğitimidir. Şizofreni hastalıklarında farmakolojik ve psikososyal tedavi yöntemlerinin beraber kullanılması tedavinin daha etkili olabileceği belirtilmektedir (Ceylan ve Çetin, 2009).

2.2. Ruhsal Bozukluklarda Ergoterapi

2.2.1. Ergoterapi Kavramının Tanımı

Ergoterapi bireylerde aktivitelere katılım yolu ile iyi olma durumu, sağlık ve tatminin amaçlandığı bir sağlık disiplini olarak nitelendirilmektedir. Ergoterapinin temel maksadı insanların günlük yaşam aktivitelerine katılım sağlanmasıdır. Buna bağlı biçimde ergoterapinin üç alandan meydana geldiği söylenebilir (Yıldırım, 2013).

1. Kendine bakım: bireyin kendi bakımını kapsamakta olan kişisel uygulamalara kendi sağlık bütünlüğü kapsamında imkân veren aktivitelere denilmektedir. Farklı bir ifade ile tipik olarak günlük hayattaki sosyal aktiviteleri içerdiğinden bahsetmek mümkündür.

2. Boş vakit: Bireylerin üretken olma zorunluluğunun bulunmadığı durumlarda uğraşılan aktiviteleri kapsamaktadır. Söz konusu aktiviteler kişisel ilgi ve tercihlere göre değişmektedir.

3. Üretkenlik: çocuklar açısından gelişimsel oyunlar ve ileriki zamanlar için aktivite eğitimidir.

Ergoterapi bilimi ruhsal, gelişimsel yahut fiziksel bir sorunu mevcut bulunan bir bireyin günlük yaşam, serbest ve çalışma zaman becerilerini iyileştirmek, geliştirmek ve söz konusu becerilerin sürdürülmesini sağlamaya maksadı ile aktivitelerin kullanılmasını sağlamaktadır. Bireylerin istek ve gereksinimlerinin öncelik sahibi olduğu danışan merkezli bir süreç olarak nitelendirilmektedir. Ergoterapi müdahaleleri danışan açısından anlamlı niteliği bulunan günlük yaşam aktivitelerine katılarak performansın artırılması, danışanın kendi ve ailesinin eğitilmesi, becerilerin öğrenilmesi ve aktivitelerin modifiye edilmesi gibi süreçlere odaklanmaktadır.

Ergoterapi bilimi açısından gelişiminin nasıl olduğu incelendiğinde aktivitelerin terapötik bir biçimde kullanılmasının çok eski zamanlara dayandığı görülmektedir (Drolet ve Moreau, 2015).

2.2.2. Ergoterapinin Tarihi Süreçteki Gelişimi

Ergoterapinin felsefi kurucusu konumunda bulunan Fransız doktor Phillipe Pinel 1793 yılında aktiviteyi kişinin kendi maksadına uygun biçimde kullanması şeklinde nitelendirerek “*moral tedavi ve aktivite*” olarak ifade edilen yaklaşımı benimsemiştir. Böylece günlük yaşam aktiviteleri ruh sağlığı sorunları olan kişilerin tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır (Paterson, 2014).

Söz konusu dönemlerde ruh sağlığı bozukluğu mevcut bulunan kişiler evlerde saklanıyor yahut akıl hastanelerine kapatılıyordu. Bu kişilerin toplum içine çıkmaları ise sınırlandırılmıştı. Pinel tarafından dizginler ve metal zincirler yerine, serbest zaman ve iş aktivitelerinin kullanılması tercih edilmiştir. Bu sayede moral tedavi dönemiyle ergoterapi temellerinin atılması söz konusu olmuştur. William Tuke tarafından moral tedavinin diğer uygulamalarının geliştirildiğinden bahsetmek de mümkün olmaktadır. Kişinin günlük yaşamına geniş çaplı değişik aktiviteler dahil edilerek tedavi felsefesini uygulamaya başlamıştır. Benjamin Rush Amerikan psikiyatrisi açısından önemli bir yere sahip bulunarak moral hareket ve aktivite

kavramlarını ilk kullanan kişilerden birisi olmuştur. Bu kapsamda ergoterapi mesleğinin meydana gelmesinde de önemli role sahip olmuştur (McKay, 2008).

Sanat ve el sanatları hareketinin temsilcilerinden bazıları olan Herbert Hall ve George Edward Barton güzel sanatlar ve el sanatlarının şizofren tedavisinde kullanılmasını ileri sürmüşler ve kişilerin bağımsızlıklarını ve sağlıklarını geliştirmede, sanatın mühim bir konu olduğunu ortaya koymuşlardır. George Edward Barton tarafından moral harekettten sinlenilerek, o dönemin ruh sağlığı hastanelerini iyileştirme çabaları Dr. William R. Dunton, Eleanor Clarke Slagle, Susan Tracy ve Susan Cox gibi isimler tarafından sağlanmıştır (Hussey ve ark., 2007).

Ergoterapi mesleğine dair temeller ilk olarak Adolph Meyer ile ortaya çıkmıştır. Meyer, ruhsal bozukluğu bulunan bireylere yönelik bütüncül bakış açısını benimsemiş ve psikobiyolojik yaklaşım ortaya koymuştur. Bunun yanı sıra, kişilerin anlamlı aktivitelerde yer almasının sağlığı iyileştirici olduğunu ortaya koymuşlardır. Meyer bir konuşmada kişi yaşamınsa mühim sayılabilecek olan dört alana vurgu yapmıştır. bu alanlar şunlardır; “İş, oyun, dinlenme ve uyku” (Ramsey, 2014). Söz konusu fikirler günümüz ergoterapi uygulama ve düşüncesinin temelini meydana getirmiştir.

Hastanede ilk Ergoterapi okulunu kurmuş olan Meyer tarafından Eleanor Clarke Slagle okulun direktörü olarak görevlendirilmiştir. Ergoterapinin annesi şeklinde anılmakta olan Eleanor Clarke Slagle 1908 yılında tedavi edici aktiviteler eğitimine katılım yapmıştır. Ergoterapinin babası olarak görülen bir diğer kişide psikiyatrist William Rush Dunton olmuştur. Dunton, ise, **görev** aldığı hastanede hemşireler için rekreasyon ve aktivite dersleri vermiştir. Bu sayede hastaların el sanatları atölyesi kapsamında çalışarak rehabilitasyona katılımlarını aktif biçimde sağlamıştır. 1915 yılında ergoterapi üstüne ilk metni yayımlayan kişi unvanına sahip bulunmuştur. Susan Tracy, Sanat ve El Sanatları hareketinden gelmekte olan hemşirelerin eğitimi kapsamında aktivitelerin kullanılması ile alakalı dersler vermiştir. Hastalar için sanatsal aktivitelerin tercihi ve pratik kullanımıyla alakalı ilk ergoterapi kitabını çıkarmıştır (Walther ve ark., 2015).

Birinci Dünya Savaşı'nın ardından ergoterapinin gelişiminde büyük aşama kaydedilmiştir. Savaşın Ergoterapi gelişiminde etkili olduğundan da söz etmek mümkündür. Fiziksel ve ruhsal açıdan yaralı durumda bulunan askerler İngiltere’de kurulmuş olan rehabilitasyon merkezinde aktivite kullanımı sayesinde tedavi edilmiştir. Savaş kapsamında yaralanan askerleri rehabilite etmek maksadı ile 1917

yılında Amerikan ordusu tarafından yeniden bir yapılandırma hareketi başlatılmış ve programa fizyoterapistler ve ergoterapi yardımcılarını da dahil edilmiştir (Walther ve ark., 2015).

Ruhsal bozukluğu bulunan kişilerin gereksinimlerine odaklanan hümanistik hareketin bir parçası olarak 1917 yılında ergoterapi meslek olarak ortaya çıkmıştır. 1923 yılında Amerikan Ergoterapi Derneği tarafınca yaklaşık 2 yıl süren tıbbi ve el sanatları eğitimiyle hastanede 3 ile 4 aylık klinik eğitimin tamamlanması şartına bağlı olarak ergoterapi eğitiminin ilk standartları meydana getirilmeye başlanmıştır. 1940 yılından itibaren ise gelişen İkinci Dünya Savaşı daha çok ergoterapist için imkan sağlanmasının önünü açmıştır.

1944 yılından başlayarak 1960'lı yıllara dek rehabilitasyon hareketinin sürdüğünden bahsetmek mümkün olmaktadır. Bu hareket, genellikle fiziksel engelli kişilerin gereksinimlerini ele almıştır. Özellikle de fiziksel engeli bulunan gaziler için fizik tedavi ile rehabilitasyon merkezlerinin açılması söz konusu olmuştur. Ergoterapistlerin bu merkezlerde istihdam edilmesi söz konusu olmuştur. Ergoterapi söz konusu süreçte bir rehabilitasyon mesleği niteliğe kavuşmuş, günlük yaşam aktiviteleri hususunda hastaların eğitilmesinde, protez kullanmasında, ortez araçlarının geliştirilmesinde ve mesleki uygunluk ile yeteneklerin değerlendirilmesinde görev edinmiştir (Hussey ve ark., 2007).

1970 ile 1980 yılları arasında kurumsallaşma çalışmalarından vazgeçilmiş ve ruhsal problemleri bulunan bireylerin topluma kazandırılmasına noktasında hareket Amerika Birleşik Devletleri'nde kabul edilmiştir. Ruhsal rahatsızlıkların Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hareketi ile erken müdahaleyle engellenebileceği ifade edilmiş ve toplumsal katılımın ne derece önem arz ettiği ortaya konulmuştur (Walther ve ark., 2015).

Kanada Aktivite-Rol Performans Modeli 1980'li yılların başında Kanada'da bulunan Ergoterapi uygulamaları ulusal topluluğu öncülüğünde geliştirilmiştir. Ulusal Sağlık ve Sosyal Yardımlaşma Bölümü tarafınca yayımlanan "*Kişi Merkezli Ergoterapi Uygulama Kılavuzu*" dâhilinde iki anahtar kelime ele alınmıştır. Bu anahtar kelimeler "*Kişi Merkezli Bakış Açısı*" ve "*Aktivite-Rol Performans Modeli*" olmuştur. Kişiyi merkezine alan uygulamalar "*Ergoterapi Tedavisi Sonuçları Doğrultusunda Değerlendirme*" ile kapsamı genişletilmiştir. Modelin başlangıç aşamasında kişi ve ergoterapist arasındaki bulunan karşılıklı etkileşimle alakalı olunmuştur.

Ergoterapinin çalışma alanlarından biri olan fiziksel aktivitelerin artırılması yalnızca kişisel değil, toplum tabanlı, çok alanlı, kültürel ve çok sektörlü bir yaklaşım ortaya koymaktadır. Buna bağlı olarak toplumun bilgi düzeyinin artırılması, yeterli ve dengeli beslenilmesi ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığına sahip olunmasını fiziksel ve ruhsal çok sayıda hastalığın tedavisini kolaylaştıracağı gibi ortaya çıkmasını da engelleyecektir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.2.3. Ruh Sağlığında Ergoterapi Modelleri

Ergoterapiyle alakalı literatürde farklı kaynaklarda bir takım modeller önerilmiş bulunulsa da en çok kabul görmüş olanları aşağıdaki gibi sıralamak mümkün olacaktır (Yıldırım, 2013).

1. İnsan Aktivite-Rol Modeli (MOHO-Model of Human Occupation)
2. Kişi-Çevre-Aktivite-Rol Modeli (PEO- People Environment Occupation)
3. Kanada Aktivite-Rol Modeli (CMOP-Canadian Model of Occupational Performance)

2.2.3.1. İnsan Aktivite-Rol Modeli

İnsan aktivite rol modeli kişilerin yaşama katılmaları ve uyum sağlamalarını kapsamaktadır. Söz konusu modelde şunlar kabul edilmektedir. Bireyin dış çevresi ve karakteri dinamik bir bütün meydana getirecek şekilde birbiri ile bağlantılıdır. Aktivite bireyin karakterinin ve çevresinin etkisinin bir yansımasıdır. Bireyin iç özelliklerinin sürdürülmesi aktiviteler sayesinde olmaktadır (Zakarneh, 2015).

Aktivite eğitimleri ile analizleri birey merkezli biçimde geliştirilmektedir. Bireyin gereksinimleri ve yaşam tarzına uygun tedavi amaçlanmaktadır. Birey merkezli yaklaşımlarda kişiler ve terapist aktivitenin performans sorunlarını tanımlamak ve gerekli bulunan müdahaleye odaklanmak ve terapinin arzu edilen hedefe varabilmesi adına birlikte çalışmaktadır. Bireyler günlük yaşam aktivitelerini geliştirmek amacı ile ihtiyaçları ve rehabilitasyon yaklaşımı hususunda söz sahibi olmaktadır. Aktivite analiziyle aktivite performansı esnasındaki zorluklar saptanarak gerekli aktiviteler tedavi programının içine yerleştirilir (Yıldırım, 2013).

MOHO, ruhsal ve zihinsel tedavi merkezlerinden taburcu olunduktan sonra kişiyi topluma kazandırmada rehberlik etmesi açısından en uygun uygulama modeli

olarak ifade edilmektedir. Bu model kişilerin istihdam noktasında karşısına çıkabilecek engellerin aşılabilmesi için kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır (Todorova, 2008).

2.2.3.2. Kişi-Çevre-Aktivite-Rol Modeli

Kişi, çevre, aktivite ve rol modeli esasen davranış ve çevre teorileri, aktivite teorileri ve birey odaklı uygulama konseptleri olarak geliştirilmiştir. Bu modelde; birey işleri ve çevresinin zaman içinde dinamik bir gösterdiğini şematize etmiştir. Söz konusu modeli esas alarak davranış ve çevre teorileri, aktivite teorileri ve birey merkezli uygulama konseptleri geliştirilmiştir (Zakarnah, 2015).

Kişi, çevre, aktivite- rol modeli ergoterapistlerin ne yaptığı ve ne gördüğünü sistematik biçimde analiz edilmesi yollarını önermektedir. Aktivite, rol ve performans analizini meydana getirmeyi kolaylaştırarak Ergoterapi tarafından müdahale neticelerini değerlendirilmesini sağlar. Kişilerle beraber terapistler zaman içinde makro yahut mikro içerikler ile çevreye, kişiye ve aktivitelere odaklanarak değişik potansiyel müdahaleleri planlayabilirler (Yıldırım, 2013).

Zihinsel ve ruhsal hastalıkları olan bireylere uygulanan PEO Modeli, bireyler için günlük yaşama katılmaları hususunda önemli ve anlamlı aktiviteleri belirleyerek topluma katılımlarını sağlayan kişi merkezli bir yaklaşımdır (Stoffel, 2011).

2.2.3.3. Kanada Aktivite-Rol Model

Bu model birey merkezli tedavinin temelini atan model olarak bilinmektedir. Söz konusu model Kanada Ergoterapistler Derneği ile Kanada Ulusal İyi Olma ve Sağlık Departmanı tarafınca geliştirilmiş bir modeldir. Kanada Ergoterapistler Derneği, 1997 yılında bu model kişinin çevre dışında tutulması yerine, fiziksel ve sosyal çevreyi içine almakta olan bir uygulama olarak hazırlanmıştır. Birey odaklı tedavi maksadı ile prensip ve farklı kaynakların hazır hale getirilmesi, aktivite performansına tesir eden etkenlerin kavram haline dönüştürülmesi ve bu iki prensibin yaygın duruma getirilmesi süreci olmak kaydı ile 3 ana uygulamayı içermektedir (Carswell ve ark., 2004).

CMOP; bir kişinin işteki aktivite performansı özür yahut farklı bir husustan negatif etkilendiğinde kişiyi ve onun çevresinin anlaşılmasına yardım etme halinde

ergoterapistler tarafından kullanılıyor olan faydalı bir model niteliğindedir. Modelin 3 temel komponenti bulunmaktadır. Bunlar; Kişi, Aktivite ve Çevre olarak ifade edilmektedir. Aşağıda yer alan Şekil 2.1’de bu komponentlerin ilişkileri ifade edilmektedir.



Şekil 2.1. Ergoterapide ilişkiler

Bu model, bir merkezli bir model özelliğindedir. Söz konusu modelin öncelikle 2 esas odağı bulunmaktadır. Bu odakların ilki tedavi aşaması ve tedaviyle birey arasındaki bağlantıyı ifade eden “*kişi merkezli uygulama*”, diğeri ise bireyin kendine bakma, yaşamdan keyif alma, ekonomik ve sosyal yaşama katılım için gerçekleştirdiği, kültürüne ve yaşına uygun, anlam içeren aktivitelerini gerçekleştirmektir. Ayrıca bu aktiviteleri tercih etmek, organize etmek ve bunlardan keyif almak olmak düzenlenmiş aktivite performansı özelliğindedir (Yıldırım, 2013).

Model kapsamında, kişiyle çevre arasında bazı aktiviteler bulunmaktadır. Aktiviteyse emosyonel, kognitif ve fiziksel etkenlere sahip olmaktadır (Carswell ve ark., 2004).

Şizofreni tanılı bireylerde yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında, CMOP'un şizofrenide her tür aktivite ve performans problemini tanımladığı, bu sebeple CMOP ile değerlendirmenin bireylerin rehabilitasyon sürecinde motivasyonlarını kolaylaştırdığı anlaşılmıştır (Torpil, 2017).

Aktivitenin kişilerde kendine bakım, boş zaman değerlendirme ile üretim gibi yetenekleri üstünde pozitif katkı sağlanacağı öngörülmektedir. Kişiler ile herhangi bir şey ortaya koymak sayesinde boş zamanlarını değerlendirerek üretim yapabilmektedir.

2.2.4. Ergoterapi ve Şizofreni

Şizofreni bireylerin tekrarlı biçimde uzun yatışlar ile beraber toplumsal yaşamdan uzaklaşmasına, iş sürdürmede zorluklar yaşamasına ve sosyal bağlantılardan kopmasına sebep olmaktadır. Psikomotor yavaşlama, katatoni ve istek dışı hareketler ile akatizi gibi ekstrapiramidal belirtilere bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi becerileri zayıf olmaktadır (Tanrıverdi, 2014). Genellikle eğitim, iş ve öz bakım gibi üretici aktiviteler ile serbest aktiviteler gibi değişik işlevsel alanlarda yahut toplumda farklı insanlarla, aileler ya da arkadaşlarla ilişkilerin sürdürülmesinde zorluklar meydana gelebilmektedir.

Kişî odaklı Ergoterapi müdahalelerinin şizofreni rahatsızlığı bulunan bireylerde iyileşme sürecine pozitif katkıları yapıldığı gerçekleştirilen çalışmalarda desteklenmiş bir neticedir (Foruzandeh, 2013). Ergoterapi programlarına katılım sağlayan ve ağır ruhsal rahatsızlıkları bulunan bireyler açısından iyilik halinde ve toplumsal katılımda artış ve buna ek olarak sosyal yönetimde daha başarılı ve belirtilerin ortadan kaldırılması söz konusu olmaktadır. Bu müdahale ile ayrıca olumsuz belirtilerde, hastanede yatma oranlarında ve sosyal açıdan dışlanma durumunda azalmalar ortaya çıktığı saptanmıştır (Tanrıverdi, 2014).

Cook ve ark. (2009) tarafından toplum ruh sağlığı merkezinde takipleri yapılmakta olan şizofreni ve psikoza bulunan kişilerde merkezde rutin takipleri gerçekleştirilen bir diğer grup karşılaştırılmıştır. Çalışma kapsamında yapılan değerlendirmede ilk sonuçlarda farklar meydana gelmezken, bir yıl aradan sonra yapılan değerlendirmede sosyal ilişkiler, sosyal işlevsellik, bağımsız biçimde performans gösterme, rekreasyon ve bağımsızlık gibi alanlarda anlamlı şekilde iyileştirmeler yaşandığı tespit edilmiştir.

Ruh sağlığı açısından ergoterapinin amacı kişî bakımından üretici ve anlamlı hayat rolleri katılımının sağlanarak kişilerin bağımsız biçimde yaşama yeteneklerini artırmaktır. Ergoterapistler, bireyler için çalışan, ebeveyn, arkadaş ve çocuk gibi birey için anlamı bulunan rolleri belirler ve tanımlarlar. Kişilerin iyileşme süreçlerinde rollerin yeniden tanımlanması ve zamanın nasıl kullanılacağına öğrenilmesi hususunda yardımcı kişilere yardımcı olmaktadır. Rollerin tanımlanarak gerçekleştirilmesi bireylerin kişisel kimliklerine katkıda bulunmaktadır.

Şizofreni açısından Ergoterapi yaklaşımlarında katılıma ve aktivite performansına yönelik farklı teorik modeller uygulamaya konulmaktadır. Bunlardan

ilki kişi, çevre ve aktivite modelidir. Yukarıda da bahsedildiği gibi söz konusu model iyilik hali ve aktivite performansına tesir edebilen ve rahatsızlık ile beraber benlik kaybına katkıda bulunan kişi, çevre ve aktivite ile alakalı etkenleri tanımlamaktadır (Crouch, 2004).

Diğer bir model olan insan aktivite modeli kişilerin sağlıklarının desteklenerek günlük yaşam aktivitelerini kullanmalarına dayanan bir çevçeve oluşturmaktadır kişi için anlam ifade eden aktivitelerin nasıl motive edileceği ve gerçekleştirileceğini kavramayı amaçlamaktadır. Müdahale v değerlendirme kişilerin rutinleri, rolleri, alışkanlıkları ve iradeleri ile performans kapasitelerini dikkate almaktadır (Kielhofner ve Burke, 1980).

İrade ve anlamlı aktiviteye vurgu yapmakta olan farklı bir model ise “Yaratıcı Beceriler” modelidir. Bu model iradenin eylem ve motivasyona geçme durumu olarak ifade edilmektedir. Şizofreni rahatsızlığında iradenin kaybolması hastalığın en önemli aşamalarından birisi niteliğindedir. Buna bağlı olarak aktivitelere katılımlarda yaşanan güçlükler şizofreni rahatsızlığı bulunan kişilerde yaratıcı beceriler modelinin kullanılmasını söz konusu yapmıştır (Casteleijn, 2014).

Farklı bir model ise günlük yaşam aktivitelerinin yarı yapılandırılmış görüşmeler ile değerlendirildiği, müdahale planlarının meydan getirildiği ve takiplerin yerine getirildiği “Kanada Aktivite Performans Modeli” olarak değerlendirilebilir. Söz konusu model kişilerin problem yaşadıkları aktivite performans alanlarını tanımlamakta ve kişi tarafından aktiviteye dair performans düzeyinin ve performansın memnuniyetini değerlendirmektedir. Hem model hem de ölçüm aracı olarak ruh sağlığı anlamında çok sık bir biçimde kullanıldığı ifade edilebilir (Kielhofner ve Burke, 1980).

Amerikan Ergoterapi Derneği tarafından 2002 yılından yayımlanan ergoterapi referans çerçevesi kapsamında, performans alanları birkaç bölüme ayrılmıştır. Bunlar; günlük yaşam aktiviteleri, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri, eğitim, serbest zaman, iş ve gönüllülük ile sosyal katılım şeklinde kategorize edilmiştir. Ergoterapi değerlendirme süreci, bireylerin bu alanlardaki aktivite performansına tesir eden etkenleri ele almakla başlamaktadır. Ergoterapi referans çerçevesi kapsamında, ergoterapinin çalışma alanı performans becerileri ve paternlerinin içinde bulunduğu çevre, aktivite ihtiyaçları ve bireye has etkenlerden etkilenen performans alanlarından meydana gelmektedir (Meriano ve Latella, 2007).

Hastalığın engellilik ve bozukluk duyusal, ruhsal ve hareket ile alakalı fonksiyonları içermekte olan aktivitelere bireylerin katılma becerisini etkileyebilmektedir. Amerikan Ergoterapi Derneği'nin yayımladığı rapor kapsamında Ergoterapist, performans etki edebilen, kişi ile alakalı etkenleri dikkate almaktadır. Bunun yanı sıra spesifik bir şekilde aktivite performansının etkilenebileceği bireyin dahil bulunduğu çevre ve bireyin belirli bir aktiviteyi yerine getirebilmesi amacıyla ihtiyaç duyulan duyu, motor ve kognitif yeteneklerin değerlendirilmesi gerekli olmaktadır (Meriano ve Latella, 2007).

İlk olarak aktivite profili yani kişinin günlük aktivite performansı, gereksinimleri, sorunları ve kaygıları ele alınmaktadır. Daha sonra ise grup ya da birey olarak söz konusu aktiviteleri yerine getirme becerisine tesir eden performans hususlarını ele almaktadır. Performans hususlarında çalışmak için ergoterapist tarafından hangi performans becerileri ve paternlerine gereksinim duyulduğunu bilmesi gereklidir.

Şizofren tanısı bulunan kişilerde hastalık kapsamında negatif ve pozitif belirtilerle ortaya çıkan bilişsel yıkım kişilerin günlük yaşam aktivitelerinde göstermiş olduğu performansı negatif anlamda etkileyen kişi ile alakalı faktörlerdir. Bunun yanı sıra hastalık kişilerin motor, iletişim ve süreç becerilerinde bir takım sorunlara yol açmaktadır. Buna bağlı olarak performans becerilerinin değerlendirilmesinin yapılması gerekmektedir. Yine söz konusu bireyler günlük alışkanlıklarını, rutinlerini ve rollerini yerine getirememektedir. Değerlendirme ve müdahale genel olarak bütün bu alanları içermelidir (Meriano ve Latella, 2007).

Ergoterapi değerlendirme yaparken kişi merkezli olarak değerlendirme yapmaktadır. Bireylerin tercihleri, ihtiyaçları ve istekleri ön planda tutulmaktadır. Bu bilim kişinin bir tane olduğunu ifade etmekte ve kişiye özgü değerlendirme yapmayı öneren bir yaklaşıma sahiptir (Kielhofner ve Burke, 1980).

Ergoterapistler, kişi için anlamı bulunan, hoşuna giden ve olanaklı sayılabilecek aktiviteleri değerlendirmeye almaktadır. Ergoterapist ilk değerlendirme aşamasında kişinin güçsüz yahut güçlü yanları ile becerilerine ve kişideki bozulmalara odaklanmaktadır. Danışanların günlük yaşam aktivitelerine katılmasını değerlendirme ve gözlemlleme yolu ile teşhis aşamasında katkı sunmaktadır. Söz konusu süreçte danışanın yaşamında ne gerçekleştirmek istediği ve bunu gerçekleştirme imkanları ile gereksinimlerini bireysel anlamda değerlendirmektedir (Kielhofner ve Burke, 1980).

