

İnmeli Bireylerde Serbest Zaman Aktivitelerine Yönelik Ergoterapi Yaklaşımlarının Aktivite Performansına Etkisi

The Effect of Leisure Based Occupational Therapy Approaches on Occupational Performance in Stroke Survivors

Orkun Tahir ARAN¹, Hülya KAYIHAN²

¹ Dr. Fzt., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara.

² Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ankara.

ÖZ

Amaç: Bu çalışma kronik inmesi olan bireylere uygulanan kişi merkezli serbest zaman aktiviteleri temelli ergoterapi müdahalesinin, bireylerin aktivite performanslarına etkisini araştırmak üzere planlandı. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya, en az 1 yıl önce inme geçirmiş 16 birey dahil edildi. Bireylerin tercih ettikleri serbest yaşam aktivitelerinin belirlenmesi için Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) kullanıldı. Ayrıca aktivite tercihlerine destek olan ve engel olan etmenlerin belirlenmesi için yüz yüze görüşme yöntemi kullanıldı. Tercih edilen aktiviteler belirlendikten sonra bireylerin kısıtlılık kaynaklarının tespit edilmesi için Dinamik Performans Analizi (DPA) kullanıldı. Problemler alanların belirlenmesi ile her birey için kişiye özel ergoterapi müdahalesi planlandı ve 8 hafta boyunca haftada 2 seans uygulandı. **Sonuçlar:** Müdahale sonrasında bireylerin KAPÖ ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) ve destek ve bariyerlerin olumlu yönde değiştiği bulundu. **Tartışma:** Serbest zaman aktiviteleri temelli ergoterapi müdahalesi aracılığı ile inmeli bireylerin aktivite performanslarında iyileşmeye neden olmuştur. Aktivite performansına etki eden faktörlerin belirlenmesi ile inmeli bireyler için planlanan kişi merkezli ve bütüncül serbest zaman aktiviteleri temelli ergoterapi müdahalelerinin, inmeli bireylerin aktivite performansını artıracığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnme; İş uğraşı terapisi; Serbest zaman aktiviteleri

ABSTRACT

Purpose: This study was planned to investigate the effects of leisure based occupational therapy intervention on the individuals' occupational performance. **Material and Methods:** The study included 16 subjects who had a stroke at least 1 year ago. The Canadian Occupational Performance Scale (COPM) was used to determine leisure activities of individuals. In addition, face-to-face interview method was used to determine the factors that support or restrain the activity preferences. After determining the preferred activities, Dynamic Performance Analysis (DPA) was used to determine the sources of limitations of individuals. With the identification of problem areas, a client-centered occupational intervention was planned for each individual and it was performed as 2 sessions per week for 8 weeks. **Results:** There was a statistically significant difference between the measurements of the COPM of the individuals after the intervention ($p < 0.05$) and the perceived support and barriers were found to have positively changed. **Conclusion:** Occupational performance improved after leisure based occupational therapy intervention on individuals with stroke. It is thought that by determining the factors affecting the occupational performance, occupational therapy intervention planned for stroke survivors which is client-centered and holistic leisure based will increase the performance.

Key Words: Stroke; Occupational therapy; Leisure activities

Sorumlu Yazar (Corresponding Author): Orkun Tahir ARAN e-mail: orkunaran@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-5468-1302

Geliş Tarihi (Received): 02.10.2018; Kabul Tarihi (Accepted): 30.10.2018

Dünya Sağlık Örgütü inmeyi vasküler neden dışında görünürde başka bir neden olmaksızın, hızlıca yerleşip, fokal (veya global) serebral bozukluğa yol açan, 24 saat ya da daha uzun sürebildiği gibi ölümler de sonuçlanabilen klinik durum olarak tanımlamaktadır (World Health Organization ve International Society of Hypertension Writing Group, 2003). İnme, dünyada kalp hastalığı ve kanserden sonra en sık ölüm, erişkin nüfusta en önemli ölümler nedeni olarak gösterilmektedir (Bonita, 1992).

İnmenin etkileri etkilenen beyin dokusunun lokalizasyonuna ve büyüklüğüne göre değişebilmektedir. İnme kaynaklı en sık motor problemler görülür. Motor problemler de belirli bir kas grubunun kontrol kaybı, mobilite kısıtlılığı gibi farklı şiddet seviyelerinde bulunabilir. Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü (National Heart, Lung and Blood Institute) Framingham Kalp Çalışması'nın verilerine göre 65 yaş üstünde olan bireylerin %50'sinde hemipleji, %35'inde depresif semptomlar, %30'unda yürüme problemleri ve %26'sında günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık görüldüğü belirtilmiştir. Bunların yanında yutma problemleri, inkontinans, konuşma problemleri, denge problemleri, spastisite, postüral bozukluklar gibi birçok farklı semptom inme sonrasında görülebilir (Grundey, Cleeman, Daniels ve ark, 2005).

İnme sonrasında fiziksel yapılarıdaki bozukluklardan aktivite katılımını ciddi oranda etkilenmektedir. İnmeli bireylerin %25 ile %74'ünde günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı veya tam bağımlı olduğu belirtilmiştir (Miller, Murray, Richards ve ark, 2010). Sea ve arkadaşları, Bechinger ve Tallis çalışmalarında duyu bozukluklarının günlük yaşam aktivitelerine katılım arasında anlamlı korelasyon olduğunu belirtmişlerdir. Kognitif kısıtlılıklar, günlük yaşam aktiviteleri performansını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bernspång, Viitanen, ve Eriksson, 1989; Lincoln, Drummond, Berman ve ark, 1997; Mitcham, 1982; Rubio ve Van Deusen, 1995; Titus, Gall, Yerxa ve ark, 1991).