Değerlendirme açısından önemli bir faktör ruh sağlığı bozukluğu bulunan bireylerin beceri seviyeleridir. Birey açısından önerilmekte olan aktivite bireyin beceri düzeyi için uygun ve gerçekçi olmalıdır. İlk değerlendirme aşamasında Ergoterapi için aktivitelerin kişinin öz bakım aktivitelerini değerlendirmektedir. Söz konusu kişilerde aktivite performans düşüklüğünü ortaya koyan göstergeler, kişisel bakım hijyen eksikliğidir. Kişinin performansının değerlendirme aşamasında bireyin öz bakımını gerçekleştirme durumu aktiviteyi gerçekleştirirken gözlemlenmelidir (Shorten ve Crouch, 2014).

Şizofreni bulunan kişilerin aktivite rol dengesinde düşüklük olduğu ifade edilmektedir (Bejerholm, 2010). Bunun yanı sıra çoğunun rollerinin farkında olmadığı, buna bağlı olarak da ne yapmaları gerektiği ile alakalı bilgilerinin bulunmadığı görülmektedir. Bundan dolayı değerlendirme için temel olan alanlardan ve kişi için iyileşme açısından önemli etkenlerden biri bireyin rollerinin ele alınması olacaktır (Ward, 2003).

Akut durumlarda Ergoterapi değerlendirmeleri çok sayıda amaca hizmet edebilmektedir. Özellikle klinikte yatarak tedavi görmekte olan danışanların alevlenme gibi belirtileri sürebilmektedir. Böyle bir durum karşısında ergoterapist ekiplerin kararları neticesinde danışanın değerlendirilmesi yapılmaktadır. Akut durumda ergoterapistin rolü, danışanların taburcu ardından rollerini ve aktiviteleri nasıl yapabileceğine yönelik danışanların aktivite performanslarını değerlendirmektir. Yapılan değerlendirme, kişinin sosyokültürel seviyesine uygun biçimde olmak zorundadır. Klinik olarak gerçekleştirilmiş bir değerlendirme aracı tercih etmek son derece zor olabilmektedir. Düşüncenin içeriği dağınık ve dezorganize davranışları bulunan bir danışanın değerlendirme ya da görüşmeye konsantre durumda bulunması hayli güç olacağından çoğunlukla güçlü ve en iyi değerlendirme aracı olarak klinik gözlemlene değerlendirilmektedir. Gözlemin kolaylaştırılması için ise, aktivite kullanımıyla grup yahut bireysel aktivitelerinden faydalanmak söz konusu olabilir (Shorten ve Crouch, 2014).

Değerlendirme araçlarının seçilmesi, değerlendirmenin maksadına ya da terapistin referans çerçevesine bağlı bulunmaktadır. Ağır bir biçimde ruhsal bozukluğu bulunan kişiler ile çalışırken bir aktivitenin basamaklara ayrılmasından daha fazla becerilerine odaklanmış olan top-down yaklaşımı ile pratik değerlendirilmelerin yapılması son derece önemlidir (MacRae ve Andonian, 2013).

Bu noktada çok sayıda standardize test kullanılabilmektedir. Değerlendirme açısından kullanılan testlerden birisi de psikiyatri alanında sıklıkla tercih edilen, yarı yapılandırılmış ve danışan odaklı bir değerlendirme aracı olan KAPÖ'dür (Kielhofner ve Burke, 1980).

Görüşme formatı açısından en uygun ve kullanışlı olan bu test ile danışanın aktivite performans ile alakalı kendi algısının ölçülmesi sağlanır. KAPÖ gerçekçi ve danışana uygun amaçların ortaya koyulmasını sağlamak ile beraber danışanın tatmin ve performans algısı ile alakalı da sonuç ölçümü vermektedir (MacRae ve Andonian, 2013).

Diğer değerlendirme araçları içinde aşağıda yer alanlar bulunmaktadır (Kielhofner ve Burke, 1980);

- Bireysel Yaşam Becerilerinin Değerlendirmeleri,
- Bay Area Fonksiyonel Performans Değerlendirme,
- Motor ve Süreç Becerileri Değerlendirme
- Hastane ve Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

Şizofreni ile birlikte ortaya çıkan duyu işleme bozuklukları ve algısal bir takım bozulmaları değerlendirmekte olan Yetişkin Duyu Profili, bunun yanı sıra baş etme becerileri, çevresel modifikasyonlar ve duyu modülasyonlarıyla alakalı müdahale planlamada kullanılır. Aktivite Performans Öykü Görüşmesi yapılandırılmış nitelikte bulunan görüşme durumunda danışan tarafından sahip olunan aktivite yeterliliği, aktivite kimliği ve aktivite davranışıyla alakalı alanlardaki değerlendirmeyi ölçekler aracılığı ile gerçekleştirmektedir. Farklı bir kullanışlı ölçüm aracıysa, şizofreni hastalığına sahip olan bireylerin fonksiyonel becerilerinin değerlendirilmesini sağlayan aktivite analizidir. Rutin bir aktiviteye katılan kişinin gözlemlenmesi sayesinde bilgi sağlanabilmektedir (MacRae ve Andonian, 2013).

Birey merkezli bir yaklaşım olan ergoterapide müdahale planlanırken gereksinimlerinin göz önüne alınması gereklidir. Bireyin ihtiyaçlarının belirlenmesi müdahalenin etkinliği açısından faydalı olacaktır. Dolayısıyla yapılacak olan müdahale için kişiye özel olmasından bahsetmek mümkündür. Şizofreni bulunan kişilerde Ergoterapi kişinin günlük rollerinin yerin getirilmesini sağlamaktır. Rollerin gerektirmekte olduğu günlük yaşam aktivitelerini öğrenme ve öğretilmesi, bireyin bu süreci organize etmesi ve stres yönetiminde yardımcı olmaktadır. Ergoterapiyi sürdüren çok sayıda danışan için ortak amaç; aktivitelerin kullanımıyla stres ve anksiyeteyle baş edebilmek, enerji ve agresyonu farklı bir tarafa yönlendirmek,

konsantrasyonu iyileştirerek yahut eğlenceli aktivitelere ilgisini çekmektir (Shorten ve Crouch, 2014).

Gerçekleştirilen müdahale danışanın işlevsellik seviyesine göre toplumsal katılımı iyileştirme durumuna odaklanmalıdır. Ergoterapi programları çoğunlukla günlük yaşam aktiviteleri, egzersiz aktiviteleri ve rekreasyonel aktivitelerden biri yahut birkaçını içermektedir. Bu programlar kapsamında hedeflenen yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Kielhofner ve Burke, 1980).

Ergoterapistler bunun yanı sıra danışanların hastalık kontrollerinde psikoeğitim seanslarının sürdürülmesinde ve tedaviye gösterilen uyumun artırılmasında görev almaktadır (Shorten ve Crouch, 2014).

Literatür incelendiğinde şizofrenide bilişsel rehabilitasyon, yaşam becerilerinin eğilimi, destekli eğitim, biofeedback, yaşam dengesi müdahalesi kişilerarası ve sosyal beceri eğilimi ile farkındalık terapisi ve destekli istihdam gibi oldukça farklı müdahale yaklaşımları önerilebilmektedir.

Müdahale danışmanın sahip bulunduğu işlevsellik seviyesi kapsamında toplumsal katılımın iyileştirilmesini amaçlamaktadır. Toplum temelli hizmet, kısa süreye sahip müdahaleler yerinde daha uzun süreli devamlı ilişkiler ve görüşmeler sağlayarak işlevselliğin iyileştirilmesi için büyük öneme haizdir. Şizofreni hastalığına sahip olan kişilerin toplumdaki rehabilitasyonu multidisipliner bir ekip çalışması ile meydana gelebilmektedir. Buna bağlı olarak ekip içinde ergoterapistlerin önemli bir rolü bulunmaktadır (Kielhofner ve Burke, 1980).

Toplum temelli olan ruh sağlığı hizmetleri, oldukça kapsamlı müdahaleleri içerir. Söz konusu müdahaleler, ağız bakımı, kişisel bakım, banyo ve ilaç yönetimi gibi günlük yaşam aktivitelerini içermektedir. Ayrıca para yönetimi, toplu ulaşım, yemek hazırlama ve ev ile işin yönetimi gibi aktivitelerden meydana gelmektedir. Ayrıca işi sürdürebilme ya da iş arama, iş ilişkileri ve iş stresini kontrol edebilme çalışmalar alakalı beceriler de bu müdahaleler arasında yer almaktadır. Ek olarak zamanın yönetilmesi, ilişki kurulması gibi sosyal etkileşim ve diyet yapma, sigarayı bırakma, egzersiz ve kilo verme gibi iyilik halinin oluşturulmasına yönelik müdahalelerle iş ortamının uygun duruma getirilmesi gibi çevresel düzenlemelerden meydana gelmektedir (Ramsey, 2014).

Bejerholm ve Eklund (2008) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, 10 şizofreni hastasının zaman kullanımını, katılımcıların günlük uğraşlarını, sosyal ve coğrafi çevrelerini ve aktivite performanslarına duygusal tepki ve yansımalarını yansıtarak

tanımlanması amaçlamıştır. Çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar, katılımcılara uygulanan ergöterapi modelinden yola çıkarak, bireylerin zaman kullanımında yetersizlik tespit edilmiştir. Faaliyetlerin çoğu, kolaylaştırıcı bir ortam tarafından değil, temel, acil yaşam ihtiyaçları veya gerçeklikten kaçma isteği ile kişinin içinden tetiklenmiştir. Ergoterapistlerin, bu grubun çevreyi yeniden şekillendirmesine ve dış dünyayla etkileşimi içeren rolleri yeniden kazanmasına yardımcı olabileceği sonucuna varılmıştır.

2.3. Okupasyonel Katılım

2.3.1. Okupasyon Kavramı

Okupasyon, kişilerin kültürlerince isimlendirilmiş, planlanmış, onlar için önemi olan gün içinde yaptıkları aktivitelerle görevlerini ifade etmektedir. Okupasyon; kişisel bakım, hayatına renk katmak ve beraber yaşayan insanların sosyal ve ekonomik dokusunun arttırılmasını da kapsayan insanlar tarafından yapılmakta olan aktivitelerin tamamıdır (Law ve ark., 1997).

Okupasyon insanlar tarafından istenilen, ihtiyaç duyulan ya da yapmasının zorunluğu olduğu tüm şeyleri ifade etmek için kullanılmaktadır. Bunlar manevi, politik, cinsel, sosyal, zihinsel veya fiziksel nitelikler barındırabilir. Kişinin kendisini ifade etmesi, anlam yaratması veya deneyimlemesine aracılık eden okupasyon hem yansıtıcı ile meditatif hem de hareketli bir temelde olsun, insan varlığını aktivist hale getirecek bir unsurdur (Wilcock ve Townsend, 2014).

Okupasyonun etkisi kişiler için olumlu yönde olmaktadır. Kişiler okupasyonun kendilerine nasıl bir anlam ifade ettiğini keşfederler. Bu sayede değer ile yararlı olma duygusu görünür (Townsend, 1997).

2.3.2. Okupasyonun Boyutları

Okupasyon insanın gerçekliğini hissetmesi, varlığının, oluşunun ve bağlılığının yönlerinin tamamını ifade etmektedir ((Wilcock ve Townsend, 2014). Var olabilmek ve oluşum göstermek gün içi davranışlarımızdan kaynaklanmaktadır ve güneşin her doğuşu görüldükçe de hayatın yapı taşı haline bürünürler (Wilcock, 1996).

Hammell'e göre "anlamların boyutları" şeklinde ifade ettiği kavramda bu okupasyonların dört teması barınmaktadır, var olmak, yapmak, ait olmak ve kendi olmak okupasyonların dört temasını oluşturmaktadır (Hammell, 2014).

"Yapmak" okupasyon kelimesinin geçtiği tanımların birçoğunda ve okupasyon ifadesinin benliğinde bulunmaktadır. Yapma kavramının içeriğinde amaç ve hedef için gösterilen hareketler yer almaktadır. Yapmanın önemi o kadar büyüktür ki, insanlığı onun olmadığı bir şekilde düşünmek mümkün değildir (Wilcock, 1996).

İnsanlık, zorunluluğu bulunan veya bulunmayan tüm konularda hayatlarının kısmen tamamını bilinçli bir şekilde "yapmak" ile geçirmektedirler. Yapmalarının gerekli olduğuna inandıkları şeyleri ya da yapmak istediklerini oluşturan görevleri "yaparlar". İnsan yaşamı, yaşamımıza devam etmemizin yanında, eğlenmemizi sağlayan, bizi heyecanlandıran ya da stres olmamızı sağlayan, yabancılik ve bunalım hislerini yaşatan; sürekliliği olan ve ilerleyen "eylemlere" sahiptir. Yapmak veya yapmamak, sağlıklı ya da hasta olma durumlarının en önemli belirtecidir (Wilcock, 1996).

Var olma; derinlemesine düşünölen, içine kapanık ya da meditatif olmak, kişisel keşif, anı yaşamak, doğa, sanat ya da müzik için minnettar olma ve özel insanlarla beraber olabilmekten zevk alınan zamanları ifade etmek için kullanılır. Bununla beraber kötü bir rahatsızlık ya da bozukluk anlarında doğru yaşam için önemli bir faktör olduğü belirtilmektedir. Var olma; bize ait olan şeylere, davranışlarımıza, ilişkilerimizdeki diğer insanlara, kendimize, doğamıza, özümöze göstereceğimiz sadakat ile ilgilidir. Bu şekilde düşünüldüğünde var olmak, bireylerin benliklerini keşfedebilmesini, düşünmesini, ifade etmesini ve basit bir şekilde yaşamasını sağlayabilecek zamanı bulabilmelerini gerektirmektedir (Wilcock, 1996).

Günümüzde yaşanan doğal ihtiyaçlar ile anlatılanların var olma kavramıyla ilgili olamayacak şekilde değışmesi sebebiyle stres ve dejeneratif hastalıklarının birçoğu, "var olmanın" yanında "yapma" ile ilgili ihtiyaçların nedeninin anlaşılmasının bir ürünü olduğü düşünülmektedir. Ebeveyn veya öğrenci olmak şeklindeki okupasyonel roller tanımlanırken var olma kavramıyla yapma durumu beraber ele alınmalıdır. Var olma kavramı, daha iyisi yapabilmek için kültürel dürtülerle belirli rollere sahip olma şekillerini değıştirir ve her birisinde mükemmele ulaşabilme beklentisi çeşitlilik gösterecek varoluşlarla uğraşmaya sebebiyet verir (Wilcock, 1996).

Kendi olmak; bireylerin gelecekte oluşturmaları benliği ve olası yaşamlarını hayal ettikleri, yeni fırsatların görüldüğü ve biyografileri süresince kim veya ne olacaklarını düşündükleri ve hayatlarına değer katmak için neler yapabileceklerine dair fikir edineceklerini açıklayan bir düşüncedir (Hammell, 1999).

Bu başarılı bir benliğe sahip olma ve anlayabilme çabalarını hatırlatır ve başkalarının yaşantısına bir değer kazandırabileceğini düşündüğü bir geleceğin hayal edilmesi ihtiyacına sahiptir. Fidler, oluşumun üç yönüyle ilgili fikirler sunmaktadır; ben olabilmek, yetkinleşmek ve sosyal bir birey olabilmek. Bu yönlerin tamamıyla oluşma; potansiyeli, gelişimi, dönüşümü ve kendini gerçekleştirmeyi barındırmaktadır (Fidler ve Fidler, 1983). İnsanlar kendilerine göre en uygununa ve olmasını arzuladıklarına ulaşabilmeleri gerekmektedir. Ergoterapistler tarafından sağlanan potansiyelini bulma ve benlik tanınması bu isteklerin kolaylaşmasını sağlamaktadır.

Okupasyon ile terapi bireyin potansiyeline ulaşmasını sağlayacak süreci desteklemektedir. Ait olma terimiyle ilgili Rebeiro ile arkadaşları sosyalleşmenin, bireyler arasındaki desteğin, arkadaşlıkların ve dâhil olabilmek hissinin okupasyonel performansı ve yaşam doyumunu desteklediğini tanımlayabilmek adına kullanır. Okupasyon içerikli programlar, risk barındıran bireylerin ait olabilmek hissini yaşayabilmeleri adına var olma, oluşma, aidiyet ihtiyaçlarına destek vererek yaşam standartlarının daha güzel hale gelebilmesine yardım edebilirler (Hasselkus, 2011).

2.3.3. Okupasyonların Sınıflandırılması

Okupasyonlar bireyler arasında farklılık göstermektedir. Bu sebeple çok boyuta sahip karmaşık yapıdadırlar. Bir okupasyon sınıflandırılmasında kişinin perspektifi, ihtiyaçları, ilgi alanları ve okupasyon içeriği göz önüne alındığından farklılıklar görülür. Örneğin çamaşırların yıkanması kimileri için yardımcı gün içi aktivitesi şeklindeyken başkası için iş ve üretici aktivitesi olabilir ((Law ve ark., 1997).

Okupasyonlar bir bağlam üzerinde gerçekleştiğinden dolayı kişisel etkenler ile performans paternleri sebebiyle çok etkilenirler. Ergoterapistler seansları esnasında okupasyonel sınıflamadan yararlanırken danışanlarının kişisel tecrübelerinin niteliklerini ve okupasyonel boyutlarını dikkate almalı ve onların güçlenmesini sağlamalıdır (Hammell, 2014).

2.3.4. Toplum, Katılım ve Toplumsal Katılım

Toplum

Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre, aynı toprak parçasının üzerinde beraber yaşan ve temel amaçlarını sağlayabilmek adına iş birliği yapmak zorunda olan insanların tamamına “toplum” yani cemiyet denmektedir (Türk Dil Kurumu, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise “toplum” kavramını genel olarak belirli bir coğrafyada yaşamı devam ettiren, sosyal yapısı bulunan, belirli bir sürede ilişkiler geliştiren ve bu ilişkilerle organize edilebilen ortam bir kültüre, değerlere ve normlara sahip olup bunlarla etkileşim kuran bir grup insan şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2001).

Toplum, kişilerin yaşamını devam ettirdiği, çaba gösterdiği, üretim yaptığı, gün içi okupasyonlarını yerine getirdiği doğal olabildiği ortamdır. Ergoterapi için toplum, özetle herkesin ortak bir şekilde katıldığı okupasyonlara dâhil olan küme şeklinde belirtilmektedir (Abaoğlu, 2019).

Katılım

TDK, katılımın tanımını yaparken katılma işi, iştirak ifadelerini kullanmaktadır. ICF’ için katılım kavramıysa, yaşamın içine dâhil olabilmek şeklinde tanımlanırken okupasyon kavramıysa, bir kişi tarafından görevlerinin ya da eylemlerinin yürütülmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Katılım kısıtlılığı, kişinin yaşamın içine girerken yaşayabileceği problemler olarak; okupasyonel limitasyonlarsa kişinin okupasyonlarına devam ederken karşılaşması muhtemel sorunlar şeklinde açıklanır (WHO, 2001).

Ergoterapi bakımından incelendiğindeyse katılım kavramı; günlük aktivitelerin yerine getirilerek yaşamın devam ettirilmesi şeklinde belirtilmektedir. Ergoterapi çalışmalarının temel amacı, katılımdır (Sladek, 2007).

Katılım ile okupasyon alanları birbirine bağlıdır ve birbiriyle ilişkili birçok unsurdan oluşmaktadır. Örneğin, günlük rutinlerin düzenlenmesi, okul hayatı, bireysel veya toplumsal görevlerin üstlenilmesi, stres yönetiminin yapılması ve benzeridir. ICF için okupasyon ile katılım alanları, bilginin öğrenilmesi ve uygulanması, genel görevlerle istekler, etkileşim, mobilite, kişisel bakım, ev ile işteki yaşama alanları, kişilerin birbiriyle yaşadığı etkileşim ve ilişki, yaşam alanlarının büyüklüğü ve toplumsal, sosyallik ve toplumsal görevler olacak şekilde dokuz alandan oluşmaktadır (Ostir ve ark., 2006).

ICF, “okupasyon ile katılım” alanları içinde bulunan “okupasyon” ile “katılım” kavramlarının birbirinden ayrılmasının zor olacağını belirtmektedir. Bu kavramlar, performansla kapasite şeklindeki iki farklı unsurla değerlendirilmektedir. Performans, kişinin bulunulan durumda ne yapabildiğini; kapasiteyse kişinin okupasyonun yürütülmesindeki yeteneği şeklinde açıklanmaktadır. Bu açıklamalar, katılımın nicelik ve nitelik bakımından oluşabilecek özelliklerini ön plana çıkarmaktadır (Law, 2002).

Katılımın nicelikle ilgili olan boyutu, gün içi aktivitelerdeki rollerin temelini oluşturan okupasyonların gerçekleştirilmesi adına gösterilen performansı anlatabilmektedir. Okupasyonların gerçekleştirilmesindeki sıklıklar ve bu okupasyonların gerçekleşmesine ayrılan zaman, çalışma veya eğitim hayatı, medeni durumu, çevresini oluşturan insanlar, yaşanan çevre, zorluklarla kısıtlıklar, sosyal etkileşimler, toplumsal kaynaklar şeklindeki çeşitli faktörler katılımın belirlenmesini sağlayan niceliksel unsurları olarak ifade edilmektedir (Abaoğlu, 2019).

Katılım kavramı 1990 senesinden sonra literatür içinde sıkça kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzdeyse kişilerin katılımını arttırabilmek; rehabilitasyon hizmetinin temel amacı şeklindedir (Şanlı, 2020).

Toplumsal Katılım

Toplumsal katılım, bir kişinin topluluk içerisinde sosyal etkileşime girerek okupasyonlara katılım sağlaması şeklinde tanımlanır. Toplumsal katılım, bireylerin kendi alanlarında olan okupasyonların katılımında yeterlilik göstermesi durumudur (Akyürek, 2011).

Toplumsal katılımın birçok boyutu bulunmaktadır. Toplumsal katılımın yaşamın tamamında ve alanların hepsinde değerlendirmeye alınması çok önemlidir. Kişilerin okupasyon ile ilgili bireysel tercihleri; hangi okupasyonu, nerede ve nasıl yaptıkları, okupasyonla ilgili memnuniyet seviyesi oldukça önemlidir. Kişilerin toplumsal katılımında etkisi bulunan bireysel, çevresel ve okupasyonla alakalı faktörler bulunabilir ve bu faktörler birbirlerine bağlıdır. Katılımın değerlendirilmesi esnasında bu faktörlerin birbiriyle kurduğu bağda göz ardı edilmemelidir (Akyürek, 2011).

Toplumsal katılım; iletişim becerisinden daha karmaşık ve topluluk, aile, yakın çevreyle gerçekleştirilmekte olunan okupasyonları kapsamaktadır. “Topluma katılım” kişinin bir topluma, ortama, iş veya okul hayatına katılım sağlayabilme yeteneğini; “aileye katılım” ailede bulunan rollere katılabilme ve bu katılım

esnasındaki başarabilme yeterliliğini ve “akranlara ve/veya arkadaşlara katılım” yakınlık derecesine göre farklılık gösterecek ilişkilere katılabilme potansiyelidir (O’Sullivan, 2003).

Kişilerin toplumsal katılımı ile ilgili değişik okupasyon alanları bulunmaktadır. Bunlar; gün içi aktiviteler, uyku ile dinlenme, iş, sosyalleşme, eğlenme, oyun, eğitim, yardımcı gün içi yaşam aktivitesi şeklinde 8 başlık içinde toplanabilmektedir ve Tablo 2.1. üzerinden gösterimi sağlanmaktadır.

Tablo 2.1. Okupasyon Alanları

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Banyo yapmak, tuvalet ve tuvalet hijyeni, giyinmek, beslenmek, fonksiyonel hareketler, bireysel hijyen ve kendine düzen verme, cinsel aktivite.
Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri	Biriyle ilgilenme, hayvan bakmak, iletişim teknikleri, araç kullanmak, toplu taşıma kullanımı, paranın idare edilmesi, sağlık yönetimi, ev idaresi, yemek hazırlama, bulaşık yıkama, alışveriş, dini aktiviteler, güvenlik.
Uyku ve Dinlenme	Uyku hazırlığı yapma, uyuma ve dinlenme
Eğitim	Resmi yahut resmi olmayan eğitim
İş	İş hazırlığı yapma, çalışma
Oyun	Grup ya da bireysel aktiviteler
Eğlence	Uyku ve dinlenme faaliyeti dışında kalan planlı yahut plansız aktivitelerin tümü
Sosyal Katılım	Aile, iş ve arkadaş çevresinde yapılan aktiviteler

Kaynak: (American Occupational Therapy Association, 2014).

Okupasyon kavramı ve okupasyonel katılımı ile alakalı yapılan çalışma sayısı oldukça az olsa da Ergoterapi ve dolaylı yoldan toplumsal katılımı ile alakalı yapılmış olan bir takım çalışmalar bulunmaktadır. Söz konusu çalışmaların bazıları şu şekildedir;

Tereyama (2015) tarafından yapılan çalışmada, Japonya’da uygulanmakta olan ergoterapide bulunan fırsatlar, yenilikler ve güçlükler Japon Ergoterapistler Birliği gözünden ele alınmıştır. Araştırma kapsamında 2014 yılında gerçekleştirilen Uluslararası Dünya Ergoterapi Federasyonu Kongresi kapsamında yapılan araştırmalar incelenmiştir. Kongre ve araştırma neticeleri genel anlamda incelendiğinde, ergoterapi günümüzde çok önemli ve ön plana çıkan bir olgu olarak ifade edilmektedir. Buna bağlı olarak söz konusu alanda çok sayıda yenilik ve geliştirilmesi gereken eksiklikten söz etmek mümkün olmaktadır.

Moreau ve Drolet (2015) tarafından ortaya konulan araştırmada, ergoterapistlerin algıları ve terapinin değeri Kanada’da incelenmiştir. Araştırmada yirmi altı ergoterapist üstünde yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmış ve ergoterapistlerin sahip oldukları değerler ele alınmıştır. Araştırma sonucuna dayanarak mesleki otonomi, etkinlik, ekolojik yaklaşım, sağlık, çevre, yaratıcılık vb. toplamda on altı değer yargısının Ergoterapide ön plana çıktığı rapor edilmiştir.

Bonsaksen ve Carstenssen (2016) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, Ergoterapi yapmakta olan uzmanlarla Ergoterapi öğrencilerinin aralarındaki farklı ve benzer yanları incelenmiştir. Araştırmada doksan altı Ergoterapi öğrencisi ve yüz dokuz Ergoterapi uzmanı üstünde öz değerlendirmeye yaramakta olan ölçeğin de bulunduğu anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucuna dayanarak Ergoterapi uzmanlarının uygulamada, öğrencilere istinaden daha çok empatiye yer veren ve işbirlikçi yaklaşımlar sergiledikleri söylenebilir. Bu sebeple ergoterapinin uygulanmasında, uygulayan kişilerin mesleki tecrübelerinin önem kazandığı ifade edilmektedir.

Fioritti ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada, psikososyal rehabilitasyon sürecinin bir parçası olarak ergoterapinin etkinliği ve rolü İtalya’da incelenmiştir. Araştırmada İtalya genelinde başlamış olan psikososyal rehabilitasyon araştırmaları ve bu araştırmalardaki ergoterapinin rolü 1978 yılından beri incelenmektedir. Araştırma sonucuna dayanarak Ergoterapi devamlı artan oranda rehabilitasyonda kullanılmakta ve çok etkili sonuç vermekte olduğu tespit edilmiştir.

Lapointe ve ark. (2016) tarafından yapılmış bulunan çalışmada, ergoterapi aşamasında mesleki manada adalet ve insan hakları konusu incelenmiştir. Araştırmada Kanada Ergoterapistler Derneği tarafından geliştirilen ilerleme ve mesleki gelişim ile ilgili yönergeler, uygulama bakımından nitel bir şekilde değerlendirilmiştir. Çalışmada elde edilen sonuçlar kapsamında Ergoterapi, meslek standartları ve etiği ile insan hakları konusunun büyük önem taşıdığı ifade edilmiştir.

2.4. Yaşam Kalitesi

1970’li yılların başından itibaren yaşam kalitesi kavramına dair ilgi ve klinik uygulama ve araştırmalarda artış yaşanmaya başlamıştır. Yaşam kalitesi sağlık hizmetlerinin kalitesini ve neticelerinin değerlendirmek maksadı ile büyük öneme

sahip olmuştur. Sahip olduğu öneme rağmen yaşam kalitesine dair tanım yahut doğru ölçüm hususunda bir fikir birliği oluşturulmuş değildir.

Yaşam kalitesi, geç modern toplumlar açısından demografik ve sağlık profillerinde meydana gelen değişikliklerin arkasından 1970'li yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Bu terim geleneksel açıdan halk sağlığı ile ilgilenmiştir. Yirminci yüzyılın ilk yarısındaki halk sağlığı kapsamı, erken ölüm kalıpları ile ve daha çok morbidite prevalansı ve insidansı ile başa çıkılmasına katkı sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Farklı bir ifade ile tıbbın dikkatini yaşam miktarına odakladığından bahsetmek mümkün olacaktır. 1960'lı yılların sonuna doğru farklı bir konu daha ortaya çıkmıştır. Yaşam kalitesinden ilk kez Elkington (1966) bahsetmiştir. Bu bağlamda doktorlar tarafından bireysel hastaların yaşam kalitesinin nasıl korunacağı gibi sorulara cevap aranmaya başlanmıştır. 1970'li yıllara gelindiğinde Sharon Wood-Dauphinee (1999) tarafından belirttiği gibi yaşam kalitesi terimi tıpta kullanılmaya başlanmıştır. 1977 yılında Yaşam kalitesi, “*ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi MEDLINE Bilgisayar Arama Sisteminin Tıbbi Konu Başlıkları*” içinde anahtar kelime durumuna geldi. MeSH (Tıp Konu Başlıkları) içinde yaşam kalitesi tanıtıldığında “*yaşam niteliklerinin değiştirilmesi ve iyileştirilmesi ile ilgili endişeyi yansıtan genel bir kavram, örneğin fiziksel, siyasi, ahlaki ve sosyal çevre; bir insan yaşamının genel durumu*” şeklinde belirtilmiştir. 1970'li yıllarda doktorlar, sağlık konularında karar verilebilmesi için yaşam kalitesini kullanmışlardır. Her zaman ikilemler, trajik veya acı verici seçimler içeren tıp pratiği kapsamında esasen, agresif ve yenilikçi terapi ve tedaviler yaşam süresini başarılı bir şekilde uzatmıştır. Bu sayede artan yaşam beklentisine bağlı biçimde artan yaşam sürenin kalitesinin değerlendirilmesi için talebin yükselmesi söz konusu olmuştur (Carlens ve Dahlström, 1971).

Yaşam süresinin yükselmesi ve bir takım terapötik prosedürler ile alakalı yan etkiler için gerekli olan fedakârlıklar, yenilikçi cerrahinin ardından bir biryin yalnızca hayatta kalmasını değil, hayat kalitesini de dikkate alması gerekliliğine de vurgu yapmıştır. Bunun yanı sıra doğum öncesi tanı türünde yeniliklerin kullanıma sunulması ile uzmanlar tarafından hangi fetüslerin iptal edileceğine karar verilmesi açısından yaşam kalitesi kavramının kullanılması söz konusu olmuştur (Lebacqz, 1973).

1980 yılının ardından yaşam kalitesi, çocuklar ve yetişkinler arasında ve tedavilerin sınırlandırılıp sınırlandırılmaması anlamında yol gösterici bir araç olarak

kabul görmeye başlamıştır. Bunun yanında tahsis edilen sağlık kaynaklarının yaşam kalitesinin önemini artırdığını da belirtmek gereklidir (Hoppe ve Russell, 1983).

1980'li yıllarda tedavi yelpazesinin genişlemesi çok sayıda farklı hasta grubunda etkinlik ve etki açısından daha sistematik bir değerlendirme yapılmasına olanak sağlamaktaydı. Hem daha kapsamlı olan sağlık hizmetleri hem de paralı hale gelmişti. Bu bağlamda sağlık durumu ile yaşam kalitesiyle alakalı geniş tanımlara dayanan bakımın sonuçlarının değerlendirilmesi yapıldı. Yaşam kalitesine dair ölçütler, ekonomist ve diğerleri için artık bir araştırma konusu olmaktan çıkıp, halk sağlığı alanında bulunan yöneticiler ve uzmanlar tarafından sağlık politikalarına rehberlik yapacak potansiyel düşüncelere dönüştü. Gereksinimlerin karşılanması için daha çok kaynak sağlanması yerine, uygun biçimde yönetimi sağlanan bütçeler dahilinde çok daha kaliteli ve etkin hizmetler hedeflenmeye başlayarak bu anlamda adımlar atıldı (Goodinson ve Singleton, 1989).

Uzmanlar artık tedavileri yaşlılar ya da kişiler olarak sınıflandırmak yerine yeni öncelikler belirlemiş ve söz konusu önceliklerin son derece kapsamlı olması sağlanmıştır. Bu bağlamda belirlenen Kalite Ayarlı Yaşam Yılı ve olası kullanımları husundaki tartışma, 1980'li yılların ortalarından itibaren gelişen ikinci yöneticilik dalgasının bir parçası olmuştur (Hatzianandreu ve ark., 1988).

Neticede araştırma gerçekleştirenler alakalarını sağlığa yönlendirmiş ve yaşam kalitesinin ölçülmesi için farklı araçlar gerçekleştirmişlerdir. Bu bağlamda Tıbbi sosyal bilimciler için bir yaşam kalitesi ölçüsünün geliştirilme aşamasında büyük metodolojik zorluklarla karşılaşıldığından bahsetmek gereklidir. Doktorlar hemşireler, hastalar, hasta ve ailesiyle ilgilenen farklı kişiler arasında olan yaşam kalitesi ile alakalı etkenler üstünde bir fikir birliği kuran araştırmacıların, hastanın yaşam kalitesine dair yaptıkları akademik çalışmalar büyük ilgi gömüştü, fakat bu tür araştırmaların uygunluğu ile uygulanabilirlik durumu hakkında bir tartışma oluşmuştur (Goodinson ve Singleton, 1989).

Yaşam kalitesi araştırmasını yerine getirenler, bu durumun sağlık hizmeti çabasının nihai yolu olacağına ve sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik bulunan hedeflerin laboratuvar değerlendirmesi ve hastalarda bulunan fonksiyonel neticelere yeniden odaklanması gerekliliğini ifade etmişlerdir. Bu bağlamda yeni önlemlerin ortaya konulması 1990 yılına kadar devam etmiş ardından da 20 yıl süresinde psikometrik özelliklerin ölçülmesi için metodolojik titizliğin gelişimi sağlanmıştır. Buna bağlı olarak ilk etapta bilim insanları tarafından geniş hasta grupları hakkında

bilgi elde edilmek maksadı ile çok boyutlu ve genel anketler geliştirdi. Daha sonra ise hastaların fonksiyonel becerilerini değerlendirmeyi hedef alan hastalığa özgü anketler ortaya koyuldu. Bunun yanı sıra, söz konusu anketler yaşam kalitesinin tıpta kullanımını gúçleřtiren bir takım kavramsal ve metodolojik sorunları da beraberinde getirmiştir. Esasen, yaşam kalitesine olan ilginin bu kadar artmasına karşın, tanımı ústünde bir fikir birliğinin bulunmaması bu noktadaki ilk sorunlardan birisi olmuştur. Söz konusu süreç içinde araştırmacılar tarafından, yaşam kalitesinin bileşenleri arasındaki bağlantıyı açıklayacak bir temel ve kavramsal bir model yahut teori oluşturulamamıştır. Oluşturulan bu yeni alan, neyin ölçüldüğünün ve hangi anlama geldiğinin kavranmasına engel olan araştırmalardaki bilim eksikliği sebebi ile ciddi biçimde eleştirilmiştir (Gill ve Feistein, 1994).

1994 yılında Albrecht tarafından yaşam kalitesi araştırmalarının geniş ölçüde tümevarımsal biçimde gelişmesine bağlı olarak teorik çalışmanın araç geliştirme ve doğrulamanın arkasında kaldığı ifade edilmiştir. Bu sayede, 1990'lı yılların ortalarında, yaşam kalitesini daha geniş bir kesinlik kapsamında tanımlamaya yönelik farklı bir girişim olmuştur. Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren sağlık kavramında ortaya çıkan farklılıkların yaşam kalitesi fikrine derinden tesir ettiği ve değiştirdiği belirtilmiştir. (Ventegodt ve ark., 2003).

2.4.1. Kalitenin Tanımı

Yaşam kalitesiyle ilgili bir çalışma yapılması esnasında ilk akla gelen kalite kelimesinin doğru tanımının yapılabilmesidir. Latince (qualis) kelimesinin türetilmesiyle ortaya çıkmış olan “kalite (Qualites)” kelimesinin asıl anlamı “nasıl oluştuğu” şeklinde yorumlanmaktadır. Bu anlamdan yola çıkılırsa üretilmiş olan ürün veya hizmetin hangi amaç doğrultusunda kullanılırsa, neler ile nasıl olabildiklerini açıklayabilmek adına kullanılmaktadır (Güngör, 2008).

Teknik olarak güvenilirlikle uygunluk anlamlarını taşımakta olan kalite daha formal anlamdaysa Uluslararası Standardizasyon Teşkilatınca yapılan tanıma göre hizmetler ya da ürünlerin belirtilmiş veya olması gereken şeylerin karşılanmasındaki niteliklerinin toplamıdır (Ceylan, 2008).

Kalite, iyi olan durumların derecesinin tanımı olarak kullanılmaktadır. İnsanların tamamı yaşanmalarının daya iyi seviyelere çıkarabilmek, hayatlarında bulunmayan, özlem çektikleri şeylerin sahibi olabilmeyi daha net bir şekilde ifadeyle

rahat ve huzurlu olmayı istemektedir. Bu sebeple Yaşam Kalitesi kişilerin kendi gelişimlerini tamamlamaları, yaşamlarına çeşitlilik katmaları ve amaçlarına ulaşabilmeleriyle ilgilidir (Bozkurt, 2003).

2.4.2. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütüne göre, yaşam kalitesi kişilerin yaşamış olduğu toplumun içindeki kültür ile değerler sistemiyle uyumlu yaşaması, beklentileri, anksiyetesi ve hedefleriyle ilgili hayatının hangi konumda olduğunu algılayabilmesidir (WHOQOL, 1994).

Yaşam kalitesinin birçok disiplin için farklı anlamları olabilmektedir ve genel olarak tek bir doğru anlamı yoktur. Ruh sağlığındaki yaşam kalitesinin iyi hissedilmesi, sosyolojiye göre refah düzeyinin seviyesi, sağlık açısından beden sağlığının durumu, finans alanındaysa gelişimi anlatmaktadır (Ağır, 2017).

Yaşam kalitesinin etkilendiği içsel ile dışsal faktörler görülmektedir. Literatürde görülen bir araştırmaya göre yaşam kalitesinin düşüklüğüne sebep olabilecek bazı etkenler kadın olmak, dul veya boşanmış olmak, entelektüel seviyesinin düşüklüğü, düşük finansal seviye, sosyal desteğin yetersizliği, yaşanan alanın özellikleri, kronik hastalığa sahiplik ve iş doyumdur (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesinin iki farklı ele alınma şekli bulunmaktadır. Bunlar objektif ile subjektiftir. Objektif kriterler Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü tarafından 11 maddeden oluşturulmuştur. Bu maddeler, iş yaşam dengesi, sağlık düzeyi, yaşam memnuniyeti, güvenlik, sivil katılım, çevresel koşullar, eğitim, sosyal ağ, konut, iş, gelir ile refaktır (Ağır, 2017). Bireylerin yaşam memnuniyetleri öz değerlendirmelerle oluşabilir ve bu yaşam kalitesiyle ilgili öznel bir belirleyici olarak ifade edilmektedir (Ağır, 2017).

Yaşam kalitesinde en mühim elemanlardan birisi sosyal destektir. Sosyal destek içerisindeki en kıymetli yardımlarsa aileden gelmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Sağlık alanındaki kalitenin değerlendirilmesi adına kullanılmakta olan en değerli ölçeklerin başında WHOQOL yaşam ölçeği gelmektedir. Sağlık alanındaki yaşam kalitesi, genel yaşam kalitesine bağlı bir alt elemandır. Birbirine çok yakın bir bağı bulunan bu kavramlar, bazı çalışmalardan anlaşıldığına göre Yaşam Kalitesi ile

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi arasındaki ayırım yapılmadan incelenememektedir. Araştırmalara göre yaşam kalitesi için kullanılan alt elemanların büyük bir çoğunluğu sağlıkla ilgili yaşam kalitesi içinde de barındığından dolayı ayrımlarının yapılması oldukça güçtür. Örnek vermek gerekirse kişilerin gelir durumu, çevresel koşullar, bireysel inanç ve siyasi çevresi genel yaşam kalitesinin belirleyici faktörleri olarak geçmesine rağmen sağlık ile ilgili yaşam kalitesi kapsamına da girebilmektedirler, bu durumun yaşanmasındaki en önemli sebep bu durumların bireylerin sağlığını da etkileyebilen durumlar olmasından dolayıdır. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi'nin ölçüm araçlarını genel ve özel amaçlı olacak şekilde iki farklı başlıkta inceleyebiliriz (Eser, 2006).

1. Genel amaçlı ölçütler, topluluğun tamamı için hastalık ve durumların hepsiyle beraber tıp alanındaki girişimler içinde kullanılan ölçüt türüdür. Bu ölçütler tercihe dayalı olanlar ve olmayanlar şeklinde iki farklı alt gruptan oluşmaktadır.

- Tercihe dayalı olmayan: Genel olarak içeriklerinin alanları ölçüsünde puan alan Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin farklı taraflarını ölçebilen tek araçtır. Literatür araştırmalarında çoğu zaman SF36 Hastalık Etki Profili Nothingam Sağlık Profili ile Dünya Sağlık Örgütü SYK ölçeği olan WHOQOL ölçeklerinin kullanıldığı görülmektedir (Eser, 2004).

- Tercihe dayalı ölçekler: Sağlık ekonomisi içerisinde oluşturulan teoriler göz önüne alındığında geliştirilmiş finans yararı analizi esnasında kullanılmaktadır. Bu ölçekler içerisindeki en önemlisi Kalite Eklenmiş Yaşam Yılları'nın hesaplanması adına kullanılanıdır. Bu ölçeklerin içinden en çok tercih edilenlerse Health Utility Index, Quality of Well-Being Scale ve EuroQol Instrument ölçekleri olarak bilinmektedir (Sprangers ve ark., 1993).

2. Özel Ölçütler: Nüfusun belli grupları için, işlevselliğe, durumlara ya da rahatsızlıklar için kullanılan türlerdir. Toplum içindeki belli grup çocuklar veya ergenler için kullanılan özel ölçekler bu tür içerisinde kullanılanlardan bazılarıdır (Eser, 2006).

Kişilerin yaşam kalitesinin tamamıyla iyi olması durumunu göz önünde bulundurarak öznel yargılar ve yaşamdan aldıkları hazları belirlemektedir. Kişiyi bütün şeklinde yani psikolojik, fiziksel ve sosyolojik olarak mesleki veya öğrenim durumlarıyla ilgili günlük yaşam hareketliliklerinin yerine getirilmesini sağlayarak uygulanan çok boyutlu bir olgudur (Wilkins ve ark., 2004).

Yaşam kalitesi kavramı içerisinde kişinin iyilik haline sebep olan tüm hayati hareketliliği farklı boyutlarıyla ölçülmesini kapsar. Bu ölçütlerin bazıları kişilerin yaşamları boyunca olaylara gösterdikleri davranışsal ve duygusal, yaşam standartlarına gösterdiği doyum ve memnuniyetiyle iş ile eğitim hayatıyla beraber bireysel ilişkilerinden aldığı hazzı kapsamaktadır (Theofilou, 2013).

İlk olarak 1966 senesinde Elkinton'un kullandığı "Yaşam Kalitesi" ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü 1980 yılları içinde ölçülebilmesi ve kavram haline getirilmesi adına çalışmalar yapmıştır. Sağlık ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan tanımda; yaşam kalitesinin kişisel istek, hayat beklentisi, amaçları ve yaşamı boyunca kuracağı ilişkilerde yaşanan kültürün ve değerlerin algılanması şeklinde bir ifade bulunmaktadır. Buna göre kişi yaşamını sürdüğü kültür ve değerler içerisinde, amaçlarına gideceği yolda kendisine karşı bakış açısını, endişeleriyle, standartlarıyla ve beklentileriyle şekillendirebilir (Top ve ark., 2003).

2.4.3. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri

Yaşam kalitesinin etkilendiği birçok faktör vardır. Bunlar; yaşı, cinsiyeti, maddi durumu, medeni hali, eğitime ulaşabilirliği, sağlıksal durumu, sosyal destek alabilmesi, iş yaşantısı, kişinin bulunduğu çevre ve boş zamanlarında kendisi için zaman ayırabilmesidir.

Yaşam kalitesinin etkilendiği faktörlerden bir tanesi yaştır. Her yaş dönemi yaşam kalitesinin değişiklikler gösterdiği bir süreci kapsamaktadır fakat yapılan çalışmalar genellikle yaşlılık dönemleriyle ilgilidir (Sabbah ve ark., 2003).

Bu dönem yaşam kalitesinin düşüşe geçtiği bir dönemdir. Sayısı artış gösteren sağlık sorunları, gelir düşüşü, yaşamdaki rollerin azalması, yalnızlık, bilişsel süreçte 22 yaşanan düşüş, sosyal yaşam düşüşü bu dönemin yaşam kalitesini düşüren ana nedenlerdir (Güven ve Şener, 2010).

Yaşam kalitesi ile cinsiyet arasında da ciddi bir ilişki söz konusudur. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkeler içerisinde cinsiyete bağlı olarak eğitim ve iş alanında büyük farklılıklar görülür (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Genel olarak kadınların eğitim ile iş hayatında geri plana itildikleri ve sosyal güvencelerinin bulunmadığı görülmektedir. Toplum açısından cinsiyet için atanan rol, görev ve sorumluluk sebebiyle kadınların yaşam kalitesindeki düşüklük oldukça fazladır (Sabbah vd., 2003).

Kişilerin temel ihtiyaçlarına ulaşabilmesi ve daha yaşanılabilir bir çevre oluşturma adına, sağlık ve eğitim hizmetlerinin alınabilmesi ve toplumun içine girerek diğer kişilerle bir şeyler paylaşabilmesi adına ekonomik durumlarının iyi olması gerekmektedir. Yapılan araştırmalar ışığında görülüyor ki maddi gelirin artırılabilmesi adına kişilerin biyopsikososyal yaşamıyla beraber sosyal yaşam ile iş yaşamında görülen doyum da kişinin yaşam kalitesinin etkilendiği faktörlerdendir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

Medeni hal kişinin yaşam kalitesinin etkilendiği faktörlerden birisidir. Bu faktör içindeki en önemli unsur dul veya boşanmış olmaktır. Toplum içerisinde evli ya da bekâr kişiler olağan karşılanırken, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde boşanmak veya dul kalmak yaşam kalitesinin düşmesine sebep olan ve kişilerin damgalanmasına varabilecek faktörlerdir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Bireyin psikoloji ve fiziki sağlığı yaşam kalitesinin önemli belirtecilerindendir (Aghaei vd., 2013). Sağlık açısından en önemli durumlar kişinin yürüme, koşma, merdiven kullanımı, konuşma ve kişisel bakım gibi temel ihtiyaçlarını kendisinin karşılayabilmesidir. Bunların kişilerin kendileri tarafından rahatça karşılanabilmesi sağlık yönünden yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir. Yapılan bu araştırmadan anlıyoruz ki kişinin sağlık güvence durumu da yaşam kalitesini etkilemektedir (Koçoğlu ve Akın, 2009).

Eğitim ve öğrenim alabilmekte yaşam kalitesinin değişimine sebep olmaktadır. Eğitime ulaşabilirlik bireylere iş hayatına girebilme ve meslek kazanma şansı verir ve bu sebeple kişilerin alanlarında daha büyük başarıya ulaşabilmesinin adına olanak sağlar. Eğitim ulaşılabilirliği bulunan bireyler yüksek gelir ve sosyal imkân sahibi olurlar ve bu sebeple yaşam kalitelerinde de artış görülür. Yeterince eğitim alamayan kişilerin yaşam koşulları ve kalitelerinde maaşlarının düşük olması, işsiz kalmaları, sosyal olanaklara ulaşamamaları ve gerekli besin maddelerini almamalarına sebep olacağından çok daha düşük olacaktır (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

Sosyal destek alanındaki en önemli faktörlerin başında aile gelmektedir. Bireyin aidiyet duygusu yaşaması, var olabilmesi ve kendi gerçek potansiyelini bulabilmesi adına bir ailesinin bulunması yaşam kalitesini de yükseltecektir (Özmete, 2010).

Özmete (2010) tarafından yapılan bir araştırmaya göre 23 güçlü bir aile bağı ve aile içerisindeki kişilerin birbirlerine karşı açık bir şekilde düşüncelerini ve fikirlerini belirtebilmesi yaşam kalitesinin artışına sebep olan bir faktördür.

İş yaşamı bireyin gününün büyük bir bölümünü kaplayan bir faktördür. Bu nedenle iş yaşantısını bireyden ayıramayız. İş yaşantısında karşılaşılabilecek iyi veya kötü durumlar, başarı, sosyalleşme ya da dışlanma bireyin yaşam kalitesinde büyük bir etkindir (Çevik ve Korkmaz, 2014).

Yaşam kalitesiyle iş hayatının arasında olan bağla ilgili yapılan araştırmalar genel olarak ikisi arasındaki bağın çok güçlü olduğu belirtmektedir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Bireyin bulunduğu çevre yaşam kalitesine etki etmektedir. Birey rahat ve güvenli bir alan içerisinde bulunuyorsa, çevresine olan güven ve yaşam kalitesinde artış görülecektir. Yaşanan hanenin tipi ve özelliği (site, gecekond, su ve elektrik imkanları gibi) güvenli bir çevre adına belirleyici etkenlerdir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesini etkileyen unsurlardan birisi de bireyin boş vaktinde, özgür olabildiği sürelerde nelerle ilgilendiğidir. Bu zamanlar kişinin kendi arzularına göre şekillendirmesi gereken zamanlardır. Bu zamanlarda dinlenme, kişisel gelişim, gezme ve bazı şeylerin izlenmesi gibi aktiviteler yapılabilir. Bu eylemlerden oluşan üç etken bulunmaktadır. Bu aktivitelerle kişi kendini keşfeder, yeniler ve ortaya koyar bu etkenlerin artışları yaşam kalitesinde de artışa sebep olur (Aslan ve Arslan Cansever, 2012).

Kişinin yaşadığı toplumda bulunan kalıp yargıları kabul etmesi ve bununla beraber değersiz ve yetersiz gibi kötü duygulara kapılarak kendisini sosyal çevresi ve toplumdan uzaklaştırması durumuna içselleştirilmiş damgalanma denilmektedir (Corrigan, 1998).

İçselleştirilmiş damgalanma sebebiyle kişi negatif psikolojik gelişmeler gösteren bir sürece girmişse damgalanmayı daha şiddetli geçirdiği ve şayet kişi bu sebepten dolayı utanç duygusu içine girdiyse kişinin benlik saygısında düşüş yaşandığı belirtilmektedir (Howard ve ark., 2002).

İçselleştirilmiş damgalama kişinin yaşam kalitesinde de olumsuzluklara sebep olur. 2010 senesinde yapılmış bir araştırmanın sonuçlarına göre ruhsal rahatsızlığı bulunan kişilerin yaşadıkları damgalanma sebebiyle yaşam kalitelerinde düşüş olduğu görülmüştür (Marcussen ve ark., 2010).

2009 senesinde Switaj ile arkadaşlarının şizofrenisi bulunan kişilerde damgalanma deneyimi ile ilgili bir araştırması olmuştur. Bu araştırma esnasında çeşitli sosyodemografik değişkenlerde göz önünde bulundurulmuştur (Switaj ve ark., 2009). Araştırmaya göre hastalığın görüldüğü yaş büyüdükçe damgalanma puanı düşmüştür. Bununla beraber damgalanma ile yaşam kalitesi ilişkisinin ters yönlü olduğu gözlemlenmiştir.

2.4.4. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler ve Alt Boyutları

Bireyler açısından öznellik göstermekte olan yaşam kalitesi kavramı aynı zamanda bireyin içinde yaşamakta olduğu çevre ile bireyin gelir durumu ve kültürü ile bağlantılıdır. Bu faktörlerle bağlantılı olası söz konusu faktörlerin etkisinin de ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Yaşam kalitesi kendi yaşamını değerlendirmekte olan bireyler için kendi bilişinin, duygularının ve algılarının zaman içinde bütüncül olarak ele alınmasını ifade etmektedir (Şahin, 2014).

Yaşam kalitesi için objektif ölçüm ile ifade edilmekte olan nesnel etkenler, kişilerin sosyal güvenlik, iş durumu ile sağlık hizmeti sunumu, eğitim, medeni durumu, suç oranları ve hukuki hakları gibi unsurları kapsamaktadır. Yaşam kalitesi için sübjektif olarak ifade edilen öznel etkenler ise çalışma memnuniyeti, mutluluk, aile ve sosyal çevre, boş zamanların değerlendirilmesi, eğitim durumu ve sağlıktan ne kadar memnun olunduğu gibi kişiden kişiye farklılık gösteren unsurları kapsamaktadır (Smith ve Puczkó, 2008).