İnme sonrasında bireyler aktivite dengesinde problem yaşayabilirler. Aktivite performans kapasiteleri fiziksel, bilişsel ve psiko-sosyal kapasitelerini, sağlıklarını ve iyi olma hallerini etkileyecek şekilde etkilenebilir. Ergoterapistin rolü, hastaların yetkinliklerini yeniden kazanmalarını, aktivitelerine geri dönmelerini ve olumlu bir aktivite kimliği geliştirmelerini sağlamaktır (Craik, Davis, ve Polatajko, 2007; Duncan, 2011). Rehabilitasyonun temel odağı bireylerin hedefleridir (Harris ve Eng, 2004). Her danışan bireysel olarak rehabilitasyon sürecinin merkezi olmalı ve objektif verilerden elde

edilemeyen bilgiler, kişilerin sübjektif algıları ile tamamlanmalıdır (Whiteneck, 1994; Wressle, Eeg-Olofsson, Marcusson ve ark, 2002). Pollock ve arkadaşları rehabilitasyon sürecinin kişi merkezli olması durumunda bireylerin rehabilitasyon süreçlerine aktif katılımlarının arttığını belirtmişlerdir (Pollock, 1993). Kişi merkezli yaklaşımlar kişiler tarafından tanımlanan rehabilitasyon hedefleri ve kişi ile terapist arasında iş birliğine dayalı yöntemlerdir. Ergoterapi literatüründe uzun süredir kişi merkezli yaklaşımlar yoğun olarak çalışılmaktadır (Fearing, Law, ve Clark, 1997; Law, Baum, ve Dunn, 2005; Phipps ve Richardson, 2007).

İnme sonrasında iyi bir motor iyileşme olmasına rağmen serbest zaman aktivitelerine katılım azalmaktadır (Drummond ve Walker, 1995). Serbest zaman aktiviteleri eğitimi ile inmeli bireylerin fiziksel ve emosyonel fonksiyonellikleri artırılabilir (Roley, Barrows, Brownrigg ve ark, 2008). Nour ve arkadaşları serbest zaman aktiviteleri eğitimi uyguladığı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde plasebo olarak yalnızca sosyal çevreye maruz bırakılan bireylere oranla daha fazla bağımsızlık kazandıklarını belirtmişlerdir (Nour, Desrosiers, Gauthier ve ark, 2002). Serbest zaman aktiviteleri ayrıca nöro-kognitif faydalar sağlayabilmektedir; Radomski ve Latham anlamlı ve amaçlı serbest zaman aktivitelerine katılımın nöral plastisiteyi kolaylaştırabileceğini bildirmişlerdir. Ek olarak, serbest zaman aktivitelerine katılımın, bireylere anlamlı aktivitelerine katılımını etkileyen fonksiyonel kısıtlılıklarını analiz etmelerine ve bu aktiviteler tekrar katılım için strateji geliştirmelerine yardımcı olduğu belirtilmiştir (Radomski ve Latham, 2008).

Çalışmamızın amacı;

1) Serbest zaman aktiviteleri temelli kişi merkezli ergoterapi yaklaşımlarının inmeli bireylerin aktivite performansına etkisini incelemek

2) İnmeli bireylerin serbest zaman aktivite performanslarını etkileyen algılanan faktörleri incelemek

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmaya bir yıldan uzun süredir hemipleji olan 16 birey dahil edildi (İstatistiksel güç analizi yapılarak %80 güçte, hata payı %5 olarak kabul edildi, örneklem sayısı 16 olarak bulundu). Çalışmaya katılımları öncesinde tüm bireylere çalışma hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden her kişiye, çalışmayı kabul ettiklerine dair aydınlatılmış onam formu imzalatıldı. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan GO18/01 çalışma proje numarası ile izlenen çalışmamız tıbbi etiğe uygun bulundu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 18-65 yaş arasında olmak,
- En az 1 yıl önce inme geçirmiş olmak
- Mini Mental Durum Testi (MMDT)'nden 15 veya daha yüksek puan almak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak;

Çalışmaya dahil edilmeme kriteri;

- Bilinen başka bir nörolojik, ruhsal kronik hastalığa sahip olmak olarak belirlendi.

Dahil edilme ve dahil edilmeme kriterlerine göre çalışmaya katılacak bireyler belirlendikten sonra, bireyler ilk görüşmede ortalama 60-90 dakika süren değerlendirmeye alındı. Daha sonra her bir birey, haftada 2 seans olmak üzere 8 hafta boyunca serbest zaman aktivitesi temelli, kişi merkezli müdahale programına dahil edildi.

Bireylerin demografik özelliklerini belirlemek için yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanıldı. Görüşmelerde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, inmeden sonraki süre (ay), hemiplejik taraf, dominant ekstremité, medeni hal, çalışma durumu ve meslek bilgileri ile ilgili bilgiler kaydedildi.

Bireylerin aktivite performansı ve memnuniyet düzeylerini değerlendirmek için Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) kullanıldı. KAPÖ bireyin aktivite performans problemlerini belirlemek ve performans memnuniyetini ölçmek için kullanılan standart bir ölçüm aracıdır (Law, Baptiste, McColl ve ark, 1990). Bu değerlendirme ölçeği, yarı yapılandırılmış görüşme yöntemiyle aktivite performansı alanında bireylerin karşılaştığı problemlerini belirleyen bir ölçektir (95). Bireylerin aktivite tercihlerini yine kendisi tarafından verilen performans ve memnuniyet puanları ile değerlendirir (Christiansen, Backman, Little ve ark, 1999). KAPÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliği "Multipl Skleroz'lu Bireylerde Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe Kültürel Adaptasyonu, Geçerlilik ve Güvenilirliği" isimli tez ile gösterilmiştir. Cronbach alfa değeri 0.9-1 aralığında bulunmuştur (Torpil, 2017). Ayrıca KAPÖ'nün inmeli bireylerde de kullanılabilirliği gösterilmiştir (Phipps ve Richardson, 2007). Çalışmamızda, bireylerin yalnızca serbest zaman aktiviteleri sorgulandı ve kaydedildi. Müdahale planı içerisinde de KAPÖ aracılığı ile belirlenen serbest zaman aktivitelerinden bireylerin en önemli olarak seçtikleri aktivite üzerinde çalışıldı. Ergoterapi müdahalesi öncesi değerlendirmeleri için yarı-yapılandırılmış görüşme yöntemi uygulandı. Görüşmelerde aşağıdaki sorular soruldu;

- Belirttiğiniz serbest zaman aktivitelerini yapmanızı destekleyen bedensel, psikolojik, motivasyonel ve diğer etmenler nelerdir? Aynı

aktiviteleri yapmanıza engel olan etmenler nelerdir?

- Sosyal çevrenizin, ailenizin, akrabalarınız, iş ve sosyal çevrenizin aktivite katılımınız süresince tutumları/davranışları nelerdir? Bu davranışların hangilerinin size engel veya destek olduğunu düşünüyorsunuz?
- Aktivitelere katılımınızı destekleyen veya etkileyen fiziksel çevresel etmenler (evde, ev dışında mimari durum, ulaşım gibi) nelerdir? Olumlu ve/veya olumsuz etmenleri belirtiniz.

KAPÖ aracılığı ile belirlenen aktivitelere, kişi-aktivite uyumunun ve bireylerin aktivite katılım kısıtlılıklarının anlaşılabilmesi için kapsamlı analiz yapıldı. Aktivite analizi için Polatjko tarafından tanımlanmış Dinamik Performans Analizi (Dynamic Performance Analysis – DPA) yaklaşımı kullanıldı (Polatajko, Mandich, ve Martini, 2000). Sonuçların ortaya çıkarılmasında aşağıdaki sıra izlendi;

- Aktivite performansı yapılabildi mi?
- Performansın temel olarak olumsuz yönde etkilendiği bölümler nelerdir?
- Kişi, aktivite ile ilgili ne yapması gerektiğini biliyor muydu?
- Aktivitenin hangi bölümünde ne yapması gerektiğini biliyor muydu?
- Bölümlerdeki gereklilikleri yapabildi mi?
- Aktivite ile ilgili ihtiyaçlar nelerdir? Aktivite ile ilgili destekler yeterli miydi?
- Aktivite ile ilgili çevresel ihtiyaçlar nelerdir? Destekler yeterli miydi?

DPA'nin ikinci basamağı olan "Performansın temel olarak olumsuz yönde etkilendiği bölümler nelerdir?" bölümünde, kişilerin aktivite performansını olumsuz yönde etkileyen sebepler belirlendi ve sonraki basamaklara belirlenen sebepler detaylandırıldı.

Ergoterapi Müdahalesi

İnmeli bireylere uygulanacak ergoterapi müdahalemiz kişi merkezli ve bütüncül bakış açısı ile düzenlendi. Birey için serbest zaman performans alanında anlamlı, amaçlı ve ilgili olduğu aktiviteler aracılığıyla aktivite ve rol performanslarının geliştirilmesi, dolayısı ile toplumsal katılımının ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlandı.

KAPÖ'de belirtilen serbest zaman aktivitelerinden bireyler için en önemli olanının seçilmesi ile mevcut aktiviteye ilişkin analiz ve değerlendirmeler gerçekleştirildi. Müdahalelerde hem nitel hem de nicel verilerden elde edilen bulgular ışığında aktivite performansını etkileyen etmenlere odaklanıldı. Müdahaleler 8 hafta boyunca, haftada 2

seans olmak üzere devam etti.

Nitel görüşmelerden bireylerin serbest zamanlarında yaptıkları ve yapmak istedikleri aktivite performanslarını kolaylaştıran ve kısıtlayan kişisel ve çevresel etmenleriyle ilgili algıları ile ilgili bilgilere ulaşıldı. Değerlendirmeler aracılığıyla bireylerin aktivite performansına etki eden fiziksel, psiko-sosyal ve çevresel komponentleri belirlendi. Değişim oluşturulması hedeflenen alanlarda problem çözme yöntemi ile müdahaleler planlandı. Müdahaleler, seçilen aktivitelerin klinik simülasyon ortamında başlatıldı ve kişilerin doğal çevrelerinde eğitime devam edilerek ilerlendi.

Tüm bireylere bilgilendirme ve farkındalık eğitimi verildi. Bu yaklaşımda aşağıdaki basamaklar kullanıldı;

- Aktivite performansını etkileyen faktörlerin bireyler ile paylaşılması, terapatik hedef belirleme
- Aktivite performansı, toplumsal katılım ve yaşam kalitesi kavramlarının bireylere ve eğer varsa ailelere anlatılması
- Serbest zaman aktiviteleri hedefli müdahalenin bireylere anlatılması
- Aile eğitimi (inmeli bireylerin yapabilirlikleri, güvenlik önlemleri, koruyucu davranışın zararlar vb)
- Aktivite performansını etkileyen kişisel, ailesel ve çevresel faktörlerden mevcut bireyi etkileyen alanları birey ile paylaşmak, hedef oluşturmak ve müdahale programına entegre etmek.
- Aktivite performansı için gerekli becerilerin artırılması

Bu bağlamda bireylerin rehabilitasyonu için kullanılan birey merkezli yaklaşımlar aşağıdaki gibi şekillendirildi;

Kişisel faktörler ile ilgili müdahaleler:

- Motor beceri eğitimi (aktiviteler aracılığı ile beceri geliştirme)
- Kavrama eğitimi: pozisyonlama, fonksiyonel kavrama ve bırakma çalışması, iş-beceri-kavrama modülleri ve aktivite eğitimi
- Reaksiyon zamanı: Sürücü simülasyon cihazında vites, direksiyon kullanma sırasında nöromusküler hız geliştirme, aktivite sırasında görsel takip ve motor cevap eğitimi
- Denge ve Koordinasyon eğitimi: kişinin tercih ettiği aktiviteler sırasında eğitim (ör: bilgisayar oyunu sırasında hız ve koordinasyonu derecelendirme, balık tutma simülasyonu aktivitesinde propriyoseptif ve vestibular uyarı ile eğitim)
- Spastisite kontrolü: Aktivite sırasında anti-

spastik paternde çalışma, aktiviteyi spastisiteyi artırmayacak şekilde düzenleme (hız, kuvvet gibi aktivite ile ilgili faktörlerin düzenlenmesi)

Psiko-sosyal beceri eğitimi

Aktivite yapmada istekli olmayan bireylerle yapılan görüşmede, örnek aktivite seçilerek bireylerin yapabilirlikleri ve kuvvetli yanlarıyla ilgili (yapabilirlikleri, destekleri, hedefleri) farkındalık yaratmak, "iyileşme" teriminin anlatılması, fonksiyonel hedeflerin önemini anlatılması