Literatüre göz atıldığında kişilerin yaşam kalitesine tesir eden ekonomik, çevresel ve kültürel unsurlar, kişilerin hayatlarının düzenleyicisi olarak nitelendirilmektedir. Ortaya konulan çalışmalara göre söz konusu unsurlar kişilerin yaşam kalitelerini artırdığı gibi azaltmaya da sebep olabilmektedir. Kişilerin temel insanı gereksinimlerinin karşılanmaması, bedensel açıdan yorgunluk, gelecek endişesi ve bitkilik, cinsel hayattan hoşnutsuzluk, vücut yapısında meydana gelen değişimler, kişisel bakım özellikleri ile günlük yaşamdaki aktiflik derecesinin yetersiz oluşu gibi etkenler yaşam kalitesinin azalmasına sebep olan etkenlerdir. Bunun yanı sıra kişilerin kendilerini ifade edebilmeleri, inanç ve mahremiyetlerine saygı duyulması, değer görmesi, ekonomik ve sosyal anlamda kendini güvende hissetmesi, zihinsel açıdan aktif ve anlam yüklü durumda bulunması, ruhsal ve fiziksel açıdan iyi halde olması ve sosyal çevresiyle uyumlu bir biçimde eğlenceli

aktivitelere katılması yaşam kalitesinin artmasına sebep olan unsurlar olarak ön plana çıkmaktadır(Ergün ve ark., 2011).

Çok sayıda araştırmacı tarafından ele alınmış olunan yaşam kalitesi hakkında farklı tanımlamaların yapıldığından bahsetmek mümkündür. Bireyleri tüm yönleri ile ve özellikleri ile bütünsün manada değerlendiren yaşam kalitesi, bütünsel açıdan bakıldığında kişinin yaş, sağlık, spor, eğitim ve medeni hali yaşam kalitesine doğrudan etki eden etkenler olarak görülebilir.

Birçok araştırmacılar tarafından ele alınan yaşam kalitesi kavramı hakkında çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Yaşam kalitesi bireylerin tüm yönleriyle ve özellikleriyle bütünsel anlamda değerlendirilmelidir (Sezer, 2012). Bütünsel anlamda bakıldığında bireylerin yaş, cinsiyet, medeni hali, eğitim, sağlık, spor ve ekonomik durumları yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerdir (Erbay ve ark., 2006)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesini değerlendirmesi maksadı ile yaşam kalitesini alt alanlara indirgenmesi söz konusu olmuştur (Kane, 1997). Bu bağlamda yaşam kalitesine ait alt kavramlar aşağıda yer alan Tablo 2.2’de ifade edilmiştir;

Tablo 2.2. Çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesine ait kavramlar

Kavram	Anlam
Yaşam Kalitesi	Kişinin yaşamına dair tüm bireysel ve çevresel etkiler. Sağlık durumunu kapsar ya da kapsamaz.
Sağlıkla alakalı yaşam kalitesi	Bireyin sağlığının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleri
İşlevsel durum	Aktiviteler yapılırken ortaya çıkan semptomların seviyelerini de kapsayan istenen/arzu edilen aktiviteleri yapabilme yeteneği (Eksternal, izlenebilir)
Memnuniyet	Bireyin sağlık yönünde davranışı, durumun birey tarafından kabul düzeyi
Sağlık durumu	Fiziksel ve bireyin durumu ile ilgili semptomatik etkenler
İyilik hali	Hayattan duyulan memnuniyet dair his, psikolojik durumlar

2.4.4.1. Genel Yaşam Kalitesi

Genel yaşam kalitesini iki farklı boyutta incelemek mümkündür. Bunlardan ilki nesnel yaşam kalitesi ve göstergelerinden meydana gelmektedir. Günlük eylemler, aylık gelir ve giderler, sosyal olma ve meslek durumu bunları ifade etmektedir. Öznel yaşam kalite göstergeleri biraz daha spesifik yani kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Kişinin günlük işleri, arkadaş ve aile gibi sosyal bağları, işi,

eğitimi, ekonomik durumu, kanuni hakları ve sağlık gibi unsurlar öznel öğeler içinde bulunmaktadır (Lehman, 1995).

Hastalık ve değişkenlerin sabit ve öznel durumda bulunmamasına bağlı olarak genel yaşam kalitesi değerlendirmeleri karşılaştırmalı hizmet sunan sistemlerin değerlendirmelerinde uygulandığından bahsedilebilir (Lehman, 1995).

Dünya Sağlık  rg t  tarafından yaşam kalitesini bireyin hayatındaki amaçlarını, hayata dair beklentileri, değer ve yargıları, kültürü ve kişisel ilgileri anlama ve fark etmek şeklinde tanımlanmaktadır (Akdeniz ve Aydemir, 1999).

Kişinin temel ihtiyaçlarını karşılama, rutin rolü, sağlığı ve iyilik halinin devamlılığını sağlayabilmek için günlük görevlerini yerine getirebilme yeterliliği işlevsek durumunu ifade etmektedir. Işlevsel kapasite, kişinin fiziki, psikolojik, ruhsal ile sosyal alanlarda bulunan günlük görevlerinin yerine getirilebilmesi için performansının en iyisini yansıtıp, kullanılabilir performans ile günlük yaşam akışının içinde bulunan faaliyetleri kapsamaktadır (Wilson ve Cleraly, 1995).

İnsanlara göre iyi şekilde değerlendirilmiş bir kişinin kendisini rahatsız hissetmesi durumunda gerçek kapasitesine göre daha düşük bir işlevsel performans göstereceği üzerinde fikirler belirtilmektedir. Hastalıklar ile Yaşam Kalitesi arasında oluşan etkileşimlerin gösterildiği Dünya Sağlık  rg t  modeli Işlevsel yetersizlik kavramı içerisinde de üç terim bulunmaktadır: sakatlık, yeti kaybı ve bozulma bu üç terim içinde yer alan durumlardır. Hastalıklardan dolayı oluşan bu yetersizlikler yaşam kalitesi üzerindeki etkileri Dünya Sağlık  rg t  modelinde aktarılmıştır (Flanagan, 1978).

Bozulma; psikoloji, fizyoloji veya anatomi alanlarında görülen yapısal veya işlevsellikte görülecek kayıp veya anormalliklerdir. Yeti kaybı: herhangi bir bireyin rahatlıkla yerine getirebileceği bir aktivitenin yapılması esnasında yaşanan kısıtlılık veya yetersizlik durumudur. Sakatlık; bireyler adına normalleşmiş bir rolün gerçekleştirilmesi esnasında kısıtlamaya sebep olan yetersizlik veya yeti kaybından kaynaklı durumdur. Bu üç etkenin bulunması durumunda kişilerde yeti kaybı görülmekte ve başkasına olan bağımlılıkları arttırarak yaşam kalitesinde bozulmalara sebep olabilmektedir (Muezzinoğlu, 2005).

Ruhsal durum: Ruhsal durumda görülen kısa ve uzun soluklu stresler için kullanılan duygusal yanıttır. Kişilerin çevrelerine karşı gösterebildiği yüzü şeklinde tanımlanmaktadır. Depresyon, kızgınlık ya da anksiyete, fiziksel rahatsızlarla beraber

görülebilen ve kişinin işlevsel performansını, sağlık algısını ve yaşam kalitesini etkileyebilen duygusal hallerdir (Anterson, 1995).

Yaşam memnuniyeti, iyilik durumu, sağlık, yaşamsal önem, özsaygı, mutluluk, itibar, fonksiyonel durum ile düzen kavramları hayatımızın çoğu alanında ve kişiler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Fiziksel ile maddi durumundaki iyilik durumu, sosyalliğin arttırılabilmesi adına katılım sağlanan aktivitelerde tatmin olma, boş zamanlarda yapılanlar, psikolojik hal, fonksiyonel yetenekler, emosyonel, maneviyatın ve cinsiyet açısının iyi olması durumu, aile ile arkadaş ilişkilerinde tatmin olma, gelecekle alakalı oryantasyon benzeri yaşam kalitesi göstergeleri, kişinin karakteri, yaşam algısı, sosyokültürel durumlarına göre değişimler göstermektedir (Mirzai, 2010).

2.4.4.2. Genel Sağlık Kalitesi

Sağlık ile alakalı biçimde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi maksadı ile kullanılan en ünlü ölçeklerden bir tanesi WHOQOL yaşam ölçeği olmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi esasen yaşam kalitesinin bir alt faktörünü meydana getirmektedir. Birbirleri ile oldukça yakın bir ilişkili bulunan bu iki kavram, kimi araştırmalar kapsamında birbirlerinden ayrılarak incelenmektedir. Ortaya konulan çalışmalar incelendiğinde yaşam kalitesinin alt faktörlerinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin oluşmasına da neden olmaktadır. Buna bağlı olarak bu iki kavramı birbirinden ayrı düşünmek oldukça güçtür. Bu hususta bir örnek vermek gerektiğinde bireylerin sahip oldukları gelir, çevresinin şartları, kişisel inançları ve siyasi açıdan ortamları genel manada yaşam kalitesini belirlemekte iken sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de kapsadığı öngörülebilmektedir. Bu durumun temel nedeni söz konusu faktörlerin çoğunun sağlık ile alakalı problemleri belirleyen ana bileşenler olmasıdır (Eser, 2004).

Bireysel iyilik durumunun bir anlatımı niteliğine sahip bulunan yaşam kalitesi, hayatın farklı alanlarında öznel doyumları ifade etmektedir. İnsanlar için evrensel bir anlama sahip olarak içinde bulunulan kültürleri ve kültürün değerlerini bir bütün olarak ele almakta ve amaçları ile beklentilerine ilgi ve düşüncelerine dair yaşamlarında bulunan durumlarını algılamalarını sağlayan bir kavram niteliğindedir. İnsanlar hayatlarını daha kaliteli seviyeye çıkarmak, yaşamlarında bulunmayan, özlemini çektiği şeylere erişmeyi, daha kısa anlatımla

rahata ve huzura ulaşmayı arzu ederler. Bu kapsamda yaşam kalitesi kişilerin kendi gelişimlerini sağlamaları, yaşantılarını farklılaştırmaları ve hedeflerine varmaları ile alakalı olmaktadır (Şahin, 1997).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise kişinin sağlığının etkilendiği ya da sağlığı sebebiyle etkilenecek yaşam alanları içindeki doyumu ve mutluluğu ifade etmektedir. SİYK sağlık hizmetiyle ilgili bir durumu kapsadığı etkenlerle direkt bir ilişki içerisinde olmasından dolayı yaşam kalitesinden ayrılır (Flanagan, 1978).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi için kabul edilebilecek tek bir tanım bulunmamaktadır. Fakat, araştırma yapan kişilerin büyük bir bölümü yaşam kalitesinin farklı boyutları olan, subjektif ve dinamik yapıda bir kavram olduğuna dair bir düşünce birliği içerisindeyler. Sağlıkta yaşam kalitesi; iki komponente bağlı olan iyilik durumudur. Bunların ilki fiziki, ruh ve sosyal alanda görülecek olan iyilik durumunu gösteren gündelik aktiviteleri devam ettirebilme yeteneğidir. Diğeriyse işlev görme ile hastalık kontrolü düzeyine bağlılık gösteren hasta doyumdur. Bir hastalık ve tedavisinin hastanın üzerindeki işlevsel etkileri öznel bir şekilde algılanmaktadır. Kişinin yaşam ile genel durumundan sağlayacağı doyum noktasının bütünü şeklinde belirtilmektedir (Fidaner, 2004).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişilerin yaşamsal faaliyetlerinin yerine getirilmesi esnasındaki yetenekleri ve yaşamları esnasında hissettikleri fiziksel, mental ve sosyal alanları anlatmaktadır. Fiziksel durum, bireyin enerjisini kullanarak günlük görevlerinin ne kadarının yerine getirildiğini algılaması durumudur. Sosyal alan, bireyin aile fertleri, çevresi ve iş arkadaşlarıyla toplumda bulunan diğer kişilerle ne ölçüde ilişkiler kurduğu ve kaynaşabildiğini algılama durumudur. Ruhsal alandaysa anksiyete, depresyon, kızgınlık, korku ve mutluluk benzeri ruhsal ve emosyonel durumları incelenmektedir (Avcı ve Pala, 2004).

Yaşam kalitesinin birçok bileşeni bulunmaktadır: bunların bazıları; sağlık ile eğitim hizmetlerinden faydalanabilme, beslenmenin ve güvenliği yeterli olması, çevrenin sağlıklı olması, fırsat, hak ile cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılım gösterme, koruma ve saygınlıktır. Bu bileşenler kendi içerisinde oldukça önemli bileşenlerdir; herhangi birisinde yaşanacak eksiklik bireyin “kaliteli bir yaşantım var” duygusunda zedelenmeler yaşatır (Avcı ve Pala, 2004).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, tamamı incelendiğinde yaşam kalitesinin bir alt bileşeni olarak görülmektedir. Bu sebeple bu kavramlar arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Mesela gelir seviyesi, sosyal imkanlar, siyasi çevre, çevrenin durumu

ve bireysel inanç genel yaşam kalitesi bünyesinde değerlendirilen faktörler olmasına rağmen bu faktörleri sağlıkla ilgili yaşam kalitesi içerisinde bırakmakta bir yanılgıya sebep olur, çünkü bu faktörlerin büyük bir çoğunluğu sağlık problemlerini de belirleyen faktörlerdir (Eser, 2004).

Yaşam kalitesinin sübjektiflik göstermesi ölçümler esnasında da sıkıntılar çıkarmaktadır. “Kendini nasıl hissediyorsun?” şeklindeki bir soru bile, yaşam kalitesinin ölçümü esnasında bir yol olmasına rağmen yeterlilik göstermemektedir.

Yaşam Kalitesinin ölçümüne dair günümüzde uygulanan yaklaşımlar direkt ile indirekt şeklinde olmaktadır. Direkt yaklaşım tipinde psikometrik prensiplerin kullanımı ile anket veya değerlendirme ölçeklerinin kullanımıyla yaşam kalitesi ölçülmektedir. Bu metotlar klinik psikologları ve sosyal bilimcilerce oluşturulmuştur. Genel yaşam kalitesi ölçeklerinin farklı tipte ve şiddette görülecek hastalıklar, çeşitli tıbbî tedaviler veya sağlık girişimleriyle farklı demografik yapısı bulunan grup ve kültürlerle uygunluğu göz önünde bulundurularak oluşturulduğu unutulmamalıdır. Hastalıkla ilgili özel yaşam kalitesi ölçekleriye belli hasta bireyleri, bireysel değişiklikleri veya tanı gruplarını değerlendirebilmek adına planlanmaktadır (Tüzün, 2006).

Yaşam kalitesinin objektif ve sübjektif değerlendirmelerin ikisinin birden ölçülebilmesinin önemli bir gereklilik olduğuna dair genel bir düşünce birliği bulunmaktadır. Bununla beraber kişisel olarak oluşturulmuş araçların hastalar tarafından yapılan değerlendirme ölçeklerinin, dışarıdan birisi tarafından oranlanmış yaşam kalitesi ölçekleriyle arasında oluşacak ayrımın yapılması konusunda bugün ortak bir kanı oluşmuştur. Günümüzde global bir şekilde kullanımı sağlanan ve genellikle batı toplumları içerisinde gerekliliği ve güvenilirliği kesinleşmiş olan genel amaca uygun ya da hastalık özelinde gelişimi sağlanan birçok anket bulunmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığı değerlendirirken farklı alanlar kullanmaktadır. İlk olarak Fiziki fonksiyon, psikolojik fonksiyon, sosyal fonksiyon, yaşama karşı doyum, iyi hissetme ve sağlık durumunun hissi) ve bunlar dışındaki boyutlar (Fonksiyonellik, bireysel üretim, cinsel fonksiyon, nöro-psikolojik fonksiyon, uyku bozukluğu, ağrılar ve semptom) şeklinde 2 gruba ayrılmıştır. Bunun yanı sıra Şekil 2.2.’de gösterildiği gibi yaşama kalitesi ile hastalık arasında da sıkı bir bağ bulunmaktadır (Tüzün, 2006).



Şekil 2.2. Hastalık ve yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren dünya sağlık örgütü modeli

Kaynak: (Tüzün, 2006).

2.4.4.3. Sosyal Alan Düzeyleri

Sosyal alan, yaşam kalitesinin alt boyutlarından bir tanesidir. Kişinin sosyal olduğu çevre ile bulunan bağlantılarını kapsamaktadır. Özmete (2010), kişilerin var olabilmelerine, ait hissedebilmelerine ve kendilerini gerçekleştirebilmelerine destek veren aile ve arkadaşların yaşam kalitesinin gelişmesinde önemli rol olduğunu ifade etmektedir. Bireylerin aile içindeki bireyler ile iş arkadaşlarıyla ve çevresi ile mevcut olan iletişimleri sosyal alan meydana getirmektedir (Arslantaş ve ark., 2006).

Bireylerin sosyal hayatta uyumlu bir şekilde yaşayarak kendilerine göre uyarlanan egzersiz programlarının bireylerin fiziksel hastalıklarının yanı sıra psikolojik hastalıklarına da fayda sağlayan yöntemlerden olduğu önerilmektedir (Knöchel, 2012).

2.4.4.4. Çevresel Alan Düzeyleri

Kişilerin sosyal yaşamda uyumlu bir biçimde hayatına devam ederek kendilerine göre uyarlanmış bulunan egzersiz programlarının kişilerin fiziksel hastalıkları ile birlikte psikolojik rahatsızlıklarına da fayda sunan yöntemlerden olduğu ifade edilmektedir (Knöchel, 2012).

Literatüre göz atıldığında yaşam kalitesinin demografik değişkenleri sosyal çevre ve aile ilişkileri gibi çevresel alanların tesiri altında kaldıkları görülmektedir (Lindstrom ve Kohler, 1991).

Campell ve ark. (1976) tarafından yaşam kalitesinin manası için gerçekleştirilen araştırmalarda bireyin hayatta duyduğu tatminsizlik ve doyumun ölçülebilmesi amacıyla iş, ev ve evlilik yaşantısı gibi kişinin çevresel koşullardan etkilenmesi öznel biçimde yaptıkları yorumların konularına bağlı olmakta olduğu ifade edilmiştir (Turgut, 2010).

Bireylerin yaşadığı bina ve çevresi, mali kaynakları, fiziki çevrenin kalitesi, yeni bilgi ve dokümanlara kolay erişim sağlaması, sağlık ve spor hizmetlerine erişimlerin kolay ve ulaşılabilir olması çevresel alanın olumlu yönleri olarak değerlendirilmektedir. İnançlara ve inançlarına saygı duyulması ve inanç özgürlüğü gibi kavramlarda yaşam kalitesinin çevresel alanda etkisi olan önemli unsurlar olarak gösterilmektedir (Turgut, 2010).

3. YÖNTEM

Araştırma nicel araştırma yöntemlerinden genel tarama modeliyle gerçekleştirilmiştir. Yani araştırmada şizofreni tanılı bireylerde okupasyonel katılım ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler ölçekler yardımıyla ortaya konulmaya çalışılmıştır.

3.1. Katılımcılar

Çalışma İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Biriminde yapılmıştır. Çalışmanın katılımcılarını ise 16 şizofreni tanılı birey ve 16 sağlıklı birey oluşturmaktadır.

3.1.1. Dahil olma kriterleri

DSM-5 kriterlerine göre şizofreni tanısı alma
18-65 yaş aralığında olmak
Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden aktif hizmet almak
Bireyin remisyon döneminde olması.

3.1.2 Dışlanma Kriterleri

Akut alevlenme döneminde olması
İletişimi engelleyecek düzeyde konuşma problemi bulunması
Şizofreni dışında fiziksel, mental ya da ek bir psikiyatrik tanıya sahip olması

3.2. Veri Toplama Araçları

Şizofreni tanılı bireylerde okupasyonel katılım ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri tespit etmek için veri toplama aracı olarak anket yönteminden yararlanılmıştır. Anket formu 5 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik bilgilerinin yer aldığı sorular bulunurken, ikinci bölümde 11 soruluk Aktivite Rol Dengesi Anketi, üçüncü bölümde 26 soruluk Dünya Sağlık

Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form, dördüncü bölümde Kanada Aktivite Performans Ölçümü ve beşinci bölümde ise 24 maddelik İnsan Aktivite Rol Modeli Tarama Aracı yer almaktadır.

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Sosyodemografik Veri Formu yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerin yanısıra hastalık süresi, kimlerle yaşadığı, sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilgili bilgileri kapsamaktadır.

3.2.2. Aktivite-Rol Dengesi Anketi (ARDA-11)

İlk kez 2014 yılında Wagman ve Hakansson aktivite dengesini kendi kendine derecelendirilen bir anket geliştirmiştir (Wagman and Hakansson, 2014). 2020 yılında anketin 11 maddelik yeni bir versiyonu olan Aktivite Dengesi Anketi 11 geliştirildi (Hakansson et al., 2020). Anket, kişinin günlük yaşamdaki aktivitelerinin niceliğine ve çeşitliliğine, aktiviteye ilişkin kişisel deneyimlere, iş, ev, aile ve boş zaman aktiviteleri arasındaki dengeye, zorunlu ve gönüllü aktiviteler için yeterli zamana sahip olup olunmadığına odaklanmaktadır (Hakansson et al., 2011). Ankette yer alan 11 madde için puanlama, “kesinlikle katılmıyorum” (0 puan) ile “kesinlikle katılıyorum” (3 puan) arasında değerlendirilmektedir. Toplam puan, tek tek maddelerin toplanmasıyla elde edilir ve 0 ile 33 arasında değişir. Anketten alınan yüksek puanlar aktivite dengesinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu ölçek ile şizofreni tanısı olan bireylerin ve kontrol grubunun okupasyonel dengeleri değerlendirilmiştir..

3.2.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-100 değerlendirmesinin 26 maddelik bir versiyonudur (Skevington et al., 2004). Dört boyuttan oluşmuştur. Bu boyutlar: “Bedensel İyilik”, “Ruhsal İyilik”, “Sosyal İlişkiler” ve “Çevre” boyutlarıdır. Ölçek beşli bir derecelendirmeye (1-5) sahiptir (Sanberk ve Yazgan, 2009). Alan puanları 4-20 arasında ve 0-100 arasında ayrı ayrı hesaplanabilmektedir (The WHOQOL Group, 1998). Ölçeğe ait bir toplam puan hesaplanmamaktadır, puan yükseldikçe yaşam kalitesinin yükseldiğini gösterir. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenir. Yanıtlar kişinin yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin

yorumunu içermektedir (Kocaman ve ark., 2009). Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Bu ölçek ile şizofreni tanılı bireylerin ve kontrol grubunun yaşam kalitesi başlıklar altında değerlendirilip karşılaştırılmıştır.

3.2.4 Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)

KAPÖ, Kanada’da geliştirilen Kanada Aktivite Performans Modeli ile birlikte kişi merkezli bir ölçüm materyali olarak geliştirilmiştir. Bireyin üç temel aktivite alanı olan günlük yaşam aktiviteleri, iş ve üretici aktiviteler ve serbest zaman aktivitelerinin yapılabilirliğinin ve yapılmasından duyulan memnuniyetin kişinin kendisi tarafından değerlendirildiği bir ölçümdür. Kişiyle yarı yapılandırılmış görüşme olarak yürütülür ve kişiden bir gününü anlatması istenir. Kişiden; kendisi için önemli olan, yapmak istediği, yapmaya ihtiyaç duyduğu ama kısıtlılık yaşadığı aktiviteleri seçmesi, bu aktiviteleri ne kadar yapabildiği ve bu performansından ne kadar memnuniyet duyduğunun puanlanması istenir. Bu puanlama performans için 1 = Hiç yapamıyorum- 10= Çok iyi yapabiliyorum, memnuniyet için 1=Hiç memnun değilim, 10= Çok memnunum olacak şekilde 10’lu görsel analog skalası (VAS) ile yapılır. Kişiye özel nitel bilgiler içeren ve bu bilgilerin nicel puanlamalarının olduğu bir karma bir ölçüm aracıdır. Bireyin zaman içindeki aktivite performans algılamasındaki değişimi tespit etmek için tasarlanmış, bireyselleştirilmiş, kişi merkezli bir ölçektir (Sandelowski and Barroso, 2003).

Şizofreni tanılı bireylerde ve kontrol grubunda aktivite performansı ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmek için Kanada Aktivite Performans Ölçümü değerlendirmesi kullanılmıştır. Bu değerlendirme ölçeği, aktivite performansı alanında kişilerin karşılaştığı problemleri belirleyen bir ölçümdür.

3.2.5. İnsan Aktivite Rol Modeli Tarama Aracı (MOHOST)

MOHOST, 24 madde ve 6 alan (aktivite-rol için motivasyon (irade), aktivite-rol paterni (alışkanlık), iletişim ve etkileşim becerileri, süreç becerileri, motor beceriler ve çevre) ile ilgili bilgi sağlayarak, kişilerin aktivite katılımını etkileyen kişisel ve çevresel faktörlere genel bir bakış sunar. Her bir maddede yer alan faktör, çalışmacı tarafından gözlem, görüşme, personel raporları ve yaptığı diğer

değerlendirmelerden elde ettiği bilgilerle 1-4 puan aralığında değerlendirilir (K= Aktivite-Rol Katılımını Kolaylaştırır, S = Aktivite-Rol Katılımını Sağlar, E = Aktivite-Rol Katılımını Engeller, Kİ = Aktivite Rol Katılımını Kısıtlar). Düşük puan, aktivite katılımının engellendiğini, yüksek puan ise kolaylaştırdığını ifade eder. Kielhofner tarafından erişkin psikiyatri servislerini kullanan 1039 kişi ile gerçekleştirilen psikometrik çalışmada, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir. Türkçe versiyon çalışması Zakarneh tarafından yapılmıştır (Parkinson et al., 2006).

Şizofreni tanılı bireyler ve kontrol grubunun okupasyonel katılımını incelemek için MOHOST kullanıldı. Kielhofner tarafından erişkin psikiyatri servislerini kullanan 1039 kişi ile gerçekleştirilen psikometrik çalışmada, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir (Kielhofner et al., 2010). Türkçe versiyon çalışması Zakarneh tarafından yapılmıştır (Zakarneh, 2015).