Motivasyonel görüşme: içsel motivasyon kaynaklarının belirlenmesi ve terapötik fayda sağlama amacı ile ön plana çıkarma, terapist-birey işbirliğinin oluşturulması, otomatik düşüncelerin yönlendirilmesi, gerçekçi olmayan hedeflerin belirlenmesi ve beklenti-hedef uyumunun tartışılması, problem alanlarının bölümlenerek hiyerarşik olarak belirlenmesi ve basamak yöntemi ile çözüm oluşturmak,

Aktivite ile ilgili faktörlere uygulanan müdahaleler;

- Aktivite uyumlandırma
- Aktivite uygulama paterninin değiştirilmesi ve yeni paternin eğitimi
Örneğin: Araba kullanma aktivitesi eğitimi (katılım engeli ulaşım olan bireylere uygulandı)
- Sürücü simülatöründe farklı senaryolarda araç kullanmak
- Sürücü simülatöründe direksiyon ve fren reaksiyon zamanı eğitimi
- Sürücü davranışı eğitimi (otomatik vites, güvenlik önlemlerinin tanımlanması, risk alma vb.)
- Risk algısı eğitimi

Çevresel faktörler ile ilgili müdahaleler;

- Aile farkındalık ve davranış eğitimi için bireysel görüşme: İnmeli bireylerin yapabilirliklerini gösterme, risk oluşturacak durumların aileye anlatılması, etik sınırlar dahilinde diğer inmeli bireylerin gerçekleştirebildiği fonksiyonel aktiviteler ile ilgili eğitim, kısıtlama davranışının inmeli bireylerin psiko-sosyal durumlarına etkisi hakkında bilgilendirme, "iyileşme" teriminin fonksiyonel anlamının anlatılması.

Yukarıdaki müdahale yaklaşımların hepsi her bireye uygulanmamış olup, aktivite analizi, kişisel-çevresel-aktivite ile ilgili faktörlerin değerlendirilmesi ile ortaya çıkan problem alanlarına göre kişiye özel olarak tercih edildi. Müdahaleler özellikle bireylerin tercih ettikleri aktivitelerin alt parametreleri aracılığı ile yapıldı ve elde edilen kazanımların aktiviteye aktarımı hedeflendi.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler "IBM SPSS for Windows" versiyon 21 yazılımı kullanılarak yapıldı. Görsel ve analitik yöntemlerle verilerin normal dağılıma uygunluğu incelendi. Tanımlayıcı istatistiklerde nümerik değişkenler için ortalama ve standart sapma ($X \pm SS$), ordinal değişkenler için frekans tablosu olarak verildi.

Ergoterapi müdahalesi öncesi ve sonrası yapılan değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılmasında verilerin normal dağılım parametrelerinin yerine getirilmediği sonucuna varıldı ve non-parametrik testler tercih edildi ve Wilcoxon eşleştirilmiş iki örneklem testi kullanıldı. Tüm istatistiklerde anlamlılık değeri 0,05 olarak alındı (Wilcoxon, 1945). Niteliksel verilerin analizinde içerik analizi yapılmıştır. Verilerin analizinde kodlama yöntemi kullanılmıştır.

Verilerin kodlaması yapılırken hem daha önceden belirlenmiş hem de verilerden çıkarılan kavramlara göre yapılan kodlamaların birleşimlerinden oluşan üçüncü bir yöntem olan genel bir çerçeve içerisinde yapılan kodlama biçimi kullanılmıştır (Baxter ve Jack, 2008).

SONUÇLAR

Çalışmaya inme tanısı almış toplam 16 birey katıldı (5 kadın, 9 erkek). Çalışmaya katılan 16 inmeli bireyin Mini Mental Durum Testi ortalamaları $28,87 \pm 2,18$ olarak belirlendi ve çalışmaya katılmaları uygun bulundu. Bireylerin yaş ortalaması $46,62 \pm 13,19$ yıl olarak hesaplandı. Bireylerin hemiplejik taraf, inme sonrası geçen süre, eğitim durumu, medeni hal ve çalışma durumu ile ilgili bilgiler Tablo 1'de verildi.

Tablo 1. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri.

Yaş (yıl)	46,62 ± 13,19 yıl			
Cinsiyet (n)	5 kadın	11 erkek		
Hemiplejik taraf (n)	12 sağ	4 sol		
İnme sonrası geçen süre (ay)	50,31 ± 44,72			
Eğitim durumu (n)	İlk okul	Orta okul	Lise	Üniversite
	4	2	3	7
Medeni hal	3 bekar	13 evli		
Çalışma durumu	7 çalışıyor	9 çalışmıyor		
Meslek	3 öğretmen	2 Memur (masa başı çalışan)		
	2 Serbest meslek			

İnmeli bireylerin tercih ettikleri aktiviteler ev dışında yakınlarıyla zaman geçirmek, camiye gitmek, balık tutmak ve iskambil oynamak olarak belirlendi (Tablo 2). Bireylerin tercih ettikleri aktivitelerin müdahale öncesi ve sonrası performans ve tatmin puan ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. KAPÖ performans

bölümündeki gelişme $3,61 \pm 2,41$ ve tatmin bölümündeki gelişme ise ortalama $3,28 \pm 2,28$ olarak bulundu. Bulgular ışığında, serbest zaman aktiviteleri temelli kişi merkezli ergoterapi müdahalesinin bireylerin aktivite performanslarını arttırdığı görülmektedir ($p < 0,05$).

Tablo 2. İnmeli Bireylerin Serbest Zaman Aktivite Tercihleri

K1. Çocukları ile dışarda zaman geçirmek (alış – veriş merkezi, sinema vb)
K2. Arkadaşlarıyla sosyal buluşmalara katılmak, iskambil oynamak
K3. Arkadaşlarıyla sosyal buluşmalara katılmak, oyun konsolu ile oyun oynamak
K4. Camiye gitmek
K5. Parka gitmek
K6. Komşu ziyareti
K7. Arkadaşları ile dışarıda buluşmak – yemek yemek
K8. Arkadaş ziyareti
K9. Arkadaş ziyareti- kahveye gitmek
K10. Alış-veriş yapmak
K11. Yeğenleri ile parka gitmek
K12. Balık Tutmak
K13. İskambil oynamak
K14. Alış-verişine çıkmak
K15. Yazı yazmak – arkadaşlarıyla tartışmak – edebiyat toplantılarına katılmak
K16. Komşu ziyareti

K: Kişi

Tablo 3. İnmeli bireylerin serbest zaman aktivite performansları.

Değerlendirme	Müdahale Öncesi (X ± SS)	Müdahale Sonrası (X ± SS)	p	z
KAPÖ – Performans	2,34 ± 2,58	5,65 ± 2,76	0,001*	-3,302
KAPÖ- Tatmin	2,56 ± 2,60	5,65 ± 2,84	0,001*	-3,424

*p<0,05, KAPÖ: Kanada Aktivite Performans Ölçümü

Katılımcılar tercih ettikleri aktiviteye katılımlarını destekleyen etmenleri olarak dini inançlar, iç motivasyon yüksekliği, insanlı çevre desteği olarak belirtirken, bu aktivitelere katılımlarını olumsuz etkileyen etmenlere de inmeden dolayı fiziksel olarak etkilenen becerilerinin yetersiz olacağı düşüncesi, psiko-sosyal durum (bir şey yapma isteğinin olmaması, başarısızlık korkusu vb.) ve insanlı çevrenin olumsuz tutumları olarak belirttiler.

“Allah sayesinde çok ağır durumdan kurtuldum. Doktorların yaşayamaz dediği durumdan çıktım şimdi de Allah’ın izniyle hiçbir şeye ihtiyacım olmadan yürüyeceğim. Ayağım yukarıya iyi kalkmıyor, bir de elimle yürüteci iyi tutamıyorum. Ayağım kalkmadığı için de takılıyorum.” K.4

“Elimin durumu beni rahatsız eden tek şey. Bazen kendimi aktivitelerden geri çekiyorum. Ancak ben çok hırslı birisiyimdir. Yapmak istediğimi yapmak için uğraşırım. Bugüne kadar elde ettiğim gelişmelerde bu özelliğimin çok büyük etkisi olduğunu düşünüyorum.” K.7.

“Aslında bu işleri/aktiviteleri yapmaktaki en büyük problemim inmeden sonra onları hiç denememiş olmam. Elimin ve ayağımın durumundan dolayı birisine zarar veririm diye düşünüyorum. Ailem, iş arkadaşlarım ve yakınlarım her türlü kararında, yapmak istediğim aktivitede yanımda ve çok destekleyici.” K.8.

Çalışmamıza katılan bireylerin büyük çoğunluğu aktivite tercihlerinin ve katılımlarının aileleri, çevreleri tarafından olumlu olarak desteklendiğini belirtti. Ancak aile desteklerinin yetersiz olduğunu belirten bireyler asıl olarak ailelerinin ciddi oranda kısıtlayıcı davranışlarına maruz kaldıkları belirlendi. Ailelerin ve yakınların genel olarak koruma amacıyla bireylerin tercihlerini kısıtlama veya yönlendirme eğiliminde olduğu bireyler tarafından belirtildi:

“Ailem sürekli evde oturmamı istiyor, ben de evdeyim hep zaten. Ablamın çocuklarıyla ilgileniyorum. Durumumdan önce de böyleydi zaten, pek değişiklik olmadı hayatımda. Önceden de evde zaman geçirirdim” K.11.

“Sürekli evde otursam ve sadece tedaviye gitsem hiç şikayetçi olmayacaklar. Evden ne zaman çıksam sürekli telefon ediyorlar. Benim iyi olduğumu, hayatımdan memnun olduğumu bir türlü kabul etmiyorlar. Hatta gittiğim hastanadaki fizyoterapist de durumumun çok iyi olduğunu anlattı karıma ama hala davranışında bir değişiklik olmadı. Hem ben fizik

tedaviye gittiğimde orada çok sıkılıyorum, hep yapabildiğim kolay egzersizler yapılıyor.” K.9.

“Yaşadığım yer aslında tam istediğim gibi bir yer. Kaldırımlar bazen sorun oluyor ama evimin merkezi olması, doğal alanlara yakın olması çok iyi benim için. Ben çok şehir kalabalığını sevmiyorum. Onun için çevrem benim için çok değerli.” K.12.

Bireyler tarafından tercih edilen aktiviteler, DPA ile analiz edildi. Aktivite performans problemi tespit edilen bireylerin, problem alanları motor beceri (n=8) (kavrama becerisinin yetersizliği, koordinasyon bozukluğu, spastisite, denge problemleri), aktivite ile ilgili faktörlerden (n=3), psiko-sosyal problemler (n=2) ve çevresel faktörlerden (n=2) kaynaklı olarak belirlendi.

Bireylerin aktivite gerekliliklerini tanımlama ve belirleme açısından herhangi bir problem saptanmadı. Bireylerin aktivite bölümünün gerekliliklerini yapma aşamasında ise problemler yaşadıkları belirlendi. Motor problemi olan bireylerle aktivite üzerinde motor beceri eğitimi ve uyumlandırma, aktivite ile ilgili faktörlerde problemi olan bireylere aktivite uyumlandırma, psiko-sosyal problemi olan bireylerle bireysel görüşme ve çevresel faktörlerde problemi olan bireylere de aile/çevre görüşmesi ve eğitimi uygulandı.

TARTIŞMA

Kişi merkezli serbest zaman aktiviteleri temelli müdahalelerin kronik inmeli bireylerin aktivite performanslarına etkisini inceleyen çalışmamızda bireylerin serbest zaman aktivite performanslarının arttığı görüldü.

Kişi merkezli ve bütüncül yaklaşımlı olarak uygulanan müdahalemizde aktivite performansındaki değişimler nicel değerlendirmeler ve derinlemesine görüşme yöntemi aracılığı ile incelendiğinde kişisel, çevresel ve aktivite ile ilgili faktörlerin aktivite performansını etkileyebileceği görüldü.

KAPÖ’de 2 puan ve üzerindeki gelişmenin orta-yüksek seviyede klinik gelişme sağladığı ve inmeli bireylere ve ailelerine göre ciddi performans değişikliğini yansıttığı belirtilmektedir (Law, Polatajko, Pollock ve ark, 1994; Sanford, Law, Swanson ve ark, 1994). KAPÖ sonuçlarına göre müdahale sonrası bireylerin aktivite performans ve tatmin puanlarında sırası ile 3,61 ve 3,28 puanlık artış görüldü. Çalışmamızda bulunan 2 puandan

daha yüksek olan gelişme, kişi merkezli serbest zaman aktiviteleri temelli müdahale yaklaşımı ile inmeli bireylerin serbest zaman aktivite performanslarında etkili değişim sağlanabileceğini göstermektedir.