3.3. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin nicel ya da nitel olma durumuna göre araştırmacılar tarafından dikkate alarak söz konusu süreçte önemli bazı ayrıntılara yönelik bilgiye sahip olmaları gereklidir. Bu nedenle İstatistiksel analizler, Windows tabanlı IBM SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, ABD) istatistik paket program kullanılarak gerçekleştirildi. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistik verildi. Ölçümle belirtilen değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{X} \pm SS$); sayımla belirtilen değişkenler için frekans ve yüzde (%) değeri hesaplandı. Verilerin normal dağılıp dağılmadığını test etmek için Shapiro–Wilk testi yapılmış ve normal dağılım belirlendikten sonra ise Ki-Kare testi ve bağımsız gruplar t testi kullanılarak analizler yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde toplanan verilerden elde edilen bulgulara ve değerlendirmelerine yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgilerinin Dağılımları

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Tanı Durumu	Şizofreni Tanılı	16	50,0
	Sağlıklı	16	50,0
Cinsiyet	Kadın	13	40,6
	Erkek	19	59,4
Medeni Durum	Bekar	12	37,5
	Evli	17	53,1
	Boşanmış	2	6,3
	Ayrı yaşıyor	1	3,1
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	4	12,5
	İlköğretim/Ortaokul mezunu	1	3,1
	Lise mezunu	6	18,8
	Yüksekokul/Üniversite mezunu	21	65,6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	23	71,9
	Çalışmıyor	9	28,1
Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık	Var	8	25,0
	Yok	24	75,0
Sigara Madde Kullanımı	Var	20	62,5
	Yok	12	37,5
Yaş	Ortalama	Std. Sapma	
	36,63	11,077	

Çalışmaya katılanların 16'sı şizofreni tanılı iken 16'sı ise sağlıklıdır. 13'ü kadınsa, 19'u ise erkektir. 12 kişi bekar, 17 kişi evli, 2 kişi boşanmış, 1 kişi ise ayrı yaşamaktadır. 4 kişi ilkokul mezunu, 1 kişi ilköğretim/ortaokul mezunu, 6 kişi lise mezunu, 21 kişi ise yüksekokul/üniversite mezunudur. 23 kişi çalışırken, 9 kişi ise çalışmamaktadır. 8 kişinin ailesinde psikiyatrik rahatsızlık varken, 24 kişinin ise yoktur. 20 kişi sigara/madde kullanırken, 12 kişi ise kullanmamaktadır. Katılımcıların yaşları ise ortalama 36,63±11,077'dir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması

		Tanı Durumu		Toplam
		Şizofreni Tanılı	Sağlıklı	
Cinsiyet	Kadın	6 (%18,7)	7 (%21,9)	13 (%40,6)
	Erkek	10 (%31,3)	9 (%28,1)	19 (%59,4)
Toplam		16 (%50)	16 (%50)	32 (%100)
Ki-kare		,130		
p		,719		

Katılımcıların cinsiyetlerine göre hastalık durumlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre hastalık durumu cinsiyete göre değişmemektedir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Hastalık Durumlarının Karşılaştırılması

		Tanı Durumu		Toplam
		Şizofreni Tanılı	Sağlıklı	
Medeni Durum	Bekar	7 (%21,9)	5 (%15,6)	12 (%37,5)
	Evli	8 (%25)	9 (%28,1)	17 (%53,1)
	Boşanmış	0 (%0)	2 (%6,3)	2 (%6,3)
	Ayrı yaşıyor	1 (%3,1)	0 (%0)	1 (%3,1)
Toplam		16 (%50)	16 (%50)	32 (%100)
Ki-kare		3,392		
p		,335		

Katılımcıların medeni durumlarına göre hastalık durumlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre tanı durumu medeni duruma göre değişmemektedir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması

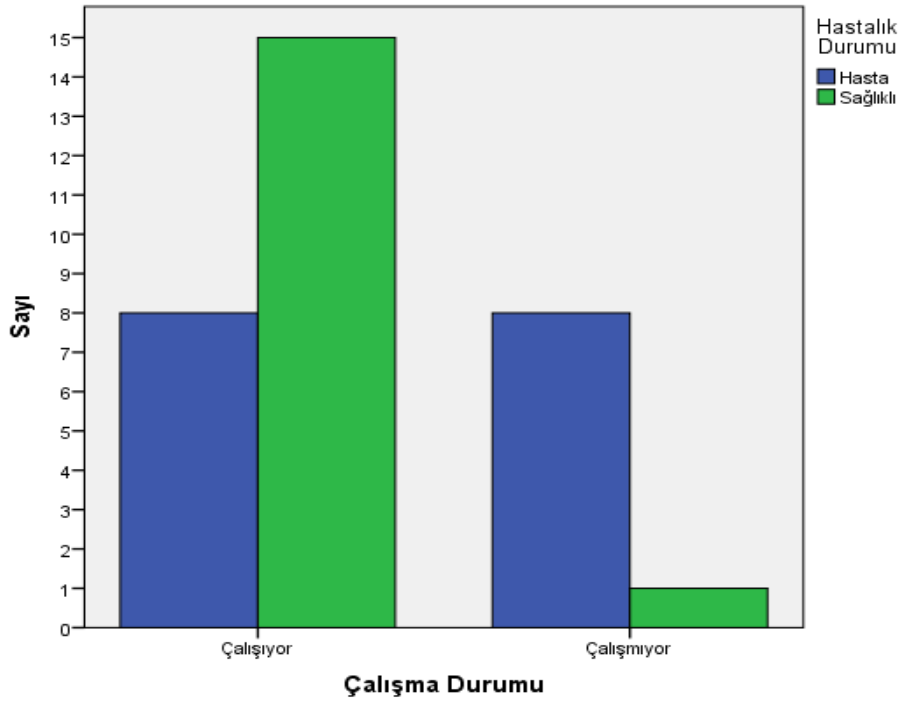
		Tanı Durumu		Toplam
		Şizofreni Tanılı	Sağlıklı	
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	3 (%9,4)	1 (%3,1)	4 (%12,5)
	İlköğretim/Ortaokul mezunu	1 (%3,1)	0 (%0)	1 (%3,1)
	Lise mezunu	4 (%12,5)	2 (%6,3)	6 (%18,8)
	Yüksekokul/Üniversite mezunu	8 (%25)	13 (%40,6)	21 (%65,6)
Toplam		16 (%50)	16 (%50)	32 (%100)
Ki-kare		3,857		
p		,277		

Katılımcıların eğitim durumlarına göre hastalık durumlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre hastalık durumu eğitim durumuna göre değişmemektedir.

Tablo 4.5. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması

		Tanı Durumu		Toplam
		Şizofreni Tanılı	Sağlıklı	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	8 (%25)	15 (%46,9)	23 (%71,9)
	Çalışmıyor	8 (%25)	1 (%3,1)	9 (%28,1)
Toplam		16 (%50)	16 (%50)	32 (%100)
Ki-kare		7,575		
p		,006		

Katılımcıların çalışma durumlarına göre tanı durumlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre çalışanların çoğu sağlıklı katılımcılarken çalışmayanların çoğu ise şizofreni tanılı katılımcılardır.



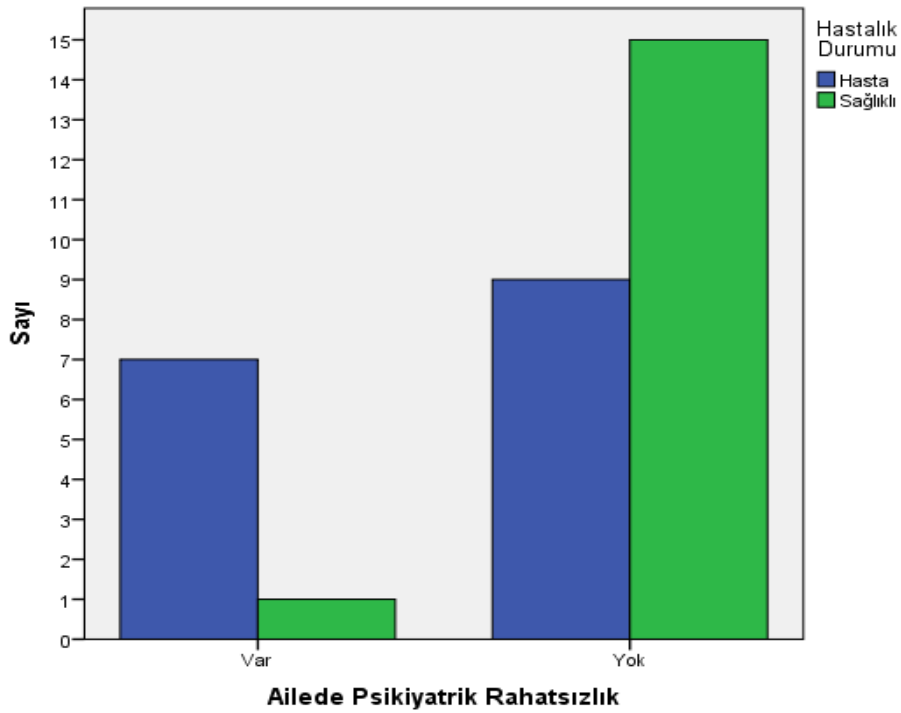
Şekil 4.1. Katılımcıların çalışma durumlarına göre tanı durumlarını gösteren grafik

Şekil 4.1’de ortaya çıkan bu farklılık görsel olarakta gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık Durumuna Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması

		Tanı Durumu		Toplam
		Şizofreni Tanılı	Sağlıklı	
Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık	Var	7 (%21,9)	1 (%3,1)	8 (%25)
	Yok	9 (%28,1)	15 (%46,9)	24 (%75)
Toplam		16 (%50)	16 (%50)	32 (%100)
Ki-kare		6,000		
p		,014		

Katılımcıların ailede psikiyatrik rahatsızlık durumlarına göre tanı durumlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Buna göre ailede psikiyatrik rahatsızlıkları olanların çoğu hasta katılımcılarken ailede psikiyatrik rahatsızlıkları olmayanların çoğu ise sağlıklı katılımcılardır.



Şekil 4.2. Katılımcıların ailede psikiyatrik rahatsızlık durumlarına göre tanı durumlarını gösteren grafik

Şekil 4.2’de ortaya çıkan bu farklılık görsel olarakta gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların Sigara Madde Kullanımına Göre Hastalık Durumlarının Karşılaştırılması

		Tanı Durumu		Toplam
		Şizofreni Tanılı	Sağlıklı	
Sigara Madde Kullanımı	Var	9 (%28,1)	11 (%34,4)	20 (%62,5)
	Yok	7 (%21,9)	5 (%15,6)	12 (%37,5)
Toplam		16 (%50)	16 (%50)	32 (%100)
Ki-kare		,533		
p		,465		

Katılımcıların sigara madde kullanımlarına göre tanı durumlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre tanı durumu sigara madde kullanımına göre değişmemektedir.

Tablo 4.8. Katılımcıların Yaşlarına Göre Tanı Durumlarının Karşılaştırılması

	Hastalık Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Yaş	Hasta	16	37,13	12,044	,251	,803
	Sağlıklı	16	36,13	10,392		

Katılımcıların yaşlarına göre tanı durumlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre tanı durumu yaşa göre değişmemektedir.

Tablo 4.9. Katılımcıların Tanı Durumlarına Göre Aktivite Rol Dengesi Puanlarının Karşılaştırılması

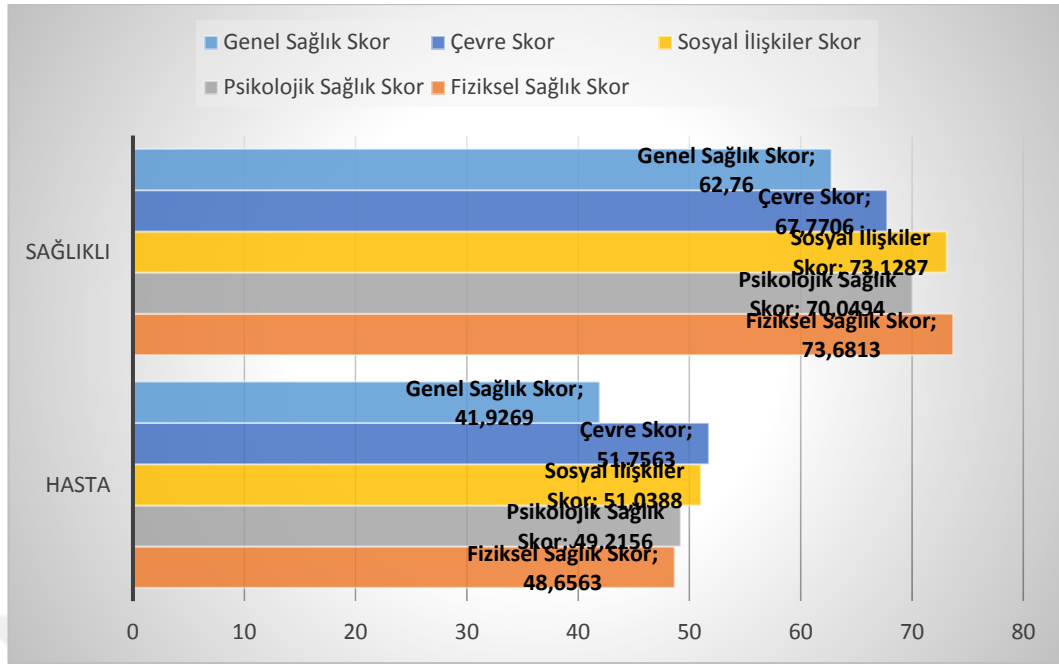
	Tanı Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Aktivite Rol Dengesi	Şizofreni Tanılı	16	15,69	6,279	-1,647	,110
	Sağlıklı	16	19,06	5,272		

Katılımcıların hastalık durumlarına göre aktivite rol dengesi puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre aktivite rol dengesi puanları tanı durumuna göre değişmemektedir.

Tablo 4.10. Katılımcıların Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Skorlarının Tanı Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Hastalık Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Genel Sağlık Skor	Hasta	16	41,9269	21,43414	-3,222	,003
	Sağlıklı	16	62,7600	14,47118		
Fiziksel Sağlık Skor	Hasta	16	48,6563	11,87265	-5,722	,000
	Sağlıklı	16	73,6813	12,84665		
Psikolojik Sağlık Skor	Hasta	16	49,2156	12,09719	-3,969	,000
	Sağlıklı	16	70,0494	17,16100		
Sosyal İlişkiler Skor	Hasta	16	51,0388	19,69022	-3,143	,004
	Sağlıklı	16	73,1287	20,06701		
Çevre Skor	Hasta	16	51,7563	17,07717	-2,467	,020
	Sağlıklı	16	67,7706	19,55603		

Katılımcıların hastalık durumlarına göre dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skorları hastalık durumuna göre değişmektedir. Sağlıklı bireylerin genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skorları şizofreni tanılı bireylere göre daha yüksektir.



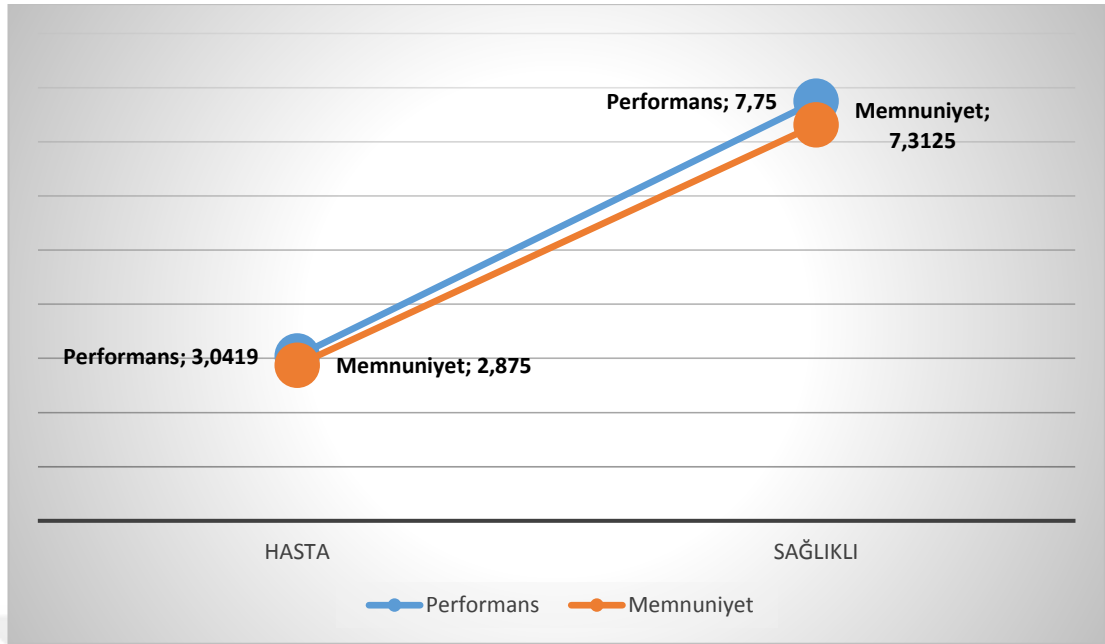
Şekil 4.3. Katılımcıların dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi skorlarının tanı durumlarına göre karşılaştırılmasını gösteren grafik

Şekil 4.3'te ortaya çıkan bu farklılık görsel olarakta gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların Kanada Aktivite Performans Puanlarının Tanı Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Tanı Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Performans	Şizofreni Tanılı	16	3,0419	,51459	-16,745	,000
	Sağlıklı	16	7,7500	1,00000		
Memnuniyet	Şizofreni Tanılı	16	2,8750	,64389	-12,218	,000
	Sağlıklı	16	7,3125	1,30224		

Katılımcıların hastalık durumlarına göre Kanada aktivite performans puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Buna göre performans ve memnuniyet puanları hastalık durumuna göre değişmektedir. Sağlıklı bireylerin performans ve memnuniyet toplam ortalamaları şizofreni tanılı bireylere göre daha yüksektir.



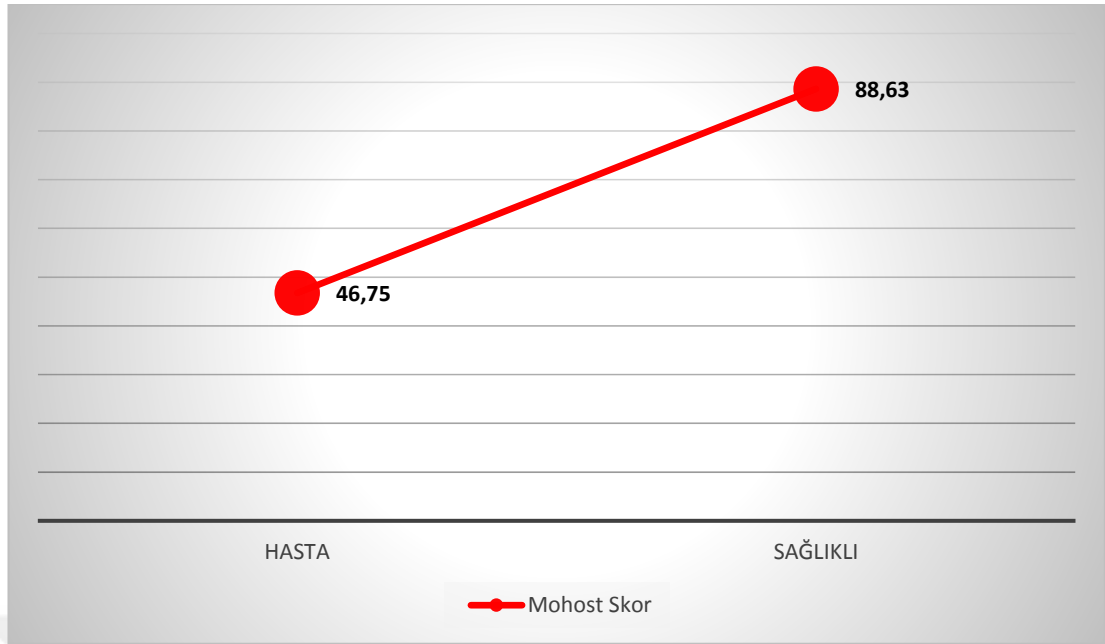
Şekil 4.4. Katılımcıların Kanada aktivite performans puanlarının tanı durumlarına göre karşılaştırılmasını gösteren grafik

Şekil 4.4'te ortaya çıkan bu farklılık görsel olarakta gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların İnsan Aktivite Rol Modeli Tarama Aracı Skorlarının Tanı Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Tanı Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Mohost Skor	Şizofreni Tanılı	16	46,75	11,150	-14,547	,000
	Sağlıklı	16	88,63	2,872		

Katılımcıların hastalık durumlarına göre insan aktivite rol modeli tarama aracı skorlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Buna göre Mohost skorları hastalık durumuna göre değişmektedir. Sağlıklı bireylerin Mohost skorları şizofreni tanılı bireylere göre daha yüksektir.



Şekil 4.5. Katılımcıların insan aktivite rol modeli tarama aracı skorlarının tanı durumlarına göre karşılaştırılmasını gösteren grafik

Şekil 4.5'te ortaya çıkan bu farklılık görsel olarakta gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Hastalık Durumuna Göre Mohost Skorlarının İncelenmesi

		Hastalık Durumu						Ki-kare	p	
		Şizofreni Tanılı			Sağlıklı					
		N	%	Ortalama	N	%	Ortalama			
Aktivite Rol İçin Motivasyon	Becerilerin İncelenmesi	1	3	9,4		0	,0			
		2	12	37,5	1,88	0	,0	3,81	29,000	,000
		3	1	3,1		3	9,4			
		4	0	,0		13	40,6			
	Başarı Beklentisi	1	5	15,6		0	,0			
		2	8	25,0	1,88	1	3,1	3,69	22,444	,000
		3	3	9,4		3	9,4			
		4	0	,0		12	37,5			
	İlgi	1	5	15,6		0	,0			
		2	6	18,8	2,00	0	,0	3,75	23,111	,000
		3	5	15,6		4	12,5			
		4	0	,0		12	37,5			
	Seçimler	1	5	15,6		0	,0			
		2	7	21,9	1,94	0	,0	3,63	22,400	,000
		3	4	12,5		6	18,8			
		4	0	,0		10	31,3			
Aktivite Rol Paterni	Rutin	1	4	12,5		0	,0			
		2	5	15,6	2,19	0	,0	3,63	19,077	,000
		3	7	21,9		6	18,8			
		4	0	,0		10	31,3			
	Adaptasyon	1	5	15,6	2,00	0	,0	3,88	26,286	,000
		2	6	18,8		0	,0			

		3	5	15,6		2	6,3				
		4	0	,0		14	43,8				
		1	5	15,6		0	,0				
	Roller	2	6	18,8	2,00	0	,0	3,94	28,667	,000	
		3	5	15,6		1	3,1				
		4	0	,0		15	46,9				
		1	2	6,3		0	,0				
	Sorumluluk	2	10	31,3	2,13	0	,0	3,63	22,400	,000	
		3	4	12,5		6	18,8				
		4	0	,0		10	31,3				
		1	8	25,0		0	,0				
	Sözsüz Beceri	2	4	12,5	1,88	0	,0	3,69	19,516	,000	
		3	2	6,3		5	15,6				
		4	2	6,3		11	34,4				
		1	4	12,5		0	,0				
	Konuşma	2	8	25,0	2,06	1	3,1	3,63	17,921	,000	
		3	3	9,4		4	12,5				
		4	1	3,1		11	34,4				
İletişim ve Etkileşim Becerileri		1	5	15,6		0	,0				
	Vokal İfadeler	2	7	21,9	1,94	0	,0	3,69	23,111	,000	
		3	4	12,5		5	15,6				
		4	0	,0		11	34,4				
		1	6	18,8		0	,0				
	İlişkiler	2	4	12,5	2,06	0	,0	3,69	18,333	,000	
		3	5	15,6		5	15,6				
		4	1	3,1		11	34,4				
		1	7	21,9		0	,0				
	Bilgi	2	8	25,0	1,63	0	,0	3,56	28,500	,000	
		3	1	3,1		7	21,9				
		4	0	,0		9	28,1				
		1	3	9,4		1	3,1				
	Zamanlama	2	10	31,3	2,06	0	,0	3,38	19,222	,000	
		3	2	6,3		7	21,9				
		4	1	3,1		8	25,0				
Süreç Becerileri		1	7	21,9		0	,0				
	Organizasyon	2	6	18,8	1,75	0	,0	3,75	25,143	,000	
		3	3	9,4		4	12,5				
		4	0	,0		12	37,5				
		1	7	21,9		0	,0				
	Problem Çözme	2	5	15,6	1,81	0	,0	3,75	24,000	,000	
		3	4	12,5		4	12,5				
		4	0	,0		12	37,5				
		1	4	12,5		0	,0				
	Postür ve Hareketlilik	2	10	31,3	1,88	0	,0	3,63	26,000	,000	
		3	2	6,3		6	18,8				
		4	0	,0		10	31,3				
		1	4	12,5		0	,0				
	Koordinasyon	2	9	28,1	1,94	1	3,1	3,69	22,400	,000	
		3	3	9,4		3	9,4				
		4	0	,0		12	37,5				
		1	3	9,4		0	,0				
	Güç ve Çabası	2	7	21,9	2,19	0	,0	3,63	20,000	,000	
		3	6	18,8		6	18,8				

□

		4	0	,0		10	31,3			
		1	6	18,8		0	,0			
	Enerji	2	7	21,9	1,81	0	,0	3,75	25,143	,000
		3	3	9,4		4	12,5			
		4	0	,0		12	37,5			
		1	6	18,8		0	,0			
	Fiziksel Alan	2	9	28,1	1,69	0	,0	3,75	28,800	,000
		3	1	3,1		4	12,5			
		4	0	,0		12	37,5			
		1	6	18,8		0	,0			
	Fiziksel Kaynaklar	2	3	9,4	2,13	0	,0	3,81	20,286	,000
		3	6	18,8		3	9,4			
		4	1	3,1		13	40,6			
Çevre		1	3	9,4		0	,0			
	Sosyal Gruplar	2	7	21,9	2,19	1	3,1	3,63	18,900	,000
		3	6	18,8		4	12,5			
		4	0	,0		11	34,4			
		1	3	9,4		0	,0			
	Aktivite Rol Talepleri	2	8	25,0	2,25	0	,0	3,69	17,731	,000
		3	3	9,4		5	15,6			
		4	2	6,3		11	34,4			

Katılımcıların tanı durumuna göre mohost skorlarının incelenmesine yönelik olarak yapılan ki-kare testi sonucunda becerilerin incelenmesi, başarı beklentisi, ilgi, seçimler, rutin, adaptasyon, roller, sorumluluk, sözsüz beceri, konuşma, vokal ifadeler, ilişkiler, bilgi, zamanlama, organizasyon, problem çözme, postür ve hareketlilik, koordinasyon, güç ve çabası, enerji, fiziksel alan, fiziksel kaynaklar, sosyal gruplar ve aktivite rol talepleri skorlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir($p<0.05$). Buna göre kontrol grubunun becerilerin incelenmesi, başarı beklentisi, ilgi, seçimler, rutin, adaptasyon, roller, sorumluluk, sözsüz beceri, konuşma, vokal ifadeler, ilişkiler, bilgi, zamanlama, organizasyon, problem çözme, postür ve hareketlilik, koordinasyon, güç ve çabası, enerji, fiziksel alan, fiziksel kaynaklar, sosyal gruplar ve aktivite rol talepleri skorları çalışma grubuna göre daha yüksektir.