Kişisel faktörler Amerikan Ergoterapi Derneği'nin (AOTA-American Occupational Therapy Association) tanımlamasına göre motor ve duyuşsal beceriler, ilgiler ve yaşam tecrübesi olarak tanımlanmaktadır (Roley ve ark, 2008). Löfgren ve arkadaşlarının 57 inmeli bireyi 3 yıl süre ile takip ettikleri çalışmalarında Katz GYA ölçeği, Mini Mental Durum Ölçeği ve Fugl Meyer Üst Ekstremité Değerlendirmesi ile inmeli bireylerin motor becerilerinde düşüş olduğunu belirtmişlerdir (Löfgren, Nyberg, Mattsson ve ark, 1999). Çalışmamızda, bireylerin bazılarının aktivite performansının ağırlıklı olarak motor becerilerdeki yetersizliklerden dolayı etkilendiği bulundu. Bu bireylerin, 8 haftalık müdahale sonrası motor beceri değerlendirme sonuçlarında gelişme olduğu görüldü. Motor gelişimin sağlanması aracılığı ile de bu bireylerin tercih edilen aktivitelerinin performanslarında artış olduğu düşünülmektedir.

Chau ve arkadaşları inmeden 12 ay sonra bireylerin öz güven durumunun, depresif semptomların varlığının, fonksiyonel seviyenin ve sosyal destek seviyesinin katılım seviyesine etkisini Yol (Path) analizi inceledikleri çalışmada sosyal destek dışındaki bütün parametrelerin inmeli bireylerin katılım seviyelerini etkilediğini bulmuşlardır (Chau, Thompson, Twinn ve ark, 2009). Kaygı, depresyon, ajitasyon gibi psiko-sosyal bulguların inmeli bireylerin basit görevleri yerine getirmesini, motivasyonunu sağlanması, iletişim becerilerini, günlük rutinine geri dönmelerini/kazanmasını etkileyebileceği söylenmektedir (Kapoor, Lanctôt, Bayley ve ark, 2017). Çalışmamıza katılan inmeli bireyler aile tutumlarının tüketici etkisi, sağlık durumu öngörüsü, yakınlarla yük olma düşüncesi, dini aktivitelerden uzak kalmak ve herhangi bir aktivite yapmak için isteğinin olmaması olmak üzere farklı psiko-sosyal problemler belirttiler. Bu bulgular literatürde verilen psiko-sosyal problemlerle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda bu problemlere yönelik, aileler ile inmeli bireylerin yapabilirlikleri ile ilgili farkındalık eğitimi, stresle baş etme eğitimi, inmeli bireyin durumu ile ilgili farkındalık eğitimi gibi psiko-sosyal yaklaşımlar uygulandı. Yapılan 8 haftalık müdahale sonrası bireylerin çoğunda psiko-sosyal durumları da olumlu yönde gelişme görüldü. Araştırmamızda uyguladığımız, kişi merkezli serbest zaman aktiviteleri temelli ergoterapi

müdahalesi aracılığı ile inmede görülen psiko-sosyal problemlerde iyileşme sağlandığı düşünülmektedir.

Bhogal ve arkadaşları 10 randomize kontrollü çalışmayı inceledikleri sistematik derlemelerinde serbest zaman katılımının, inmeli bireyler için sağlığın artırılması veya korunması ve sosyal izolasyonu önlemek için oldukça önemli olduğunu belirtilmişlerdir (Bhogal, Teasell, Foley ve ark, 2003). Ancak inme sonrasında bireylerin aktivite tercihleri değişebileceği belirtilmektedir. Bireylerin, inme geçirdikten sonra zamanlarının çoğunu uyku, kişisel bakım ve fiziksel gereksinimleri düşük olan serbest zaman aktiviteleri ile geçirmekte oldukları ve ev içi yapılan aktivitelere dışarıda yapılan aktivitelere göre daha fazla zaman ayırdıkları farklı çalışmalarda gösterilmiştir (Aho, Harmsen, Hatano ve ark, 1980; Jongbloed ve Morgan, 1991). Bu çalışmalardan, Jongbloed ve Morgan çalışmalarında, 20 inmeli bireyin serbest zaman aktivitelerine katılım süre ve miktarlarını; Katz Uyarlama Endeksi, Serbest Zaman Aktiviteleri Seviyesi ölçeği, Serbest Zaman Aktivitelerinden Tatmin ölçeği ve 26 serbest zaman aktivitesine son hafta içerisinde katılım sürelerinin sorgulanması aracılığı ile incelemişlerdir. Çalışmamızda, inmeli bireylerin inme sonrasında ev etrafında çalışmaya, bahçe işlerine ve hobi aktivitelerine katılımlarının ciddi oranda düştüğü bulunmuştur.

Aktivitelerle katılmaya devam eden inmeli bireylerin aktiviteleri sağlıklı bireylere oranla daha uzun sürede yaptıklarını, bu sebeple serbest zaman ve toplumsal aktivitelere katılımın az olduğunu belirtilmiştir (Jongbloed ve Morgan, 1991). Teasdale ve Engberg 60 kronik inmeli bireyin serbest zaman aktivitelerine katılım sürelerinin ve seviyelerinin Fonksiyonel Durum Değerlendirmesi aracılığı ile inme sonrasındaki değişimini inceledikleri çalışmalarında ev dışı aktivitelere (kamp, araba kullanmak, balık tutmak vb.) katılımın %80 oranında, sosyal aktivitelere (dini aktivite, toplum içi aktiviteler, dışarıda yemek yeme vb.) katılımın %85 oranında azaldığını ve bunun yanında ev içi aktivitelerin %60 arttığını belirtmişlerdir (Teasdale ve Engberg, 2005). O'Sullivan ve Chard 5 inmeli birey ile yaptıkları nicel çalışmada bireylerin sosyal çevresi ile ev dışında görüşmek yerine, inmeli bireyin evinde ziyaret edilmesi şeklinde değiştiğini belirtmişlerdir (O'Sullivan ve Chard, 2010). Çalışmamızda ise literatürden farklı olarak, inmeli bireylerin tercih ettikleri aktiviteler ev dışında ve sosyal çevre ile etkileşimi içeren aktiviteler olarak bulundu. Bu farklılığın nedeni incelendiğinde, bu çalışmalarda katılımcılara belirli bir aktivite grubu içerisinde