5. TARTIŞMA

Şizofreni tanıli bireylerde okupasyonel katılım ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesini konu alan çalışmamızda ulaşılan sonuçlara bu bölümde değinilmiştir.

Çalışmaya katılanların 16'sı şizofreni tanıli iken 16'sı ise sağlıklıdır.13'ü kadinken, 19'u ise erkektir. 12 kişi bekar, 17 kişi evli, 2 kişi boşanmış, 1 kişi ise ayrı yaşamaktadır. 4 kişi ilkokul mezunu, 1 kişi ilköğretim/ortaokul mezunu, 6 kişi lise mezunu, 21 kişi ise yüksekokul/üniversite mezunudur. 23 kişi çalışırken, 9 kişi ise çalışmamaktadır. 8 kişinin ailesinde psikiyatrik rahatsızlık varken, 24 kişinin ise yoktur. 20 kişi sigara/madde kullanırken, 12 kişi ise kullanmamaktadır. Katılımcıların yaşları ise ortalama $36,63 \pm 11,077$ 'dir.

Çalışma sonucunda katılımcıların cinsiyetlerine, medeni durumlarına, eğitim durumlarına, sigara madde kullanımlarına göre tanı durumlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre tanı durumu cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumuna, sigara madde kullanımına göre değişmemektedir. Katılımcıların çalışma durumlarına, ailede psikiyatrik rahatsızlık durumlarına göre tanı durumlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre çalışanların ve ailede psikiyatrik rahatsızlıkları olmayanların çoğu sağlıklı katılımcılarken çalışmayanların ve ailede psikiyatrik rahatsızlıkları olanların çoğu ise şizofreni tanıli katılımcılardır. Katılımcıların yaşlarına göre hastalık durumlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre tanı durumu yaşa göre değişmemektedir.

İskenderoğlu(2020) yaptığı çalışma sonucunda ailede psikiyatrik rahatsızlık durumuna göre tanı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu çalışma grubundaki katılımcıların ailelerinde psikiyatrik rahatsızlık durumunun (%31,3) kontrol grubundaki katılımcılara göre daha fazla olduğunu (%4,2); yaşa göre tanı durumları (%14,2-%17,4-%16,5-%13,8) arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark olmadığını katılımcıların yaşlarına göre tanı durumlarının değişmediğini ifade etmiştir.

Literatüre de bakıldığında çalışmamıza benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar olmakla beraber farklı sonuçlara ulaşan çalışmalarda bulunmaktadır. Farklılıklar katılımcıların aynı kişiler olmamasından, katılımcı sayısının aynı olmamasından, katılımcıların yaşam alanlarının farklı olmasından, katılımcıların daha farklı hastalıklarının da bulunmasından kaynaklanabilmektedir. Hastalık durumunu etkileyen birçok etmen olduğu gibi hastalık durumunun da etkilediği bazı değişkenler bulunmaktadır. Örneğin hastalık sonrası kişinin çalışma durumu hem kendisi hemde toplum tarafından engellenebilmektedir.

Çalışma sonucunda katılımcıların tanı durumlarına göre aktivite rol dengesi puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Buna göre aktivite rol dengesi puanları tanı durumuna göre değişmemektedir.

Yalçınkaya ve Akel (2017) yaptıkları çalışma sonucunda katılımcıların tanı durumlarına göre aktivite rol dengesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğunu kontrol grubundaki bireylerin aktivite rol dengesi puanlarının (Ortalama: 20,46) çalışma grubundaki bireylere göre daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir (Ortalama: 14,38).

Günel ve diğerleri (2021) (Kontrol grubu ortalama: 17,31- çalışma grubu ortalama: 15,78) yaptıkları çalışma sonucunda aktivite rol dengesi puanlarının hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğini, çalışma grubu ve kontrol grubu aktivite rol dengesi puanlarının benzer düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir.

Ekici ve Demirbaş (2020) (kontrol grubu ortalama: 18,52- çalışma grubu ortalama: 16,93) yaptıkları çalışma sonucunda aktivite rol dengesi puanlarının tanı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğini, kontrol grubu ve çalışma grubu aktivite rol dengesi puanlarının benzer düzeyde olduğunu tespit etmeleri sebebiyle literatürde bu konuda çeşitli sonuçlar elde edildiği çalışmamıza benzer sonuçlara ulaşan çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşan çalışmalarda bulunduğu çıkarımı yapılmıştır.

Çalışma sonucunda katılımcıların tanı durumlarına göre dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir

($p<0.05$). Buna göre genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skorları tanı durumuna göre değişmektedir. Kontrol grubu genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skorları çalışma grubuna göre daha yüksektir.

elik ve diğerleri (2022) yaptıkları çalışma sonucunda yaşam kalitesi skorlarının hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini, kontrol grubunun genel sağlık (Ortalama: 90,68), fiziksel sağlık (Ortalama: 25,91), psikolojik sağlık (Ortalama: 23,19), sosyal sağlık (Ortalama: 11,31) ve çevre (Ortalama: 30,40) puanlarının çalışma grubunun genel sağlık (Ortalama: 77,49), fiziksel sağlık (Ortalama: 21,84), psikolojik sağlık (Ortalama: 19,45), sosyal sağlık (Ortalama: 8,86) ve çevre (Ortalama: 27,34) puanlarına göre daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.

Belhan elik ve Huri (2023) yaptıkları çalışma sonucunda yaşam kalitesi skorlarının hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini, kontrol grubunun genel sağlık (Ortalama: 88,73), fiziksel sağlık (Ortalama: 23,46), psikolojik sağlık (Ortalama: 24,21), sosyal sağlık (Ortalama: 11,82) ve çevre (Ortalama: 28,75) puanlarının, çalışma grubunun genel sağlık (Ortalama: 76,84), fiziksel sağlık (Ortalama: 19,98), psikolojik sağlık (Ortalama: 18,26), sosyal sağlık (Ortalama: 7,92) ve çevre (Ortalama: 26,42) puanlarına göre daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir.

Çelebi ve Uysal (2019) yaptıkları çalışma sonucunda yaşam kalitesi skorlarının hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiğini, kontrol grubunun genel sağlık (Ortalama: 89,92), fiziksel sağlık (Ortalama: 24,31), psikolojik sağlık (Ortalama: 23,98), sosyal sağlık (Ortalama: 11,42) ve çevre (Ortalama: 29,53) puanlarının, çalışma grubunun genel sağlık (Ortalama: 75,95), fiziksel sağlık (Ortalama: 18,99), psikolojik sağlık (Ortalama: 17,89), sosyal sağlık (Ortalama: 7,33) ve çevre (Ortalama: 25,67) puanlarına göre daha fazla olduğunu belirlemişlerdir.

alışmalar incelendiğinde genellikle benzer sonuçlar elde edildiği görölmektedir. Tanı durumu yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etkidir. Hasta bireylerin hisleri, sosyal hayatları, düşünceleri, etrafında gerçekleşen olaylar hastalık nedeniyle etkilenebilmektedir. Bu durumda çalışma grubunun yaşam kalitelerinin kontrol grubuna göre daha düşük olmasına neden olabilmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların tanı durumlarına göre Kanada aktivite performans puanlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre performans ve memnuniyet puanları hastalık durumuna göre değişmektedir. Kontrol grubunun performans ve memnuniyet toplam ortalamaları çalışma grubuna göre daha yüksektir.

Ekici ve diğerleri (2016) yaptığı çalışma sonucunda performans ve memnuniyet puanlarının tanı durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiğini, kontrol grubunun performans (Ortalama: 7,42) ve memnuniyet (Ortalama: 7,75) puanı ortalamalarının, çalışma grubunun performans (Ortalama: 2,84) ve memnuniyet (Ortalama: 2,92) puanı ortalamalarına göre daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.

Torpil (2017) yaptığı çalışma sonucunda performans ve memnuniyet puanlarının tanı durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiğini, kontrol grubunun performans (Ortalama: 7,34) ve memnuniyet (Ortalama: 7,53) puanı ortalamalarının çalışma grubunun performans (Ortalama: 2,69) ve memnuniyet (Ortalama: 2,75) puanı ortalamalarına göre daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere performans ve memnuniyet puanları kontrol grubunda daha yüksektir ve bu sonuç çalışmamızla örtüşmektedir. Yapılan çalışmada da belirtildiği gibi şizofreni tanılı bireylerin çalışma oranlarının daha düşük olduğu tespit edildiğinden, şizofreni tanılı bireylerin hastalık nedeniyle bilişsel ve davranışsal yapıları, becerileri, alışkanlıkları, sosyal hayatları, yaptıkları aktiviteler etkilendiğinden dolayı performansları da etkilenebilmektedir. Hem performansları hem de hastalığın getirdiği sorunlar dolayısıyla da memnuniyet düzeyleri etkilenebilmektedir.

Çalışmadan elde edilen veriler sonucunda katılımcıların tanı durumlarına göre insan aktivite rol modeli tarama aracı skorlarının karşılaştırılmasına yönelik yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre Mohost skorları tanı durumuna göre değişmektedir. Kontrol grubunun Mohost skorları, çalışma grubuna göre daha yüksektir.

Göktaş ve diğerleri (2020) yaptığı çalışma sonucunda katılımcıların insan aktivite rol modeli tarama aracı skorlarının hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini ve kontrol grubunun Mohost skorlarının

(Ortalama: 85,43), çalışma grubuna (Ortalama: 45,56) göre daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.

Belhan Çelik ve Huri (2023) yaptıkları çalışma sonucunda katılımcıların insan aktivite rol modeli tarama aracı skorlarının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini ve kontrol grubunun Mohost skorlarının (Ortalama: 78,67), çalışma grubuna (Ortalama: 39,73) göre daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.

Yıldız ve diğerleri (2022) yaptıkları çalışma sonucunda katılımcıların insan aktivite rol modeli tarama aracı skorlarının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini ve kontrol grubunun Mohost skorlarının (Ortalama: 81,43), çalışma grubuna (Ortalama: 41,65) göre daha fazla olduğunu belirlenmiştir.

Zakarneh (2015) yaptığı çalışma sonucunda katılımcıların insan aktivite rol modeli tarama aracı skorlarının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini ve kontrol grubunun Mohost skorlarının (Ortalama: 82,64), çalışma grubuna (Ortalama: 42,73) göre daha fazla olduğunu ifade etmesi sebebiyle çalışmamızın literatüre uyumlu olduğu çıkarımı yapılmıştır.

Mohost skorlarına yönelik yapılan literatür incelemesi de çalışmamıza paraleldir. Tanı durumu temel becerileri, sosyalliği, motor becerileri, motivasyonu, dikkati, iletişim becerilerini, süreç becerilerini ve sorumluluk duygusunu etkileyebilmektedir. Dolayısıyla da sağlıklı bireylerin bu konularda bir avantajı bulunduğundan böyle bir sonuç ortaya çıkabilmektedir.

6. SONUÇ

Bu bağlamda ulaşılan sonuçlar aşağıdaki gibidir;

KAPÖ ye göre yardımcı günlük yaşam aktivitelerin (yemek yapma, çamaşır yıkama, telefon, alışveriş) bağımsızlık düzeyini geliştiren aktivite planlarına gereksinim duyulmaktadır.

Şizofreni tanısı bulunan bireylerin en fazla serbest zaman aktivitelerine katılma ile alakalı sorunlar yaşadığı ifade edilmektedir. Buna bağlı olarak bu bireylerin serbest zaman imkânları ve alternatiflerinin okupasyonel katılım bakış açısı ile birey odaklı ve rekreasyonel biçimde çalışmalarla ele alınması yaşam kalitelerini artırılması adına verimli olacaktır.

Uygulamış olduğumuz ARDA-11 anketine göre Şizofreni tanılı bireylerin aktivitelere ayıracak zamanlarının olduğunu ama kişilerin doğru bir şekilde yönlendirilmedikleri için anlamlı ve amaçlı aktivite katılımlarının yetersiz olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre toplum ruh sağlığı merkezlerinde yapılacak kişi merkezli çalışmalar ile olumlu sonuçlar elde edilebilir. Bu sayede bireylerin hem okupasyonel katılımı sağlanır aynı oranda yaşam kalitelerinde iyileşme elde edilmiş olur.

Uygulamış olduğumuz Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formuna göre bireyleri başlıklar altında incelersek;

Bireyler şizofreni tanılı olmasından dolayı hastalığın olumsuzlukları sebebiyle genel sağlık durumlarından memnun değiller. İlaç tedavisi alıyorlar. İlaç tedavisiyle birlikte yapılacak kişi merkezli ergoterapi müdahaleleriyle yaşam kalitelerinin daha iyi olacağı tahmin edilmektedir.

Şizofreni tanılı bireylerde çevre skoru, kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır. Maddi sebepler, ev düzeni, ulaşım problemleri şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Şizofreni tanılı bireylerde sosyal ilişkiler skoru, kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır. Akranlarıyla arkadaşlık edememe, sorunlarını paylaşacak kimsenin olmaması vs gibi durumlar etkili olmuştur.

Şizofreni tanılı bireylerde psikolojik sağlık skoru, kontrol grubuna göre düşük çıkmıştır. Hayatını anlamlı bulamama, yaşamaktan keyif alamama, dış görünüşünden hoşnut olmama, sürekli karamsarlık gibi düşünceler etkili olmuştur.

Şizofreni tanılı bireylerde fiziksel sağlık skoru, kontrol grubuna göre düşük çıkmıştır. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememek, uyku problemleri, yaptığı işten keyif alamamak, vücudunda oluşan ağrılar nedenlerinden dolayı skorun düşük olduğu anlaşılmıştır.

Kanada Aktivite Performans Ölçümünde kendine bakım bölümünde şizofreni tanılı bireylerin genellikle banyo yapma performanslarından memnun olmadıkları belirtilmiştir. Böyle bir durumda çeşitli planlamalar yapılabilir. Banyo düzeni şizofreni tanılı bireye göre düzenlenebilir. Bu sayede banyo yapma aktivitesi birey için daha çekici bir hale gelecektir. Bu sayede memnuniyet artışı gözlemlenebilir.

Kanada Aktivite Performans Ölçümünde üretkenlik bölümünde şizofreni tanılı bireylerin çoğu ev temizliği yapma performansından memnun olmadıklarını belirttiler. Bu durumda kişi merkezli haftalık çizelgeler bireyi zorlamayacak şekilde yapılmalıdır. Böylelikle performansında ve memnuniyetinde artış gözlemlenebilir.

KAPÖ de ele alınan şizofreni tanılı bireylerin serbest zamanlarında en çok televizyon izleme konusunda performanslarından memnun olmadıkları belirlenmiştir. Bunun sebepleri olarak birkaçı çok fazla vakit harcadıklarını birkaçı ise maddi sebeplerden kaynaklı kendilerinde olması nedeniyle memnuniyet/performans düşük puan vermişlerdir. Bu durumda yapılacak olan kişi merkezli günlük/haftalık/aylık planlamalar ile bu problemin giderilebileceğini düşünmekteyiz.

Katılımcıların hastalık durumu yaşa, cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumuna, sigara madde kullanımına göre değişmemektedirken çalışanların ve ailede psikiyatrik rahatsızlıkları olmayanların çoğunun sağlıklı katılımcılar olduğu çalışmayanların ve ailede psikiyatrik rahatsızlıkları olanların çoğunun ise şizofreni tanılı katılımcılar olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skorları hastalık durumuna göre değişmektedir. Sağlıklı bireylerin genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre skorları şizofreni tanılı bireylere göre daha yüksektir.

Katılımcıların performans ve memnuniyet puanları hastalık durumuna göre değişmektedir. Sağlıklı bireylerin performans ve memnuniyet toplam ortalamaları şizofreni tanılı bireylere göre daha yüksektir.

Katılımcıların aktivite rol dengesi puanları hastalık durumuna göre değişmemektedir.

Katılımcıların MOHOST skorları hastalık durumuna göre değişmektedir. Sağlıklı bireylerin MOHOST ölçeği sonuçlarına bakıldığında aktivite katılım düzeyleri şizofreni tanılı bireylere göre daha yüksektir. Bu bulgu, şizofrenili bireylerde, aktivite katılımını öncelikleyen ve çözümler yaratan ergoterapi yaklaşımlarının önemini göstermektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda şizofreni tanısı bulunan bireylerde okupasyonel katılımın ve yaşam kalitesinin düşük olduğu gösterilmiş ve bu alanların geliştirilmesinin, günlük yaşamda bağımsızlık düzeyinin artması, sağlık algısının olumlu biçimde etkilenmesi, hastanede kalış sürelerinin azalması ve toplumsal katılım açısından önemi ortaya çıkmıştır.

7. ÖNERİ

Gelecek çalışmalar için şizofreni tanısı bulunan bireylerin kurumsal, fiziksel, kültürel ve sosyal faktörlerinin değerlendirilmesi, yapılacak olan müdahalenin etkinliği bakımından faydalı olabilir.

Yapılan çalışma esnasında şizofreni tanılı herhangi bir işte çalışmayan bireyler “ evde canımız çok sıkılıyor herkes bize hasta gözüyle baktığı için işe almıyor” gibi ifadelerde bulunmuşlardır. Şizofreni tanılı olup çalışan bireylere oranla yaşam kaliteleri ve katılımları bu sebeple çok daha düşüktür.. Bu ifadelerden yola çıkarak mesleki rehabilitasyon hizmetleri geliştirilerek, İŞKUR vb. gibi kurumlarla ortak çalışmalar yapılarak bireylerdeki gelişim süreci takip edilebilir.

Bu çalışma ile kurumda ve Toplum Ruh Sağlığı biriminde kayıtlı ruhsal problemi olan bireylerin okupasyonel katılım ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler incelenmiştir. Tezin sonucunda ergoterapi müdahaleleri uygulanırken, çevre faktörü, okupasyonel katılım ve yaşam kalitesi gibi konulara odaklanılması gerektiği düşünülmektedir.

8. KAYNAKÇA

- Abaoğlu H. T. (2019). Toplumsal katılım ve ergoterapi. *Ergoterapi ve Rehab. Dergisi*. 2019; 7(3); 195-200.
- Adler, L. E., Freedman, R., Ross, R. G., Olincy, A., & Waldo, M. C. (1999). Elementary phenotypes in the neurobiological and genetic study of schizophrenia. *Biological psychiatry*, 46(1), 8-18.
- Ağır, M. (2017). Yaşam kalitesi, değerler ve umut-umutsuzluk. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11, 85-103.
- Akı E. (2015). *Şizofreni ve sosyal beceriler*. In: Akı E, editor. Şizofreni için Sosyal Beceri Eğitimi. 2.baskı ed. Ankara: Hiper tıp.
- Akyürek G. (2011). *Engelli kişilerin toplumsal katılımlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: domain and process. 3rd ed. *American Journal of Occupational Therapy*; 2014.
- Anderson KL. (1995). The Effects of Cronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life. *Nurse Res Health* 1995; 18: 547.
- Arbesman, M., Logsdon, D.W. (2011). Occupational Therapy Interventions for Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 2011, Vol. 65(3), 238–246.
- Armatas V. (2009). Mental retardation: definitions, etiology, epidemiology and diagnosis. *Journal of Sport and Health Research*. 1(2):112-122.
- Arslandaş, D., Metintaş, S., Ünsal, A. ve Kalyoncu, C. (2006). Eskişehir Mahmudiye İlçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28(2): 81-89.
- Aslan, N., Arslan Cansever, B. (2012). Ergenlerin Boş Zaman Değerlendirme Algısı, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 42 (42), 23-35.
- Avcı K, Pala K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30: 81-85.
- Aydemir Ö, Akdeniz F, Gülseren Ş. ve Kültür S. (1999). *Sağlık Düzeyi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirliği*. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 9(2): 104-108.
- Aydın, A. ve Sönmez, O. İ. (2014). “Zihinsel Yetersizliği Olan Çocukların Annelerinin Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Çocukların Sosyal Becerilerine Etkisi”,

YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi (YYU *Journal Of Education Faculty* 2014,Cilt:XI, Sayı:I, 149-168.

Bejerholm U. Occupational balance in people with schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2010;26(1):1-17.

Bejerholm, U., Eklund, M. (2008). *Time Use and Occupational Performance Among Persons with Schizophrenia*. Pages 27-47 | Received 16 Jul 2002, Accepted 02 Dec 2002, Published online: 08 Sep 2008.

Belhan Çelik, S. & Huri, M. (2023). Suriyeli Mülteci Çocuklarda Travma Sonrası Stres Tepki Düzeyinin Aktivite-Rol Dengesi ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 11 (1), 1-10.

Bilge, A. (2004). *Yetiştirme Yurtlarında Kalan Gençlerin Ruhsal Durumlarının Yaşam Kalitelerine Etkilerinin İncelenmesi*, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı, İzmir

Bilge, A. (2004). *Yetiştirme Yurtlarında Kalan Gençlerin Ruhsal Durumlarının Yaşam Kalitelerine Etkilerinin İncelenmesi*, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı, İzmir. 2004.

Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Alptekin, K. (2011). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*, 22(1), 40-52.

Boylu, A.A., Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri, *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*. (Akad) 8 (15), 137-50.

Bozkurt, R. (2003). “*Hizmet Endüstrilerinde Kalite*”. Verimlilik Dergisi. Toplam Kalite Özel Sayısı.

Bumin, G., Akel, B. S., & Öksüz, Ç. (2019). *Ergoterapi teoriler, modeller ve uygulama yaklaşımları*. Ankara: Hipokrat Yayıncılık.

Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry*, 158(2):163-75.

Carlens, E., ve Dahlström, G. (1971) Comparative Survival of Lung Cancer Patients After Diagnosis. *Scandinavian Journal of Respiratory Disease*, 51: 268-275.

Carstenssen, T. ve Bonsaksen, T. (2016). “Differences and similarities in therapeutic mode use between occupational therapists and occupational therapy students in Norway”, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, DOI: 10.1080/11038128.2016.1261940.

Carswell, A., McColl, M.A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therap*, 71(4), 210-222.

Casteleijn D. (2014). Using measurement principles to confirm the levels of creative ability as described in the Vona du Toit Model of Creative Ability. *South African Journal of Occupational Therapy*. 2014;44(1):14-9.

Ceylan M. E, Çetin M. (2005). *Araştırma ve Uygulamada Biyolojik Psikiyatri*. İstanbul, Yerküre.

Ceylan ME, Çetin M. (2009). *Şizofreni*. 4 Baskı. İstanbul, İncekara Kağıt Matbaacılık, 1403- 10.

Ceylan, R. (2008). *İlköğretimde Beden Eğitimi Dersinin, Takiben Yapılan Diğer Derslerde Öğrencilerin Başarıları Üzerindeki Etkisinin Araştırılması (Kütahya İli Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Chapleau, A. (2012). Schizophrenia and other psychotic disorders. *Conditions in OT-Effect on Occupational Performance*, 69-78.

Cook J, Razzano L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: Recent research and implications for practice. *Schizophrenia bulletin*. 2000;26(1):87-103.

Corrigan, P. W. (1998). *Damgalanmanın ağır akıl hastalığı üzerindeki etkisi*, Cognitive and behavioral practice, 5(2), 201-222.

Crouch R. (2014). The occupational therapy approach to the management of schizophrenia. In: Crouch R, Alers V, editors. *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health*. Fifth edition ed: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. p. 435-45.

Çelebi, F. & Uysal, G. (2019). Bankacıların İş Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10 (20), 172-190.

Çetin M. (2010). Şizofreni Özel Sayısı, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri – Özel Konular*, 38-80.

Çetin, F. (2011). “*Bireysel ve Grup Etkinliklerinin Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylerin Dikkat Süresi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*”, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Özel Eğitim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

Çetinkaya, Ç. (2010). “19. ve 20. Yüzyıllarda Avrupa’da Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylerin Eğitimi Tarihi”, *ODÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 51-62.

Çevik, M. (2016). “Fen Bilimleri Dersinde Proje Tabanlı Öğrenme Yaklaşımının İlkokulda Öğrenim Görmekte Olan Hafif Düzeyde Zihinsel Engele Sahip Öğrencilerin Akademik Başarılarına ve Tutumlarına Etkisi”, *Education Sciences*, 11(1), 36-48.

Çevik, N., Korkmaz, O. (2014). Türkiye’de Yaşam Doyumu ve İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İki Değişkenli Sıralı Probit Model Analizi, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 7(1), 126-145.

Drolet, M.J. ve Moreau, M.D. (2015). "The values of occupational therapy: Perceptions of occupational therapists in Quebec", *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 272-285.

Eaton WW, Chen C, (2006). Epidemiology. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, eds. The American Psychiatric Publishing textbook of schizophrenia. 1st ed. Ed. Washington, DC: *American Psychiatric Pub.*; 17-37.

Eaton WW, Harrison G. (2000). *Ethnic disadvantage and schizophrenia*. Acta Psychiatr Scand Suppl. 407:38-43.

Eaton, W. W., Day, R., & Kramer, M. (1988). The use of epidemiology for risk factor research in schizophrenia: an overview and methodologic critique. *Handbook of schizophrenia*, 3, 169-204.

Ece, A.S. ve Çelik, E. (2008). "Öğretilebilir zihinsel engelli öğrencilerin renk seçimleri", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-24.

Ekici, G., & Demirbaş, M. (2020). Vardiyalı Çalışan Kadın Hemşirelerde Rol-Aktivite Dengesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 8(2), 91-98.

Ekici, G., Çorakçı, Z., & Şafak, Y. (2016). Şizofrenili bireylerde aktivite performansı, yaşam memnuniyeti ve ruhsal durum ilişkilerinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 4(2), 65-71.

Elkington, J.R. (1966). Medicine and the Quality of Life. *Ann Intern Med.*, 64: 711-714.

Ensari, Hülya, et al. "Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları." *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi* 14.2 (2013).

Erbay Dünder, P., Bilge, B., Baydur, H., Pala, T., Eser, E., Ergör, A., Oral, A., ve Şerifhan M., (2006). *Manisa'da Çıracılık Eğitim Merkezinde Eğitim Gören Gençlerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Toplum Hekimliği Bülteni, 25(1), 24-29.

Ergün, A., Eti Aslan, F., Vatan, F., Olgun, N. ve Kuğuoğlu, S. (2011). *Sağlık Bakımında Temel Kavramlar. İçindekiler: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ed: Karadakovan A., Eti Aslan F. 2. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi, s. 6-18.

Ertan T. (2008). *Psikiyatrik hastalıkların epidemiyolojisi. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu* (Eds. M Uğur, İ Balcıoğlu, N Kocabaşoğlu):25-30. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.

Eser, E. (2004). Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004 İzmir.

Eser, E. (2006). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü. *Sağlıkta Birikim*. Cilt 1. Sayı 2.