seçim yapmalarını sağlayan Barthel İndeksi, Katz GYA ölçeği ve Serbest Zaman Aktivite Seviye Ölçeği gibi yapılandırılmış ölçeklerin kullandığı görülmektedir (Hartman-Maeir, Soroker, Ring ve ark, 2007; Jongbloed ve Morgan, 1991; O'Sullivan ve Chard, 2010; Teasdale ve Engberg, 2005; Yi, Han, Lee ve ark, 2015). Bu çalışmalarda bireylerin aktivite tercihleri yerine belirlenmiş aktivitelere katılım seviyelerinin incelendiği görülmektedir. Ancak bireylerin problem alanlarının belirlenmesi ve rehabilitasyona kişi merkezli bakış açısıyla yön verebilmek için KAPÖ gibi yarı yapılandırılmış ölçümlerin kullanılması önerilmektedir (Law, Baptiste, Carswell ve ark, 1998; Öksüz, Akel, Aran ve ark, 2017). Sonuçlarımıza göre bireylerin serbest zaman aktivite tercihlerinin diğer çalışmalardaki sonuçlara göre farklı olduğu görülmektedir. Mevcut farklılığın nedeni ise kullandığımız değerlendirme yöntemlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bireylerin kültürel, yaş, cinsiyet gibi faktörlerle ilişkili olarak yapmak istediği aktivitelerin belirlenmesi ergoterapinin temel bakış açısını oluşturmaktadır. Ergoterapinin bu bakış açısı ile inmeli bireylerin değerlendirilmesinde KAPÖ gibi kişi merkezli değerlendirmeler aracılığı ile bireylerin tercih ettikleri aktivitelerin belirlenmesi ile kişi merkezli bir yaklaşım kullanılması önerilmektedir.

Aktivite uyumlandırması inmeli bireylerde aktivite fonksiyonunun devamını, artırılmasını ve korunmasını içeren süreçtir. Bu süreç, aktivite fonksiyonunu kişi (motor, duyuşsal, kognitif, psiko-sosyal sistemler) ve aktivite çevresi (iş, serbest zaman ve kültürel çevre gibi) arasındaki dinamik sürecin sonucudur (Steultjens, Dekker, Bouter ve ark, 2003). Gibson ve arkadaşları inmeli bireylere taburculuk öncesinde uyguladıkları aktivite uyumlandırma müdahalelerinin, bireylerin fonksiyonel bağımsızlığına olumlu yönde etki ettiğini göstermiştir (Gibson ve Schkade, 1997). Kielhofner, aktivite uyumlandırmasının yaşam boyu sürdüğünü, yaşamda görülebilen değişiklikler ve engel oluşması sonrasında ortaya çıktığını belirtmiştir (Kielhofner, 2009). Çalışmamızda aktivite uygulama paternlerinin değiştirilmesi, kullanılan yardımcı cihazların değiştirilmesi ve yardımcı cihazların kullanılması yöntemlerinin değiştirilmesi aracılığı ile aktivite uyumlandırılması yapılan bireylerin aktivite performanslarının arttığı bulundu. Çalışmamızdaki bireyler;

"...oltayı bu şekilde tutunca daha sağlam kavradığımı hissediyorum. Geçen hafta sonu zaten denedim balık tutmayı, eskisi kadar iyi olmasa da hiç

yapamamaktan iyidir..."K.7.

"...bu kadar basit bir şeyle tekrar balık tutabileceğimi düşünmezdim..." K.12.

ifadeleri ile aktivite uyumlandırma sonrası performanslarındaki artışı belirtmişlerdir.

Çalışmamızda bazı limitasyonlar bulunmaktadır. Çalışmamızda kontrol grubunun bulunmaması müdahalenin etkinliğini göstermede yüksek düzeyde kanıt oluşturmamızı etkilediği düşünülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri ülkemizde bulunan inmeli bireylerin demografik özellikleri ile benzerlik gösterme durumu ülkemizdeki istatistiksel verilerden farklı olmasından dolayı örneklem grubumuzun dağılımı ülke dağılımını yansıtmayabileceği düşünülmektedir. İnmeli bireylerin fonksiyonel sınıflamasının yapılması, ilaç kullanım bilgilerinin olmaması da limitasyon olarak düşünülmektedir. Dinamik performans analizinin uygulanma koşullarının kişilerin gerçek çevreleri olmamasından dolayı, aktivite analizi sonuçlarının etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda bireyler için özel olarak planmış serbest zaman aktiviteleri temelli müdahale aracılığı ile fiziksel ve psiko-sosyal becerilerde, aile ve sosyal çevrenin yaklaşımlarında olumlu yönde gelişmeler elde edilerek aktivite performansını arttırdığı bulundu.

Kaynaklar

- Aho, K., Harmsen, P., Hatano, S., Marquardsen, J., Smirnov, V. E., & Strasser, T. (1980). Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bulletin of the World Health Organization*, 58(1), 113.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559.
- Bernspång, B., Viitanen, M., & Eriksson, S. (1989). Impairments of perceptual and motor functions: Their influence on self-care ability 4 to 6 years after a stroke. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 9(1), 27-37.
- Bhagal, S. K., Teasell, R. W., Foley, N. C., & Speechley, M. R. (2003). Community reintegration after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 10(2), 107-129.
- Bonita, R. (1992). Epidemiology of stroke. *The Lancet*, 339(8789), 342-344.
- Chau, J. P., Thompson, D. R., Twinn, S., Chang, A. M., & Woo, J. (2009). Determinants of participation restriction among community dwelling stroke survivors: a path analysis. *BMC neurology*, 9(1), 49.
- Christiansen, C. H., Backman, C., Little, B. R., & Nguyen, A. (1999). Occupations and well-being: A study of personal projects. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(1), 91-100.