- Fariz, B. (2015). Psikiyatrik hastalıklar ve Egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*; 50(4), 131-138.
- Fidaner C. (2004). Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı: Bir Giriş Denemesi, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir. 8-10 Nisan 2004, Erisim Tarihi: 28.02.2023.
- Fidler GS, Fidler (1983). JW. *Doing and becoming: The occupational therapy experience*. G. Kielhofner. Ed. Health through occupation. E-Book. 1983. 267-280.
- Fioritti, A. Peloso, P. F. ve Percudani, M. (2016). “We Can Work It Out”: The Place of Work in Italian Psychosocial Rehabilitation”, *International Journal of Mental Health*, 45:1, 51-58.
- First MB. (2015). Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). In: *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1–6.
- Flanagan JC. (1978). A research approach to improving our quality of Life. *Am Psychocol*. 1978; 33: 138.
- Foruzandeh N, Parvin N. (2013). Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: a pilot randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*. 2013;10(1):136-41.
- Foruzandeh N. (2012). *Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: A pilot randomized controlled trial*.
- Getinet A. (2016). Schizophrenia: A concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: Review of literatures. *J Schizophr Res.*, 2–7.
- Gill, T. M., Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, 272(8), 619-626.
- Goodinson, S.M., ve Singleton, J. (1989) Quality of Life: A Criticisl Review of Current Concepts, Measures and Their Clinical Implications. *International Journal of Nursing Studies*, 4: 327-341.
- Göktaş, A., Kudret, H., Kar, İ., Uyanık, M., & Varlı, M. (2020). Geriatrik Bireylerin Aktivite-Rol Katılımlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 7(1), 13-31.
- Günel, A., Acungil, Z., & Demirtürk, F. Sağlık Bilimleri Fakültesi Akademisyenlerinin Aktivite Dengesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *TOĞÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-10.
- Güngör, J. F. (2008). Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri Ve Hastane Performansına İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. 2008.
- Güven, S., Şener, A. (2010). Yaşlılıkta Yaşam Doyumunu Etkileyen Faktörler, *Turkish Journal Of Geriatrics*, 14(2), 179-186.

Håkansson C, Björkelund C, Eklund M. Associations between women's subjective perceptions of daily occupations and life satisfaction, and the role of perceived control. *Aust Occup Ther J.* 2011;58(6):397-404.

Håkansson C, Wagman P, Hagell P. Construct validity of a revised version of the occupational balance questionnaire. *Scand J Occup Ther.* 2020;27(6) 441-449.

Hammell KW. (1999). *From the neck up: quality in life following high spinal cord injury* [Doctoral Thesis] Canada: University of British Columbia; 1999.

Hammell KW. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy.* 2004; 71(5): 296-305.

Harrison P. J. (1999). *The neuropathology of schizophrenia.* A critical review of the data and their interpretation. *Brain*, 593–624.

Hasselkus BR. (2011). *Meaning: an essential for life.* Hasselkus BR. ed. *The meaning of everyday occupation.* 2nd ed., pp. 19-32. USA:Slack Incorporated; 2011.

Hatziandreu, E.I., Koplan, J.P., Weinstein, M.C., Casperson, C.J., ve Warner, K.E. (1988). A CostEffectiveness Analysis of Exercise as a Health Promotion Activity. *Am J Public Health*, 78: 1417- 1421.

Hoppe, M.M., ve Russell, C.T. (1983) Plasma Rest Frame Frequencies and Polarizations of the LowFrequency Upstream Waves: ISEE 1 and 2 Observations. *Journal of Geophysical Research*, 88.

Horowitz, B. P., Tagliarino, J. ve Look, K. (2014). “Occupational Therapy Education, Attitudes on Aging, and Occupational Therapy Students and Therapists Interest in Gerontology Practice”, *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 32:2, 136-151.

Howard, P., Wong, G., Brigh, J.A. ve ark. (2002). *Manik depresyonda damgalanma ve benlik saygısı: Bir keşif çalışması*, *J Affect Disord* 69, 61-7. 2002.

Huri, M. (2012). “*Metastatik Prostat Kanseri Bireylerde Ergoterapinin İyi Olma Hali ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisi*”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.

Hussey S, Barbara S, Clifford J. (2007). Looking back: *A History of Occupational Therapy.* In: Hussey S, editor. *Introduction to Occupational Therapy.* New Delhi: Elsevieri, 17-37.

Işık E, Coşkunol H, Evren C, Işık U. (2015). *Şizofreni ve Alkol Madde Bağımlılığı.* İstanbul, Sigma Publishing.

Işık E. (2006). *Güncel Şizofreni.* Ankara, Format Matbaacılık.

İskenderoğlu, C. (2020). Obez ve Sağlıklı Adölesanlarda Günlük Yaşam Aktiviteleri, Fiziksel Uygunluk ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması.

Kane, R. (1997). *Understanding Health Care Outcomes Research*. Apsen Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland.

Karakuş G, Kocal Y, Sert D. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Derg. 251-67.

Keshavan, M. S., Diwadkar, V. A., Montrose, D. M., Rajarethinam, R., & Sweeney, J. A. (2005). Premorbid indicators and risk for schizophrenia: a selective review and update. *Schizophrenia research*, 79(1), 45-57.

Kety, S. S., Wender, P. H., Jacobsen, B., Ingraham, L. J., Janson, L., Faber, B., & Kinney, D. K. (1994). Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees: replication of the Copenhagen study in the rest of Denmark. *Archives of general psychiatry*, 51(6), 442-455.

Kielhofner G, Burke J. (1980). A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content. *American Journal of Occupational Therapy*. 1980;34:572-81.

Kloczko, E. ve Ikiugu, M. N. (2006). "The Role of Occupational Therapy in the Treatment of Adolescents with Eating Disorders as Perceived by Mental Health Therapists", *Occupational Therapy in Mental Health*, 22:1, 63-83.

Kocaman Yıldırım, N., Özkan, M., Özkan, S., Özçınar, B., Güler, S.A., Özmen, V. "Meme Kanserli Hastaların Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme Sonuçları", *Nöropsikiyatri Arşivi*, Sayı: 46, C. 4, (2009), 175-181.

Knöchel, C., Oertel-Knöchel. V., O'Dwyer. L., Prvulovic. D., Alves, G. and Kollmann B., (2012). *Cognitive and Behavioural Effects of Physical Exercise in Psychiatric Patients*. *ProgNeurobiol*;(96),46-68.

Koçoğlu, D., Akın, B. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 145-154.

Köroğlu E, Güleç C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara, HYB Basım Yayın.

Köroğlu E. (2012). *Psikiyatri Ders Kitabı*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 33-59.

Kurban, N. K., Zencir, M., Kartal, A., & Şahiner, T. (2010). Alzheimer hastalığı olan ve olmayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 3(1-2), 34-43.

Lapointe, J, Gordon, C., MacLachlan, J. ve Craik, J. (2016). "A case study of a national association's actions to advance the integration of occupational justice and human rights in occupational therapy", *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 72:1, 51-53.

Law M, Polatajko H, Baptiste S, Townsend E. (1997). *Core concepts of occupational therapy*. Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. 1997; 29-56.

Law M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *Am J Occup Ther.* 2002;56(6):640-649. doi:10.5014/ajot.56.6.640.

Lebacqz, K. (1973). Humility in Health Care. *Journal of Medicine and Philosophy*, 17(3): 291-307.

Lehman, A.F. (1995). Measuring Quality of Life in a Reformed Health System. *Health Affairs.* 90-101.

Lieberman, R. P., Wallace, C. J., Blackwell, G., Kopelowicz, A., Vaccaro, J. V., & Mintz, J. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 155(8), 1087-1091.

Lieberman JA. (1999). Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. *Biological Psychiatry*, 729-39.

Lindstrom, B. and Kohler, L. (1991). *Youth, disability and quality of life.* Pediatrician;18: 121-128.

MacRae A, Andonian L. (2013). Schizophrenia. In: Cara E, MacRae A, editors. *Psychosocial Occupational Therapy: An Evolving Practice.* 3rd ed: Delmar Cengage Learning; 2013. p. 192-220.

Marcussen, K., Ritter, C., Munetz, R.M. (2010). Hizmetlerin ve damgalanmanın ciddi akıl hastalığı olan kişiler için yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, *Psychiatry Serv* 61, 489-94.

McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. (2020). Schizophrenia - An Overview. *JAMA Psychiatry*, 201-10.

McKay E. (2008). What have we been ‘doing’?: A historical review of occupational therapy. In: McKay E, Craik C, KH L, Richards G, editors. *Advancing Occupational Therapy in Mental Health Practice:* Blackwell Publishing Ltd.

Meriano C, Latella D. (2007). *Introduction.* Occupational therapy interventions: Function and occupations. 1 ed: Slack Incorporated; 2007.

Mirzai İ, *Aneztezi ve Algolojide Yaşam Kalitesi Kavramı*, 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, AKM, İzmir 25-27 Mart 2010; 97.

Möller HJ. Possibilities and limitations of DSM-5 in improving the classification and diagnosis of mental disorders. *Psychiatr Pol.* 2018 Aug 24;52(4):611-628. English, Polish. doi: 10.12740/PP/91040. Epub 2018 Aug 24. PMID: 30368532.

Muezzinoğlu T. (2005). Yaşam Kalitesi Üroonkoloji Derneği 2004 güz dönemi konuşması Üroonkoloji Bülteni Mart 2005; (1)27: 25-29.

Nacakcı, Z. ve Dalkıran, E. (2016). “Zihin Engelli Özel Eğitim Okullarındaki Müzik Dersi Uygulamalarına Yönelik Öğretmen Görüşleri”, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(15), 344-356.

O'Sullivan, B. (2003). *Practice framework and activity analysis*. 2nd ed. Sladyk, K. (ed.). OT study cards in a box (1-32) Thorofare NJ: SLACK Incorporated; 2003.

Ostir GV, Granger CV, Black T, et al. (2006). Preliminary results for the PAR-PRO: A measure of home and community participation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006;87(8):1043-1051. doi:10.1016/j.apmr.2006.04.024.

Özbey, F. ve Diken, İ.H. (2010). “Zihinsel Yetersizliği Olan Bireylerin İş - Meslek Eğitimi ve İstihdamlarına Yönelik Türkiye’de Yapılan Araştırmaların Gözden Geçirilmesi”, *Özel Eğitim Dergisi*, 11(2), 19-42.

Özdemir, D., Karaman, S., Özgenel, C. ve Özbolat, A.R. (2015). “Zihinsel Engellilere Yönelik Robot Destekli Öğrenme Ortamlarında Etkileşim Alternatiflerinin Belirlenmesi”, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 332-343.

Özmenler N, Battal S, (1998). *Şizofreni Tarihçesi*, Yüksel N. editör, Çizgi Tıp Yayınevi, 5-16. Yıldırım, Z. H. (2013). “Omuz Tendon Transferi Yapılmış Brakiyal Pleksuslu Olgularda Kişi Merkezli Ergoterapi Eğitiminin Aktivite Performansı Üzerine Etkisi”, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.

Özmete, E. (2010). “Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(11), 455-465.

Özmete, E. (2010). Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(11), 455-465.

Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. 11*. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G. (2006). Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). Version 2.0. Chicago, IL:University of Illinois 167.

Paterson C. (2014). A short history of occupational therapy in mental health. In: Wendy B, Jon F, Katrina B, editors. *Creek's Occupational Therapy and Mental Health*. 5th edition ed: Elsevier Ltd, 2-13.

Polat S. (2010). *Şizofreni hastaları ve kardeşlerinde düşünce bozukluğu ve aile işlevleri ile ilişkileri* (Uzmanlık Tezi). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.

Ramsey R. (2014). *Community mental health programs*. In: Scaffa M, Reitz S, editors. Occupational Therapy in Community-Based Practice Settings: F.A. Davis Company, 271-88.

Ramsey R. (2014). *Community mental health programs*. In: Scaffa M, Reitz S, editors. Occupational Therapy in Community-Based Practice Settings: F.A. Davis Company; 2014. p. 271-88.

Robert Paul Liberman, M.D., Charles J. Wallace, Ph.D., Gayla Blackwell, R.N., M.S.W., Alex Kopelowicz, M.D., Jerome V. Vaccaro, M.D., and Jim Mintz, Ph.D.

(1998). *Skills Training Versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons With Persistent Schizophrenia*.

Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rude, N., Mercier, M. (2003). SF-36 Sağlık Araştırması Kullanarak Lübnan'da Kırsal ve Kentsel Nüfuslarda Yaşam Kalitesi, *Health Quality Life*, 1, 1-14.

Sadock B, Sadock V. (2009). Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 9. Edition Güneş Kitabevi ed. Ankara: Güneş Kitabevi.

Sağlık Bakanlığı (2014). Engellilerde Fiziksel Aktivite, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf

Sanberk, İ., Yazgan İnanç, B. "Yaşam Kalitesinin Sağlık Denetim Odağı, Fiziksel Belirti ve Özyeterlik Algısı Açısından İncelenmesi", Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 36, C. 03, (2009), 92-104.

Sandelowski M, Barroso J. Classifying the findings in qualitative studies. *Qualitative health research*. 2003;13(7):905-23.

Sharon, W.-D. (1999). Reliability of Scores on the Stroke Rehabilitation Assessment of Movement (STREAM) Measure. *Physical Therapy*, 79(1): 8-23.

Shorten C, Crouch R. (2014). Acute Psychiatry and the Dynamic Short-Term Intervention of the Occupational Therapist. In: Crouch R, Alers V, editors. *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health*. Fifth edition ed: John Wiley & Sons, Ltd; 2014.

Skevington, S.M., Lotfy, M., O'Connell, K.A. "The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group", *Quality of Life Research*, Sayı: 13, C. 2, (2004), 299-310.

Sladek SI. (2007). *What your association needs to know about X, Y and Z: the new recruit*. USA: Expert Publishing; 2007.

Smith, M. and Puczkó, L. (2008). *Health and Wellness Tourism*. Routledge. 2008.

Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. (2007). **Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar**. 1. Baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Sprangers, M.A.G., Cull, A., Bjordal, K., Groenvold M et al. (1993). *The European Organization for Research and Treatment of Cancer Approach to Quality-of-Life Assessment: Guidelines for developing questionnaire modules*. *Quality of Life Research*. Vol 2. pg. 287-295.

Stachowiak, M. K., Kucinski, A., Curl, R., Syposs, C., Yang, Y., Narla, S., Terranova, C., Prokop, D., Klejbor, I., Bencherif, M., Birkaya, B., Corso, T., Parikh, A., Tzanakakis, E. S., Wersinger, S. & Stachowiak, E. K. (2013). Schizophrenia: a neurodevelopmental disorder integrative genomic hypothesis and therapeutic

implications from a transgenic mouse model. *Schizophrenia research*, 143(2- 3), 367-376

Stahl MS. (2015). Stahl'ın *Temel Psikofarmakolojisi* (Çev. Ed. T Alkın). İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi.

Stoffel V. C. 2011. Recovery. In C. Brown V. C. Stoffel (Eds.), *Occupational therapy in mental health: A vision for participation*. pp 3–16. Philadelphia: F. A. Davis.

Switaj, P., Wciórka, J., Smolarska-Świtaj, J., Grygiel, P. (2009). Şizofreni hastalarının yaşadığı damgalanmanın kapsamı ve yordayıcıları, *European Psychiatry*, 24(8), 513-520

Şahin, M.A. (2014). *Yetişkin Bireylerde Diyet Kalitesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Şanlı BB. (2020). *Az gören çoklu engelli çocukların postür, yürüyüş, denge ve fiziksel performanslarının katılıma olan etkisinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi] Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.

Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J. & Carpenter, W. (2013). *Definition and description of schizophrenia in the DSM-5*. *Schizophrenia research*, 150(1), 3-10.

Tanrıverdi A, E N, Şafak Y. Şizofrenili Bireylerde Birey Merkezli Ergoterapi Programının Günlük Yaşam Aktiviteleri Katılımına Etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2014;2(2):83-90.

Tereyama, K. (2015). “Innovations and challenges in occupational therapy in Japan: From the viewpoint of the Japanese Association of Occupational Therapists”, *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 71:1, 11-17.

The WHOQOL Group (1994). The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag. 1994: 41-57.

The WHOQOL Group. “The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties”, *Soc Sci Med*, Sayı: 46, C. 12, (1998), 1569-1685.

Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement, *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), ss. 150–162.

Todorova, L. (2008). Assessing employment needs of Bulgarian youths with intellectual impairments. *Occupational Therapy in Healthcare*, 22(2-3), 77-84.

Top, M. Ş., Özden, S. Y. ve Sevim, M. (2003). *Psikiyatride Yaşam Kalitesi*. Düşünen Adam Dergisi, 16(1), s. 19.

Torlak, S. E., Yavuzçehre, P. S. (2008). *Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme*, Çağdaş Yerel Yönetimler, 17 (2):23-44.

Torpil, B. (2017). Multipl Skleroz’lu bireylerde Kanada Aktivite Performans Ölçümü’nün Türkçe kültürel adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirliği.

Townsend E. (1997). Occupation: Potential for personal and social transformation. *Journal of Occupational Science*. 1997; 4(1): 18-26.

Turgut, M. E. (2010). *Job Satisfaction And Life Satisfaction Relation And A Research On The Surgical Nurses Working In The State Hospitals In Istanbul*, İÜ (Istanbul University), SBE (Institute of Social Sciences), YYLT (Unpublished Master's Thesis), İstanbul.

Türk Dil Kurumu Sözlükleri [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 28 Şubat 2023]. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr>

Tüzün H. (2006) *Ankara merkezindeki bazı birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların sağlık ve sosyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2006.

Ulu, H. (2011). “İşle İlgili Üst Ekstremitte Kas İskelet Sistemi Problemi Olan Ev Kadınlarında Kişi Merkezli Ergoterapi Eğitiminin Aktivite Performansı, Özür ve Stres Üzerine Etkisi”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Umut G, Öztürk Altun Z, Danışmant BS, Küçükparlak İ, Karamustafalıoğlu N. (2012). Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü ve agresyon ilişkisi / Relationship between treatment adherence, insight and violence among schizophrenia inpatients in a training hospital sample. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci.*, 212–20.

Üçok, A. (2009). *Şizofreni ve benzeri psikozlar*. I.B. Kulaksızoğlu, R. Tükel, A. Üçok, G. Yargıç, O. Yazıcı (Ed.), *Psikiyatri* (1. Baskı) içinde (s. 130 - 148). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

Ventegodt, S., Merrick, J., ve Andersen, N.J. (2003) Quality of Life Theory II. Quality of Life as The Realization of Life Potential: a Biological Theory of Human Being. *The Scientific World Journal*, 3: 1041-1049.

Wagman P, Håkansson C, Björklund A. (2012). *Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis*. *Scand J Occup Ther*, 19(4):322–327.

Wagman P, Hakansson C. Introducing the occupational balance questionnaire (OBQ). *Scand J Occup Ther*. 2014;21(3): 227-231.

Walker E. F, Diforio D. (1997). *Schizophrenia: A Neural Diathesis-Stress Model*. *Psychol Rev*, 667–85.

Walther, S., Stegmayer, K., Sulzbacher, J., Vanbellingen, T., Müri, R., Strik, W., & Bohlhalter, S. (2015). Nonverbal social communication and gesture control in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 41(2), 338-345.

Ward J. (2003). The nature of clinical reasoning with groups: a phenomenological study of an occupational therapist in community mental health. *The American journal of occupational therapy*. 2003;57(6):625-34.

WHO, (2001). World Health Organization. International Classification of Functioning (ICF), *Disability and Health*. Geneva; 2001.

Wilcock AA, Townsend EA. (2014). *Occupational justice*. Boyt Schell B, Gillen G, Scaffa M, Eds. Willard and Spackman's occupational therapy. 12th ed. pp. 541–552. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Wilcock AA. (1996). Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*. 1999; 46(1): 1-11.

Wilkins, A.J. ve ark (2004). Early Childhood Factors Influencing Health-Related Quality of Life In Adolescents At 13 Years, *J. Paediatr Child Health* 40,102- 109.

Wilson IB, Cleraly PD. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA*, 1995; 59.

Wyatt RJ. Diagnosing Schizophrenia (2001). In: Lieberman JA, Murray RM, editors. *Comprehensive Care of Schizophrenia. A Textbook of Clinical Management*. First ed., London, 1-27.

Yalçinkaya, Ü. N., & Akel, B. S. (2017). Ankara-Kırşehir İllerindeki Çiftçi Bireylerde Aktivite–Rol Dengesinin Belirlenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(2), 65-72.

Yıldırım, Z. H. (2013). “Omuz Tendon Transferi Yapılmış Brakiyal Pleksuslu Olgularda Kişi Merkezli Ergoterapi Eğitiminin Aktivite Performansı Üzerine Etkisi”, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.

Yıldız, E., Yücel, H. & Yağcı, F. (2022). Özel Gereksinimli Çocuğu Olan Ailelerin Covid-19 Nedeniyle Karantina Sürecindeki Stresle Başa Çıkma Stratejileri ile Aktivite-Rol Dengeleri Arasındaki İlişki. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 10 (2), 63-72.

Yılmaz, G. ve Uçan, B. (2014). “Eğitilebilir Zihinsel Engelli Çocuklarda Müzik Aletlerinin Görsel Destekli Algılanabilirliği Üzerine Bir Çalışma (İstanbul / Sancaktepe Örneği)”, *The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication – TOJDAC*, 4(1), 10-15.

Yücel H. (2020). *Aktivite temelli ergoterapi*. Ankara: Hipokrat yayıncılık.

Yüksel N. (1995). *Ruhsal Hastalıklar*. Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 209-45.

Yüksel N. (2014). *Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar. İçinde: Yüksel N (editör). Ruhsal Hastalıklar, 4. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 360-362.*

Zakarneh, M. (2015). “*Ankara Umut Evlerinde Kalan Bireylerin Aktivite-Rol Katılımı Açısından Ergoterapi Modeline Göre İncelenmesi*”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.



9. EKLER

Ek 1: Kurum İzin Yazısı





Ek 2: Sosyodemografik Bilgi Formu

Ankette yer alan soruların başında uygun olan yeri (X) işareti ile belirtiniz. İlgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

Yaşınız:

Medeni Haliniz:

() Bekar () Evli () Boşanmış () Ayrı yaşıyor () Evli değil () birlikte yaşıyor

Eğitim durumunuz:

- () Okur-yazar değil
- () Okur-yazar
- () İlkokul mezunu
- () İlköğretim/Ortaokul mezunu
- () Lise mezunu
- () Yüksekokul/Üniversite mezunu

Mesleğiniz:

Çalışma durumunuz:

Tedavi Süreniz:

Ailenizde psikiyatrik rahatsızlığı olan kimse var mı?

Sigara/madde kullanımı:

Serbest Zaman Aktiviteleri

Bir gününüzü nasıl geçiriyorsunuz?

Serbest zamanlarınızda neler yapmaktan hoşlanırsınız?

Hobileriniz nelerdir?

Ne tür sporlar yapmayı veya izlemeyi seviyorsunuz?

Kitap okumayı seviyor musunuz? Yazmayı veya dergi almayı seviyor musunuz?

Müzik dinler misiniz veya bir müzik aleti çalışıyor musunuz?

Film ya da TV programları izler misiniz?

Resim yapmaktan hoşlanır mısınız?

Sosyal İlişkiler

Düzenli olarak kiminle vakit geçiriyorsunuz? (Aile? Arkadaşlar? Sınıf arkadaşları? Eşiniz? İş arkadaşları? Komşular? Toplum ruh sağlığı merkezinden arkadaşlar? Çocuklarınız?)

Arkadaşınız var mı?

Kendinize yakın hissettiğiniz biri var mı? Sizin için önemli olan konuları kiminle konuşabilirsiniz?

Aktivite-Rol Dengesi Anketi

Ad Soyad:

1. Sıradan bir haftada, yapmak için yeterli işim olduğunu hissederim.
Kesinlikle Katılmıyorum - Katılmıyorum – Katılıyorum - Kesinlikle Katılıyorum
2. Kendim için yaptığım şeyler ile başkaları için yaptığım şeyler arasında bir denge vardır.
Kesinlikle Katılmıyorum – Katılmıyorum – Katılıyorum - Kesinlikle Katılıyorum
3. Gerçekten yapmak istediğim şeyleri yaptığımdan eminim.
Kesinlikle Katılmıyorum - Katılmıyorum - Katılıyorum - Kesinlikle Katılıyorum
4. İş, ev işleri, boş zaman, serbest zaman ve uyku gibi yaşamımdaki farklı türdeki aktiviteleri dengelerim.
Kesinlikle Katılmıyorum – Katılmıyorum - Katılıyorum - Kesinlikle Katılıyorum
5. Yapmam gereken şeyler için yeterli zamana sahibim.
Kesinlikle Katılmıyorum – Katılmıyorum - Katılıyorum - Kesinlikle Katılıyorum
6. Fiziksel, sosyal, entelektüel (zihinsel) ve dinlendirici aktivitelerim arasında bir dengeye sahibim.
Kesinlikle Katılmıyorum – Katılmıyorum - Katılıyorum - Kesinlikle Katılıyorum
7. Çeşitli günlük aktivitelerime harcadığım zamandan memnunum.
Kesinlikle Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Kesinlikle Katılıyorum
8. Sıradan bir haftada, katıldığım aktivitelerin sayısından memnunum.
Kesinlikle Katılmıyorum – Katılmıyorum - Katılıyorum - Kesinlikle Katılıyorum
9. Yapmam gereken ve yapmak istediğim şeyler arasında yeterli çeşitlilik vardır.
Kesinlikle Katılmıyorum – Katılmıyorum - Katılıyorum - Kesinlikle Katılıyorum

10. Enerjimi tüketen aktivitelere karşı bana enerji veren aktiviteler arasında bir denge vardır.

Kesinlikle Katılmıyorum – Katılmıyorum - Katılıyorum - Kesinlikle Katılıyorum

11. Rahatlamak, iyileşmek ve uyumak için harcadığım zamandan memnunum.

Kesinlikle Katılmıyorum – Katılmıyorum - Katılıyorum - Kesinlikle Katılıyorum



DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ-KISA FORM

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	☐ Erkek	☐ Kadın	Doğum tarihiniz nedir?	
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?	Medeni durumunuz nedir?			
☐ Hiç Eğitim Almadım	☐ İlkokul-Ortaokul	☐ Hiç Evlenmemiş	☐ Evli Gibi Yaşıyor	☐ Evli
☐ Lise Veya Eşdeğeri	☐ Üniversite	☐ Boşanmış	☐ Ayrılmış	☐ Eş Yaşamıyor
Şu anda bir hastalığınız var mı?	☐ Evet	☐ Hayır	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;	
Sizce bu nedir? _____ (hastalık/sorun)				

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 61	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
2 64	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ☐ 1	Çok az hoşnut ☐ 2	Hiç hoşnut, ne de değil ☐ 3	Epeyce hoşnut ☐ 4	Çok hoşnut ☐ 5
3 11.4	Ağrılarınız yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç ☐ 5	Çok az ☐ 4	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 2	Ağır derecede ☐ 1
4 11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
5 14.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6 12.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7 15.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Son derecede ☐ 5
8 16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9 12.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10 12.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Tamamen ☐ 5
11 17.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12 18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13 20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14 12.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

www.ftronline.com

WHOQOL-BREF Sayfa-2

15 F8.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yereye gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
16 F12.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunalım, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman ☐ 5	Nadiren ☐ 4	Ara sıra ☐ 3	Çoğunlukla ☐ 2	Her zaman ☐ 1
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Aşırı derecede ☐ 5
Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır		Bu formun doldurulması ne kadar sürdü?				