- Craik, J., Davis, J., & Polatajko, H. (2007). Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE. «Enabling Occupation II présente une vue en coupe transversale du MCRO-P pour définir et délimiter le domaine de préoccupation des ergothérapeutes, c'est-à-dire l'occupation humaine.
- Drummond, A., & Walker, M. (1995). A randomized controlled trial of leisure rehabilitation after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 9(4), 283-290.
- Duncan, E. A. (2011). *Foundations for Practice in Occupational Therapy-E-BOOK*: Elsevier Health Sciences.
- Fearing, V. G., Law, M., & Clark, J. (1997). An occupational performance process model: Fostering client and therapist alliances. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64(1), 7-15.
- Gibson, J. W., & Schkade, J. K. (1997). Occupational adaptation intervention with patients with cerebrovascular accident: A clinical study. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(7), 523-529.
- Grundy, S. M., Cleeman, J. I., Daniels, S. R., Donato, K. A., Eckel, R. H., Franklin, B. A., et al. (2005). Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute scientific statement. *Circulation*, 112(17), 2735-2752.
- Harris, J. E., & Eng, J. J. (2004). Goal priorities identified through client-centred measurement in individuals with chronic stroke. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 56(3), 171.
- Hartman-Maeir, A., Soroker, N., Ring, H., Avni, N., & Katz, N. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and rehabilitation*, 29(7), 559-566.
- Jongbloed, L., & Morgan, D. (1991). An investigation of involvement in leisure activities after a stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(5), 420-427.
- Kapoor, A., Lanctôt, K. L., Bayley, M., Kiss, A., Herrmann, N., Murray, B. J., et al. (2017). "Good Outcome" Isn't Good Enough: Cognitive Impairment, Depressive Symptoms, and Social Restrictions in Physically Recovered Stroke Patients. *Stroke*, 48(6), 1688-1690.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*: FA Davis.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82-87.
- Law, M., Baum, C. M., & Dunn, W. (2005). *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*: Slack Incorporated.
- Law, M., Polatajko, H., Pollock, N., Mccoll, M. A., Carswell, A., & Baptiste, S. (1994). Pilot Testing of the Canadian Occupational Performance Measure: Clinical and Measurement Issues. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61(4), 191-197.
- Law, M. C., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. J., & Pollock, N. (1998). *Canadian occupational performance measure*: Canadian Association of Occupational Therapists Toronto.
- Lincoln, N., Drummond, A., Berman, P., & Group, S. S. (1997). Perceptual impairment and its impact on rehabilitation outcome. *Disability and rehabilitation*, 19(6), 231-234.
- Löfgren, B., Nyberg, L., Mattsson, M., & Gustafson, Y. (1999). Three years after in-patient stroke rehabilitation: a follow-up study. *Cerebrovascular Diseases*, 9(3), 163-170.
- Miller, E. L., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R. D., Bakas, T., Clark, P., et al. (2010). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 41(10), 2402-2448.
- Mitcham, M. (1982). Brief: Visual perception and its relationship to an activity of daily living. *OTJR*, 2(4), 245.
- Nour, K., Desrosiers, J., Gauthier, P., & Carbonneau, H. (2002). Impact of a home leisure educational program for older adults who have had a stroke (Home Leisure Educational Program). *Therapeutic Recreation Journal*, 36(1), 48.
- O'Sullivan, C., & Chard, G. (2010). An exploration of participation in leisure activities post-stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(3), 159-166.
- Öksüz, Ç., Akel, B. S., Aran, O. T., Sığırtmaç, İ. C., & Leblebicioğlu, A. G. (2017). Do hand outcome measures reflect cultural influences? *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 51(4), 325-330.
- Phipps, S., & Richardson, P. (2007). Occupational therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian Occupational Performance Measure. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(3), 328-334.
- Polatajko, H. J., Mandich, A., & Martini, R. (2000). Dynamic performance analysis: A framework for understanding occupational performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(1), 65-72.
- Pollock, N. (1993). Client-centered assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(4), 298-301.
- Radomski, M. V., & Latham, C. A. T. (2008). *Occupational therapy for physical dysfunction*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Roley, S. S., Barrows, C. J., Brownrigg, S., Sava, D. I., Talley, V., Voelkerding, K., et al. (2008). Occupational therapy practice framework: domain & process 2nd edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625.
- Rubio, K. B., & Van Deusen, J. (1995). Relation of perceptual and body image dysfunction to activities of daily living of persons after stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(6), 551-559.
- Sanford, J., Law, M., Swanson, L., & Guyatt, G. (1994). *Assessing clinically important change as an outcome of rehabilitation in older adults*. Paper presented at the American Society on Aging Conference, San Francisco, CA.
- Steultjens, E. M., Dekker, J., Bouter, L. M., van de Nes, J. C., Cup, E. H., & van den Ende, C. H. (2003). Occupational therapy for stroke patients: a systematic review. *Stroke*, 34(3), 676-687.
- Teasdale, T. W., & Engberg, A. W. (2005). Psychosocial consequences of stroke: A long-term population-based follow-up. *Brain Injury*, 19(12), 1049-1058.
- Titus, M. N. D., Gall, N. G., Yerxa, E. J., Roberson, T. A., & Mack, W. (1991). Correlation of perceptual performance and activities of daily living in stroke patients. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(5), 410-418.
- Torpil, B. (2017). Multipl Skleroz'lu Bireylerde Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe Kültürel Adaptasyonu, Geçerlilik ve Güvenilirliği.

- Whiteneck, G. G. (1994). Measuring what matters: key rehabilitation outcomes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(10), 1073-1076.
- Wilcoxon, F. (1945). Individual comparisons by ranking methods. *Biometrics bulletin*, 1(6), 80-83.
- World Health Organization, & International Society of Hypertension Writing Group. (2003). 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of hypertension*, 21(11), 1983-1992.
- Wressle, E., Eeg-Olofsson, A.-M., Marcusson, J., & Henriksson, C. (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *Journal of rehabilitation medicine*, 34(1), 5-11.
- Yi, T. I., Han, J. S., Lee, K. E., & Ha, S. A. (2015). Participation in leisure activity and exercise of chronic stroke survivors using community-based rehabilitation services in seongnam city. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 39(2), 234-242.