T16: WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 28(2), 55-65

Skorlama Yönergesi		
Alt Parametre	Oluşturan sorular	Bu şekilde elde edilen skorlar "ham" skordur. Yüzdelik sisteme değiştirmek için gerekli olan formül:
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı	
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı	
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı	
Sosyal ilişkiler	20, 21, 22. Soruların toplamı	
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı	

$$\frac{(\text{Hastanın ham skoru}) - (\text{o alt parametreye ait olabilecek en düşük skor})}{\text{o alt parametrenin skor aralığı}} \times 100$$

Örnek: Fiziksel sağlık alt parametresini ele alalım; toplam 7 madde var. Hastanın skor toplamı 30 olsun

$$[(30-7) / (35-7)] \times 100 = (23/28) \times 100 = 82,14$$

KANADA AKTİVİTE PERFORMANS ÖLÇÜMÜ



KANADA AKTİVİTE PERFORMANS ÖLÇÜMÜ
Canadian Occupational
Performance Measure

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

KAPÖ:

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

KAPÖ 5 adımda tamamlanır:

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

BİREY İLE İLGİLİ BİLGİLER

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Terapist Adı:

İlk Değerlendirme:

Tekrar Değerlendirme:

KENDİNE BAKIM

ÖNEM

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

Kişisel Bakım

Fonksiyonel Mobilite

Toplumda Kendini İdare etme

ÖRETKENLİK		ÖNEM
Öretkenlik, bireyin hayatını kazanmayı, evini ve ailesini geçindirmeyi, kişinin yeteneklerini geliştirmeyi ve/veya diğerlerine hizmet vermeyi sağlayan aktiviteleri içerir. KAPÖ üretkenlik aktivitelerinin 3 tipini değerlendirir: Ücretli veya ücretsiz iş, ev işi yönetimi, okul/oyun.	Ücretli veya ücretsiz iş	
	Ev işi yönetimi	
	Okul ve/veya oyun	
SERBEST ZAMAN		ÖNEM
Serbest zaman bireyin üretken olma zorunluluğu olmaksızın birey tarafından yapılan aktiviteleri içerir. KAPÖ sessiz rekreasyon, aktif rekreasyon ve sosyalleşmeyi kapsar.	Sessiz rekreasyon	
	Aktif rekreasyon	
	Sosyalleşme	

PUANLAMA					
PERFORMANS (Şu an bu aktiviteyi yapma şeklinizi nasıl derecelendirirsiniz?) 1 = hiç yapamıyorum ➡ 10 = son derece iyi yapıyorum					
MEMNUNİYET (Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz?) 1 = hiç memnun değilim ➡ 10 = son derece memnunum					
TARİH 1: / /					
TARİH 2: / /					
AP Problemleri	Önem	Performans T ₁	Memnuniyet T ₁	Performans T ₂	Memnuniyet T ₂
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		Toplam Performans T ₁	Toplam Memnuniyet T ₁	Toplam Performans T ₂	Toplam Memnuniyet T ₂
TOPLAM PUAN					
		Ortalama Performans T ₁	Ortalama Memnuniyet T ₁	Ortalama Performans T ₂	Ortalama Memnuniyet T ₂
ORTALAMA PUAN (Toplam puan / problem sayısı)					
				Performanstaki Değişiklik	Memnuniyetteki Değişiklik
PUAN DEĞİŞİKLİĞİ (T ₂ - T ₁)					

İlk Değerlendirme

Tekrar Değerlendirme

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

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

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

Re: Permission for COPM Turkish translation

Gönderen: Law, Mary  Tarih: 14-10-2015 21:12



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

Mary Law

Dear Prof Law,

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

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

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

Thank you for your supports

With best wishes

Prof Gökçe Büvün, PhD

Bu e-posta mesajı bilginiz için olup, dış kişiler için gönderilmemiştir. Eğer bu e-posta mesajı size yanlışlıkla ulaşırsa, lütfen hiçbir şekilde kullanmayınız ve e-postayı siliniz. Hacettepe Üniversitesinde bu e-posta mesajının içeriği ile ilgili olarak hiçbir hukukî sorumluluğu kabul etmeyiz. The information contained in this communication may contain confidential or legally privileged information. Hacettepe University doesn't accept any legal responsibility for the contents and attachments of this message. The sender does not accept any liability for any errors or omissions or any viruses in the context of this message which arise as a result of internet transmission.

İNSAN AKTİVİTE ROL MODELİ TARAMA ARACI-MOHOST

Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) Rating Form (Turkish Version)

Ad-Soyad: _____	Terapist: _____
Yaş: _____ Doğum tarihi: ____/____/____	İş: _____
Cinsiyet: Bay ☐ Bayan ☐	İmza: _____
Tanımlama kodu: _____	İlk görüşme tarihi: ____/____/____
İl: _____	Değerlendirme tarihi: ____/____/____
Sağlık durumu: _____	Değerlendirme yeri: _____

Değerlendirme ölçeği	K S E KI	Aktivite-rol katılımını kolaylaştırır Aktivite-rol katılımı sağlanır Aktivite-rol katılımı engellenir Aktivite-rol katılımı kısıtlanır
----------------------	-------------------	---

Güçlü Yanlar ve Kısıtlılıklar Analizi

--

Puanlar Özeti

Aktivite –Rol için Motivasyon				Aktivite- Rol Paterni				İletişim ve etkileşim Becerileri				Süreç Becerileri				Motor Beceriler				Çevre																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Becerilerin incelenmesi				Başarı beklentisi				İlgi				Seçimler				Rutin				Adaptasyon				Roller				Sorumluluk				Sözsüz becerileri				Konuşma				Vokal ifade				İlişkiler				Bilgi				Zamanlama				Organizasyon				Problem çözme				Postür ve hareketlilik				Koordinasyon				Güç ve çabaası				Enerji				Fiziksel alan				Fiziksel kaynaklar				Sosyal gruplar				Aktivite- Rol talepleri																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S	E	K	I	K	S

Aktivite-Rol için Motivasyon	
Becerilerin İncelenmesi Mevcut gücü yanlarını ve kısıtlılıklarını anlama Doğru beceri inancı, doğru yetkinlik görünümü Kapasite farkındalığı	K Kendi kapasitesini doğru değerlendirebilir, kısıtlılıklarının farkında, güçlü yanlarını tanımlar S Kendi yeteneklerini alt ya da aşırı olarak yine de eğilim tahmini var, bazı sınırlamaları tanımlar E Destek olmadan gücünü ve kısıtlılıklarını anlamada zorlukları var KI Becerileri ya da yeteneklerini gerçekçi tahmin etmede başarısız olur
Başarı Belirletisi İyimserlik ve umut Öz-yeterlilik, kontrol duygusu ve öz-kimlik	K Başarı bekliyor ve zorluklarla mücadele etmek istiyor, engellerin aşılmasına konusunda iyimser S Başarı için bir miktar umudu yeterli öz-inancı var ama bazı şüphelere sahip, teşvik gerekebilir E Engelleri aşma konusunda iyimserliğini sürdürmek için destek gerektirir, zayıf öz-yeterlilik KI Körmüşer, umutsuz hissediyor, engeller karşısında pes ediyor, kontrol duygusundan yoksun olur
İlgi Hoşnuluk ifade edilir Memnuniyet Meraklılık Katılım	K Açık meraklı, hareketli, yeni aktiviteleri dener, hoşnudluğunu ifade eder, ısrarla devam eder, içeriği görür S Seçimlere rehberlik etmede yeterli ilgisi var, ilgilerine ulaşmak için bazı fırsatları var E Çıkarlarını ya da kısa süreli ilgileri belirlemez, zor, aktivite seçimi konusunda kararlıdır KI Kolayca sıkılabilir, ilgilerini belirleyemez, ilgisiz, hatta destekli meraktan yoksun olur
Seçimler Uyumlu kararlar Değiştirmek için hazırlık Değer ve anlam duygusu Tercihler ve hedefler	K Tercihleri ve önemlilik duygusu net, hedeflerine yönelik çalışmasına motivasyonu var S Seçimlerini çoğunlukla yapabilir, ayarlamak ve hedefler doğrultusunda çalışmak için teşvik gerekebilir E Önemli olanın ne olduğunu belirlemez veya hedeflere yönelik çalışma için zorlukları var, tutarsız KI Hedefler belirlemez, dürtüsel kararlar, hedeflere ulaşamaz ya da anti-sosyal değerlere dayanır
Aktivite-Rol Paterni	
Rutin Denge Aşkanlıkların organizasyonu Yapı Üretkenlik	K Dengeli olmasını düzenleyebilir, günlük aktivitelerin rutini düzenli ve üretken S Düzenli ve üretken günlük programı korumak veya takip etmek genellikle mümkündür E Dengeli dengeleme, desteği olmadan üretken günlük aktivite rutinlerine sahip olması zor KI Kararlılık veya boş rutinler, sorumlulukları ve hedefleri desteklemez, düzensiz rutine sahip olur
Adaptasyon Değişim beklentisi Aşlanmış değişim tepkisi Değişime tolerans	K Değişiklikleri anlıyor, talebi karşılamak için eylemler veya rutini değiştirir (esnek / uzlaşmacı) S Genelikle davranışını değiştirebilir, ayarlamak için zaman gerektirir, tereddütleri E Değişime adaptasyonu zor, isteksiz, pasif ya da alışkanlıkla değişikliklere abartılı tepki veriyor KI Kan, rutinleri adapte etmeyen ya da değişiklikleri tolere edemeyen olur
Roller Rol kimliği Rol çeşitliliği Aidiyet Katılım	K Çeşitli rolleri tanımlar, rollerinde kimlik/aidiyet duygusu var S Genelikle bir veya daha fazla rol ile tanımlar ve bu rollerin aidiyet duygusu vardır E Rollerin kasıtlı tanımlanması, aşırı rol ya da çatışma, rolün aidiyet duygusu bir miktar zayıf olur KI Herhangi bir rol ile tanımlamak zor, rolün talepleri ihmal edilir, aidiyet duygusu yoktur
Sorumluluk Rol yetkinliği Beklentileri karşılanması Yükümlülükleri yerine getirmek Sorumlulukların dağıtılması	K Güvenilir bir şekilde aktiviteleri tanımlar ve rol yükümlülükleri ile ilgili beklentileri karşılar S Çoğu sorumlulukları yerine getirir, çoğu beklentileri karşılar, çoğu rollerin yükümlülüklerini yerine getirir E Beklentileri yerine getirmek ve desteği olmadan rol yükümlülüklerini karşılamak zor olur KI Aktivite talepleri veya yükümlülüklerini karşılamak için sınırlı bir yeteneği var, rol aktivitelerini tamamlamaz olur

İletişim ve Etkileşim Becerileri	
Sözsüz Beceriler	
Göz teması	K Kültür ve davranışlara uygun (mihmetmen kendiliğinden) ortaya çıkan vücut dili
Hareketler	S Genelikle uygun vücut dili gösterebilir veya kontrol edebilir
Oryantasyon	E Uygun vücut dili görünümü/ kontrol etmek zordur (geç / kısıtlı / uygunsuz)
Yakınlık	KI Uygun vücut dili görülemez (yoktur / uygunsuz / güvensiz / saldırgan) Yorumlar:
Konuşma	
Açıklama	K Uygun başlatır, açıklar ve sürdürülebilir, konuşmalar (net / açık / doğrudan)
Başlatılması ve sürdürülmesi	S Genelikle dili kullanabilir ve etkili bilgi alıyabilir yapabilir
Konuşma içeriği	E Konuşmanın başlatılması, açıklaması ve sürdürülmesi zordur (tereddü / durdurma / kısıtlı / ilgisiz)
Dil	KI İletişimsel olmayan, kopuk, ruhsal veya bilgileri açıklayamaz Yorumlar:
Vokal İfade	
Tonlama	K İddialı, konuşkan, uygun ses tonu, yüksekliği ve hızını kullanır
Artıkülasyon	S Sesti ifadesi, genel olarak tonu, yükseklik ve hızı uygundur
Ses yüksekliği	E Kendini ifade zorluğu (mırlıdanarak / baskılı konuşma / monoton)
Hız	KI Kendini ifade edemeyen (belirsiz / çok sessiz ya da gürültü / çok hızlı ya da pasif) Yorumlar:
İlişkiler	
İşbirliği	K Hoş sohbet, destekleyici, başkalarının farkında katılımı sürdürmektedir, dost, diğerleri ile oldukça ilgilidir
Ortaklık	S Genelikle başkalarıyla ilişki kurabilir ve başkalarının ihtiyaçlarının çoğuna farkındalık gösterir
İlişki	E İşbirliği ya da birkaç olumlu ilişki kurması zordur
Saygı	KI Başkaları ile işbirliği veya pozitif ilişkiler kuramaz Yorumlar:
Süreç Becerileri	
Bilgi	
Bilgi araştırma ve akılda tutma	K İlgili bilgileri arar ve akılda tutar, araçlarını uygun şekilde kullanır
Bir aktivitede ne yapacağını bilmek	S Genelikle ilgili bilgileri arayabilir ve akılda tutabilir, araçlarını uygun şekilde kullanabilir
Nesnelerin nasıl kullanılacağını bilmek	E Araçları kullanması zordur, bilgi sorması ya da bilgini tutulması zordur
	KI Bilgi / araçlarını kullanamaz, bilgi tutamaz, aynı bilgi için tekrar tekrar sorar Yorumlar:
Zamanlama	
Başlatma	K Konsantrasyonu sürdürmektedir, başlar, soralar ve uygun zamanlarda aktivite-rolü tamamlar
Tamamlama	S Genelikle konsantrasyonu sürdürülebilir, başlar, soralar ve uygun aktivite-rolü tamamlayabilir
Sıralama	E Dalgah konsantrasyonu veya dağınık başlatma, sıralama ve tamamlamak zordur
Konsantrasyon	KI Konsantrasyon olamaz, başlatamaz, sıralama veya aktivite- rolü tamamlamaz Yorumlar:
Organizasyon	
Alanları ve eşyaları düzenlemek	K Aktivite-rolde gerekli araçları / eşyaları ekim bir şekilde arar, toplar ve geri düzelter (düzenli)
Düzeltilme	S Genelde gerekli araçları / eşyaları arayabilir, toplayabilir ve geri düzelter
Hazırlık	E Arama, toplama ve araçları / eşyaları geri düzeltme zordur, dağınık / düzensiz görünür
Eşyaların toplanması	KI Araçları ve eşyaları aramaz, toplamaz ve geri düzeltmez (karmaşık, dağınık) Yorumlar:
Problem Çözme	
Yargılama	K Doğru karar verir, zorlukları anlar ve uygulanabilir çözümler üretir (mantıklı)
Adaptasyon	S Genelikle ortaya çıkan zorluklara göre kararlar verebilir
Karar verme	E Ortaya çıkan zorlukları anlama ve adapte etme zordur, teşvik ister
Cevap verme	KI Ortaya çıkan zorlukları anlamaz ve adapte edemez, uygunsuz kararlar verir Yorumlar:

Motor Becerileri	
Postür ve Hareketlilik İstikrar Yürüyüş Ulaşma Yerleşimi Pozisyonlama Bükülme Denge Transferler	K S E KI
Koordinasyon Manipülasyon Hareket kolaylığı Akışkanlık İnce motor beceriler	K S E KI
Güç ve Çabası Kavrama Kaldırma Elle alma Taşıma Hareket Kalibrasyonu	K S E KI
Enerji Dayanıklılık Hız Dikkat Dayanma gücü	K S E KI
CEVRE Becerilerin değerlendirildiği çevre	
Fiziksel alan Kendine-bakım, Üretkenlik ve Serbest zaman olanakları Mahremiyet ve Erişebilirlik Stimülasyon ve Rahatlık	K S E KI
Fiziksel Kaynaklar Ekonomi Ekipmanlar ve araçlar Eşyalar ve ulaşım Güvenlik ve bağımsızlık	K S E KI
Sosyal Gruplar Aile dinamikleri Arkadaşlar ve sosyal destek Çalışma ortamı Beklentiler ve katılım	K S E KI
Aktive-Rol Talepleri Aktivite talepleri (Kendine-bakım, Üretkenlik ve Serbest zaman) Kültürel sözleşmeler Aktivitelerin Yapısı	K S E KI
Sabit, dik, bağımsız, esnek, hareket aralığı iyi (muhtemelen çevik) Genellikle aktivite-rolde dönüş ve hareketliliği bağımsız olarak veya yardımlar ile sağlayabilir Herhangi bir yardımla bile zaman zaman sabit değil, yavaşlar veya zorluk ile yönetir Son derece dengesez, ulaşamaz, bükülemez ve yürüyemez Yorumlar: Vücut parçalarını birbirleri ile koordine eder, pürüzsüz, akışkan hareketleri kullanır (muhtemelen becerikli) Aktivite-roller için küçük kesintiler, bazı gariplik ve sertlikler var Hareketleri koordine etmesi zordur (beceriksiz / ürkek / garip / sert) Koordine edemez, manipülasyonu ve akışkan hareketleri kullanamaz Yorumlar: Kavrama, hareket ve yeterli güç / hız ile eşyaları güvenli taşır (muhtemelen güçlü) Genellikle güç ve çabası görevlerin çoğu için yeterli olmaktadır Yeterli güç ve hız ile eşyaları taşımada, kavrama ve hareket zorlukları var Kavrama yapamaz, hareket etmez, uygun güç ve hız ile eşyaları taşıyamaz (zayıf / çelimsiz) Yorumlar: Uygun enerji seviyesini korur, aktivite-rol boyunca tempoyu koruyabilir Enerji bazı zamanlarda biraz yüksek ya da düşük olabilir, çoğu görevler için kendini ayarlayabilir Enerjiyi korumaz zorlanıyor (kolayca yoruluyor/ yorgunluğa bağlı / dağınık / huzursuz) Enerjiyi koruyamaz, odaklanmadan yoksun, uyuşuk, pasif veya çok aşırı aktif Yorumlar: Çevre çeşitli fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rolleri destekler, uyarır Çevre çoğunlukla yeterli, günlük aktivite-rollerin sürdürülmesine izin verir Sınırlı fırsatlar sağlar ve değerli aktivite-rollerin performansını azaltır Çevre fırsatları kısıtlı ve değerli aktivite-rollerin performansını engeller Yorumlar: Kolaylıkla aktivite-rolün hedefleri sağlanabilir, ekipmanlar ve aletler uygundur Genellikle aktivite-rol hedeflerine ulaşılmasına izin verir, bazı engeller ortaya çıkabilir Güvenli bir şekilde aktivite-rol hedeflerine ulaşmak için yeteneği engellenmiştir, ekipmanlar ve araçlar yetersiz Aktivite-rol hedeflerine ulaşma becerisinde önemli bir etkiye sahip araçların eksikliği yüksek risk sebebidir Yorumlar: Sosyal gruplar uygulama desteği sunar, değerler ve inançlar en iyi fonksiyonu destekler Genellikle destek sunabilir ama bazen katılım altında veya üzerinde olur Az destek verir veya katılmadan uzaklaşır, bazı gruplar destekler, diğerleri desteklemez İlişi eksikliği veya uygunsuz katılımdan dolayı desteklemez Yorumlar: Aktivitelerin talepleri yetenekler, ilgiler, enerji ve kullanılabilir zaman ile iyi eşleşmiştir Genellikle yetenekler, ilgiler, enerji ve kullanılabilir zaman ile uyumlu, zorluklar ortaya çıkabilir Yetenekleri ve ilgi ya da kullanılabilir zaman ve enerji ile bazı net tutarsızlıklar var Çoğunlukla talebin altında ya da üstünde yetenekleri ile tutarsız aktivite oluşturu Yorumlar:	

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi “*Şizofreni Tanılı Bireylerde Okupasyonel Katılım ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*” başlıklı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Okupasyonlar, insanların günlük yaşamlarına anlam ve değer katan, kişilerin yaşam rolleri ile bağlantılı bir dizi faaliyetleri içermektedir. Bir başka deyişle, kişinin kendi kendine idame etme, ifade etme ve bir şeyleri yapmak üzere kendi içsel ihtiyaçlarını karşılamak için uğraştığı faaliyetler ve görevler kümesini kapsamaktadır. Kendine bakım aktiviteleri, iş ve üretici aktiviteler, oyun ve serbest zaman aktiviteleri gibi farklı okupasyon alanları bulunmaktadır.

Katılım güncel olarak ‘dâhil olma, paylaşma ve bir şey yaşama’ olarak tanımlanabilir. Katılım, insani gelişme ve yaşanmış deneyimin önemli bir parçasıdır. Katılım yoluyla beceri ve yetkinlikler kazanır, başkalarıyla ve toplumla bağlantı kurar ve hayatta amaç ve anlam buluruz. Katılım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından işlev ve sınıflandırma şemasında tanıtılmıştır. İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflaması (ICF) katılımı, yaşam durumlarına dâhil olmak olarak tanımlar. 2001’de İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflaması (ICF) içerisinde katılım sağlık bileşenlerinden biri olarak yer alır. Katılım bireyin yaşadığı çevrede ve şartlarda anlaşılabilir. ICF ‘in de tanımladığı gibi katılım, engelli veya engelsiz çocuk ve gençlerin desteklemeye odaklanan ergoterapistlerin odak noktasındadır.

Bir engel ya da hastalık durumunun daha az çeşitlilik içeren, daha çok evde yer alan, daha az sosyal ilişki içeren ve daha az aktif rekreasyon içeren katılıma yol açtığı bulunmuştur. Ergoterapi, bütün bireyler için katılımın geliştirilmesini ve gerçekleştirilmesini hedeflemektedir.

Literatür incelendiğinde okupasyonel katılımın öneminden ve şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitelerindeki azalmadan sıklıkla bahsedilmektedir; ancak şizofreni tanılı bireylerin okupasyonel katılımını etkileyen faktörleri inceleyen kanıt temelli çalışmalar sınırlıdır. Ayrıca bu bireylerin okupasyonel katılımları ve yaşam kalitelerinin birbiriyle ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Şizofreni tanılı bireylerin okupasyonel katılımı ile yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelemek ve şizofreni tanılı bireylerin okupasyonel katılımını sağlayacak ve yaşam kalitelerini artıracak ergoterapi stratejilerinin geliştirilmesine ışık tutacak veriler elde etmek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Araştırma değerlendirme şeklinde olacaktır. Herhangi bir müdahale uygulanmayacak olup belirlenmiş anket ve ölçeklerle sizin okupasyonel katılımınızı ve yaşam kalitenizi değerlendireceğiz. Çalışma, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Başar ÖZTÜRK sorumluluğunda Ergoterapist Mahmut Ulaş İYİBAŞ tarafından yürütülecektir.

İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Biriminde gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Uygulanacak Ölçekler Sırasıyla;

Sosyodemografik Bilgi Formu: “Sosyo-Demografik Bilgi Formunda cinsiyet, yaş, medeni hal gibi kişisel soruların yanı sıra hastalık ile ilgilide sorular içermektedir.

Aktivite-Rol Dengesi Anketi-11 Türkçe Versiyonu: Anket, kişinin günlük yaşamdaki aktivitelerinin niceliğine ve çeşitliliğine, aktiviteye ilişkin kişisel deneyimlere, iş, ev, aile ve boş zaman aktiviteleri arasındaki dengeye, zorunlu ve gönüllü aktiviteler için yeterli zamana sahip olup olunmadığına odaklanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-Bref): Dört boyuttan oluşmuştur. Bu boyutlar: “Bedensel İyiye”, “Ruhsal İyiye”, “Sosyal İlişkiler” ve “Çevre” boyutlarıdır. Yanıtlar kişinin yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin yorumunu içermelidir.

Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ): Bireyin üç temel aktivite alanı olan günlük yaşam aktiviteleri, iş ve üretici aktiviteler ve serbest zaman aktivitelerinin yapılabirliğinin ve yapılmasından duyulan memnuniyetin kişinin kendisi tarafından değerlendirildiği bir ölçümdür

İnsan Aktivite Rol Modeli Tarama Aracı- Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST):MOHOST, kişilerin aktivite katılımını etkileyen kişisel ve çevresel faktörlere genel bir bakış sunar.

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

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

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

Biruni Üniversitesi Ergoterapi Anabilim Dalı

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Başar ÖZTÜRK 05370150630

Diğer Araştırmacı: Erg. Mahmut Ulaş İYİBAŞ - 05457860033

(Katılımcının Beyanı)

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Başar ÖZTÜRK ve Erg. Mahmut Ulaş İYİBAŞ tarafından Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılmayı onaylarsam araştırmacılar ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim).

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

Araştırmaya katılmayı onaylamak zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışta karşılaşmış durumda değilim.

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

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının/Vasisinin/Velisinin Adı Soyadı:

İmza/Tarih:

Onama Tanıklık Eden Kişinin Adı Soyadı:

İmza/Tarih:

Sorumlu Araştırmacı:

İmza:

Etik kurul onayı





10. ÖZGEÇMİŞ



11. İNTİHAL RAPORU

ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE OKUPASYONEL KATILIM VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Yazar Mahmut Ulaş İyiöbaşı

Gönderim Tarihi: 16-Haz-2023 11:11AM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 2117188063

Dosya adı: Mahmut_Ula_Y_BA.docx (410.26K)

Kelime sayısı: 15550

Karakter sayısı: 115453

ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE OKUPASYONEL KATILIM VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

ORJİNALLIK RAPORU

% 11	% 9	% 1	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 5
2	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	% 2
3	openaccess.bezmialem.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
7	Submitted to European University of Lefke Öğrenci Ödevi	<% 1
8	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<% 1

Submitted to Abant İzzet Baysal Üniversitesi

9	Öğrenci Ödevi	<% 1
10	Submitted to Istanbul Bilgi University Öğrenci Ödevi	<% 1
11	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
12	Submitted to Fırat Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
13	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	<% 1
14	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
15	KARADEMİR, Tamer and TÜRKÇAPAR, Ünal. "Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Empatik Eğilim Düzeylerinin İncelenmesi", Ahi Evran Üniversitesi, 2017. Yayın	<% 1
16	acikerisim.gedik.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

< 10 words

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat