



FARKLI ENDÜSTRİ ORTAMINDA ÇALIŞAN BEDENSEL ENGELLİLERİN TOPLUMSAL KATILIM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Fzt. Hasan Atacan TONAK

Ocak 2014

DENİZLİ

**FARKLI ENDÜSTRİ ORTAMINDA ÇALIŞAN BEDENSEL
ENGELLİLERİN TOPLUMSAL KATILIM DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

**Pamukkale Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi
İş ve Uğraşı Tedavisi Anabilim Dalı
İş-Uğraşı Tedavisi Yüksek Lisans Programı**

Fzt. Hasan Atacan TONAK

Danışman: Doç. Dr. Ali KİTİŞ

**Ocak 2014
DENİZLİ**

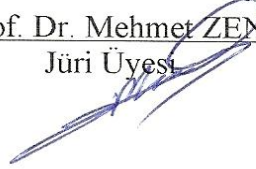
YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Hasan Atacan TONAK tarafından, Doç. Dr. Ali KİTİŞ yönetiminde hazırlanan “**Farklı Endüstri Ortamında Çalışan Bedensel Engellilerin Toplumsal Katılım Düzeylerinin İncelenmesi**” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Ali KİTİŞ
Jüri Başkanı(Danışman)

Prof. Dr. Mehmet ZENCİR
Jüri Üyesi



Doç. Dr. Suat EREL
Jüri Üyesi

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 16/1/14 tarih ve 14/01-8 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Z. Melek BOR KÜÇÜKATAY
Müdür



Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

İmza :
Öğrenci Adı Soyadı : Hasan Atacan TONAK

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince desteğini, bilgisini ve deneyimini hiç bir zaman benden esirgemeyen, her zaman kendisini örnek aldığım tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Ali KİTİŞ'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca akademik bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu Öğretim Üyeleri Sayın Yrd. Doç. Dr. Bilge BAŞAKÇI ÇALIK ve Sayın Doç. Dr. Suat EREL'e,

Tezin istatistiksel olarak yorumlanmasında bilgisi ve desteğini esirgemeyen Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Mehmet ZENCİR'e

Lisans üstü eğitimime devam etmem konusunda beni cesaretlendiren ve destekleyen Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Esat ADIGÜZEL'e,

Çalışmamın en sıkıntılı anlarında beni yalnız bırakmayan, her zaman yanımda olan canım arkadaşlarım Dr. Ural ÇAYIR'a, Ömer Faruk ÖZKAYA'ya, Fzt. Özge KARADENİZ YENİLMEZ'e, Dr. Yaşar PAZIR'a, Fzt. Mustafa Can KILIÇ'a, Fzt. Abdullah Cihat KARAKUŞ'a, Dr. Cüneyt ARIKAN'a, Uzm. Dr. Cenk ÇAKIROĞLU'na

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman destek olan, hala aktif olarak çalıştığım Özel Detay Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Kurucu Müdürleri Sayın Yasemin KARAKURT ve Sayın Sevil GÖRBAK'a,

Tez çalışmamda katılımcılara ulaşmamı sağlayan Denizli İŞKUR İl Müdürlüğü Şube Müdürü Sayın Vural KOÇ'a ve tezin oluşmasını sağlayan bütün katılımcılara,

Kelimelere sığdıramayacağım, her zaman yanımda kalbini hissettiğim Pelvin GÜÇLÜ'ye

Bütün hayatım boyunca yanımda olan, bu günlere gelmemi sağlayan ve başarımda en büyük paya sahip olan sevgili annem Zehra TONAK ve sevgili babam Erdal TONAK'a ve canım ablalarım Helin TONAK ÖZEN ve Cansu TONAK YILMAZ'a

sonsuz teşekkürler...

ÖZET

FARKLI ENDÜSTRİ ORTAMINDA ÇALIŞAN BEDENSEL ENGELLİLERİN TOPLUMSAL KATILIM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

TONAK, Hasan Atacan
Yüksek Lisans Tezi, İş ve Uğraşı Tedavisi ABD
İş ve Uğraşı Tedavisi Yüksek Lisans Programı
Tez yöneticisi: Doç. Dr. Ali KİTİŞ

Ocak 2014, 110 sayfa

Çalışmamız farklı endüstri ortamında çalışan bedensel engellilerin yaşam kalitelerinin, boş zaman tatminlerinin, aktivite performanslarının ve toplumsal katılımlarının düzeylerini belirlemek ve bu faktörlerin toplumsal katılımlarıyla olan ilişkisini incelemek amacıyla planlandı.

Çalışmamıza Denizli'de çalışan 80, çalışmayan 60 toplam 140 bedensel engelli katıldı. Bedensel engellilerin demografik verileri sosyodemografik forma kaydedildi. Toplumsal katılım düzeyinin belirlenmesi için Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi-II (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0, WHO-DAS-II), aktivite performanslarını değerlendirmek için Kanada Aktivite Performans Ölçümü (Canadian Occupational Performance Measure, KAPÖ), boş zaman tatminlerini değerlendirmek için Serbest Zaman Tatmin Ölçeği (SZTÖ), yaşam kalite düzeylerini belirlemek için Kısa Form-36 Sağlık Taraması Anketi (KF-36) kullanıldı.

Çalışmaya dahil edilen çalışan katılımcıların yaş ortalaması $36,43 \pm 9,07$, çalışmayan katılımcıların yaş ortalaması ise $35,38 \pm 9,85$ yılı. Katılımcıların çoğu tekstil sektöründe çalışmakta idi ($n=41$, %51,2). Çalışan ve çalışmayan katılımcılar karşılaştırıldığında, WHO-DAS-II toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. ($p<0,05$). Katılımcıların aktivite performansları, boş zaman tatminleri, yaşam kalite düzeyleri toplumsal katılım düzeyleri açısından karşılaştırıldıklarında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$).

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar bedensel engelli bireylerin toplumsal katılım düzeylerinin çalışma durumundan, engel düzeyinden, aktivite performansından, boş zaman tatmininden ve yaşam kalite düzeyinden etkilendiğini gösterdi. Bu bakımdan, toplumsal katılımı geliştirecek iş ve uğraşı tedavisi ve fizyoterapi yaklaşımlarına ihtiyaç duyulduğu görüldü. Çalışmamız, bedensel engellilerin toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarına ilişkin oluşturulacak politikalara yön gösterecek niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Bedensel Engelli, Toplumsal Katılım, Endüstri Çalışanı

ABSTRACT**INVESTIGATION OF PARTICIPATION TO COMMUNITY OF PHYSICALLY
DISABLED PEOPLE WHO WORKING AT DIFFERENT INDUSTRIAL
ENVIRONMENTS**

TONAK, Hasan Atacan
M. Sc. Thesis in Occupational Therapy
Supervisor: Assoc. Prof. Ali KITIS

January 2014, 110 pages

This study was planned to determining of quality of life, leisure time satisfaction, activity performance and participation to community and investigation of relationship between this determinants and participation to community in physically disabled people who working at different industrial environments .

Eighty working, 60 non-working and totally 140 disabled people who live in Denizli were participated to our study. Sociodemographic data was registered into socio-demographic form. World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHO-DAS-II) was used to assess participation to community. Activity performance was evaluated with Canadian Occupational Performance Measure (COPM). SZTO was used to determine leisure time satisfaction. Short Form-36 (SF-36) was used for evaluating quality of life.

The mean age of the participants of working disabled people was 36,43±9,07, and the mean age of the participants of non-working disabled people was 35,38±9,85 years. There were 34 women and 106 men participants. Most of participants were employed in textile industry (n=41, 51,2). When the participants were compared in terms of working status, a significant difference according to their WHO-DAS-II total scores were found (p<0.05). When all participants were compared in terms of activity performance, leisure time satisfaction, quality of life a significant differences according to their WHO-DAS-II total scores were found (p>0.05).

Our study show that participation to community was affected by working status, disability level, activity performance, leisure time satisfaction and quality of life. In this regard, occupational therapy and physiotherapy approaches were found needful to developing participation to community. We concluded that, this study's results can be use a guide for participation to community in disabled people in community based rehabilitation politics.

Key words: Physically disabled, participation to community, industrial workers

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Etik sayfası	i
Teşekkür	ii
Özet	iii
Abstract	iv
İçindekiler	v
Şekiller Dizini	vii
Resimler Dizini	viii
Tablolar Dizini	ix
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	x
1. GİRİŞ	12
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	15
2.1. Engellilik Kavramı	15
2.1.1. Dünya'daki Bazı Kuruluşların Engellilik Tanımları	15
2.2. Engel Çeşitleri	17
2.3. Engelli Kişilerin İstihdamı	19
2.4. Mesleki Rehabilitasyon	20
2.4.1. Mesleki Rehabilitasyon Tanımı	20
2.4.2. Mesleki Rehabilitasyon Tarihçesi	21
2.4.3. Mesleki Rehabilitasyon Kapsamı	21
2.4.4. Ülkemizde Mesleki Rehabilitasyonun Durumu	22
2.5. Toplumsal Katılım	23
2.5.1. Toplumsal Katılımı Etkileyen Faktörler	24
2.5.1.1. Kişisel Faktörler	24
2.5.1.2. Çevresel Faktörler	25
2.5.2. Toplumsal Katılımın Değerlendirilmesi	26
2.6. Aktivite Performansı	27
2.6.1. Aktivite Performans Değerlendirmesi İçin İş ve Uğraşı Tedavisi Modelleri	28
2.6.2. Aktivite Performansının Değerlendirilmesi	32
2.7. Boş Zaman Aktiviteleri	32
2.7.1. Boş Zaman (Serbest Zaman) Tatmini	33
2.7.2. Boş Zaman Aktiviteleri Memnuniyetinin Değerlendirilmesi	34
2.8. Yaşam Kalitesi	35
2.8.1. Yaşam Kalitesi ve Engelli Olmak	36
2.8.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	36
3. MATERYAL VE METOT	38

3.1. Çalışmanın Yapıldığı Yer	38
3.2. Çalışmanın Süresi	38
3.3. Katılımcılar	38
3.4. Değerlendirme.....	39
3.4.1. Hikaye	39
3.4.2. Toplumsal Katılımın Değerlendirilmesi	39
3.4.3. Aktivite Performansının Değerlendirilmesi	40
3.4.4. Boş Zaman Aktiviteleri Memnuniyetinin Değerlendirilmesi	41
3.4.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	42
3.5. İstatistiksel Analiz.....	45
4. BULGULAR.....	46
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	46
4.2. Tıbbi Hikayeye İlişkin Bulgular	47
4.3. Çalışma Koşullarına İlişkin Bulgular.....	49
4.4. Aktivite Performansının Değerlendirmesine İlişkin Bulgular	51
4.5. Çalışma Durumuna Göre Toplumsal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması.....	54
4.6. Çalışma Durumuna Göre Aktivite Performansının Karşılaştırılması	54
4.7. Çalışma Durumuna Göre Serbest Zaman Tatmininin Karşılaştırılması	55
4.8. Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	56
4.9. Engel Düzeylerine Göre Toplumsal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması.....	56
4.10. Engel Düzeylerine Göre Aktivite Performansının Karşılaştırılması.....	59
4.11. Engel Düzeylerine Göre Boş Zaman Tatmin Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	59
4.12. Engel Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması.....	61
4.13. Katılımcıların Aktivite Performansları, Serbest Zaman Tatminleri ve Yaşam Kaliteleri İle Toplumsal Katılım Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	62
4.13.1. Aktivite Performansı ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	63
4.13.2. Serbest Zaman Tatmini ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	64
4.13.3. Yaşam Kalitesi ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	68
4.14. Toplumsal Katılım İle Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	72
5. TARTIŞMA	73
6. SONUÇ.....	84
7. KAYNAKLAR	87
8. EKLER.....	94
Ek-1	94
Ek-2.....	95
Ek-3.....	96
Ek-4.....	97
Ek-5.....	98
Ek-6.....	100
Ek-7.....	105
Ek-8.....	107
9. ÖZGEÇMİŞ.....	110

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2.1. ICF'in Özürlülük Modeli.....	17

RESİMLER DİZİNİ

	Sayfa
Resim 3.1. Tekstil Fabrikasında Çalışan Kadın Bedensel Engellinin Fotoğrafları.....	43
Resim 3.2. Mermer Fabrikasında Çalışan Bedensel Engellilerin Fotoğrafları	44
Resim 3.3. Bedensel Engellilerin Yapmakta Zorlandıkları Aktivitelerin Fotoğrafları ...	44

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Engelli Nüfus Dağılımı.....	18
Tablo 4.1.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri-I.....	46
Tablo 4.1.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri-II.....	47
Tablo 4.2.1. Katılımcıların Tıbbi Hikayelerine İlişkin Bulgular-I.....	48
Tablo 4.2.2. Katılımcıların Tıbbi Hikayelerine İlişkin Bulgular-II	49
Tablo 4.3.1. Çalışma Koşullarına İlişkin Bulgular	50
Tablo 4.4.1. Katılımcıların Yapmakta Zorlandıkları Aktiviteler-I	52
Tablo 4.4.2. Katılımcıların Yapmakta Zorlandıkları Aktiviteler-II.....	53
Tablo 4.4.3. Katılımcıların Yapmakta Zorlandıkları Aktiviteler-III.....	53
Tablo 4.5.1. Çalışma Durumuna Göre WHO-DAS-II Alanlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.6.1. Çalışma Durumuna Göre KAPÖ Değerlendirmesinin Karşılaştırılması	54
Tablo 4.7.1. Çalışma Durumuna Göre SZTÖ Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.8.1. Çalışma Durumuna Göre KF-36 Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.9.1. Çalışan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Toplumsal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 4.9.2. Çalışmayan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Toplumsal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 4.10.1. Çalışan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Aktivite Performanslarının Karşılaştırılması	59
Tablo 4.10.2. Çalışmayan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Aktivite Performanslarının Karşılaştırılması	59
Tablo 4.11.1. Çalışan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Serbest Zaman Tatmin Düzeylerinin Karşılaştırılması	60
Tablo 4.11.2. Çalışmayan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Serbest Zaman Tatmin Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.12.1. Çalışan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması	61
Tablo 4.12.2. Çalışmayan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Yaşam Kalitelesi Düzeylerinin Karşılaştırılması	62
Tablo 4.13.1.1. Çalışan Katılımcıların Aktivite Performansı ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	63
Tablo 4.13.1.2. Çalışmayan Katılımcıların Aktivite Performansı ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	64
Tablo 4.13.2.1. Çalışan Katılımcıların Serbest Zaman Tatmini ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	65
Tablo 4.13.2.2. Çalışmayan Katılımcıların Serbest Zaman Tatmini ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	67
Tablo 4.13.3.1. Çalışan Katılımcıların Yaşam Kaliteleri ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	69
Tablo 4.13.3.2. Çalışmayan Katılımcıların Yaşam Kaliteleri ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	71
Tablo 4.14.1. Toplumsal Katılım İle Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	72

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BM	Birleşmiş Milletler
cm	Santimetre
ÇAF	Çeyrekler Arası Fark
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICF	İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması
ICIDH	Bozukluk, Yetiyitimi ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırması
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
KAPÖ	Kanada Aktivite Performans Ölçümü
KF-36	Kısa Form-36
kg	Kilogram
max.	Maksimum
med.	Median
min.	Minimum
n	Katılımcı Sayısı
Ort.	Ortanca
p	İstatistiksel Yanılma Düzeyi
SS	Standart Sapma
SZTÖ	Serbest Zaman Tatmin Ölçeği
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
vb.	ve benzeri
vd.	ve diğerleri
WHO	World Health Organization
WHO-DAS-II	Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi-II

\bar{X}	Aritmetik Ortalama
%	Yüzde

1. GİRİŞ

İnsanların en temel haklarından biri toplumsal yaşamın sunduğu bütün imkanlardan ve fırsatlardan eşit derecede yararlanmaktır. Her insan gibi engelliler de toplumsal yaşamın her alanında eşit ve katılımcı olmalıdır. Yaşamın içinde olmak sosyokültürel açıdan kişinin kendisini önemli hissetmesini ve geliştirmesini sağlar. Engelli bireylerin eğitim alabilmeleri, eğitimlerini sürdürebilmeleri, meslek edinebilmeleri, iş bulabilmeleri, boş zamanlarını değerlendirebilmeleri toplumsal ayrımcılığın ortadan kaldırılması açısından çok önemlidir.

2006 yılında benimsenen "Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi"nin amacı, "Tüm engelli insanların temel özgürlüklerden ve bütün insan haklarından tam ve eşit bir şekilde faydalanmasını teşvik etmek, sağlamak, korumak ve insan olmaktan ileri gelen haysiyetlerine yönelik saygıyı arttırmaktır." Bu, dünya çapında engelliliğe yönelik anlayışta ve verilen tepkilerde büyük bir değişimi ifade etmektedir (WHO 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya nüfusunun yaklaşık %10'unun engelli olduğunu tahmin etmektedir. Bu oran ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişebilmektedir. Türkiye'de engelli olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12,29'dur. Engellilik, doğum öncesinde ve doğum esnasında genetik hastalık ya da çevresel faktörlerden kaynaklanacağı gibi, doğum sonrasında kazalar ve hastalıklar, doğal afetler, savaş ve terör olayları gibi faktörlere bağlı olarak gelişebilmektedir (Achterberg vd. 2009, 4. Özürlüler Şurası 2009). Engellilik, hem fiziksel, hem psikolojik hem de sosyal problemleri beraberinde getiren bir durumdur. Sosyolojide engellilik, fiziksel bir durumun ortaya koyduğu gerçeklikten hareketle sosyal çevreye, tutumlara, toplumsal rollere, sosyal izolasyona ve toplumsal katılıma ağırlık veren bir anlam içermektedir. Engelli olmak, biyolojik anlamda, normal olmanın dışında şeklinde tanımlanırken, sosyal anlamda ise; bireyin toplumda yaşamını bağımsız ve kolay sürdürebilmesinin sosyal ve kültürel olarak engellenmesi şeklinde tanımlanır. Bu yüzden engelli bireylerin

yeteneklerini geliştirebilmesi ve toplumsal yaşamda bir yer edinmesini sağlayacak uygun sosyokültürel ortam önem taşımaktadır (Akyürek 2011).

İnsanlar belli bir yaşa geldiğinde ileride gelir elde edebilecekleri bir iş için mesleki bilgi edinmeleri gerekmektedir. Engellilerin kendilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları insanların temel ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri, başkalarına bağımlı olmadan onurlu bir hayat sürdürmeleri için gelir getiren bir işe ihtiyaçları vardır. Bu noktada şöyle bir soru ortaya çıkmaktadır. Engelliler nerede ve nasıl istihdam edilecekler? Çalışma gücünün tamamını kaybetmiş olan veya çalışma gücünü belli oranlar içinde koruyan engellilerin, engellilik çeşidi ve çalışma gücündeki azalma oranı dikkate alınarak uygun mesleklerde eğitilmesi ve uygun işlerde istihdam edilmesi hem kendileri için, hem topluma katkıları açısından yararlı olacaktır (Eren 2010).

Çok fazla yetersizlik ve kısıtlamalara neden olan bedensel engele sahip çalışanların sosyal hayatta daha fonksiyonel olabilmeleri çok önemlidir. Bu açıdan bakıldığında bedensel engellilerin toplumsal katılımlarının, yaşam kalitelerinin, boş zaman aktivitelerinin ve aktivite performanslarının incelenmesi, sosyal hayattaki rollerini öğrenebilmemiz açısından önemli olacaktır. Aynı zamanda farklı endüstri ortamında çalışmanın toplumsal katılıma etkisinin olup olmadığını da öğrenebilmemiz açısından değerli bilgiler sağlayacaktır. Çalışmamızın sonucunda toplumsal katılımı etkileyen faktörler ile ilgili olarak önemli bir veri kaynağı elde edilecektir. Bu veriler bedensel engellilerin rehabilitasyonunda fizyoterapistler ve iş ve uğraşı terapistleri için toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarında ve düzenleyici sosyal politikaların oluşturulmasında yol gösterici olacaktır.

Çalışmamızın hipotezleri şunlardır:

Hipotez 1: Endüstri ortamında çalışan bedensel engellilerle çalışmayan bedensel engelliler arasında toplumsal katılımları arasında fark vardır.

Hipotez 2: Farklı endüstri ortamında çalışan bedensel engellilerde toplumsal katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

Hipotez 3: Çalışma hayatına katılan bedensel engellilerin yaşam kalitesi düzeyleri toplumsal katılımları ile yükselir.

Hipotez 4: Bedensel engele rağmen çalışmak aktivite performansını olumlu yönde etkiler.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Engellilik Kavramı

5378 Sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un 3. Maddesinde; "Engelli: Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi" olarak tanımlanmıştır.

2.1.1. Dünya'daki Bazı Kuruluşların Engellilik Tanımları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

İşlevsellik Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Functioning, Disability And Health-ICF)

İşlevsellik, yetiyitimi ve sağlığın uluslararası sınıflandırması (ICF); özrün ve fonksiyonelliğın ölçümü, sınıflandırması ve kavramsallaşması için sağlık ve sağlıkla ilgili durumların tanımlanmasında standart bir dil oluşturan sistemdir (WHO 2001). ICF, bozukluğun nedeni ne olursa olsun bireyin toplumdaki fonksiyonelliğini ölçen bir araçtır (Akyürek 2011).

Özür, akut ve kronik durumların vücut fonksiyonları ve bireyin sosyal rollerine etkisidir. Saad Nagi 60'lı yıllarda, özrü, fiziksel ve sosyal çevre tarafından yaratılan zorluklar ile kişinin kapasitesi arasındaki boşluk olarak tanımlamıştır. Nagi, sosyolojik teoriye dayanarak özür sürecini tanımlayan ilk modeli geliştirmiştir. Bu modeldeki dört önemli nokta aktif patoloji, bozukluk, fonksiyonel limitasyon ve özürdür. Nagi, bu faktörler arasındaki ilişkiyi, 'Hastalığın başlangıcı ile başlar ve özrün yerleşmesi ile tamamlanır.' olarak tarif eder. Bu model, vücut hareketlerindeki zorlukları veya aktivite limitasyonlarını sosyal zorluklardan ayırmaktadır (Nagi 1965).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980 yılında sağlık bakım süreçlerinin daha iyi belgelenmesi için Nagi'nin modelini modifiye ederek Uluslararası Yetersizlik,

Özürlülük ve Engellilik Sınıflamasını (ICIDH) geliştirmiştir. Bu modelin terimleri şöyledir:

Bozukluk; Psikolojik, fizyolojik veya anatomik yapının fonksiyon kaybıyla normalden sapması durumudur. Organ seviyesindeki bozukluğu ifade eder. Bozukluk kalıcı veya geçici, fizyolojik veya psikolojik olabilir.

Özürlülük; Sağlığın bozulması sonucu oluşan yetersizlikten dolayı kişinin yeteneğinin normal bir kişiye göre azalması veya kaybedilmesidir. Kişinin entegre ve kombine bir şekilde bir bütün olarak aktiviteyi yapabilme yeteneği etkilenir.

Engellilik; Yetersizlik veya özürlülük nedeniyle, kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal kabul edilen yaşantısını yerine getirememesi durumudur (Nagi 1965, 1. Özürlüler Şurası 1999).

DSÖ; 2000 yılında yaşam kalitesinin de bu sürecin sonuçlarını belirlemedeki önemine vurgu yaparak ICIDH-2'yi onaylamıştır. Bu yeni sürüm; biyo-psiko-sosyal modeli kapsar. Buradaki tüm bileşenler birbiriyle dinamik bir etkileşim içindedirler (1. Özürlüler Şurası 1999).

ICF'de ICIDH'deki nedensel görüş yerine sağlığın bileşenleri veya kavramların etkileşimi söz konusudur. Yeni sınıflamada eskisine göre iki önemli farklılık bulunmaktadır. Birincisi; özürlülük ve engellilik şeklindeki olumsuz terminolojinin yerine aktivite ve katılımın kullanılması, diğeri ise kişisel ve çevresel dış faktörlerin de sınıflamaya dahil edilmesidir (Akyürek 2011).

ICF sınıflamasında kişinin sağlık durumunu etkileyen dört faktörün önemli olduğu belirtilmiştir.

- *Vücut işlevleri ve yapıları:* Vücut sistemlerinin fizyolojik ve psikolojik işlevleridir.
- *Etkinlik (aktivite):* Kişi tarafından bir eylem ya da bir görevin yerine getirilmesidir.
- *Katılım:* Yaşamın içinde olmaktır.
- *Çevresel faktörler:* İnsanın yaşadığı fiziksel, sosyal ve düşünsel çevreyi oluşturur.

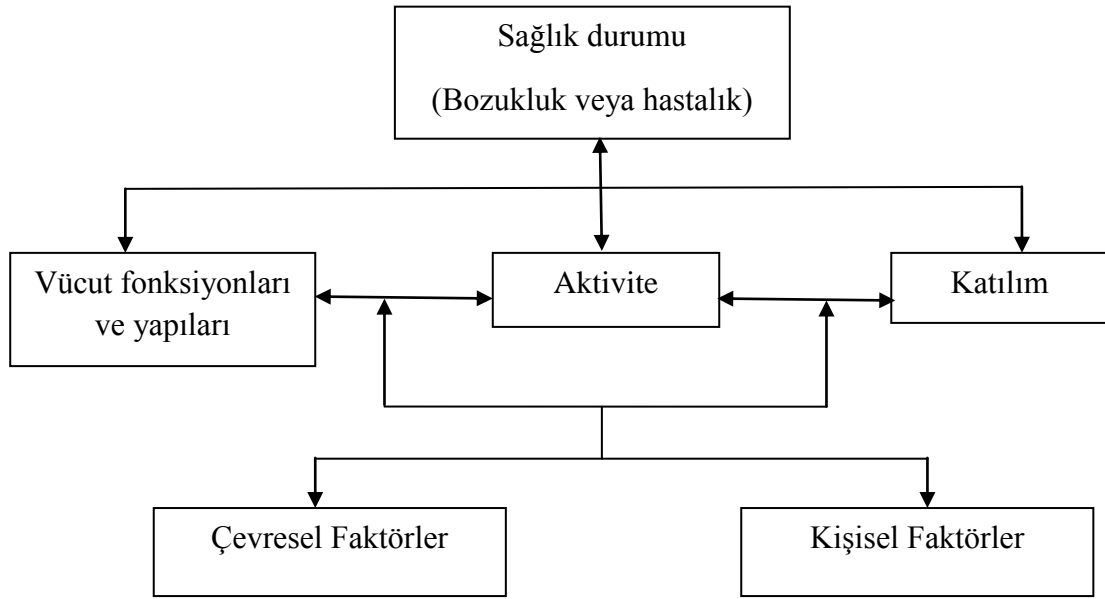
(Şekil 2.1)

Bu faktörlerin etkilenmesi sonucu ortaya çıkan problemler ise;

• *İşlev ve yapı bozuklukları:* Vücut işlevleri ve yapısında önemli bir kayıp ve aykırılık gibi problemlerdir.

• *Aktivite limitasyonu:* Aktiviteyi yerine getirirken kişinin karşılaşılabileceği problemlerdir.

• *Katılım kısıtlılıkları:* Yaşam durumları içinde kişinin karşılaşılabileceği problemlerdir (Türkiye Özürlüler Araştırması 2002).



Şekil 2.1. ICF'in özür lülük modeli (Lou vd. 2005, Baum vd. 2005, Law vd. 2005)

Uluslar Arası Çalışma Örgütü (ILO), "Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Sözleşmesinin" 1. Maddesinde; "Bu Sözleşmenin amaçları açısından, sakat terimi, uygun bir iş temini, muhafazası ve işinde ilerlemesi hususundaki beklentileri, kabul edilmiş fiziksel veya zihinsel bir özür sonucu önemli ölçüde azalmış olan bir bireyi ifade eder" denilmektedir. Sözleşme 10 Temmuz 1999 tarihinde Türkiye tarafından da kabul edilmiştir (159 Sayılı ILO Sözleşmesi).

Birleşmiş Milletler (BM) engelli kişiyi şu şekilde tanımlamaktadır: "Engelli kişiler, çeşitli engellerle karşılaşmaları halinde diğerleriyle eşit bir şekilde topluma katılmalarını engelleyen uzun süreli fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyu sal engeli olan kişilerdir" (Eren 2010).

2.2. Engel Çeşitleri

2002 yılında Devlet Planlama Teşkilatı, Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü ve Başbakanlık Özür lülüler İdaresi Başkanlığı tarafından ortaklaşa gerçekleştirilen "Türkiye Özür lülüler Araştırması" sonuçlarına göre engelli gruplarına göre engellilik oranları aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo.2.1. Engelli Nüfus Dağılımı

Özürlülük Oranı, 2002									
	Toplam Özürlü Nüfus			Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ve zihinsel özürlü nüfus			Süreğen hastalığa sahip olan nüfus		
	Toplam %	Erkek %	Kadın %	Toplam %	Erkek %	Kadın %	Toplam %	Erkek %	Kadın %
Türkiye	12,29	11,10	13,45	2,58	3,05	2,12	9,70	8,05	11,33
Yaş									
0-9	4,15	4,69	3,56	1,54	1,70	1,37	2,60	2,98	2,20
10-19	4,63	4,98	4,28	1,96	2,26	1,65	2,67	2,72	2,63
20-29	7,30	7,59	7,04	2,50	3,34	1,74	4,80	4,24	5,30
30-39	11,44	10,43	12,42	2,56	3,18	1,95	8,89	7,26	10,46
40-49	18,07	15,15	21,08	2,65	3,29	1,99	15,43	11,86	19,09
50-59	27,67	22,56	32,67	3,23	3,73	2,74	24,44	18,83	29,94
60-69	36,96	31,60	42,02	5,14	5,65	4,65	31,82	25,95	37,37
70+	43,99	39,77	47,77	7,89	8,45	7,38	36,10	31,32	40,39

Kaynak: T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, 2002.

Bedensel Engelli

İskelet, kas ve eklemlerdeki hastalık, bozukluk ve yetersizlikten dolayı, bireyin eğitim performansının ve sosyal uyumunun olumsuz yönde etkilenmesi durumu bedensel engellilik olarak tanımlanır.

Zihinsel Engelli

Zihinsel engellilik kavramsal, sosyal ve pratik uyum becerilerinde eksiklikleri ya da sınırlılıkları olan, bu özellikleri 18 yaşından önceki gelişim döneminde ortaya çıkan ve özel eğitim ile destek eğitim hizmetlerine ihtiyaç duyan bireyi ifade eder (Kılıç 2006).

Görme Engelli

Tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı veya bozukluğu olan kişidir.

İşitme Engelli

Tek veya iki kulağında tam veya kısmi işitme kaybı olan kişidir.

Dil ve Konuşma Engelli

Konuşmadaki aksaklıklar nedeniyle, sözel iletişimde farklı seviye ve biçimlerde ortaya çıkan bozukluk ve düzensizliklerin iletişimde dili kullanmada ortaya çıkan güçlüklerdir (Kılıç 2006).

Süreğen Hastalığı Olanlar

Kişinin çalışma kapasitesi ve fonksiyonlarının engellenmesine neden olan, sürekli bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır (Hematolojik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, ürogenital sistem

hastalıkları, dermatolojik hastalıklar, kanserler, endokrin ve metabolik hastalıklar, ruhsal davranış bozuklukları, nörolojik hastalıklar) (Türkiye Özürlüler Araştırması 2002).

2.3. Engelli Kişilerin İstihdamı

Engelli bireyler için çalışmak, yalnızca gelir getiren bir olgu olmayıp aynı zamanda engelli bireyin toplum içindeki konumunu da belirlemektedir. Engelli bireyler, diğer bireylerle eşit koşullar altında çalışma hakkına sahiptir ve bu hak, engelli bireylerin açık, bütünleştirici ve erişilebilir bir iş piyasası ve çalışma ortamında serbestçe seçtikleri bir işle hayatlarını kazanmalarına yönelik fırsat eşitliğini de içermektedir (4. Özürlüler Şurası 2009). Gelişmiş ülkeler bu konuda yasal düzenlemeler yaparak engelli kişilerin de meslek kazanmalarına olanak sağlamaktadırlar.

Uluslararası Çalışma Örgütü, tüm engelli kişilerin engel grubu ve derecesi ne olursa olsun, mesleki rehabilitasyon, istihdam ve işte ilerleme hakkı olduğunu belirtmektedir (4.Özürlüler Şurası 2009, Nevala-Puranen vd. 1999). Engelli kişilere var olan çalışma kapasitelerini geliştirebilme ve kullanabilme olanağının verilmesi halinde, çalışma hayatında en az sağlam kişiler kadar başarılı olabilecekleri bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Günümüzde artık engelli kişilere yardımcı olabilmenin en rasyonel yolunun onlara meslek kazandırılması ve çalışmalarının sağlanması olduğu belirtilmiştir. Böylece, başkalarına bağımlı olmak yerine kendilerine bir gelir elde edebilecek ve kendilerini üretken, verimli, topluma ve ekonomiye katkısı olan kişiler olarak algılayacaklardır (Belgen 2011).

Engelliler için çalışmanın anlamı şu maddelerle sıralanabilir:

- Maddi açıdan bağımsızlık; yaşam kalitesi.
- Psikolojik sağlık; anlamlı bir hayat.
- Kişisel gelişim; sürekli öğrenme ve gelişme.
- Herkese bir şeyler yapabildiğini ispatlamak.
- Topluma katkı; kendini faydalı hissetmek.
- Yaşama bağlılık (Aycan 2005).

2004 Hanehalkı İşgücü Anketi'ne göre ülkemizdeki işsizlik oranı % 10.3 iken, özürlülerde bu oran % 15.5'tir. (2. Özürlüler Şurası 2005). İstihdam sorunlarının arttığı ve iş bulma güçlüğüne olduğu bir dönemde engellilerin, kadınların ve eski mahkumların işgücü piyasasına katılımları ve istihdamları daha da büyük bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle, engellilerin istihdamında yeni yaklaşımlar ve

yöntemler geliştirilmeye çalışılmıştır. Engellilerin çalışma yaşamına ve topluma entegrasyonları ise geliştirilen özel önlemlerle sağlanmaktadır. Bu önlemler genel olarak iş piyasası programları kapsamında değerlendirilmekte olup kota yöntemi, kota/ceza yöntemi, destekli istihdam, sübvans edilen istihdam, korumalı istihdam gibi sistemleri içermektedir (4. Özürlüler Şurası 2009, Eren 2010).

Ülkemizde uygulanmakta olan “kota sistemi” kapsamında, 4857 sayılı İş Kanunu’nun 30. maddesi gereğince, işverenler, elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde %3 engelli, kamu işyerlerinde ise %4 engelli işçiyi mesleki, bedeni ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler (Seyyar 2000). Yükümlü olduğu halde kota kapsamında engelli çalıştırmayan işverenlere veya işveren vekillerine çalıştırmadığı her engelli için ve çalıştırmadığı her ay için verilen idari para cezası ile ilgili hüküm, Türkiye İş Kurumu (İŞKUR) tarafından uygulanmaktadır (4. Özürlüler Şurası 2009). İdari para cezaları, her yıl “Yeniden Değerleme Oranı”nda artırılmakta olup, 2013 yılı için geçerli olan idari para cezası, kişi başına 1832 TL’dir. (T.C. Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü Bilgi Edinme Sistemi 2013).

2.4. Mesleki Rehabilitasyon

2.4.1. Mesleki Rehabilitasyon Tanımı

Mesleki rehabilitasyon, herhangi bir kaza, hastalık veya bozukluk nedeni ile bir kişinin işe başlama, işi devam ettirme veya işe dönme sırasında meydana gelen engelleri yenmesine yardım eden bir süreçtir (4. Özürlüler Şurası 2009, Holmes 2007). Aynı zamanda mesleki rehabilitasyon, bedensel veya ruhsal sağlığı geçici ya da kalıcı olarak bozulmuş ve çalışma yeteneklerini kaybetmiş bir kişinin fonksiyonel yeteneklerini yeniden tıbbi, fiziksel, psikolojik, sosyal ve işe yönelik olarak en yüksek seviyeye çıkarmak için yapılan koordineli çalışmaların bileşimi olarak ifade edilebilir (Kitiş 2010). Mesleki rehabilitasyon süreci tek bir basamaktan oluşmaz, kişinin ihtiyaçlarına göre şekil alan basamaklardan oluşur (Johnson vd. 2010). Bu basamaklar, çeşitli nedenlerden dolayı eğitim alamamış veya eğitimin herhangi bir aşamasında kesintiye uğramış, çalışırken sakatlanmış veya mesleğini değiştirmek isteyen engelli kişiler için yeniden toplumsal yaşama katılımın önemli bir aracıdır (4. Özürlüler Şurası 2009).

Mesleki rehabilitasyonda, bireyin engel durumu, nedeni ve doğası, yaşı önemli değildir. Önemli olan engellilik durumundan geriye kalan kapasite ve yetenek durumlarıdır. Bireyin engeli o andaki ya da gelecekteki işine gerçek bir engel yaratıyorsa, mesleki rehabilitasyona ihtiyaç vardır (4. Özürlüler Şurası 2009).

2.4.2. Mesleki Rehabilitasyonun Tarihçesi

İşin, psikolojik ve fiziksel problemi olan kişilerde rehabilitasyon sürecinde dahil edilmesinin 200 yıllık geçmişi vardır. 1917 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde "iş" tedavi olarak kullanmaya başlayan kişiler, iş ve uğraşı tedavisinin de temellerini atan kişilerdir. ABD'de 1923 yılında "Federal Mesleki Rehabilitasyon Kanunu" ile mesleki rehabilitasyon çalışmaları resmi hale gelmiştir (Holmes 2007).

Mesleki rehabilitasyon II. Dünya Savaşı sonrasında yaralanan kişilerin işe dönmelerine yardımcı olarak ekonomiye destek olmak amacıyla ön plana çıkmıştır (Holmes 2007). 1950'lerin sonlarında, iş eğitimi konusunda lider olan Lillian Weeg, iş ve uğraşı terapisti, endüstri mühendisi, psikolog ve meslek danışmanından oluşan multidisipliner bir takım oluşturmuştur. Böylece iş eğitimi tıbbi bir modelden uzaklaşıp mesleki bir modele doğru kaymıştır. 1980'lerde teknolojinin de gelişmesiyle daha objektif ve bilgisayarlı ölçümler yapılmaya başlandı. 1989'da "*Work Hardening (İş Eğitimi)*" *Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF)* tarafından interdisipliner bir yaklaşımla planlandı ve taslak hazırlandı (Holmes 2007).

Günümüzde iş eğitimi çalışma modellerinde, iş ve uğraşı tedavisi çalışan kişi üzerine odaklanmaktadır. İş ve uğraşı tedavisine göre maaşlı ya da maaşsız, toplum için ya da iyilik için bile yapılan herhangi bir aktivite iş aktivitesi olarak nitelendirilir (Kitiş 2010).

2.4.3. Mesleki Rehabilitasyon Kapsamı

Mesleki rehabilitasyon; değerlendirme, rehberlik, eğitim, yerleştirme, koruma ve izleme basamaklarını kapsamaktadır. Değerlendirmeler en çok tıbbi, fonksiyonel, psikolojik, fiziksel ve mesleki yönden yapılabilir. Mesleki değerlendirme ve çalışma durumunun değerlendirilmesi şunları içerir: Engel nedeni ile tıbbi, fonksiyonel ve organik limitasyonlar, fizyolojik ve fiziksel çalışma kapasitesi, psikolojik performans (ilgi, yetenek, zeka durumu, engele reaksiyon, aile ilişkileri vb.), mesleki beceri seviyeleri, işe ait yeteneklerin değerlendirilmesi. Mesleki rehabilitasyondaki değerlendirme kavramı sadece engelli kişinin değerlendirilmesi anlamına gelmez. Üç ana başlık altında incelenir: Engelli kişinin değerlendirilmesi, yapılan işin değerlendirilmesi, çalışma ortamının değerlendirilmesi (Kitiş 2010). Rehberlik alanında kişiye mesleki eğitim ve iş imkanı konularında önerilerde bulunulur. Eğitim kısmında kişi iş için eğitim alır ve işe hazırlanır. Yerleştirme bölümünde kişiye uygun iş bulunmasına yardımcı olunur. İşe tam adaptasyon sağlanılana kadar da kişi izlenir (Belgen 2011).

Mesleki rehabilitasyon ekibinde, doktor, psikolog, fizyoterapist, iş ve uğraşı terapisti, kurs öğretmeni, iş koçu, sosyal hizmet uzmanı, iş ve meslek danışmanı, mühendis ve mimarlık gibi mesleki profesyoneller bulunur (Kitiş 2010).

2.4.4. Ülkemizde Mesleki Rehabilitasyonun Durumu

Mesleki rehabilitasyon alanında ülkemizde çeşitli yasal düzenlemeler bulunmaktadır. "Özel Mesleki Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik" 02.05.2006 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğin amacı "özürlülerin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri bir işte verimli kılınarak ekonomik ve sosyal refahının sağlanması amacıyla kurulacak özel mesleki rehabilitasyon merkezlerinin açılışı, denetlenmesi ve işleyişine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir." Bu merkezde uygulanacak olan hizmetlerden bazıları şöyledir:

a. Fizyoterapi ve rehabilitasyon: Yararlanıcının (engellinin) mevcut fiziksel ve zihinsel yetenek seviyesi, sağlık problemleri, ilgileri ve becerileri belirlenir, tıbbi değerlendirme, mobil değerlendirme ve mesleki rehberlik yapılır.

b. Ergoterapi : Çalışma kapasitesinin değerlendirilmesi, iş ile uyumlandırılması ve bu süreç sonunda fizyoterapi ve rehabilitasyon birimi ile birlikte kişinin uygun iş kursuna yönlendirilmesi yapılır.

c. Sosyal rehabilitasyon: Bu süreçte engelli kişilerle evde, merkezde ve sosyal çevrelerinde psikososyal uyumlarını desteklemek için resmi/resmi olmayan kurumlarla etkin bir iletişim kurmalarını sağlamak amacıyla çalışmalar yapılır, bireysel ve grup programları ile danışmanlık hizmetleri verilir.

d. Mesleki eğitim: Bireylerin yönlendirildikleri ve eğitim sonrasında sertifikalandırıldıkları iş kursunda eğitim almaları sağlanır. Engelli bireylere verilecek kursların programları, il milli eğitim müdürlüklerince onaylanan eğitim programlarına göre yürütülür.

e. Mesleki rehberlik: Engellinin özelliklerine ve mevcut fırsatlara göre mesleki bilgilendirme, eğitsel-mesleki gelişim ve yönlendirme iş ve mesleki danışmanlık çalışmalarını kapsar. Bu süreçte engellinin bireysel özellikleri, yeterlilikleri, özgeçmişi, başvuru formları, kurs sonucu başarı durumu değerlendirilerek yararlanıcı ve işveren

arasında bağlantı kurulur (Özel Mesleki Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik 2013).

Türkiye'de üniversiteler ve belediyeler düzeyinde de çeşitli mesleki rehabilitasyon uygulamalarına rastlanmaktadır. Türkiye'den Denizli Belediyesi ve Hollanda'dan Almelo Belediyesi'nin de katılımcılar arasında bulunduğu "Engelliler Çalışıyor" projesi Denizli'de 2010 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu projenin amacı, "başlangıçta yerel bir ekip çalışmasının sağlanmasıyla fiziksel engellilerin mesleki değerlendirme, mesleki eğitim ve işe yerleştirmelerinin gerçekleştirilmesi" idi. Bu projenin sonunda 60 bedensel engelli, mesleki rehberlik ve mesleki eğitim sonrası çeşitli kurumlarda istihdam edilmiştir (Kitiş 2010).

2.5. Toplumsal Katılım

Adolph Meyer; "İnsanlar ömür boyunca aktivitelere katılmak için kendilerini organize eder ve zamanlarını kullanırlar" demiştir (Akyürek 2011).

İş ve uğraşı tedavisinin perspektifinden katılım; günlük yaşamın bir parçası olmak olarak tanımlanır. Katılım, iş ve uğraşı tedavisinin ana hedefidir (Akyürek 2011). DSÖ, katılımın alanlarını bilgiyi öğrenme ve uygulama, genel görevler ve istekler, iletişim, hareket, kendine bakım, kişiler arası etkileşim, ev ve iş yaşam alanları ve toplum hayatı, sosyal hayat ve vatandaşlık görevleri olarak tanımlar (Law vd. 2005).

Toplumsal katılım; bireyin kendi alanındaki aktivitelere katılımı yeterlidir. Sosyal yeteneklerin günlük yaşam aktivitesi olduğunu söyleyenler bulunmaktadır ancak sistemi geliştiren uzmanlara göre ise toplumsal katılım iletişim kurmaktan daha karmaşıktır. Toplumsal katılımın tüm konularda ve yaşam boyu değerlendirilmesi gerekmektedir. Toplumsal katılım aşağıdakileri kapsar:

- Toplum: Bireyin topluma, çevreye, komşulara, işe ya da okula katılım yeteneğidir.
- Aile: Aile rollerine katılma ve bunda başarılı olma yeterlidir.
- Akran, arkadaş: Yakınlık derecesine göre değişen ilişkilere katılma kapasitesidir (Sladyk 2003).

İş ve uğraşı tedavisinin en temel amacı; kişilerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını sağlamak ve aktivite performansını geliştirmektir. İş ve uğraşı tedavisi; sağlığı ve iyiliği kişi merkezli bir yaklaşımla sağlar. Aynı zamanda iş ve uğraşı tedavisi;

toplumsal katılımı artırmak için kişi, aktivite, çevre veya bunların hepsini düzenleyerek kişilerin yeterliliğini artırmaya odaklanır (Akyürek 2011).

2.5.1. Toplumsal Katılımı Etkileyen Faktörler

2.5.1.1. Kişisel Faktörler

Kişisel faktörler kişinin fizyolojik, psikolojik, bilişsel, davranışsal, genetik ve manevi faktörlerden oluşur (Akyürek 2011).

Fizyolojik Faktörler

Vücuttaki farklı organların her biri bir sistem içinde çalışır. İş ve uğraşı terapistleri genelde sinir, kas ve iskelet sistemi başta olmak üzere kardiyorespiratuar fonksiyon, kas kuvveti, esnekliği, enduransı ve vücut kompozisyonu gibi sistemlerle ilgili problemlere yönelik müdahaleler uygular. Fiziksel uygunluğu devam ettirebilmek için performansı ve sağlığı destekleyen fiziksel aktiviteler yapılır (Lou vd. 2005).

Psikolojik Faktörler

İş ve uğraşı terapisti kişilerin ne yapmak istediği ile ilgili kararlarını, aktiviteleri ile tatmin olup olmadığını, ihtiyaçlarını, algılarını ve değerlendirmelerini dikkate alır. Kişi bir sebep olmaksızın aktivite limitasyonu yaşıyor ise psikolojik faktörler bu durumun merkezi olabilir. Bu durumda tüm aktivite performansı psikoloji ile şekillenir. Psikolojik yapı; iç ve dış faktörler olarak iki kategoride toplanmıştır:

- *İç faktörler*; kendi algısı, öz saygı ve etkiden oluşur. Kendi algısı bireyin kendini anlamasıdır. Kendi algısını hem rolleri hem de özelliklerini yansıtır. Kişinin kendi algısı diğerlerinin kişiyi algısı ile tutarsız olduğunda, kişinin diğerleri ile ilişkileri hayal kırıklığı yaratırken, kişide psikolojik problemlere sebep olur. Öz saygı; kendini algısına göre değişen bir değerdir. Yani kişi kendisini akıllı algılıyorsa bu öz saygısını olumlu yönde etkilenir. Kendi algısı ve öz saygı iç içe geçmiş terimlerdir. Etki, kendini değerlendirme ile ilgili hislerdir. Yani kişi kendinin akıllı olduğunu düşünürken mutlu olur.

- *Dış faktörler*; çevre ve kültür ile ilişkilidir. Çevre ile kişinin ilişkisi iş ve uğraşı tedavisi değerlendirmesinde önemlidir. Çalışmanın önemi gibi sosyal değerler, işsiz birinin kendini tanımlamasını etkileyebilir. Kültürel normlar ise kişinin olayları nasıl anladığının göstergesi olabilir (Lou vd. 2005).

Bilişsel Faktörler

Biliş; görev organizasyonu, düşünme, dikkat, hafıza, tanımlama ve konuşmayı içerir. Bu mekanizmalar düzgün olduğunda öğrenme, iletişim, hareket ve gözlem yapmayı

destekler. Bozulduğunda ise birey ve bireyin beraber yaşadığı kişiler için fonksiyonel limitasyon söz konusudur (Baum vd. 2005).

Nörodavranışsal Faktörler

Duyu (koklama, tat alma, görme, proprioception) ve motor (serebellum, bazal ganglion, talamus) sistemler tüm nöromotor performans prensiplerini oluşturur. Hareket kontrolü, duyu girdisini ayarlama, duyu bilgisini koordine etme, duyu-motor bozuklukları kompanse etme ve nöral yapıları modifiye etme yeteneği aktivite performansını destekleyen ve etkileyen önemli özelliklerdir (Baum vd. 2005).

Manevi Faktörler

Günlük aktiviteler ve etkileşimler kişi için anlamlıdır. Bu anlam kişinin amaçları, değerleri ve deneyimlerinden kaynaklanan yorumları ile ortaya çıkar. Bireysel anlam ve paylaşılabılır anlamlar vardır. Paylaşılan anlam, paylaşılan deneyimden gelir. Bizim dünyamızı biz anlayabiliriz çünkü diğer kişiler bizim bireysel algımızı sadece onaylar. Böylece anlam; sosyal ve kültürel olarak etkilenir fakat yine de bireysel yorumlarla kişiye özeldir (Baum vd. 2005).

2.5.1.2. Çevresel Faktörler

Çevresel faktörler fiziksel şartlar (yapısal, doğal ve teknolojik çevre), sosyal şartlar (sosyo-ekonomik, kültürel ve politik çevre) ve sosyal destek boyutlarını kapsar (Akyürek 2011).

Fiziksel Şartlar

Kişiyeye ait çevreye çeşitli çevresel ürünlerin yerleştirilmesi, binanın yeniden düzenlenmesi, mobilyaların düzenlenmesi, tuvalet-küvet gibi banyodaki düzenlemelerin yapılması gibi çeşitli ergonomik düzenlemeler, kişinin katılımını etkileyen fiziksel şartları oluşturur. Aynı zamanda kendine yardım aletlerinin temin edilmesi ve kullanılması da çevresel bariyerlerin üstesinden gelmek amacıyla kullanılabilir. Doğal çevrenin özellikleri ve yapısının değiştirilmemesinden dolayı kişinin katılımı etkilenebilir. Ancak bazı modifikasyonlar yapılabilir. Örneğin aşırı sıcak havalarda riskli kişiler için özel soğutma sistemlerinin kullanılması gösterilebilir (Akyürek 2011, Kitiş 2013, Seelman 1993, Stark vd. 2005).

Sosyal Şartlar

Kültür, finansman, sağlık ve sigorta politikaları, yasalar, eğitim alma ve iş bulma olasılıkları, engelli kişilere karşı tutumlar, dini inanışlar ya da toplumsal kurallar toplumsal katılımı etkileyen sosyal şartları oluşturur (Akyürek 2011, Kitiş 2013, Stark vd. 2005).

Sosyal Destek

Sosyal desteğin hem resmi (programlar ve hizmetler) hem de gayri resmi (aile ve arkadaşlar) olarak kullanımı, çevresel engelleri telafi etmek için kullanılan bir stratejidir. Terapatik perspektifle, engelliler için sosyal destek genelde onlarla ilgilenilmesi, onların sevilmesi, başkalarına güvenebilmeleriyle tanımlanır (McColl vd. 1989). Sosyal destekler kişi ve çevre arasındaki uyumu, fiziksel performansı geliştirebilir. Örneğin, mobilite için geçici olarak tekerlekli sandalye kullanan bireyin yaşamında yemek yeme aktivitesi aksayabilir. Mutfaktaki dar alan, dönüş için yeterli alanın olmaması, ulaşılamayan dolap bölmeleri, ocakta neyin piştiğini görememek gibi çevresel engeller nedeniyle kişi mutfağında yeterince hareket edemiyor olabilir. Yüzey alanını arttırarak, daha fazla boşluk yaratmak için mobilyaları, dolapları kaldırmak ve ocağın üzerine açı verilmiş bir ayna koyarak hareket alanını değiştirmek bir strateji olabilir (Kondo vd. 1997).

2.5.2. Toplumsal Katılımın Değerlendirilmesi

Yetiyitimi bedensel ve ruhsal hastalıklara bağlı olarak kişinin iş-güç görememe halidir. Temel yaşam faaliyetlerini aksatan, hukuki ve klinik yönlerden önemi olan bir durumu tanımlar (Druss vd. 2000). 1950 ve 1960'lı yıllarda yapılan çalışmalar tedavi sonucunda belirti şiddetinin azaltılmasına odaklanmıştır. Oysa, engel düzeyleri çok fazla olan kimi engelliler iş ve sosyal yaşamlarını görece iyi düzeyde sürdürebilirken, engel düzeyi az olan bazı engellilerin ağır yetiyitimine uğrayabildikleri görülmüştür (Uluğ vd. 2001).

Yetiyitiminin ölçülmesi çok boyutlu bir süreçtir. Beden bütünlüğü ve işlevlerinin yanı sıra bireyin faaliyetlerini ve çevreyle ilişkisini de kapsamaktadır. DSM-III'den itibaren hastanın sosyal ilişkiler, meslek ve boş zaman değerlendirme alanlarındaki uyumu ayrı bir eksen olarak yer almıştır. DSM-IV'de de işlevsellik beşinci ekseninde Genel İşlevsellik Değerlendirmesi Ölçeği'nde (Global Assessment of Functioning Scale, GAFS) değerlendirilmektedir (Uluğ vd. 2001).

Literatürde kullanımına sık karşılaşılan Yaşam Kalitesi Ölçeği (Eser vd. 1999), Kısa Yetiyitimi Anketi (Kaplan 1995) gibi araçlar inceledikleri alanlarla sınırlı ölçümler yapabilmektedirler (Uluğ vd. 2001). Yetiyitimi alanında kullanılan ölçeklerin farklı kültürlerde geçerliliklerinin değerlendirilmesi gerekmektedir, ve bu, yetiyitimi araştırmalarında en önemli sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yayınlarda değişik ve çelişkili sonuçların bulunması, iyi geliştirilmemiş, standartlaştırılmamış ve uluslararası

geçerlilik ve güvenilirlik kazanmamış yöntemlerin kullanılmasına bağlanabilir (Sheehan vd. 1996).

Katılımın değerlendirilmesinde literatürde en çok kullanılan ölçekler arasında;

- Aktivite Katılım Anketi (Activity Participation Questionnaire, APaQ)
- Fonksiyonel Durum Anketi (Functional Status Questionnaire, FSQ)
- Kişisel ve Sosyal Performans (Personal and Social Performance, PSP)
- Sosyal Fonksiyon Skalası (Social Functioning Scale, SFS)
- Keele Katılımın Değerlendirilmesi (Keele Assessment of Participation, KAP)
- Toplumsal Katılım Göstergeleri (Community Participation Indicators, CPI)
- Toplumsal Bütünleşme Anketi (Community Integration Questionnaire, CIQ)
- Normal Yaşama Reintegrasyon İndeksi (Reintegration to Normal Living Index, RNL)
- Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi II (World Health Organisation Disability Assessment Schedule, Second Version, WHO-DAS-II) sayılabilir (Uluğ vd. 2001, Chang vd. 2013, Eyssen vd. 2011).

WHO-DAS-II (World Health Organisation Disability Assessment Schedule, Second Version), yani Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi-II bu alanda fark edilen eksikliği giderebilmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir (WHO 1999). WHO-DAS-II'nin kavramsal çatısı, ICIDH-2 (International Classification of Impairments, Activities and Participation) yani Bozukluklar, Faaliyetler ve Katılımın Uluslararası Sınıflandırması'na dayanarak oluşturulmuştur. ICIDH-2 hastalık, yaralanma gibi sağlık durumlarına bağlı olarak ortaya çıkan sonuçları sistematik olarak gruplandırır, yetiyitimi ve işlevselliğin bir sınıflandırmasıdır (WHO 1997). WHO-DAS-II tıbbi tanıdan bağımsız olarak, bireyin faaliyet düzeyinde ve topluma katılımında olan limitasyonları tespit edebilmek amacıyla geliştirilmiştir. WHO-DAS-II'nin geçerlilik ve güvenilirliği DSÖ tarafından koordine edilen uluslararası çok merkezli bir araştırma ile incelenmiştir. Bu araştırmada ölçek değişik hasta gruplarına uygulanmıştır (Üstün vd. 2001).

2.6. Aktivite Performansı

Aktivite, kişinin kendine bakım, üretici ve boş zaman aktivitelerinin tümünü kapsar. Bunlar kişinin hayat boyu meşgul olduğu aktiviteleri temsil eder (Stewart vd. 2003). Aktivite, eylem, beceri, düşünme ve var olma gibi yaşamda yapılan her şeyi kapsar. Aktivite kişinin varlığı ve kişisel rolleri için gereklidir. Anlamli bir aktivite iyi bir

yaşam kalitesiyle doğrudan ilişkilidir. Çünkü anlamlı bir aktivite, kişiyi cesaretlendirir ve kişinin karakterini değiştirip güçlendirir. Aktivite hayata anlam katar, davranışları organize eder ve terapötik etkiye sahiptir. Aynı zamanda yaşam kalitesinin daha iyi bir düzeye getirilmesine yardımcı olur (Akyürek 2011).

Aktivite performansı; iş ve uğraşı tedavisinin ilgi alanı ve iş ve uğraşı tedavisi sürecinin içeriği olarak tanımlanır. Performans alanları; kendine bakım, üretim ve boş zaman aktivitelerini içerir ve günlük yaşam aktiviteleri için kişinin çabasıdır (Akyürek 2011). Aktivite performansı, kişinin görevlerini kendi kültür ve çevresinde uygulama yeteneğidir. Aktivite performansı, rol ve görevlerini öğrenme ve pratik etme ile tüm performans bileşenlerini kullanmayı gerektirir. Bunların herhangi birinde bozukluk aktivite performansında limitasyon ile sonuçlanır (Pedretti 1996). Engel, aktivite limitasyonuna neden olur. Aktivite limitasyonu fiziksel kapasiteyi azaltır, vücut yağ oranını artırır ve böylece engelli fiziksel olarak daha inaktif duruma geçer. İnaktivite; kas kuvvet kaybı, kemik dansitesinde azalma, kardiyorespiratuar enduransta azalma ve kendine saygının azalması ile kaygı ve stresin artması anlamına gelir. Bu durum, toplumsal katılım ve yaşam kalitesinde azalmaya sebep olur ve kısır döngü haline gelir (Akyürek 2011). Aktivite performansını limitleyen faktörlere çevresel ve ekonomik engeller de eklenebilir. Çevreden kaynaklanan problemler engellinin hareket kabiliyetini azaltabilir ve aktivitelerini kısıtlayabilir. Aynı şekilde ekonomik imkansızlıklar engellinin inaktif yaşamını tetiklerken yaşam kalitesini azaltabilir (Lou vd. 2005).

2.6.1. Aktivite Performans Değerlendirmesi İçin İş ve Uğraşı Tedavisi Modelleri

İnsan Aktivite Modeli (MOHO)

Bu model Reilly'nin aktivite davranış modelinden geliştirilmiştir. Bu model, fonksiyon ve aktivite üzerine odaklanır. Aktivitenin yeniden yapılanmasında rehberlik eder. Çünkü bu model hastanın rolleri ve alışkanlıkları üzerine odaklanır ve kişinin perspektifi ve iradesini belirler. Kişi; fiziksel ve sosyal çevre tarafından etkilenen dinamik bir sistem olarak görülür. Bu model kişinin performans kapasitesi konusunda iş ve uğraşı terapistine bilgi sağlar (Lou vd. 2005).

Bu modelin ana elemanları;

- Kişinin rolleri ve alışkanlıkları
- Aktivite ve görevler için kişinin iradesi
- Performans ve çevre (Law vd. 2005)

İnsan Performans Ekolojisi Modeli (EHP)

İnsan performans ekolojisi modeli, fiziksel, zamansal, sosyal ve kültürel gibi çevresel faktörlerin veya doğa olaylarının kişinin performansını etkilediğini düşünür (Dunn vd. 1994). Bu modelin yapısı insanı, çevreyi ve performans değişkenlerini ve bunlar arasındaki etkileşimi içerir. Bu model, kişiyi kendi çevresinde gözlemlediğimiz üç boyutlu bir model olarak tanımlar. Kişi merkezli yaklaşım kişinin aktiviteleri ve görevlerini tanımlar. Bu model, iş ve uğraşı terapistine, kişinin performansını limitleyen engellerin üstesinden gelmesi için özel stratejiler oluşturmasına yardım eder.

Bu modelin ana elemanları;

- Yaşadığı çevre içinde kişinin yaptığı aktivite ve görevler
- Sosyal, kültürel ve fiziksel çevreyi anlama ve bunun hastanın performansına etkisi

(Schell vd. 2003)

Bu modelde iş ve uğraşı terapistleri aktivite yerine ‘görev’ terimini kullanmayı tercih etmişlerdir. Bunun ilk sebebi, diğer disiplinler ile birlikte çalışmak ve işbirliği yapmaktır. İkincisi ise, görev kelimesi günlük yaşantıda kullandığımız dilde daha yaygındır (Bulgren vd. 1997).

Bu modelde; kişi, görev ve çevre olmak üzere üç ana yapı vardır:

1. Kişi, dinamik ve özeldir. Kişi deneyimler, ilgiler ve duyu-motor, bilişsel ve psikososyal beceriler taşır. Kişinin çevresini anlamadan kişiyi anlamak mümkün değildir. Kişinin aktivite performansını; kişi ve çevre arasındaki etkileşim, çevresel uyaranlar ve çevredeki engellerin boyutu belirler (Bulgren vd. 1997).

2. Görev, davranışlar serisidir. Görevler kombine edildiğinde kişi amacı başarmak için istediği aktiviteye katılır. Görev başarılı bir katılım için gerekli özel davranışın belirlenmesidir (Dunbar 2007).

3. Çevrenin zamansal ve çevresel olarak iki yönü vardır. Zamansal yönü, sosyal ve kültürel bağlantılar sebebiyle meydana gelir. Kronolojiktir, gelişimin her safhasında devam eder, yaşam fazlarından ve engelin düzeyinden etkilenir. Çevresel yönü ise; fiziksel çevre (insansız çevre koşullarına erişebilirliği), sosyal çevre (bireyin anlamlı beklentilere erişebilirliği), kültürel çevre (giyiniş, yaşam paternleri, inanışlar, davranış standartları) aktivite performansını etkiler (Dunbar 2007).

Kişi-Çevre-Aktivite Modeli (PEO)

Bu model; kişi, çevre, aktiviteyi ve bunların birbiri ile etkileşimini değerlendirir (Law vd. 1996). Bu modeli geliştirenler, aktivite performansının çevresel etkiler, zamansal faktörler, kişinin fiziksel ve psikolojik özelliklerinden ayıramayacağını

belirtmişlerdir. Ayrıca bu modelde, ortamların, görevlerin, aktivitelerin ve rollerin sürekli değiştiğini tanımlamışlardır. Hastanın hedeflerine odaklanmanın ve kendi rehabilitasyon sorumluluğunu hastaya vererek ona yardımcı olacak bir ortaklık oluşturmanın önemini açıkça belirtmişlerdir (Law vd. 2005).

Bu modelin ana elemanları;

- Aktivite için kişinin seçimleri ve amaçları belirleme
- Kişinin fiziksel ve psikolojik özellikleri
- Performansını etkileyen sosyal, kültürel, fiziksel ve kurumsal çevre faktörleri
- Zamana oryantasyon ve hayatın aşamaları (Law vd. 2005)

Kişi-Çevre-Aktivite Performans Modeli (PEOP)

Kişi-çevre-aktivite performans modeli kişinin aktivite performansının kişi merkezli ve çevresel etkiden ayrılamayacağını kabul eder. Bu model; kişi için önemli aktiviteleri, rolleri ve görevleri yapmak ve bireyin kapasitesini anlamak için içsel faktörleri (psikolojik, bilişsel, fizyolojik ve nörodavranışsal) ve çevresel faktörleri (fiziksel, kültürel, sosyal, toplumsal politikalar ve tutumlar) kullanır. Buna ek olarak; kişinin kendi görüntüsü, yetenekleri, kendi anlayışı ve motivasyonu; iş ve uğraşı terapisti ile dinamik bir ortaklık içinde (belki ailesi ve kendisinin hayatında rol alan diğerleri) kişi tarafından yönetilerek değerlendirilir. Bu yaklaşım iş ve uğraşı terapistinin kişinin rollerini, görevlerini ve aktivitelerini belirlemesini gerektirir. Bu model sağlığı sürdürme veya iyileşme sürecinde anlamlı aktivitelerle kişiye müdahaleyi öngörür.

Bu modelin ana elemanları;

- Aktiviteler, görevler ve roller; kişi, organizasyon ve toplum için önemlidirler.

Kişinin görüntüsü onun aktivitesidir.

- Performansı destekleyen içsel faktörler; psikolojik, bilişsel, fizyolojik ve nörodavranışsal faktörlerdir.
- Aktivite performansını destekleyen ya da engelleyen dışsal faktörler; fiziksel, kültürel, sosyal çevre, toplumsal politikalar ve tutumlardır (Law vd. 2005).

Aktivite Adaptasyonu (OA)

Bu modelde bir işi başarmak için aktivite adaptasyonu birey için öncelikli olarak düşünülür. Bu model kişiye, aktivitenin yapıldığı çevreye ve etkileşime odaklanır. Eğer gerekirse kompensatuar teknikleri destekler. Bu model aktivitenin deneyim ve zorluğuna göre kişinin adaptif cevaplar üretip üretmediğini değerlendirir (Hussey vd. 2008).

Bu model; herkesin aktiviteyi iyi yapmak istediğini ve aktivitenin istenen çevrede yapıldığını belirtir. Çevre ve kişi etkileşimi aktivite performansının kaynağıdır.

Bu modelin ana elemanları;

- Kişi ile ilişkili duyu motor, bilişsel ve psikososyal faktörler
- Aktivitenin meydana geldiği çevre
- Aktiviteye ait zorluklar

Kişi, duyu-motor, bilişsel ve psikososyal açıdan genetik, çevre ve deneyimlerden etkilenir. İş ve uğraşı terapisti kişinin aktiviteden ne beklediğini ve adaptif cevabı nasıl oluşturduğunu anlamalıdır. Bu şekilde aktivite zorluğu aşılabılır.

Aktivite için çevre; fiziksel, kültürel ve sosyal şartlar olarak tanımlanır. Aktivite boş zaman, iş ve oyunun uygulandığı çevrede yapılır. Aktivitenin nasıl başarılacağını çevrenin her özelliği etkiler. İş ve uğraşı terapisti; ışıklandırma, mobilyaların düzenlenmesi, binaya ulaşım, ısıyı düzenleme gibi fiziksel çevre ile ilgili müdahaleler yapar. Sosyal çevre elemanlarını; kişinin en yakınındakilerden başlayarak tanıma ve ilişkilerinin uygunluğu oluşturur. Kültürel çevre ise kişinin değerleri, inanışları, tutumları ve beklentileridir (Dunbar 2007).

Kanada Aktivite Performans Modeli (CMOP)

Hasta merkezli tedavinin temelini atan model olarak bilinmektedir. Bu model, kişi, kişinin çevresi ve aktivitesi ile iş ve uğraşı terapistinin kişinin optimum aktivite performansını elde etmek için olanak sağladığı müdahale arasındaki ilişkiyi tanımlar. Manevi olarak, insanın doğuştan gelen özü, bu modelin merkezidir (Law vd. 2005).

Bu modelin ana elemanları;

- Kişi için önemli olan aktivite (kendine bakım, üretim, boş zaman)
- Kişinin iç kaynakları (fiziki, kognitif, duygusal)
- Kişinin çevresi (fiziksel, kurumsal, sosyal, kültürel)
- Manevi faktörler (içyapı)

Bu modelin iki odak noktası vardır; birincisi, tedavi süreci ve tedavi ile kişi arasındaki ilişkiyi ifade eden kişi merkezli uygulamadır. İkincisi ise, kişinin kendine bakım, hayattan zevk alma, sosyal ve ekonomik hayata katılım için gerçekleştirdiği, yaşına, kültürüne uygun, anlamlı iş ve uğraşlarını gerçekleştirmek, bunları seçmek, organize etmek ve bunlardan tatmin olması için düzenlenmiş aktivite performansdır (Law vd. 2005).

2.6.2. Aktivite Performansının Değerlendirmesi

Aktivitelere katılım engellinin aktivite performansı ile değerlendirilir. Literatürü incelediğimizde en yaygın kullanılanlar arasında;

- Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (FIM)
- Pediatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (WeeFIM)
- Barthel İndeksi
- Katz İndeksi
- Motor ve Süreç Becerileri Değerlendirmesi (AMPS)
- PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory)
- A-ONE İndeksi
- Kendine Bakım Becerileri Performans Değerlendirmesi (PASS)
- Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) sayılabilir.

Literatüre bakıldığında günümüzde aktivite performansını ölçen en önemli değerlendirmelerden biri Kanada Aktivite Performans Ölçümü'dür (Küçükdeveci 2005).

Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) aktivite performansındaki problemleri tanımlamaya yardım eden yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. KAPÖ; kendine bakım, üretkenlik ve boş zaman alanlarındaki aktivite performansını ve bu performanstan tatmini kişinin algısı ile değerlendiren bir ölçümdür. KAPÖ'nün teorik temeli Kanada Aktivite Performans Modeli'ne dayandırılmıştır. Bu modelde aktivite performansı; kişinin kendini arayışı, yaşamdan keyif alması ve toplumun sosyal ve ekonomik üretimine katılım için; yaşına uygun, kültürel olarak tanımlanmış, anlamlı aktiviteleri; seçme, organize etme ve memnun edici şekilde uygulama yeteneği olarak ifade edilir. KAPÖ için yapılan görüşme, kişinin istediği, ihtiyaç duyduğu ya da ondan beklenen aktivitelere odaklanır (Dedding vd. 2004).

KAPÖ, resmi olarak 22 dile çevrilmiştir ve 35'ten fazla ülkede kullanılmaktadır (Law vd. 2005).

2.7. Boş Zaman Aktiviteleri

Önceleri modern, sonraları post modern toplumlarda ön plana çıkmış temel konulardan birisi de insanın çalışma yaşamı ile birlikte elde ettiği sosyo-psikolojik çıktılar olmuştur (Lysyk vd. 2002). Ancak, özellikle sanayi devrimi sonrası toplumlarda artan bir hızla insanın çalışması kadar “çalışma dışı” zaman da önemsenmektedir (Ceyhun 2008). Bu bağlamda, “boş zaman” kavramının kendisi ve bu zaman diliminde

yapılan faaliyetlere bağı olarak elde edilen tatmin gittikçe önem kazanmaktadır (Gökçe vd. 2011).

Kelime anlamına bakıldığında boş zaman aktiviteleri kişinin tercihine bağı tek başına ya da grup halinde özgürce yapılan faaliyetlere ayrılan zaman olarak tanımlanmaktadır. Kelime anlamının dışına çıkıldığında boş zaman; yemek, uyku, cinsel ihtiyaçların karşılanması gibi fizyolojik, ev içinde yapılması zorunlu bazı işler gibi ailevi, iş hayatı gibi mesleki faaliyetlerin dışında kalan, tamamen bireyin tercihine bağı olarak tek başına ya da grup halinde özgürce yapılan faaliyetlere ayrılan zaman olarak tanımlanır (Çelik 2011). Bireylere keyif verir ve içsel bir ödüllendirir. Boş zaman aktivitesine katılımın sağlıkta olumlu etki sağladığı da gösterilmiştir (Law vd. 2005). Boş zaman yaşamın her döneminde, fiziksel, zihinsel ve duygusal gelişim açısından çeşitli faydalar sunan bir kaynak olarak da görülmektedir (Gökçe vd. 2011). Özellikle çocukluk ve ergenlikte sosyal, fiziksel, zihinsel ve duygusal gelişim açısından çeşitli faydalar sunan bir kaynak olarak da görülmektedir. Yetişkinlik döneminde ise boş zaman etkinlikleri genel doyum düzeyini arttıran ve stres ve rutinden kurtulmaya katkı sağlayan bir faktör olarak da düşünülmektedir (Zemke vd. 1996).

Engelli bireylerin boş zaman aktivitelerine katılımlarına yönelik bir takım engeller vardır. Bu engeller, kişisel ve çevresel engeller olmak üzere gruplandırılabilir. Kişisel engeller, doğrudan bireyin engel durumundan kaynaklansa bile, bununla birlikte ailelerin aşırıya kaçan korumacılık tavırları, kısıtlanmış eğitim durumları gibi faktörlerden de etkilenebilir. Aynı zamanda kişisel engellere engelinin bilgi birikimi, toplumsal katılım eksikliği, sağlık problemleri, yetenek eksikliği gibi durumlarda etki eder. Kişisel engellerini aşmayı başaran engelliler çevresel engellerle karşılaşabilirler. Bu engeller toplumdan ya da ekolojik koşullardan kaynaklanabilir. Çevresel engellerin çözümü daha karmaşıktır. Çevresel engellere örnek olarak; ulaşım, mimari, ekonomik durum gibi zorlayıcı durumlar örnek verilebilir (Smith vd. 1986).

2.7.1. Boş Zaman (Serbest Zaman) Tatmini

Kişilerin boş zaman aktivitelerine katılmalarının ortak amacı haz almak ve bu hazzın sonunda tatmin olmaktır. Tatmin kelimesi, özellikle hayatımızın sosyal boyutunda olmak üzere, sık sık karşılaştığımız bir kavramdır. Kişi yaptığı işlerden tatmin olmak ister. Tatmin olmak, yaptığımız her işten sağlamak istediğimiz faydadır. Kişinin tatmini, yaptığı işten katıldığı rekreasyonel etkinliğe ya da aile yaşantısına göre değişebilir (Çelik 2011). Serbest zaman tatmini, bireyin serbest zaman seçimlerinden etkilenir. Bu

tatmin, bireylerin ihtiyaçlarının bilinçli ya da bilinçsiz olarak yapılmasının seviyesiyle ölçülebilir (Wang vd. 2008).

Kişisel ihtiyaçlar ve motivasyon, davranışı ortaya çıkartır. Serbest zaman tatmini oluştuğunda, bu kişiye olumlu geri bildirim verir ve kişinin gelecekte serbest zaman etkinliğine katılması için güçlü bir motivasyon sağlar. Bu yüzden motivasyon ve tatmin arasında geri bildirim ilişkisi vardır. Motivasyon serbest zaman tatmini için önemli bir kaynaktır (Chiu 2008).

Boş zaman aktivitelerinin özelliklerine göre, ayırım olmaksızın herkesin boş zaman aktivitelerine katılabilme hakkı vardır. Engelli bireyler de boş zaman aktivitelerini özgürce seçme ve katılma hakkına sahip olmalıdır. Engelli bireyler seçtikleri ve katıldıkları boş zaman aktivitelerinde en üst düzeyde tatmin olmalıdırlar.

2.7.2. Boş Zaman Aktiviteleri Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Bireylerin katıldıkları serbest zaman etkinliklerinden istedikleri faydayı sağlayıp sağlayamadıklarını, beklentilerini karşılayıp karşılamadıklarını ve bu faaliyetlere katılmaktan dolayı mutlu olup olmadıklarını ölçmek, onların serbest zamanlarını değerlendirirken daha mutlu ve tatminkar olmalarını sağlayacak tedbirlerin alınmasında ve onların memnuniyet düzeyleri doğrultusunda sağlanan serbest zaman etkinliklerini geliştirmekte ve hatta etkinlik yelpazesini genişletmekte önemli bilgiler sağlayabilir (Karlı vd. 2008).

Boş zaman aktiviteleri değerlendirilmesinde literatürde en çok kullanılan ölçekler arasında;

- Boş Zaman Doyumu (Leisure Time Satisfaction - LTS)
- Günlük Yaşam Tercihleri (Preferences for Everyday Living Inventory - PELI)
- Boş Zaman Davranış Ölçeği (Leisure Attitude Scale - LAS)
- State Teknik Enstitüsü'nün Boş Zaman Değerlendirme Yöntemi (State Technical Institute's Leisure Assessment Process - STILAP)
- Serbest Zaman Tatmin Ölçeği (Leisure Satisfaction Scale - LSS) gösterilebilir (Çelik 2011, Gökçe vd. 2011, Prvu 1999, Stumbo 1991).

Beard ve Ragheb tarafından 1980'de geliştirilen ve Karlı ve diğerleri tarafından 2008'de Türk kültürüne uyarlanan "Serbest Zaman Tatmin Ölçeği"nin (SZTÖ) orijinali 51 maddeden oluşmaktadır. Fakat Türkçeye uyarlamasında 39 maddenin toplandığı görülmüştür. Serbest Zaman Tatmin Ölçeği'nin amacı bireyin serbest zamanlarıyla karşıladığı ihtiyaçların derecesini algılama düzeylerini belirlemektir (Çelik 2011).

2.8. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, DSÖ tarafından "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamıştır (Fidaner vd. 1999). Yaşam kalitesi, "kişisel tatmin"i ifade eder ve kişinin beden sağlığı, psikolojik durumu/iyilik hali, sosyal etkileşimleri, işlevselliğin yeterliliği, uyum yetisi, hayat görüşü, kişisel inançlarından karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Bir başka ifade ile yaşam kalitesi, kişinin öznel olarak farklı yaşam alanlarından aldığı doyum hissini, nesnel olarak ise sosyal işlevlerini, günlük etkinliklerini ve bedensel sağlığını içermektedir (Şimşek 2006).

Yaşam kalitesi oldukça geniş bir kavramdır. Campbell, yaşam kalitesiyle ilgili 12 alan belirlemiştir; Toplumsallık, eğitim, aile yaşantısı, komşuluk, arkadaşlık, evlilik, milliyet, barınma durumu, sağlık, kendilik duygusu, yaşam standardı ve iş durumudur (Campbell vd. 1976).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastaların kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ve hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak fonksiyonel kapasitesi olarak tanımlanmıştır (Bullinger vd. 1991). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hastalık ve tedavinin hastanın hissedilen işlevselliği üzerine etkisini göstermesi şeklinde özetlenebilir (Awad vd. 1997).

Yaşam kalitesi kavramı sağlık alanında ilk defa 1964 yılında, Elkinton tarafından transplantasyon hastaları ile ilgili olarak ele alınmıştır (Top vd. 2003). Daha sonraları, kanser tedavisi gören hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi olabilmesi için neler yapılabileceği üzerinde durulmuş, kişinin, daha uzun yaşamı, daha kısa ama daha kaliteli bir yaşama değişip değişmeyeceği konusu gündeme gelmiştir. Bu tarihlerden itibaren tıpta yaşam kalitesi kavramına ilgi, gün geçtikçe artmış ve yaşam kalitesi kavramı çok sayıda çalışmaya konu olmuştur (Şimşek 2006).

Terapatik etkiye sahip olan aktivite, yaşam kalitesinin daha iyi bir düzeye getirilmesine yardımcı olur. Yaşam kalitesi, insan hayatının tüm evreleriyle ilgili bir konudur. Yaşam kalitesi şu anki sağlık kavramları, sağlığın geliştirilmesi ve aktivite ile uyumludur. Aynı zamanda fakirlik, barınma yetersizliği, eğitime ulaşım yetersizliği ve işsizlik gibi sosyal faktörlerin bir kişinin sağlığını ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyeceği de önemli bir gerçektir (Akyürek 2011).

2.8.1. Yaşam Kalitesi ve Engelli Olmak

Kısa zaman önce, birçok engelli insan anlamlı aktivite için büyük engellerle karşılaşıyorlardı ve onlara uygun kısıtlı aktiviteler vardı. Aktivitedeki bu kısıtlamalar; engellerle ilgili batıl inanışlar, kurumlardaki ayrışmalar ve engelli insanların kapasitesi ve potansiyeli hakkında toplumun ön yargılarından kaynaklanmaktaydı. Bu tür engellemeler engellilerin yeteneklerini, yeterliklerini ve kendi aktivite potansiyellerini açığa çıkarma şanslarını önemli ölçüde azalttı. Bugünkü toplumda birçok engelli insan, hala yaşam kalitelerini düşüren bu tür aktivite kısıtlamalarıyla yüz yüze gelmektedir. Bu nedenle, yaşam kalitesi arayışı, özellikle aktivite alanında engellilere ilave zorluklar sunabilir (Renwick 2004). Bu yüzden, engelliler için iş ve uğraşı terapistleri yaşam kalitesine özellikle dikkat çekerler (Pizzi vd. 2010).

İş, önemli bir yaşam kalitesi belirleyicisidir. İş sahibi olmak veya çalışabiliyor olmak toplumun tam bir parçası olmak için önemli bir gösterge olarak düşünülmektedir. Bunun için engelli bir kişiyi iş sahibi yapmak ya da yeniden işe döndürmek için mesleki rehabilitasyon programı özendirilmelidir (Wind vd. 2009).

2.8.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, klinikte tedavinin planlanması, uygulanması ve hasta eğitiminin önemli bir parçası haline gelmiştir.

Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler jenerik ve hastalığa özgü olmak üzere iki gruba ayrılabilir.

Jenerik (Genel) ölçekler; genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçeklerdir. En önemli avantajları farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmaları olası kılmalarıdır. Ancak belirli bir hastalık için tasarlanmamış olduklarından bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilirler ve özellikle yaşam kalitesindeki küçük değişiklikleri saptayamayabilirler. En yaygın kullanılanlar arasında;

- Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile)
- Nottingham Sağlık Ölçeği (Nottingham Health Profile)
- McMaster Sağlık İndeks Anketi (McMaster Health Index Questionnaire)
- Tıbbi Sonuç Çalışması (Medical Outcome Study General Health Survey)
- Duke Sağlık Ölçeği (Duke Health Profile)
- Esenlik İndeksi (Index of Well-Being-IWB)
- Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi (Spritzer Quality of Life Index-SQLI)

- Dartmouth COOP Function Charts
- WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)
- Medical Outcome Study SF-36 sayılabilir.

Hastalığa özgü ölçekler ise belirli hastalık gruplarının, işlevsel bozuklukların ya da bir bulgunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek üzere tasarlanmışlardır. Bu ölçekler, değerlendirilen sağaltımın tanımlanan hastalık durumuna özgü sağlık etkilerine odaklandıklarından yaşam kalitesindeki küçük değişimleri saptayabilirler. Ancak her ölçeğin skorlama sistemi genellikle farklı olduğundan hem farklı skorlama sistemleri arasında hem de farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapılması olanaklı değildir. Bu ölçeklere örnek olarak;

- Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi (PAQLQ)
- McGill Ağrı Anketi
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)
- Barthel Engellilik İndeksi verilebilir (Koltarla 2008).

Literatüre bakıldığında günümüzde sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan değerlendirme metodu Kısa Form - 36 (KF-36) Sağlık Taraması Anketi'dir. 36 sorudan oluşan anket spesifik bir hastalığa ya da engele özgü değil çok amaçlı ve genel kavramları kapsar. KF-36 sekiz farklı alan ile sağlık durumunun etkileşim derecesini ölçmektedir. Bu sekiz alandan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı ve genel sağlık anketinin fiziksel komponentleri arasında, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık da mental komponentleri arasında sayılmaktadır (Moliner vd. 2007, McHorney vd. 1994).

3. MATERYAL ve METOT

3.1. Çalışmanın Yapıldığı Yer

Çalışmamız Denizli ili ve ilçelerinde yaşayan bedensel engelli oldukları heyet kurulu raporuyla belirlenmiş kişilerin ev ve işyerleri ziyaret edilerek tamamlandı. Çalışma için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Kurulu'ndan 27.11.2012 tarihinde ve 06 sayılı karar sonucunda, söz konusu çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına ilişkin izin alındı (Ek-1). Olgulara Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü Denizli İl Müdürlüğü aracılığıyla ulaşıldı.

3.2. Çalışmanın Süresi

Çalışmamız Ocak 2013 ile Aralık 2013 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Katılımcılar

Çalışmamız Denizli ili ve ilçelerinde yaşayan bedensel engelli oldukları heyet kurulu raporuyla belirlenmiş 18 yaş ile 65 yaş arası çalışan 80 birey ve çalışabilecek durumda iken çalışmayan 60 bedensel engelli birey kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi. İŞKUR'dan alınan listeden kriterlere uygun olanlar belirlendi ve çalışan bedensel engelliler iş yerlerinde, çalışmayan bedensel engelliler ise evlerinde ziyaret edildi. Çalışmaya uygun oldukları tespit edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 140 bedensel engelliye araştırma öncesi çalışmayla ilgili olarak bütün bilgiler verildi ve Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Kurulunca öngörülen aydınlatılmış onam imzalatıldı.

Olguların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. Sağlık Bakanlığı sağlık raporu ile belirlenmiş %40 ile % 70 arasında bedensel engele sahip olmak,
2. 18 yaş ile 65 yaşları arasında olmak,
3. Soruları cevaplayabilecek sözel iletişim yeteneğine sahip olmak,
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,

Olguların Çalışmadan Hariç Tutulma Kriterleri:

1. Çalışmayan grup için son bir ay içerisinde herhangi bir yerde çalışmış olmak,
2. İleri derecede zihinsel ve bilişsel bir problemi olmak.

Çalışmamız, 19 ile 64 yaşları arasında 140 bedensel engelli üzerinde gerçekleştirildi. Çalışmaya alınan bedensel engelliler aşağıda verilen değerlendirme yöntemleri ile değerlendirildi.

3.4. Değerlendirme

Çalışmaya katılmayı kabul eden bedensel engelliler işyeri veya ev ziyaretleri sırasında hikayeleri alındı, katılımın değerlendirilmesi amacıyla Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi-II (WHO-DAS-II), aktivite performansının değerlendirilmesi amacıyla Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ), boş zaman aktivitelerinin memnuniyetinin değerlendirilmesi için Serbest Zaman Tatmin Ölçeği, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için KF-36 Sağlık Taraması Anketi kullanıldı.

3.4.1. Hikaye

Demografik Özellikler

Demografik özellikler olarak yaş, cinsiyet, kilo, boy, dominant el, medeni durum, eğitim düzeyi ve sosyal güvence kaydedildi (Ek-2).

Tıbbi Hikaye

Tıbbi hikayede engellinin tanısı, engellilik süresi, engellilik oranı, ilave hastalığı, yardımcı alet kullanımı, ambulasyona yardımcı cihazlar sorgulandı (Ek-3).

Çalışma Koşulları İle İlgili Bilgiler

Çalışan bedensel engellinin çalıştığı iş yeri bölümü, günlük çalışma süresi, dinlenme süresi, toplam çalışma yılı, şu an çalıştığı iş yerindeki çalışma süresi, çalışılan toplam iş yeri sayısı, çalışmakta olduğu işyerinin bulunduğu yerleşim birimi, aylık gelir, evli ise eşinin çalışma durumu, iş yerine ulaşım aracı incelendi (Ek-4).

3.4.2. Toplumsal Katılımın Değerlendirilmesi (Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi-II)

WHO-DAS-II (World Health Organisation Disability Assessment Schedule, Second Version), yani Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi-II Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir (WHO 1999). 36 maddeden oluşmaktadır. Tıbbi tanıdan bağımsız olarak, bireyin aktivite düzeyinde ve topluma katılımında olan kısıtlılıkları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Değerlendirmeye alınacak süre son bir ay olarak seçilmiştir. Bu çizelge, bireyin belirli aktiviteleri yaparken ne kadar güçlü çektğini saptamaya çalışmaktadır. Bu çizelge 6 alandan oluşmaktadır. Bunlar; birinci alan (DAS 1), anlama ve ilişki

kurma; bu alan çevrenin bilişsel olarak işlenmesini ifade etmektedir. İkinci alan (DAS 2), hareket etme ve bir yerden bir yere gitme; bu alan mobilitedeki ciddi derecedeki kısıtlılığını ifade eder. Üçüncü alan (DAS 3), kendine bakım; banyo, beslenme, giyinme ve yalnız kalabilme gibi ifadeleri içerir. Dördüncü alan (DAS 4), insan ilişkileri, sosyal ortama girebilmek, yakın olduğu veya tanımadığı insanlarla olan ilişkileri ifade eder. Beşinci alan (DAS 5), yaşam faaliyetleri, iş, eğitim ve ev işleriyle ilgili faaliyetler bu alana dahildir. Altıncı alan (DAS 6), toplumsal yaşama katılıma yönelik kapsamlı soruları içerir.

Tüm bu alanlarla ilgili sorularda kişinin son bir ayda o aktivite sırasında ne kadar güçlük çektiğini hiç, hafif, orta, çok fazla, aşırı/hiç yapamıyorum şeklinde alınan cevaplarla 1-5 arasında puanlanmaktadır. Bu değerlendirme yaklaşık 20 dakika sürmektedir. WHO-DAS-II'nin puanlaması sırasında alan puanları soru sayısına göre ağırlıklı olarak hesaplanmakta ve alan puanları ve toplam DAS puanı 100 üstünden değerlendirilmektedir. Puanlama aşağıda görülen formüllere göre yapılmıştır:

$$DAS1 = [(D1.1+...+D1.6) - 6/24] \times 100$$

$$DAS2 = [(D2.1+...+ D2.5) - 5/20] \times 100$$

$$DAS3 = [(D3.1+...+ D3.4) - 4/16] \times 100$$

$$DAS4 = [(D4.1+...+ D4.5) - 5/20] \times 100$$

$$DAS5 = [(D5.1+...+D5.5+D5.8) - 8/32] \times 100$$

$$DAS6 = [(D6.1+...+D6.5+D6.8) - 8/32] \times 100$$

$$DAST = [(D1.1+...+D4.5+D5.2+...+D5.5+D5.8+...+D5.11+...+D6.8) - 36] / 144 \times 100$$

WHO-DAS II'nin Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Uluğ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Uluğ vd. 2001) (Ek-5).

3.4.3. Aktivite Performansının Değerlendirmesi (Kanada Aktivite Performans Ölçümü)

Çalışmamızda bedensel engelli bireylerin katılımını kendi bakış açıları tarafından değerlendirmek için Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) kullanıldı. KAPÖ aktivite performansındaki problemleri tanımlamaya yardım eden yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir. KAPÖ; kendine bakım, üretkenlik ve boş zaman alanlarındaki aktivite performansını ve bu performanstan tatmini kişinin algısı ile değerlendiren bir ölçümdür.

KAPÖ'nün teorik temeli Kanada Aktivite Performans Modeline dayandırılmıştır. Bu modelde aktivite performansı; kişinin kendini arayışı, yaşamdan keyif alması ve

toplumun sosyal ve ekonomik üretimine katılım için; yaşına uygun, kültürel olarak tanımlanmış, anlamlı aktiviteleri; seçme, organize etme ve memnun edici şekilde uygulama yeteneği olarak ifade edilir. KAPÖ için yapılan görüşme, kişinin istediği, ihtiyaç duyduğu ya da ondan beklenen aktivitelere odaklanır. Önce kişinin algıladığı şekliyle her aktivitenin önemi 10 puanlık bir skalada değerlendirilir (1=hiç önemli değil, 10=çok önemli). Sonraki aşamada kişiden en önemli aktiviteleri seçmesi ve bu aktivitelerin performansı (1=hiç yapamıyorum, 10=çok iyi yapıyorum) ve tatmini (1=performansımдан hiç memnun değilim, 10=performansımдан çok memnunum) ayrı ayrı puanlaması istenir. Elde edilen performans ve tatmin puanları ayrı ayrı toplanıp, kişinin önemli olduğunu belirttiği aktivite sayısına bölünerek toplam performans ve tatmin puanları elde edilir (Law vd. 2005) (Ek-6).

3.4.4. Boş Zaman Aktiviteleri Memnuniyetinin Değerlendirmesi (Serbest Zaman Tatmin Ölçeği)

Beard ve Ragheb tarafından 1980’de geliştirilen, Karlı ve arkadaşları tarafından 2008’de Türk kültürüne uyarlanan “Serbest Zaman Tatmin Ölçeği”nin orijinali 51 maddeden oluşmaktadır. Fakat Türkçeye uyarlamasında yapılan faktör analizi sonunda özdeğeri 1’den büyük 6 faktörde 39 maddenin toplandığı görülmüş olup, açıklanan varyansın %45,27 olduğu analizde boyutlar psikolojik boyut, eğitim boyutu, sosyal boyut, rahatlama boyutu, fizyolojik boyut ve estetik boyutundan oluşmaktadır. Serbest Zaman Tatmin Ölçeği’nin amacı bireyin serbest zamanlarıyla karşıladığı ihtiyaçların derecesini algılama düzeylerini belirlemektedir (Karlı vd. 2008). Her bir alt ölçeğin tanımı şöyledir; 1-Psikolojik Boyut; özgürlük hissi, eğlence, katılım ve entelektüel meydan okuma gibi psikolojik fayda boyutunu ifade etmekte, 2-Eğitimsel Boyut; entelektüel uyarma; katılımcıları, kendilerinin ve etrafındakilerin öğrenmelerine yardımcı olma boyutunu içermekte, 3-Sosyal Boyut; diğer insanlarla iletişim kurma boyutunu ifade etmekte, 4-Rahatlama Boyutu; yaşamın stresinden ve gerginliğinden kurtulma boyutunu ifade etmekte, 5-Fizyolojik Boyut; Fiziksel formu geliştirmek, sağlıklı kalmak gibi iyi olma etmenlerini yükseltilmesi boyutunu ifade etmekte, 6-Estetik Boyutu; serbest zaman etkinlikleriyle uğraştıkları alanların güzel, ilginç, hoş ve güzel dizayn edilmiş olması boyutunu içermektedir (Gökçe 2008).

Ölçek maddelerinin değerlendirilmesinde 5 puanlı Likert ölçeğinden faydalanılmıştır (1=Benim için hemen hemen hiç geçerli değil, 2=Benim için nadiren geçerli, 3=Benim

için bazen geçerli, 4=Benim için sıklıkla geçerli, 5=Benim için hemen hemen her zaman geçerli).

Serbest Zaman Tatmin Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Karlı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Karlı vd. 2008) (Ek-7).

3.4.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (Kısa Form-36 Sağlık Taraması Anketi)

Çalışmaya katılan bedensel engelli kişilerin yaşam kaliteleri KF-36 Sağlık Taraması Anketiyle değerlendirildi. Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form-36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Ware vd. 1992). Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22000'i aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan KF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkarılarak KF-36 oluşturulmuştur.

KF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Beş dakika gibi kısa sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde).

Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (Koltarla 2008) (Ek-8).

Türkiye'de KF-36 Sağlık Taraması Anketi Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılan bir çalışma ile güvenilir ve geçerli bulunmuştur (Koçyiğit vd. 1999).



Resim 3.1. Tekstil Fabrikasında Çalışan Kadın Bedensel Engellinin Fotoğrafları



Resim 3.2. Mermer Fabrikasında Çalışan Bedensel Engellilerin Fotoğrafları



Resim 3.3. Bedensel Engellilerin Yapmakta Zorlandıkları Aktivitelerin Fotoğrafları

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmaya katılan bedensel engellilerin tanımlayıcı bilgileri ve değerlendirmeleri kaydedildi. Kaydedilen verilerin Windows işletim sistemi altında Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS-Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi) programının 16.0 versiyonu kullanılarak giriş yapıldı ve tanımlayıcı istatistiksel bilgiler ortalama \pm standart sapma ($\bar{X} \pm SS$) ve % şeklinde verildi. İki farklı bağımsız gruplarda t testi (Independent-Samples t testi) ile normal dağılıma uymayan verilerde Mann-Whitney U Testi kullanıldı. Parametrik olmayan verilere sahip ikiden fazla grubun olduğu değerlendirmelerde ise Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Katılımcıların aktivite performansları, serbest zaman tatminleri ve yaşam kaliteleri ile toplumsal katılımları ile olan ilişkisini incelemek için normal dağılıma uymayan verilerde Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Son olarak bağımlı değişken olan toplumsal katılım ile anlamlı olan bağımsız değişkenlerden oluşturulan model arasında çoklu lineer regresyon analizi yapıldı.

4. BULGULAR

Denizli ili ve çevre ilçelerinde farklı endüstri ortamında çalışan ve çalışabilecek durumda olup çalışmayan bedensel engellilerin yaşam kalitelerinin, boş zaman aktivitelerinin, aktivite performanslarının ve toplumsal katılımlarının düzeylerini belirlemek ve bu faktörlerin katılımcıların toplumsal katılımları ile ilişkisini incelemek amacı ile planlandı ve 140 bedensel engelli birey çalışmaya dahil edildi. Çalışmadan elde edilen bulgu ve analizler aşağıda yer almaktadır.

4.1.Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmamıza yaşları 19 ile 64 yaşları arasında değişen, yaş ortalamaları $35,98\pm 9,39$ yıl olan 34'ü kadın (%24,3), 106'sı erkek (%75,7) toplam 140 bedensel engelli katıldı. Katılımcıların tümünün yaş ortalaması ise $35,98\pm 9,39$ yıldır. Çalışan katılımcıların yer aldığı grubun vücut ağırlığı ortalaması $70,48\pm 10,32$ kg. iken çalışmayan grubun ortalaması $67,41\pm 11,37$ kg.'dır. Boy ortalamalarına baktığımızda ise çalışan grubun ortalaması $168\pm 9,91$ cm. iken çalışmayan grubun ortalaması $165\pm 7,89$ cm.'dir (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri-I

	ÇALIŞAN GRUP	ÇALIŞMAYAN GRUP	min. maks.	
	$\bar{X}\pm SS$ (n=80)	$\bar{X}\pm SS$ (n=60)		
Yaş (yıl)	$36,43\pm 9,07$	$35,38\pm 9,85$	19	64
Vücut Ağırlığı (kg)	$70,48\pm 10,32$	$67,41\pm 11,37$	40	110
Boy (cm)	$168\pm 9,91$	$165\pm 7,89$	140	186

Çalışmamıza katılan bedensel engellilerin %64,3'ünün (n=90) evli olduğu görüldü. Eğitim düzeylerini incelediğimizde katılımcıların 54'ünün (%38,6) ilkokul mezunu olduğu, 9'unun (%6,4) üniversite mezunu olduğu görüldü (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri-II

	ÇALIŞAN GRUP n=80 (%)	ÇALIŞMAYAN GRUP n=60 (%)
Cinsiyet		
Kadın	15 (%18,8)	19 (%31,7)
Erkek	65 (%81,2)	41 (%68,3)
Eğitim Durumu		
Okuma yazma bilmiyor	1 (%1,2)	1 (%1,7)
Okur - Yazar	0 (%0)	4 (%6,7)
İlkokul	32 (%40)	22 (36,7)
Ortaokul	25 (%31,2)	17 (%28,3)
Lise	18 (%22,5)	11 (%18,3)
Üniversite	4 (%5)	5 (%8,3)
Medeni Durum		
Bekar	18 (%22,5)	23 (%38,3)
Evli	56 (%70)	34 (%56,7)
Boşanmış	6 (%7,5)	3 (%5)

4.2.Tıbbi Hikayeye İlişkin Bulgular

Çalışmamıza katılan katılımcıların tıbbi tanılarını incelediğimiz zaman 20 (%14,3) katılımcının poliomiyelit, 22 (%15,7) katılımcının ise alt veya üst ekstremitte amputasyonu tanıları aldığı görüldü. Çalışmamıza katılan katılımcıların yüksek oranda %40 ile %50 engel düzeyleri arasında oldukları ve çoğunun 10 yılı aşkın süredir engelli oldukları görüldü. (n=125, %89,3) Çalışmamıza katılan katılımcıların 51'inin (%36,4) bedensel engelleri dışında başka problemlerinin de olduğu görüldü. Bu problemler içerisinde de en çok görülenin mental retardasyon tanısının olduğu karşımıza çıktı (n=10, %7.1) (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Tıbbi Hikayelerine İlişkin Bulgular-I

	ÇALIŞAN GRUP n=80 (%)	ÇALIŞMAYAN GRUP n=60 (%)
Engel Düzeyi		
%40-%50	52 (%65)	37(%61,7)
%51-%60	22 (%27,5)	13 (%22,1)
%61-%70	6 (%7,5)	10 (%16,7)
Engellilik Süresi (yıl)		
1-10	7 (%8,8)	8 (%13,3)
11-20	21 (%26,2)	9 (%15,1)
21-30	26 (%32,4)	17 (%28,3)
31-40	19 (%23,6)	19 (%31,7)
41-50	5 (%6,1)	7 (%11,7)
51 ve üstü	2 (%2,5)	0 (%0)
Ek Hastalık		
Var	32 (%40)	19 (%31,7)
Yok	48 (%60)	41 (%68,3)

Katılımcıların 19'unun (%13,6) kendine yardım aleti kullandığı görüldü. 13 (%9,3) katılımcının ise çalışırken de kendine yardım aleti kullandığı tespit edildi. Katılımcıların büyük oranda ambulasyonları için herhangi bir yardımcı alet kullanmadığı tespit edildi (n=129, %92,1). Katılımcılar tarafından en çok kullanılan kendine yardım aletinin ise gözlük olduğu tespit edildi (n=5, %3,6) (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2. Katılımcıların Tıbbi Hikayelerine İlişkin Bulgular-II

	ÇALIŞAN GRUP n=80 (%)	ÇALIŞMAYAN GRUP n=60 (%)
Yardımcı Alet		
Var	13 (%16,2)	6 (%10)
Yok	67 (%80)	54 (%90)
Kullanılan Yardımcı Alet		
Yok	67 (%83,8)	54 (%90)
Baston	2 (%2,5)	1 (%1,7)
Tripot	0 (%0)	1 (%1,7)
Walker	1 (%1,2)	0 (%0)
Kanedyen	1 (%1,2)	2 (%3,3)
Koltuk Değneği	0 (%0)	0 (%0)
Gözlük	4 (%5)	1 (%1,7)
İşitme Yardımcısı	2 (%2,5)	1 (%1,7)
Tekerlekli Sandalye	3 (%3,8)	0(%0)
Çalışırken Kullanılan Yardımcı Alet		
Var	13 (%16,2)	-
Yok	67 (%83,8)	-
Ambulasyon Yardımcısı		
Kullanmıyor	73 (%91,2)	56 (%93,3)
Baston	2 (%2,5)	1 (%1,7)
Tripot	0 (%0)	1 (%1,7)
Walker	1 (%1,2)	0 (%0)
Kanedyen	1 (%1,2)	2 (%3,3)
Koltuk Değneği	0 (%0)	0 (%0)
Tekerlekli Sandalye	3 (%3,8)	0 (%0)

4.3. Çalışma Koşullarına İlişkin Bulgular

Tekstil sektöründe 41 (%51,2) bedensel engelli işçi, mermer sektöründe ise 12 (%15) bedensel engellinin çalıştığı görüldü. Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların büyük oranda Denizli Büyükşehir Belediyesi sınırlarındaki fabrikalarda çalıştığı tespit edildi (n=46, %57,5). İş yerlerine giderken kullandıkları ulaşım araçlarını incelediğimizde ise büyük çoğunluğunun iş yerlerine gitmek için servis araçlarını kullandıkları ortaya çıktı (n=64, %80) (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.1. Çalışma Koşullarına İlişkin Bulgular

	ÇALIŞAN GRUP n=80 (%)	ÇALIŞMAYAN GRUP n=60 (%)
Çalışılan Sektör		
Tekstil	41 (%51,2)	-
Mermer	12 (%15)	-
Otocam	5 (%6,2)	-
Boya	4 (%5)	-
Kablo	2 (%2,5)	-
Gıda	1 (%1,2)	-
Enerji	2 (%2,5)	-
Cam	3 (%3,8)	-
Kağıt	3 (%3,8)	-
Elektrolitik Bakır	3 (%3,8)	-
Prefabrik	1 (%1,2)	-
Makine	2 (%2,5)	-
Beton	1 (%1,2)	-
Aylık Gelir		
0-1000 TL	70 (%87,5)	56 (%93,3)
1001-2000 TL	7 (%8,8)	4 (6,7)
2000 TL ve üstü	3 (%3,8)	0 (%0)
Eş Çalışma Durumu		
Çalışıyor	19 (%23,8)	20 (%33,3)
Çalışmıyor	37 (%46,2)	15 (%25)
Eşi yok	24 (%30)	25 (%41,7)
Fabrikanın Bulunduğu Yer		
Köy	0 (%0)	-
Belde	0 (%0)	-
İlçe	34 (%42,5)	-
Büyükşehir	46 (%57,5)	-
İş Yerine Ulaşım Aracı		
İş yeri servisi	64 (%80)	-
Otobüs-Minibüs	9 (%11,2)	-
Özel Araç	4 (%5)	-
Motosiklet-Bisiklet	0 (%0)	-
Yürüyerek	3 (%3,8)	-

4.4. Aktivite Performansının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Aktivite performansının değerlendirilmesi için kullanılan KAPÖ ölçeğine göre katılımcılara günlük yaşamlarında önemli olan ve katılımlarında en çok zorlandıkları aktiviteler soruldu. Çalışan grupta kendine bakım alanında giyinme (n=32), ayakta durma (n=26), ulaşım (n=20), merdiven çıkma (n=20) aktivitelerini; üretkenlik alanında iş bulma (n=18), alış-veriş yapma (n=16), yemek yapma (n=9) aktivitelerini; boş zaman aktiviteleri alanında ise namaz kılma (n=10), el işi yapma (n=8) aktivitelerini belirttiler. Çalışmayan grupta kendine bakım alanında merdiven çıkma (n=18), giyinme (n=20), ayakta durma (n=17), finans (n=18) aktivitelerini; üretkenlik alanında iş bulma (n=37), yemek yapma (n=15), temizlik yapma (n=16) aktivitelerini; boş zaman aktiviteleri alanında ise spor yapmak (n=9), hobi (n=8) aktivitelerini belirttiler.

Tüm katılımcılar incelendiğinde; kendine bakım alanında %27,1 merdiven çıkma, %22,9 ulaşım, %37,1 giyinme, %13,6 yokuş çıkma aktiviteleri; üretkenlik alanında %39,3 iş bulma, %16,4 alış veriş yapma, %17,1 yemek yapma aktiviteleri, boş zaman aktiviteleri alanında ise % 9,3 namaz kılma, %7,1 evlenme, %5,7 dış ortam gezi aktiviteleri ile ilgili performans sorunlarının olduğunu belirttiler (Tablo 4.4.1, Tablo 4.4.2, Tablo 4.4.3).

Tablo 4.4.1. Katılımcıların Yapmakta Zorlandıkları Aktiviteler-I

KAPÖ (Kendine Bakım)	ÇALIŞAN GRUP (n)	ÇALIŞMAYAN GRUP (n)
Ulaşım	20	12
Yürümek	13	7
Merdiven	20	18
Banyo	15	4
Giyinmek	32	20
Transfer	6	3
Yokuş Çıkmak	14	5
Tuvalet	5	3
Tırnak Kesmek	11	5
Yere Eğilmek	15	6
Ayakta Durmak	26	17
Banka İşleri	4	3
Araba Kullanmak	15	7
Tuvalet Hijyeni	3	2
Saçını Taramak	10	4
Yemek Yemek	3	0
İletişim	13	6
Kapı Açmak	3	0
Beslenme	1	1
Hijyen	8	5
Ev Dışı Transfer	7	3
Finans	13	18
TOPLAM	257	149

Tablo 4.4.2. Katılımcıların Yapmakta Zorlandıkları Aktiviteler-II

KAPÖ (Üretici Aktiviteler)	ÇALIŞAN GRUP (n)	ÇALIŞMAYAN GRUP (n)
İş Bulma	18	37
İş Arama	0	10
Çamaşır Yıkamak	7	3
Koşmak	1	0
Yük Taşıma	5	2
Ev İşi	9	6
Alış Veriş	16	7
Yükseğe Uzanmak	9	4
Rafa Uzanmak	1	1
Bilgisayar Kullanmak	4	1
Yemek Yapmak	9	15
İş Yerinde Çalışmak	6	0
Ütü Yapmak	4	4
Yazı Yazmak	2	0
Temizlik Yapmak	8	16
TOPLAM	99	106

Tablo 4.4.3. Katılımcıların Yapmakta Zorlandıkları Aktiviteler-III

KAPÖ (Boş Zaman Aktiviteleri)	ÇALIŞAN GRUP (n)	ÇALIŞMAYAN GRUP (n)
Spor Yapmak	5	9
Seyahat Etmek	4	1
Hobiler	4	8
Ziyaretler	4	7
Namaz Kılmak	10	4
El İşi	8	6
Evlenmek	5	6
Dış Ortam Gezi	4	4
TOPLAM	44	45

4.5. Çalışma Durumuna Göre Toplumsal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Çalışma durumuna göre toplumsal katılım alanları incelendiğinde anlama ve ilişki kurma alanı, kendine bakım alanı, yaşam faaliyetleri alanı, toplumsal katılım alanı ve toplam puan açısından çalışan ve çalışmayan grup arasında anlamlı farklılık vardı ($p<0.05$). Anlama ve ilişki kurma alanı, kendine bakım alanı, yaşam faaliyetleri alanı, toplumsal katılım alanı ve toplam puan skorları çalışanlarda çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (Tablo 4.5.1).

Tablo 4.5.1. Çalışma Durumuna Göre WHO-DAS-II Alanlarının Karşılaştırılması

WHO-DAS II	ÇALIŞAN GRUP		ÇALIŞMAYAN GRUP		p*
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca/ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca/ÇAF	
Anlama ve İlişki Kurma	4,32±9,72	0,00/0,00	11,31±15,62	0,00/25,0	,006
Mobilite	29,24±22,39	30,00/43,88	30,83±22,88	30,00/33,75	,734
Kendine Bakım	11,56±11,77	6,25/18,75	17,7±14,51	12,50/12,50	,007
İnsan İlişkileri	5,5±8,25	0,00/10,00	7,83±11,36	0,00/10,00	,394
Yaşam Faaliyetleri	17,1±13,89	12,50/21,09	30,72±19,33	28,12/21,88	,000
Toplumsal Katılım	28,94±17,59	29,68/29,69	39,11±20,14	35,94/25,00	,010
TOPLAM	17,18±9,98	15,97/15,11	24,78±13,16	21,17/13,20	,001

*Mann-Whitney U testi yapıldı.

4.6. Çalışma Durumuna Göre Aktivite Performansının Karşılaştırılması

Çalışma durumuna göre KAPÖ skorları incelendiğinde toplam performans puanı ve toplam puan açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşıldı ($p<0.05$).

Tablo 4.6.1. Çalışma Durumuna Göre KAPÖ Değerlendirmesinin Karşılaştırılması

KAPÖ	ÇALIŞAN GRUP		ÇALIŞMAYAN GRUP		p*
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Toplam Performans	5,74±1,34	4,74±1,45			,000
Toplam Tatmin	3,12±0,98	3,11±1,28			,972
Toplam Puan	8,86±2,20	7,86±2,60			,015

*t testi yapıldı.

4.7. Çalışma Durumuna Göre Serbest Zaman Tatmininin Karşılaştırılması

Çalışma durumuna göre serbest zaman tatmin ölçeğini incelediğimizde hiç bir alt değişkende gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.7.1).

Tablo 4.7.1. Çalışma Durumuna Göre SZTÖ Karşılaştırılması

SZTÖ	ÇALIŞAN GRUP $\bar{X} \pm SS$	ÇALIŞMAYAN GRUP $\bar{X} \pm SS$	p*
Psikolojik Boyut	3,75±0,58	3,63±0,69	,364
Eğitim Boyutu	3,46±0,57	3,43±0,64	,772
Sosyal Boyut	3,56±0,71	3,55±0,71	,954
Rahatlama Boyutu	4,28±0,61	4,21±0,87	,564
Fizyolojik Boyutu	3,64±0,63	3,53±0,79	,389
Estetik Boyutu	3,08±0,56	3,15±0,76	,531
Toplam	3,62±0,5	3,55±0,56	,483

*t testi yapıldı.

4.8. Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Çalışma durumuna göre yaşam kalitesi alanları incelendiğinde sosyal fonksiyonellik alanı, enerji/canlılık alanı ve mental sağlık alanlarının puanları çalışanlarda çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksek bulundu (Tablo 4.8.1).

Tablo 4.8.1. Çalışma Durumuna Göre KF-36 Sonuçlarının Karşılaştırılması

KF-36	ÇALIŞAN		ÇALIŞMAYAN		p*
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca/ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca/ÇAF	
Fiziksel Fonksiyonellik	37,06±25,44	32,50/45,00	35,91±23,55	35,00/33,75	,992
Sosyal Fonksiyonellik	74,06±19,05	75,00/5,00	63,54±20,75	62,50/25,00	,003
Ağrı	73,84±25,92	77,50/42,50	71,87±28,52	72,50/52,50	,916
Genel Sağlık	44,2±23,54	45,00/30,00	40,25±24,64	37,50/38,75	,292
Enerji/Canlılık	52,68±19,68	55,00/30,00	41,83±20,82	42,50/33,75	,003
Fiziksel Rol Güçsüzlüğü	59,93±42,97	75,00/75,00	45,41±41,03	25,00/100,00	,053
Emosyonel Rol Güçsüzlüğü	74,06±33,25	1,00/33,34	66,66±38,81	83,33/66,67	,348
Mental Sağlık	54,20±22,31	60,00/36,00	40,13±18,84	40,00/32,00	,000

*Mann-Whitney U testi yapıldı.

4.9. Engel Düzeylerine Göre Toplumsal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

Çalışan katılımcıların engel durumlarına göre anlama ve ilişki kurma alanı, kendine bakım alanı, insan ilişkileri alanı, yaşam faaliyetleri alanı, toplumsal katılım alanında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Buna göre anlama ve ilişki kurma skoru, insan ilişkileri skoru ve toplumsal katılım skoru %40-%50 engel düzeylerine sahip katılımcılarda, %61-%70 engel düzeylerine sahip katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p<0.05$). Kendine bakım skoru, yaşam faaliyetleri skoru ve toplumsal katılım skoru %40-%50 engel düzeylerine sahip katılımcılarda, %51-%60 engel düzeylerine sahip katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha düşük bulundu (Tablo 4.9.1).

Tablo 4.9.1. Çalışan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Toplumsal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

WHO-DAS-II	%40-%50 ENGELLİ		%51-%60 ENGELLİ		%61-%70 ENGELLİ		p*	p**
	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF		
Anlama ve İlişki Kurma	2,16±5,86	0,00/0,00	7,38±1,27	0,00/10,41	11,8±1,75	2,08/29,16	,049	1-3-,032
Mobilite	29,7±2,08	35,00/37,88	26,13±2,12	27,50/45,00	36,6±3,84	32,5/66,25	,785	
Kendine Bakım	8,89±9,92	6,25/17,19	16,19±1,19	18,75/18,75	17,7±1,91	12,5/39,06	,043	1-2-,014
İnsan İlişkileri	3,55±6,28	0,00/5,00	7,50±9,60	5,00/11,25	15,0±1,09	17,5/18,75	,006	1-3-,008
Yaşam Faaliyetleri	14,3±1,29	12,50/17,97	22,86±1,53	18,75/20,31	20,3±1,09	18,75/21,9	,045	1-2-,021
Toplumsal Katılım	24,93±1,6	25,00/25,00	34,09±1,84	35,93/25,00	44,8±8,76	46,87/10,9	,005	1-2-,037 1-3-,003
TOPLAM	14,8±8,94	13,88/13,19	20,51±1,10	18,05/17,02	25,5±7,15	27,4/11,81	,011	1-2-,045 1-3-,006

* Kruskal Wallis testi uygulandı.

** Mann-Whitney U testi yapıldı.

Çalışmayan katılımcıların engel düzey durumlarına göre mobilite alanı ve kendine bakım alanlarında anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Buna göre kendine bakım alanı skoru %40-%50 engel düzeylerine sahip katılımcılarda, %51-%60 engel düzeylerine sahip katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulundu ($p < 0.05$). Mobilite skoru alanı %40-%50 engel düzeylerine sahip katılımcılarda, %61-%70 engel düzeylerine sahip katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p < 0.05$) daha yüksek bulundu (Tablo 4.9.2).

Tablo 4.9.2. Çalışmayan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Toplumsal Katılım Alanlarının Karşılaştırılması

WHO-DAS II	%40-%50 ENGELLİ		%51-%60 ENGELLİ		%61-%70 ENGELLİ		p*	p**
	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF		
Anlama ve İlişki Kurma	9,57±1,44	0,00/22,92	12,17±1,9	0,00/22,91	16,66±1,40	18,7/27,08	,256	
Mobilite	36,9±1,98	40,00/25,00	21,15±2,7	0,00/50,00	21±2,23	17,5/30,0	,027	1-3-,016
Kendine Bakım	14,18±1,1	12,50/9,38	24,03±1,65	25,00/18,75	22,5±2,00	18,75/21,8	,042	1-2-,018
İnsan İlişkileri	8,37±1,14	5,00/12,50	6,53±1,12	0,00/10,00	7,50±1,23	0,00/15,00	,689	
Yaşam Faaliyetleri	31,9±1,86	31,25/18,75	25,48±1,51	18,75/29,69	33,12±2,60	31,24/17,1	,503	
Toplumsal Katılım	39,18±2,1	37,50/25,00	38,7±1,93	28,12/31,25	39,37±2,20	35,9/20,31	,889	
TOPLAM	25,3±1,17	25,00/12,16	22,8±1,48	15,27/21,52	25,4±1,67	20,13/12,5	,312	

* Kruskal Wallis testi uygulandı.

** Mann-Whitney U testi yapıldı.

4.10. Engel Düzeylerine Göre Aktivite Performanslarının Karşılaştırılması

Çalışan katılımcıların engellilik oranlarına göre gruplar arasında KAPÖ'nün hiç bir alt parametresinde anlamlı fark bulunmadı. ($p>0,05$) (Tablo 4.10.1).

Tablo 4.10.1. Çalışan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Aktivite Performanslarının Karşılaştırılması

KAPÖ	%40-%50 ENGELLİ		%51-%60 ENGELLİ		%61-%70 ENGELLİ		p*
	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	
Toplam Performans	5,88±1,26	5,9/1,6	5,71±1,35	5,9/1,65	4,56±1,61	4,0/2,85	,154
Toplam Tatmin	3,16±0,94	3,2/1,35	3,15±1,03	2,9/1,6	2,56±1,12	2,3/1,30	,280
Toplam Puan	9,05±2,1	9,3/2,8	8,87±2,24	8,7/4,00	7,13±2,59	5,8/4,00	,199

* Kruskal Wallis analizi yapıldı.

Çalışmayan katılımcıların engellilik oranlarına göre gruplar arasında KAPÖ'nün hiç bir alt parametresinde anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.10.2).

Tablo 4.10.2. Çalışmayan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Aktivite Performanslarının Karşılaştırılması

KAPÖ	%40-%50 ENGELLİ		%51-%60 ENGELLİ		%61-%70 ENGELLİ		p*
	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	
Toplam Performans	4,73±1,34	4,8/1,9	5,12±1,39	5,0/2,6	4,3±1,89	4,8/3,5	,622
Toplam Tatmin	3,2±1,36	3,2/1,9	3,3±0,93	3,2/1,3	2,54±1,33	2,2/2,55	,315
Toplam Puan	7,93±2,57	8,4/2,57	8,43±2,15	7,8/3,2	6,84±3,15	7,0/5,8	,414

* Kruskal Wallis analizi yapıldı.

4.11. Engel Düzeylerine Göre Boş Zaman Tatmin Düzeylerinin Karşılaştırılması

Çalışan katılımcıların engellilik oranlarına göre gruplar arasında SZTÖ'nin hiç bir alt parametresinde anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.11.1).

Tablo 4.11.1. Çalışan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Serbest Zaman Tatmin Düzeylerinin Karşılaştırılması

SZTÖ	%40-%50 ENGELLİ		%51-%60 ENGELLİ		%61-%70 ENGELLİ		p*
	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	
Psikolojik Boyut	3,77±0,6	3,75/0,88	3,74±0,52	3,81/1,03	3,64±0,72	3,5/0,91	,710
Eğitim Boyutu	3,47±0,6	3,44/0,74	3,4±0,45	3,27/0,52	3,61±0,76	3,27/1,17	,854
Sosyal Boyut	3,6±0,69	3,62/0,84	3,41±0,73	3,43/0,84	3,68±0,75	3,56/0,75	,545
Rahatlama Boyutu	4,26±0,63	4,37/0,94	4,35±0,61	4,5/0,75	4,2±0,45	4,0/0,69	,671
Fizyolojik Boyutu	3,56±0,64	3,66/0,96	3,73±0,61	3,91/1,0	3,94±0,49	3,74/0,71	,351
Estetik Boyutu	3,07±0,55	3,25/0,75	3,1±0,59	3,25/0,75	3,12±0,7	2,87/1,5	,949
Toplam	3,61±0,51	3,66/0,56	3,59±0,46	3,64/0,7	3,73±0,6	3,6/0,81	,955

* Kruskal Wallis analizi yapıldı.

Çalışmayan katılımcıların engellilik oranlarına göre gruplar arasında SZTÖ'nün hiç bir alt parametresinde anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.11.2).

Tablo 4.11.2. Çalışmayan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Serbest Zaman Tatmin Düzeylerinin Karşılaştırılması

SZTÖ	%40-%50 ENGELLİ		%51-%60 ENGELLİ		%61-%70 ENGELLİ		p*
	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	
Psikolojik Boyut	3,66±0,66	3,5/0,94	3,62±0,53	3,62/0,87	3,69±1,01	4,12/0,97	,594
Eğitim Boyutu	3,39±0,57	3,44/0,83	3,49±0,5	3,44/0,66	3,5±1,04	3,94/1,11	,274
Sosyal Boyut	3,57±0,69	3,37/1,0	3,67±0,37	3,66/0,75	3,31±1,08	3,37/1,12	,463
Rahatlama Boyutu	4,19±0,84	4,25/1,38	4,59±0,36	4,75/0,62	3,8±1,27	4,12/1,88	,334
Fizyolojik Boyutu	3,53±0,67	3,66/1,0	3,86±0,73	3,66/1,16	3,11±1,09	3,33/1,16	,184
Estetik Boyutu	3,21±0,74	3,25/0,88	3,19±0,56	3,0/0,75	2,9±1,06	2,87/1,75	,745
Toplam	3,55±0,51	3,56/0,65	3,69±0,31	3,69/0,41	3,4±0,94	3,69/0,91	,668

* Kruskal Wallis analizi yapıldı.

4.12. Engel Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Çalışan katılımcıların engellilik oranlarına göre gruplar arasında KF-36 Ölçeği'nin hiç bir alt parametresinde anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.12.1).

Tablo 4.12.1. Çalışan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

KF-36	%40-%50 ENGELLİ		%51-%60 ENGELLİ		%61-%70 ENGELLİ		p*
	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	
Fiziksel Fonksiyonellik	35,38±2,57	27,5/43,75	38,9±2,43	40/46,25	45±2,8	50/50	,721
Sosyal Fonksiyonellik	76,2±1,92	75,0/25,0	71,6±1,64	75/12,5	64,6±2,5	68,75/37,5	,263
Ağrı	73,9±2,47	77,5/42,5	75,68±2,6	83,75/40	65,8±3,8	73,75/75,6	,928
Genel Sağlık	44,25±2,34	42,5/30,0	42,95±2,5	45/41,25	48,3±2,2	52,5/31,25	,862
Enerji/Canlılık	55,57±1,75	57,5/30,0	45±2,28	40/37,5	55,8±2,1	62,5/17,5	,119
Fiziksel Rol Güçsüzlüğü	66,34±4,22	1,0/75,0	47,5±4,35	35/100	50±4,18	37,5/81,25	,228
Emosyonel Rol Güçsüzlüğü	78,2±3,15	1,0/33,34	64,7±3,52	66,6/66,6	72,2±3,9	83,3/50	,249
Mental Sağlık	56,61±2,12	60,0/35,0	48±2,42	44/39	56±2,37	60/38	,373

* Kruskal Wallis analizi yapıldı.

Çalışmayan katılımcıların engellilik oranlarına göre gruplar arasında KF-36 Ölçeği'nin hiç bir alt parametresinde anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.12.2).

Tablo 4.12.2. Çalışmayan Katılımcıların Engel Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

KF-36	%40-%50 ENGELLİ		%51-%60 ENGELLİ		%61-%70 ENGELLİ		p*
	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	$\bar{X} \pm SS$	Ort./ÇAF	
Fiziksel Fonksiyonellik	30±2,02	30/22,5	48,46±2,71	60/37,5	41,5±2,5	47,5/45	,054
Sosyal Fonksiyonellik	65,54±2	62,5/25	61,53±1,39	62,5/25	58,75±3	62,5/53,1	,674
Ağrı	70±2,7	67,5/48,75	84,03±2,89	1/32,5	63±3,13	67,5/53,1	,141
Genel Sağlık	42,02±2,54	40/45	38,84±2,5	40/42,5	35,5±2,2	27,5/38,7	,751
Enerji/Canlılık	43,24±1,97	45/30	42,69±1,75	35/30	35,5±2,9	30/53,7	,562
Fiziksel Rol Güçsüzlüğü	49,32±3,97	25/75	42,3±4,25	25/100	35±4,5	12,5/100	,472
Emosyonel Rol Güçsüzlüğü	71,16±3,86	1/66,67	58,97±3,63	66,6/66,6	59,9±4,4	66,6/75	,446
Mental Sağlık	40,23±1,61	40/28	38,15±1,85	32/28	41,6±2,9	38/56	,872

* Kruskal Wallis analizi yapıldı.

4.13. Katılımcıların Aktivite Performansları, Serbest Zaman Tatminleri ve Yaşam Kaliteleri ile Toplumsal Katılım Düzeylerinin Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan katılımcıların aktivite performansları, serbest zaman tatminleri ve yaşam kaliteleri ile toplumsal katılım düzeylerinin karşılaştırılması için Spearman Korelasyon analizi uygulandı. Korelasyon katsayısı değerlerindeki (ρ) 0,00 ile 0,25 arasındaki değerler hiç/zayıf derecede ilişki, 0,25 ile 0,50 arası değerler orta derecede ilişki, 0,50 ile 0,75 arası değerler iyi derecede ilişki ve 0,75 ile 1,00 arası değerler mükemmel derecede ilişki olarak kabul edildi ve yorumlandı (Portney vd. 2000).

4.13.1. Aktivite Performansı ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışan katılımcılarda KAPÖ'nün toplam performans puanıyla, WHO-DAS-II'nin kendine bakım alanı, yaşam faaliyetleri alanı, toplumsal katılım alanı ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KAPÖ'nün toplam tatmin puanıyla, WHO-DAS-II'nin mobilite alanı, yaşam faaliyetleri alanı, toplumsal katılım alanı ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KAPÖ'nün toplam puanıyla, WHO-DAS-II'nin kendine bakım alanı, yaşam faaliyetleri alanı, toplumsal katılım alanı ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.13.1.1).

Tablo 4.13.1.1. Çalışan Katılımcıların Aktivite Performansı ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

WHO-DAS-II	KAPÖ TOPLAM PERFORMANS PUANI		KAPÖ TOPLAM TATMİN PUANI		KAPÖ TOPLAM PUANI	
	rho	P	rho	p	rho	P
Anlama ve İlişki Kurma	-,131	,248	-,178	,113	-,164	,146
Mobilite	-,072	,527	-,220	,050*	-,136	,228
Kendine Bakım	-,296	,008*	-,198	,078	-,256	,022*
İnsan İlişkileri	-,201	,073	-,219	,051	-,214	,057
Yaşam Faaliyetleri	-,346	,002*	-,346	,002*	-,342	,002*
Toplumsal Katılım	-,373	,001*	-,460	,000*	-,401	,000*
TOPLAM	-,376	,001*	-,434	,000*	-,397	,000*

* $p<0,05$

Çalışmayan katılımcılarda KAPÖ'nün toplam performans puanıyla, WHO-DAS-II'nin kendine bakım alanı, yaşam faaliyetleri alanı, toplumsal katılım alanı ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KAPÖ'nün toplam tatmin puanıyla, WHO-DAS-II'nin mobilite alanı, kendine bakım alanı, yaşam faaliyetleri alanı, toplumsal katılım alanı ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KAPÖ'nün toplam

puanıyla, WHO-DAS-II'nin mobilite alanı, kendine bakım alanı, yaşam faaliyetleri alanı, toplumsal katılım alanı ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.13.1.2).

Tablo 4.13.1.2. Çalışmayan Katılımcıların Aktivite Performansı ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

WHO-DAS-II	KAPÖ TOPLAM PERFORMANS PUANI		KAPÖ TOPLAM TATMİN PUANI		KAPÖ TOPLAM PUANI	
	rho	P	rho	p	rho	P
Anlama ve İlişki Kurma	-,230	,077	-,093	,479	-,186	,155
Mobilite	-,209	,109	-,371	,004*	-,330	,010*
Kendine Bakım	-,301	,019*	-,269	,038*	-,282	,029*
İnsan İlişkileri	-,176	,178	-,067	,614	-,149	,255
Yaşam Faaliyetleri	-,346	,007*	-,371	,004*	-,408	,001*
Toplumsal Katılım	-,476	,000*	-,399	,002*	-,477	,000*
TOPLAM	-,424	,001*	-,429	,001*	-,480	,000*

* $p<0.05$

4.13.2. Serbest Zaman Tatmini ile Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışan katılımcılarda SZTÖ'nün psikolojik boyutu, sosyolojik boyutu, rahatlama boyutu ve toplam tatmin puanıyla WHO-DAS-II'nin anlama ve ilişki kurma alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). SZTÖ'nün rahatlama boyutuyla WHO-DAS-II'nin kendine bakım alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). SZTÖ'nün psikolojik boyutu, sosyolojik boyutu ve toplam tatmin puanıyla WHO-DAS-II'nin insan ilişkileri alanı ve yaşam faaliyetleri alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). SZTÖ'nün psikolojik boyutu, sosyolojik boyutu, rahatlama boyutu ve toplam tatmin puanıyla WHO-DAS-II'nin toplam puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.13.2.1).

Tablo 4.13.2.1. Çalışan Katılımcıların Serbest Zaman Tatminiyle Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Psikolojik Boyut		Eğitim Boyutu		Sosyolojik Boyutu		Rahatlama Boyutu		Fizyolojik Boyutu		Estetik Boyutu		Toplam Tatmin	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	Rho	p
Anlama ve İlişki Kurma	-,254	,023*	-,135	,232	-,348	,002*	-,286	,010*	-,003	,981	-,003	,976	-,242	,030*
Mobilite	-,202	,072	-,043	,702	-,128	,258	-,147	,193	,171	,130	-,063	,580	-,091	,423
Kendine Bakım	,005	,968	,002	,986	-,033	,772	-,242	,030*	,034	,765	,066	,560	-,019	,864
İnsan İlişkileri	-,260	,020*	-,170	,131	-,389	,000*	-,174	,123	,048	,670	-,110	,333	-,240	,032*
Yaşam Faaliyetleri	-,289	,009*	-,156	,166	-,333	,003*	-,201	,073	,026	,821	-,042	,711	-,267	,017*
Toplumsal Katılım	-,347	,002*	-,191	,090	-,288	,010*	-,255	,022*	-,034	,767	-,098	,386	-,300	,007*
TOPLAM	-,352	,001*	-,189	,094	-,344	,002*	-,276	,013*	0,43	,707	-,078	,489	-,292	,008*

*p<0.05

Çalışmayan katılımcılarda SZTÖ'nün psikolojik boyutu, eğitim boyutu, sosyolojik boyutu, estetik boyutu ve toplam tatmin puanıyla WHO-DAS-II'nin mobilite alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). SZTÖ'nün sosyolojik boyutu ve estetik boyutuyla WHO-DAS-II'nin kendine bakım alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). SZTÖ'nün sosyolojik boyutu, estetik boyutu ve toplam tatmin puanıyla WHO-DAS-II'nin yaşam faaliyetleri alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). SZTÖ'nün psikolojik boyutu, sosyolojik boyutu, estetik boyutu ve toplam tatmin puanıyla WHO-DAS-II'nin toplumsal katılım alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). SZTÖ'nün sosyolojik boyutu, estetik boyutu ve toplam tatmin puanıyla WHO-DAS-II'nin toplam puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.13.2.2).

Tablo 4.13.2.2. Çalışmayan Katılımcıların Serbest Zaman Tatminiyle Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Psikolojik Boyut		Eğitim Boyutu		Sosyolojik Boyutu		Rahatlama Boyutu		Fizyolojik Boyutu		Estetik Boyutu		Toplam Tatmin	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
Anlama ve İlişki Kurma	,089	,499	,072	,583	,001	,996	-,046	,724	-,103	,433	-,093	,478	,040	,764
Mobilite	-,344	,007*	-,293	,023*	-,407	,001*	-,162	,217	,082	,535	-,392	,002*	-,324	,012*
Kendine Bakım	-,158	,228	-,095	,472	-,316	,014*	-,055	,676	-,054	,680	-,508	,000*	-,247	,058
İnsan İlişkileri	-,154	,241	-,204	,118	-,220	,090	-,070	,594	-,198	,129	-,046	,726	-,196	,134
Yaşam Faaliyetleri	-,170	,195	-,037	,777	-,374	,003*	-,246	,058	-,153	,245	-,368	,004	-,284	,004*
Toplumsal Katılım	-,270	,037*	-,233	,073	-,296	,022*	-,018	,892	-,166	,204	-,309	,016*	-,289	,025*
TOPLAM	-,228	,079	-,215	,100	-,349	,006*	-,104	,428	-,110	,403	-,379	,003*	-,294	,023*

*p<0.05

4.13.3. Yaşam Kalitesiyle Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışan katılımcılarda KF-36'nın sosyal fonksiyonellik, enerji/canlılık, fiziksel rol güçsüzlüğü ve emosyonel rol güçsüzlüğü parametreleriyle WHO-DAS-II'nin anlama ve ilişki kurma alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KF-36'nın fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, genel sağlık, enerji/canlılık, fiziksel rol güçsüzlüğü, emosyonel rol güçsüzlüğü ve mental sağlık parametreleriyle WHO-DAS-II'nin mobilite alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KF-36'nın enerji/canlılık, emosyonel rol güçsüzlüğü ve mental sağlık parametreleriyle WHO-DAS-II'nin kendine bakım alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KF-36'nın fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, genel sağlık, enerji/canlılık, fiziksel rol güçsüzlüğü, emosyonel rol güçsüzlüğü ve mental sağlık parametreleriyle WHO-DAS-II'nin insan ilişkileri alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KF-36'nın fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, genel sağlık, enerji/canlılık, fiziksel rol güçsüzlüğü, emosyonel rol güçsüzlüğü ve mental sağlık parametreleriyle WHO-DAS-II'nin yaşam faaliyetleri alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KF-36'nın fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, ağrı, genel sağlık, enerji/canlılık, fiziksel rol güçsüzlüğü, emosyonel rol güçsüzlüğü ve mental sağlık parametreleriyle WHO-DAS-II'nin toplumsal katılım alanı ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.13.3.1).

Tablo 4.13.3.1. Çalışan Katılımcıların Yaşam Kaliteleriyle Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Fiziksel Fonksiyonellik		Sosyal Fonksiyonellik		Ağrı		Genel Sağlık		Enerji /Canlılık		Fiziksel Rol Güçsüzlüğü		Emosyonel Rol Güçsüzlüğü		Mental Sağlık	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
Anlama ve İlişki Kurma	-,138 ,222		-,243 ,030*		,114 ,315		-,217 ,053		-,286 ,010*		-,438 ,000*		-,275 ,013*		-,192 ,088	
Mobilite	-,792 ,000*		-,304 ,006*		-,190 ,091		-,325 ,003*		-,296 ,008*		-,390 ,000*		-,359 ,001*		-,227 ,043*	
Kendine Bakım	,002 ,983		-,121 ,285		-,030 ,793		-,207 ,065		-,294 ,008*		-,210 ,061		-,235 ,036*		-,343 ,002*	
İnsan İlişkileri	-,358 ,001*		-,431 ,000*		-,136 ,228		-,306 ,006*		-,378 ,001*		-,415 ,000*		-,365 ,001*		-,329 ,003*	
Yaşam Faaliyetleri	-,320 ,004*		-,317 ,004*		-,150 ,183		-,294 ,008*		-,485 ,000*		-,622 ,000*		-,448 ,000*		-,351 ,001*	
Toplumsal Katılım	-,300 ,007*		-,454 ,000*		-,236 ,035*		-,287 ,010*		-,527 ,000*		-,633 ,000*		-,517 ,000*		-,396 ,000*	
TOPLAM	-,494 ,000*		-,470 ,000*		-,221 ,048*		-,374 ,001*		-,574 ,000*		-,673 ,000*		-,544 ,000*		-,426 ,000	

*p<0.05

Çalışmayan katılımcılarda KF-36'nın genel sağlık parametresiyle WHO-DAS-II'nin anlama ve ilişki kurma alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KF-36'nın fiziksel fonksiyonellik, ağrı, genel sağlık, enerji/canlılık, fiziksel rol güçsüzlüğü, emosyonel rol güçsüzlüğü ve mental sağlık parametreleriyle WHO-DAS-II'nin mobilite alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KF-36'nın sosyal fonksiyonellik, genel sağlık, enerji/canlılık, fiziksel rol güçsüzlüğü, emosyonel rol güçsüzlüğü ve mental sağlık parametreleriyle WHO-DAS-II'nin kendine bakım alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu. ($p<0,05$). KF-36'nın fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık, enerji/canlılık parametreleriyle WHO-DAS-II'nin insan ilişkileri alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KF-36'nın fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık, enerji/canlılık, fiziksel rol güçsüzlüğü, emosyonel rol güçsüzlüğü ve mental sağlık parametreleriyle WHO-DAS-II'nin yaşam faaliyetleri alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KF-36'nın fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, genel sağlık, enerji/canlılık, fiziksel rol güçsüzlüğü, emosyonel rol güçsüzlüğü ve mental sağlık parametreleriyle WHO-DAS-II'nin toplumsal katılım alanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). KF-36'nın fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, ağrı, genel sağlık, enerji/canlılık, fiziksel rol güçsüzlüğü, emosyonel rol güçsüzlüğü ve mental sağlık parametreleriyle WHO-DAS-II'nin toplam puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.13.3.2).

Tablo 4.13.3.2. Çalışmayan Katılımcıların Yaşam Kaliteleriyle Toplumsal Katılım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Fiziksel Fonksiyonellik		Sosyal Fonksiyonellik		Ağrı		Genel Sağlık		Enerji /Canlılık		Fiziksel Rol Güçsüzlüğü		Emosyonel Rol Güçsüzlüğü		Mental Sağlık	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
Anlama ve İlişki Kurma	-,168	,199	-,050	,702	,030	,817	-,409	,001*	-,133	,311	-,207	,113	-,118	,369	-,061	,642
Mobilite	-,729	,000*	-,192	,141	-,523	,000*	-,545	,000*	-,343	,007*	-,291	,024*	-,293	,023*	-,385	,002*
Kendine Bakım	-,085	,518	-,316	,014*	-,134	,306	-,324	,012*	-,351	,006*	-,446	,000*	-,315	,014*	-,360	,005*
İnsan İlişkileri	-,345	,007*	-,130	,322	-,024	,853	-,485	,000*	-,262	,043*	-,080	,542	,024	,857	-,224	,085
Yaşam Faaliyetleri	-,329	,010*	-,216	,097	-,229	,078	-,536	,000*	-,441	,000*	-,373	,003*	-,270	,037*	-,442	,000*
Toplumsal Katılım	-,473	,000*	-,401	,002*	-,182	,165	-,524	,000*	-,494	,000*	-,383	,003*	-,383	,003*	-,496	,000*
TOPLAM	-,600	,000*	-,282	,029*	-,304	,018*	-,637	,000*	-,506	,000*	-,430	,001*	-,329	,010*	-,515	,000*

*p<0.05

4.14. Toplumsal Katılım ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Değişkenler tek tek ele alındığında yaş, çalışma durumu, engel düzeyi, KAPÖ toplam puanı, SZTÖ toplam tatmin puanı, KF-36'nın fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçsüzlüğü ve enerji/canlilik alt parametreleri ile oluşturulan model WHO-DAS-II toplam puanıyla çoklu lineer regresyon analizi yapıldı. Analiz sonucunda çalışma durumu, KAPÖ toplam puanı, SZTÖ toplam tatmin puanı, KF-36'nın fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol güçsüzlüğü alt parametrelerinin toplumsal katılıma bağımsız etkisinin olduğu saptandı ($p < 0.05$). Buna göre çalışma durumu, KAPÖ toplam puanı, SZTÖ toplam tatmin puanı, KF-36'nın fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol güçsüzlüğü alt parametreleri ile toplumsal WHO-DAS-II toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.14.1).

Tablo 4.14.1. Toplumsal Katılım ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Unstandartize Beta	Standartize Beta	p
Constant	46,060		,00
Çalışma Durumu	-4,651	-,192	,00
KAPÖ Toplam Puan	-,956	-,193	,00
SZTÖ Toplam Tatmin	-3,092	-,137	,02
KF-36 (Fiziksel Fonksiyon)	-,163	-,332	,00
KF-36 (Fiziksel Rol Güçsüzlüğü)	-,094	-,333	,00

Model: Yaş, çalışma durumu, engel düzeyi, KAPÖ toplam puanı, SZTÖ toplam tatmin puanı, KF-36'nın fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçsüzlüğü ve enerji/canlilik alt parametreleri.

5. TARTIŞMA

Çalışmamız farklı endüstri ortamında çalışan bedensel engellilerin toplumsal katılım düzeylerini incelemek amacıyla yapıldı. Literatürde engellilerin toplumsal katılımlarını inceleyen çalışmalara rastlamak mümkündür (Dijkers 1999, Baum vd. 2005, Law vd. 2005, Carpenter vd. 2007, Wind vd. 2009, Eyssen vd. 2011, Chang vd. 2013). Ancak bu çalışmaların genellikle toplumsal katılım düzeyini engel oranı ve türünü dikkate alarak incelemedikleri görüldü. Aynı zamanda bu çalışmalar engellilerin çalışma durumlarını da dikkate almamıştır. Ulusal literatürü incelediğimizde ise bedensel engellilerin toplumsal katılımlarının incelendiği çalışmalar vardır (Öksüz 2009, Akyürek 2011, Salar 2011). Fakat bu çalışmalarda da çalışma durumuyla toplumsal katılım arasındaki ilişki araştırılmamıştır. Bedensel engellilerin toplumsal katılım düzeylerinin incelenmesi gerekliliğine inanarak, Denizli ili koşullarında bedensel engellilerin aktivite performansları, serbest zaman tatminleri ve yaşam kaliteleri ile toplumsal katılımları arasındaki ilişkinin incelenmesinin, bedensel engellilere yönelik proje ve politikalar için önemli verilere sahip olabileceği düşüncesiyle bu çalışma planlandı.

Toplumsal katılım çok boyutludur. Bireylerin kişisel tercihleri, ilgileri, ne yaptıkları, nerede ve nasıl yaptıkları ve ne kadar eğlenip tatmin oldukları önemlidir. Kişi, aktivite ve çevre ile ilgili faktörler birbiri ile etkileşim içindedir ve katılım değerlendirilirken bu faktörlerin ilişkisi de göz önünde bulundurulmalıdır (Anderson 2010).

Tüm insanlar için olduğu gibi engelli bireyler için de katılım çok önemlidir. Bu durum sadece fiziksel sağlığın gelişimini etkilemez; aynı zamanda duygusal, psikolojik, sosyal ve toplumsal olarak da kişinin gelişimini sağlar. Katılımla ilgili çalışmalarda, katılımın engelli kişilerde genel iyilik halleri ve yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (Fougeyrollas vd. 1998). Engellilerin sıklıkla karşılaştıkları sosyal ve mesleki yaşamdaki engellerden dolayı toplumsal katılımlarında çeşitli sınırlılıklar meydana gelmektedir. Bunun sonucu olarak da yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Kimler vd. 1993). Bu anlamda Chiu (2008) serbest zaman tatmininin psikolojik olarak insanı rahatlatmasından ve fizyolojik yönlerden sağlıklı

kalması ve enerji düzeyini korumasından dolayı yaşam kalitesini ve katılımı etkilediğini bildirmiştir.

Ülkemizde 2002 yılında yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması'nın sonuçlarına göre; Türkiye'nin nüfusunun %12.29'unu engelliler oluşturmaktadır. Bu oranın %40,5 bedensel engellidir (Burcu 2007). Türkiye'de istihdam edilen kadın bedensel engelli oranı %6,71 iken erkek bedensel engelli oranı %32,22 olarak gösterilmektedir (4. Özürlüler Şurası 2009). Çalışmamıza dahil edilen bedensel engellilerin 34'ü (%24,3) kadın, 106'sı (%75,7) erkekti. Avrupa Birliği'nin direktiflerine göre çalışan engelli popülasyonda istihdamda ve işte eşit uygulamalar olmalıdır (4. Özürlüler Şurası 2009). Bu açıdan bakacak olursak bedensel engelli kadınların istihdamı konusunda kamu ve özel sektörün teşvik edilmesi ve kişiye uygun mesleki eğitim ve rehabilitasyon uygulamalarının yapılması önemlidir.

Çalışmamıza 19-64 yaşları arasındaki bedensel engelliler dahil edildi. Türkiye'de bedensel engellilerin yaş ortalaması 33,8 yıl (4. Özürlüler Şurası 2009) iken, çalışmamıza dahil ettiğimiz katılımcıların yaş ortalaması 35,98 idi. Çalışmamıza katılan bireylerin %29,3'ü bekar, %64,3'ü evli ve %6,4'ü boşanmıştır. Türkiye genelindeki engellilerin medeni durum oranları ise %44,3'ü evli; %34,4'ü bekar; %10,9'u boşanmış veya eşi ölmüştür. Katılımcılarımızdan çalışmayanların bekar oranı %38,3'tü. Çalışmamızda yaptığımız WHO-DAS-II değerlendirmesinin yaşam faaliyetleri ve insan ilişkileri alanlarını incelediğimizde çalışmayan katılımcıların evle ilgili sorumlulukları yerine getirmede, evdeki önemli görevlerini iyi bir şekilde yapmada ve cinsel ilişkide sorunlar yaşadıklarını göstermiştir. Bundan dolayı da bir eş seçmede ve evlenmede zorluk çektiklerini açıklamışlardır. Bu ifadeler, 2004'te yapılan bir araştırmada eş bulma ya da evlenmede engelli olmanın problem yarattığını düşünen engelli bireylerin oranının %37,7 olması ile desteklenmektedir (Burcu 2004). Çalışmamıza dahil edilen bedensel engelli kişilerin çoğunluğu ilköğretim ve ortaokul mezunu (ilköğretim) idi. Temmuz 2008 Devlet Personel Başkanlığı verilerine göre Türkiye'de istihdam edilen kişilerin %31'i ilköğretim, %43'ü ortaöğretim, %25'i yüksekokul mezunlarından oluşmaktadır (4. Özürlüler Şurası 2009). Bu çalışmaya alınan bedensel engellilerin yaş ortalaması, cinsiyet özellikleri, medeni durum ve eğitim durumu gibi tüm demografik bulgular, ulusal literatürdeki verilerle benzerdir.

Çalışmaya katılan katılımcıların çoğunluğu tekstil sektöründe çalışmaktaydı. Tekstil sektöründen sonra bedensel engelli çalışana en çok rastladığımız endüstri ortamı ise mermer sektörüydü. Bölgenin endüstriyel yapısı göz önüne alındığında tekstil ve mermer sektörleri diğer endüstri sektörlerine göre fazla gelişmiştir. Bu fabrikaların işçi sayılarının çok olması, engelli kota sistemine dahil olmalarına neden olmuştur. Bunun sonucu olarak da Denizli yöresinde bedensel engelli çalışana daha fazla bu sektörlerde ulaşılmıştır. Bu nedenden dolayı hipotezlerimiz arasında bulunan farklı endüstri ortamlarında çalışan bedensel engellilerin toplumsal katılım düzeyleri ve aktivite performansları arasında ilişkinin incelenmesine olanak sağlanmadı. Bu durum çalışmamızın sınırlılıklarından biri olarak görülebilir. İleride yapılacak çalışmalarda farklı endüstri ortamlarında çalışan bedensel engellilere de ulaşılarak toplumsal katılımın incelenmesinin farklı endüstriyel ortamlarda istihdam edilmiş bedensel engellilerin katılım düzeylerini karşılaştırmaya olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %80'i iş yeri servisiyle, 4 katılımcı özel aracıyla, 9 katılımcı toplu taşımayla, 3 katılımcı ise yürüyerek iş yerlerine ulaşmaktaydı. İşe ulaşımında çevresel engellerin kaldırılması ya da toplu taşıma araçlarının engelliye uygun ergonomik düzenlemelerin yapılması işin sürdürülebilir olmasında önemlidir. İş yerlerine ulaşım da kendi arabasıyla gitme engelinin bağımsızlık ve diğer kişiler ile eşit olma duygusunun yaratılması için önemli bir faktör olarak gösterilmektedir (Nevala 1999). Nevala ve arkadaşlarının (1999) Finlandiya'da çalışan bedensel engelli kişiler üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmada, bedensel engellilerin iş yerlerine giderken %73 oranda kendi arabasını tercih ettiğini göstermiştir. Çalışmamızda kendi arabasıyla işe gitme oranının bu kadar düşük olmasının nedeni olarak sosyoekonomik durum söylenebilir. Nitekim, çalışmamıza katılan katılımcıların endüstri ortamında çalışanlar incelendiğinde %87,5'inin 1000 TL altında gelirlerinin olduğu saptandı. Bu oran çalışmayan katılımcılar da ise %93,3'tü. Çalışmayan katılımcıların %6,7'sinin gelirlerinin 1000 TL üzerinde olmasının nedeni ise çalışan eş varlığı (%33,3) ve aynı zamanda engelli maaşından faydalanan olmalarıdır.

Çalışmaya katılan katılımcıların %92'sinin her hangi bir ambulasyon yardımcısı kullanmadığı, çalışan katılımcıların ise sadece 3'ünün tekerlekli sandalye kullandığı görüldü. Mobilite sorunu olanların işe ulaşmalarında ve işin sürdürülebilir olmasında problem olabileceği bilinmektedir (Belgen 2011). Çalışmamızda da yardımcı alet kullanımının ve ambulasyon yardımcısı kullanımının bu kadar az sıklıkta olmasını,

işverenlerin istihdam konusunda daha çok engel düzeyi düşük olan ve mobilite sorunu bulunmayan engellileri tercih etmelerine bağlamaktayız.

Türkiye’de 1970’li yıllarda “engelli bireyin ekonomik durumları bağlamında iş yaşamına katılmaları ve mesleki donanımlarının sağlanabilmesi” yönünde çeşitli düzenlemeler ve politikalar üretilmeye başlanmıştır. Bu politikalar açısından en önemli husus engellilere yönelik ayrımcılığın önlenmesi ve bu anlayışın yasalaştırılmasıdır (Burcu 2007). 1971 yılında halen yürürlükte olan 1475 sayılı “İş Kanunu” kabul edilmiştir. Bu kanunun 25. maddesine göre “işverenin 50 ve daha fazla işçi çalıştırdıkları iş yerlerinde %3 oranında özürlü birey çalıştırmaları” hüküm olarak benimsenmiştir. 1976 yılında işsiz engellileri ve 65 yaş üzerindeki yaşlıları belirli bir gelire kavuşturan 2022 sayılı yasa çıkarılmıştır (Kargın 2003). 1980’li yıllarda özürlülük tanımları şekillenmeye başlamıştır. 1990’lı yılların ortalarında Türkiye’deki özürllülerle ilgili araştırmaların gerçekleşmesi ve politikaların üretilmesi için Başbakanlığa bağlı Özürllü İdaresi Başkanlığı kurulmuştur. Bu başkanlığın gerçekleştirdiği özürllü şuraları bazı kanun tasarılarının yapılandırılmasında önemli katkılar sağlamıştır. Oluşturulan kanun tasarısında özürllülüğün önlenmesi, özürllülerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunların çözümü ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri alarak topluma katılımlarının sağlanması ve bu hizmetlerin sağlanması için gerekli koordinasyonun yapılması; özürllülere verilecek hizmetlerin, ulusal ve uluslararası politikalara ve normlara uygun olarak yürütülmesi esaslarında şekillenmektedir (Burcu 2007).

Türkiye’de 2000’lerin ortasında mesleki rehabilitasyon alanında da gelişmeler olmuştur. "Özel Mesleki Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik" 02.05.2006 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Bu yönetmelik sayesinde özel mesleki rehabilitasyon merkezlerinin kuruluş amacı ve görevleri tanımlanmıştır. Bu amaç; "özürllülerin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri bir işte verimli kılınarak ekonomik ve sosyal refahının sağlanması amacıyla kurulacak özel mesleki rehabilitasyon merkezlerinin açılışı, denetlenmesi ve işleyişine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir." Bu merkezde uygulanacak olan hizmetler içerisinde fizyoterapistin ve iş ve uğraş terapistinin tanım ve görevleri belirlenmiştir (Resmi Gazete: 27305 2006).

Çalışmamıza katılan engelli bireylerin toplumsal katılımlarını değerlendirmek için Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Anketi-II (WHO-DAS-II); aktivite

performansını değerlendirmek için Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ); serbest zaman tatminlerini değerlendirmek için Serbest Zaman Tatmin Ölçeği (SZTÖ); yaşam kalitesini değerlendirmek için ise Kısa Form-36 Sağlık Taraması Anketi (KF-36) kullanıldı.

WHO-DAS-II tıbbi tanıdan bağımsız olarak, kişinin aktiviteyi yaparken ne kadar zorluk çektiğini, kişinin aktivite düzeyinde ve topluma katılımında olan kısıtlamalarını sorgulamaktadır.

Çalışmamıza katılan bedensel engelliler endüstri ortamında çalışan ve çalışabilecek durumda olup çalışmayan bedensel engelliler olmak üzere iki gruba ayrıldı. Türkiye'de Akyürek'in 2011 yılında yaptığı engelli kişilerin toplumsal katılımlarını etkileyen faktörleri araştıran çalışmasında kişinin işe gidip gelmesinin başlı başına bir katılım olduğunu ve topluma katkıda bulunacağını hissederek bireyin toplumsal katılımını olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. 2002 yılında engellilerin katılımlarını etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada engelli bireyin bir işte çalışmasının toplumsal katılımını olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Cardol 2002). Warshowsky ve arkadaşlarının 2007'de engellilerde toplumsal katılım ve yaşam kalitesini inceleyen çalışmasında önceki çalışmaların aksine iş durumunun tüm yaşam kalitesi ve toplumsal katılım ile ilişkili olmadığını, iş durumu yerine istihdam edilebilirliğin yaşam kalitesi ve katılım üzerine etkisi olduğu belirtilmektedir. Gontkovsky ve arkadaşları 2009'da kronik engellilerin katılımlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, kişinin kognitif düzeyi, mobilite seviyesi ve iş durumunun toplumsal katılımında etkili olduğunu göstermişlerdir. Çalışmamızda katılımcıların çalışma durumunun toplumsal katılımı anlamlı bir şekilde etkilediği bulundu. Çalışan grupta WHO-DAS-II'nin mobilite ve insan ilişkileri alanları dışındaki bütün alanlarda çalışmayan gruba göre daha düşük ortalamalara sahipti. Bu durum düşük ortalamalara sahip katılımcılarının toplumsal katılımlarının daha yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bedensel engellilerin iş bulmaları konusunda, iş arama fırsatlarının yaratılması, toplum temelli yaklaşımlar, iş verenlerin ve iş yerindeki diğer işçilerin eğitilmesiyle engellilere karşı olan önyargıların giderilmesi, işle ilgili görevlerin ve ortamın hazırlanması ve iş yerlerinin teşvik edilmesi gibi düzenlemeler yapılarak, bu kişilerin toplumsal katılımlarının artması sağlanabilir.

Toplumsal katılımı engel düzeylerine göre incelediğimizde çalışan katılımcılarda WHO-DAS-II toplam puanı engel oran düzeyleri daha fazla olan grupta daha yüksek bulundu. Bu da bize yüksek engel düzeyinin toplumsal katılımı olumsuz yönde

etkilediğini gösterdi. Çalışmayan grupta ise WHO-DAS-II'nin sadece mobilite ve kendine bakım alanlarında anlamlı farklar tespit edildi. İş bulamayan ya da çalışmayan katılımcıların toplumsal katılım düzeylerinin düşük olduğu ve bu yüzden engel düzeylerine göre incelendiğinde de anlamlı farklar çıkmadığını tespit etmiş olduk. Achterberg ve arkadaşları (2009) genç engelli insanların çalışma hayatına katılımını arttıran ya da engelleyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında yüksek engel düzeyinin toplumsal katılıma ve istihdama olan etkisinin olumsuz yönde olduğunu rapor etmişlerdir. Ostir ve arkadaşları (2006) düşük engel düzeyi olan ortopedik engelli bireylerin, yüksek engel düzeyi olan nörolojik engelli bireylere göre toplumsal katılımlarının daha az etkilenmiş olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmalar çalışmamızda da elde ettiğimiz yüksek engel düzeyinin toplumsal katılımı ve istihdamı olumsuz yönde etkilediğini gösteren sonuçlarını desteklemektedir.

Çalışmamızda bedensel engelli bireylerin katılımını kendi bakış açıları tarafından değerlendirmek için Kanada Aktivite Performans Ölçümü kullanıldı. KAPÖ aktivite performansındaki problemleri tanımlamaya yardım eden yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir. KAPÖ; kendine bakım, üretkenlik ve boş zaman alanlarındaki aktivite performansını ve bu performanstan tatmini kişinin algısı ile değerlendiren bir ölçümdür.

Çalışmamızda KAPÖ sonuçlarına baktığımızda çok farklı problemlerin katılımcılar tarafından belirtildiği gözlemlendi. Belirtilen aktivitelerin çoğunun kendine bakım aktivitesi ile ilgili parametreler olduğu, üretkenlik ve boş zaman aktivitelerinin katılımcılar tarafından daha az önemli aktiviteler olarak seçildiği görüldü. Çalışan gruba baktığımızda giyinme, ayakta durma, ulaşım ve merdiven çıkma gibi kendine bakım ile ilgili aktivitelerde zorluklar tespit edildi. Çalışmayan gruba baktığımızda ise iş bulma ve temizlik yapma gibi üretkenlik ile ilgili aktivitelerde, giyinme ve finans gibi kendine bakım alanı aktivitelerinde zorluklar tespit edildi. Bütün katılımcıları incelediğimizde ise merdiven çıkma, ulaşım, giyinme gibi kendine bakım ile ilgili aktivitelerde; iş bulma, iş arama, ev işi yapma gibi üretkenlik ile ilgili aktivitelerde; namaz kılma, el işi yapma ve hobiler gibi boş zaman aktiviteleri ile ilgili aktivitelerde zorluklar belirlendi. Dolayısıyla her iki grupta da giyinme, iş bulma, merdiven çıkma ve ulaşımında büyük bir problem olduğu görüldü. Ulaşımındaki sorunların çözülmesi için ulaşım araçlarında, yollarda, kaldırımlarda, sokaklarda ve trafik ile ilgili her alanda yeni düzenlemeler yapılması; toplum temelli rehabilitasyon uygulamaları ile toplumsal bilincin artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmayan katılımcılarda en fazla zorluk çekilen aktiviteler olarak iş bulma ve iş aramanın olduğu tespit edildi. Bu sonucumuzu 2004'te Burcu tarafından yapılan bir araştırma desteklemektedir. Araştırmaya göre engelli bireyin devletten bekledikleri birinci dereceden en önemli hizmetlerin; iş imkanının yaratılması (41,8), eğitim hizmetleri (%17,1), yaşamımızı kolaylaştırıcı fiziksel düzenlemelerin yapılması (%6,2), meslek edindirme kursları (%2,1) olduğu belirtilmektedir (Burcu 2004). Bu anlamda engellilerin yetenek ve performanslarına göre danışmanlık, eğitim ve rehberlik hizmetlerinin ilgili kurum ve kuruluşlarca profesyonelce yapılmasının ve yaygınlaştırılmasının gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda KAPÖ toplam performans ve toplam puan skorları çalışanlarda çalışmayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Çalışan grubun bir aktiviteyi gerçekleştirirken performanslarından memnun olduklarını, fakat her iki grubun da gerçekleştirdikleri performanslardan tatmin olmadıklarını göstermektedir. Engel düzeylerine göre KAPÖ'nü incelediğimizde ise engel grupları arasında anlamlı farklar bulunmadı. Bedensel engele rağmen bir işte çalışıyor olmak genel anlamda aktivite performansı üstünde pozitif katkı sağlar ve aynı zamanda tatmin puanını yükselten önemli bir durum olarak ifade edilebilir. Literatürde çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu olmayan bir çalışmada Case-Smith (2003), farklı engel gruplarında yapılan iş ve uğraşı tedavisi müdahaleleriyle KAPÖ ve yaşam kalitesi puanlarının hassas bir şekilde değiştiğini belirtmiştir.

Kadınların hangi aktivitelerde zorluk çektiklerini araştırdığımızda ise en çok boş zaman aktivitelerini gerçekleştirirken zorlandıkları görüldü. Kadın katılımcılar el işi yapma, ütü yapma, yemek yapma, temizlik yapma gibi aktivitelerde zorlandıklarını belirttiler. Bu veriler bize geleneksel Türk aile yapısı içinde, kadın bedensel engellilerin iş dışında evde kendilerini sorumlu hissettikleri/sorumlu oldukları, ev işlerinde belirgin olarak daha fazla zorlandıklarını gösterdi.

Çalışmamızda tatmin puanlarının performans puanlarından düşük olduğu görüldü. Ulu'nun (2011) işle ilgili üst ekstremitte kas iskelet sistemi problemi olan ev kadınlarında kişi merkezli ergoterapi eğitiminin aktivite performansı, özür ve stres üzerine etkisini araştırdığı çalışmasında, ergoterapi müdahaleleri öncesinde performans puanlarının, tatmin puanlarından daha düşük olduğu, fakat tedavi sonrasında tatmin puanlarının yükseldiğini tespit etmiştir. Ulu (2011) bu durumu uygulanan müdahalelerin kişileri psikolojik olarak daha çok etkilediğini ifade etmiştir.

Çalışmamızda bedensel engelli bireylerin serbest zaman aktivitelerinin memnuniyetlerini değerlendirmek için Serbest Zaman Tatmin Ölçeği (SZTÖ) kullanıldı. Serbest Zaman Tatmin Ölçeği'nin amacı bireyin serbest zamanlarıyla karşıladığı ihtiyaçların derecesini algılama düzeylerini belirlemektir.

Çalışmadaki tüm katılımcıların SZTÖ puanı $3,59 \pm 0,53$ idi. Katılımcıların en yüksek tatminlerinin rahatlama boyutunda ($4,25 \pm 0,73$), en düşük tatminlerinin ise estetik boyutunda ($3,11 \pm 0,65$) olduğu tespit edildi. Çelik (2011) kamu kuruluşlarında çalışan engelli bireylerin serbest zaman engellerini ve tatmin düzeylerini incelediği çalışmasında en yüksek tatminin sosyal boyutta, en düşük tatminin ise rahatlama boyutunda olduğunu saptamıştır. Bu çalışmamızda bulduğumuz sonuçlara zıt bir sonuçtur. Yang vd. (2008) yaptığı çalışmada katılımcılar rahatlama boyutunda en yüksek tatmini elde ederken, fizyolojik boyutta en düşük tatmini elde etmiştir. Rahatlama boyutundaki yüksek tatmin düzeyi bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre, katılımcıların en yüksek tatmini rahatlama boyutunda elde etmelerinin nedeni, katılımcıların boş zaman aktivitelerine katılırken stresten kurtulmaları, engellerini unutarak duygusal olarak kendilerini iyi hissetmeleri olabilir. Katılımcılarımız bedensel engelli olduklarından boş zaman aktivitelerini yaptıkları yerlerin iyi dizayn edilmediklerini ve kötü yerler olduklarını belirtmelerinden dolayı estetik boyutundaki tatmin puanları düşük düzeyde çıktı. Carpenter vd. (2007) omurilik yaralanması sonrasında katılımı etkileyen faktörleri inceleyen çalışmasında; boş zaman aktivitelerinin en çok çevre, sonra fiziksel engellerden etkilenmekte olduğu göstermiştir. Bu da çalışmamızdaki estetik alanındaki tatmin puanının daha düşük bulunmasını açıklamaktadır.

Çalışan katılımcılarla, çalışmayan katılımcıların SZTÖ toplam tatmin puanları arasında ve engel düzeyine göre yaptığımız gruplamada gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Lloyd vd. (2001) psikiyatrik engelliler üzerine yaptığı çalışmada, serbest zaman etkinliklerine katılan psikiyatrik engellilerin, engelli olmayan bireylere göre tatmin düzeyinin daha düşük olduğunu saptamıştır. Weiss (2008) fiziksel ve entelektüel engellilerle ilgili çalışmasında bu engellilerin boş zaman aktivitelerine katılımlarının engelleri yüzünden kısıtlı olduğunu bildirilmiştir. Çalışmamıza engelli olmayan bireyler dahil edilmediği için herhangi bir karşılaştırma yapamadık. Ancak çalışma durumunun ve engel düzeylerinin de serbest zaman tatminini etkilemediğini bulduk. Bu da bize çalışan engelli bireylerin iş dışında çok fazla boş zaman aktivitelerine katılamadığını, çalışmayan engellilerin ise KAPÖ'de de belirttikleri gibi

günlük yaşantılarının çoğunu iş arama ve iş bulmaya ayırdıklarını bildirmeleri ile ilişkili olabilir. Ayrıca, engel düzeyinin de boş zaman aktivitelerine katılımı etkileyen bir değişken olmadığı ifade edilebilir. Ancak engel türü, çevre, kültürel özgeçmiş, aile ve arkadaş çevresi, maddi problemler gibi birtakım sosyokültürel faktörlerin bu durumu etkileyebilecek önemli değişkenler oldukları kanısındayız.

Çalışmaya katılan bedensel engelli kişilerin yaşam kaliteleri KF-36 Sağlık Taraması Anketiyle değerlendirildi. Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlaması, kısa ve kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da bu anketi tercih etmemizdeki nedenlerdendi.

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır (Orley vd. 1994). Literatürde bedensel engellilerin yaşam kalitesi ile ilgili bir çok çalışma vardır. Tate vd. (2002) bedensel engellilikle beraber bağımlılığın arttığını, sosyal rollerin, üretici ve boş zaman aktivitelerine katılımın, sosyal ve mesleki yaşamın, ekonomik düzeyin azaldığı ve depresyon düzeyinin arttığını belirlemişlerdir. Bu değişikliklerin yaşam kalitesini ve toplumsal katılımı olumsuz etkilediğini göstermişlerdir. Leduc vd. (2002) omurilik yaralanmalı kişilerin yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında, yaşam kalitelerinin yaş, iş durumu ve önceki yıllarda aldığı tedavilerden etkilendiğini göstermektedirler. Whiteneck vd. (2004) omurilik yaralanmalı kişilerde yaşam tatminini ve katılımı incelediği çalışmasında, yaşam tatmininin işlevsellik ve yeti yitiminden ziyade katılım ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Wise vd. (2010) travmatik beyin yaralanması geçiren kişilerin topluma daha az sıklıkta ve daha kısa süre katıldıklarını ve katılımları için yardıma ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir. Bu durumun yaşam kalitelerine olumsuz etki ettiğini göstermişlerdir. Gorzkowski vd. (2010) omurilik yaralanmalı kişilerin sosyal ve iş ile ilgili katılımı inceledikleri çalışmalarında sosyal ve iş katılımının artmasının yaşam kalitesini artıracaklarını göstermektedirler. Çalışmamızda çalışan grubun KF-36 alt ölçeklerinden sosyal fonksiyonellik, enerji/canlılık ve mental sağlık skorlarında çalışmayan gruba göre anlamlı farklılığa rastlandı. Engel düzey durumlarına göre incelediğimizde ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Katılımcıların toplumsal katılım düzeyleri ile aktivite performansları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; KAPÖ'nün toplam performans, toplam tatmin alt ölçekleri ve toplam puanıyla WHO-DAS-II'nin yaşam faaliyetleri, toplumsal katılım alt ölçekleri ve toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulundu. Kayıhan vd. (2010) iki farklı ilçede toplum temelli rehabilitasyonun etkilerini incelediği projede aktivite performansı ile çevreye uyumlu davranış ve gelişim arasında ilişki olduğunu, engelli kişilerin aktivite performanslarının artmasıyla toplumsal katılımlarının arttığını ve daha sosyal yaşadıklarını belirtmiştir. Aran (2012) engelli sürücülerin aktivite performanslarını etkileyen faktörleri incelediği çalışmada engellinin araba kullanma aktivite performansının artmasıyla birlikte toplumsal katılımın artacağını belirtmiştir. Bu iki çalışma ile benzer şekilde çalışmamızda da aktivite performansının toplumsal katılımı olumlu yönde etkilediği saptandı. Herhangi bir işte çalışmanın da engelli için önemli bir aktivite performansı olduğu dikkate alındığında, toplumsal katılım düzeyini artırmanın bir yolu da engellinin çalışmaya teşvik edilmesi olduğu sonucuna varılabilir. Bu sonuçtan yola çıkarak, ulusal boyuttaki hayat boyu öğrenme ve rehberlik çalışmalarının iş arama ve yerleştirme süreçlerinde de sürdürülmesinin gerekli olduğu kanısındayız.

Çalışmamızda katılımcıların toplumsal katılımlarıyla serbest zaman tatmini arasındaki ilişkiyi incelediğimizde çalışan ve çalışmayan katılımcıların tümünde SZTÖ toplam tatmin puanıyla WHO-DAS-II'nin alanları arasında anlamlı ilişki bulundu. Trigg vd. (1999) felç sonrası topluma tekrar katılımı etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmada felci takiben özellikle sosyal katılımlarının kötüye gittiğini ve aktivitelerinin özellikle de ev dışındaki boş zaman aktivitelerinin kalitesinin azaldığı göstermiştir. Varner vd. (2008) çalışmalarında multipl skleroz (MS) hastalarında bozukluk ve engelli olmanın fiziksel ve boş zaman aktivitelerindeki tatmini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Akyürek (2011) engelli kişilerin toplumsal katılımlarını etkileyen faktörleri incelediği çalışmada, sporla uğraşan engellilerin boş zaman aktivitelerine katılım oranlarının arttığını ve dolayısıyla toplumsal katılımlarının yükseldiğini tespit etmiştir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçların da bedensel engellilerin serbest zaman aktivitelerine katılımının ve bu aktivitelerden elde ettikleri tatminin, toplumsal katılım düzeylerini arttırmada önemli olduğunu gösterdi. Engellilere serbest zaman aktivitelerini gerçekleştirmede iş ve uğraşı tedavisine yönlendirilmelerinin, bu aktivitelere yönelik fiziksel ve sosyal imkanların artırılmasının ve bu konuda desteklenmelerinin katılım düzeylerini arttırmada yararlı olacağı düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda katılımcıların toplumsal katılımlarıyla yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; tüm katılımcıların KF-36 puanlarıyla WHO-DAS-II'nin toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulundu. Çalışmalarda da toplumsal katılımın yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu görülmektedir. Dijkers (1999) omurilik yaralanmalı kişilerde yaşam tatminini incelediği çalışmasında; yaşam tatmininin yaşam kalitesi ve iyilik hali ile paralel olduğunu bulmuştur. Aran (2012) engelli sürücülerin aktivite performanslarını etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında ulaşılabilirliğin artmasıyla yaşam tatmininin arttığını, bunun sonucunda da toplumsal katılımın arttığını belirtmiştir. Bedensel engellilerin yaşam kalitelerinin artması toplumsal katılımlarının artmasına yol açmaktadır. Anlamlı ve iyi bir şekilde yapılan yaşam faaliyetleri kişilerin psikolojik durumları ve yaşam kaliteleri üzerine olumlu etki ederek hayattan memnuniyeti ve dolayısıyla toplumsal katılımı olumlu yönde etkilemektedir.

Toplumsal katılım ile değişkenler arasında ilişkiyi incelediğimizde çalışma durumunun bedensel engelli bireylerde toplumsal katılımı olumlu yönde etkileyen bir faktör olduğunu tespit ettik. Literatürdeki farklı çalışmalarda da çalışmanın toplumsal katılım ile ilişkili olduğu görülmektedir. Desrosiers 2005'de katılım ile aktivitenin ilişkisini incelediği çalışmasında işin katılımında en etkili faktör olduğunu göstermiştir. 2006 yılında Ostir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada engellilerde ev ve toplumsal katılımı inceleyen çalışmasında kişinin işe gitmesinin toplumsal katılımı olumlu yönde etkilediğini belirlemişlerdir.

Çalışmamızda bedensel engelli bireyin çalışması, amaçlı aktiviteye yönelmesi, aktivite performansı, boş zaman aktivitelerini gerçekleştirmesi ve yaşam kalitesinin artmasının toplumsal katılım düzeyine olumlu yönde katkı yaptığını saptadık. Bu faktörler üzerindeki değişimler ve gelişmeler sağlanarak bedensel engellilerin toplumsal katılımını artırmak mümkündür. Bedensel engellilerin fonksiyonel bağımsızlıklarının ve toplumsal katılımlarının artması için iş ve uğraşı terapistleri ve fizyoterapistler tarafından kişi merkezli değerlendirmeler yapılarak, bedensel engellinin toplumsal katılımını etkileyen ve aktivite ile ilgili faktörler incelenmeli ve bu faktörlere yönelik iş ve uğraşı tedavisi planlanmalıdır.

6. SONUÇ

Çalışmamızda Denizli İŞKUR'a kayıtlı çalışan ve çalışabilecek durumda olup çalışmayan bedensel engelli kişilerin toplumsal katılım düzeylerini etkileyen faktörler incelendi. Çalışmamıza dahil edilen 140 bedensel engelli iş yerlerinde ve evlerinde ziyaret edilerek değerlendirilmeye alındı. Uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak sonuçlar incelendi.

1. Bedensel engelli bireylerin toplumsal katılımlarını etkileyen önemli faktörlerden birinin, kişinin çalışma durumu olduğu tespit edildi. Toplumsal katılım düzeyini arttırmak ve kişiyi sosyal hayata daha çok adapte edebilmek için uygun ortamların hazırlanması ve gerekli teşvikler yapılmasıyla bedensel engellilere uygun çalışma ortamları hazırlanmalıdır. Çalışmaya alınan bedensel engellilerin bireylerin hiçbir mesleki eğitim almadan istihdam edilmiş olmaları, istihdamda engelli olmayanlarla eşit şartlarda bulunmadıkları gerçeğini bir kez daha açığa çıkarmıştır. Toplum temelli rehabilitasyon stratejilerinin oluşturulmasının, bu amaçla da iş ve uğraşı terapistleri ve fizyoterapistler tarafından yapılacak detaylı değerlendirmeler ve kişi merkezli müdahalelerle fonksiyonel aktivite eğitiminin ve uzun süreli takiplerin yapılması oldukça önemlidir.

2. Çalışmamızın sonuçlarına göre engelli kişilerin toplumsal katılımlarını etkileyen önemli faktörlerden biri de engel düzeyidir. Özellikle %70'e yakın engel düzeyi olan bedensel engellilerin iş bulma ve işe ulaşılabilirlik konusunda oldukça zorlandıkları tespit edildi. Bu nedenle bedensel engellilerin fonksiyonel düzeyleri ne olursa olsun toplumsal katılımlarını arttırmak için fiziksel ve çevresel düzenlemeler yapılmalıdır. Aynı zamanda bedensel engelliler için iş ve meslek danışmanlığı hizmetlerinin artırılması da gerekmektedir. Özel Mesleki Rehabilitasyon Merkezleri yönetmeliğinin 2006 yılında yayınlamasının üstünden bu kadar süre geçmiş olmasına rağmen, Denizli ili ve çevre ilçelerinde bu konuda her hangi bir çalışmanın yapılmamış olması yatırımcıların ve uzmanların teşvik edilmesi gerekliliğini düşündürmektedir.

3. Bedensel engelli bireylerin toplumsal katılımlarını etkileyen diğer bir faktör ise KAPÖ ile değerlendirilen aktivite performansıdır. Çalışmamızda her iki grupta katılımcılar en fazla giyinme, ulaşım, merdiven inip-çıkma, ayakta durma, iş bulma

aktivitelerinde zorluk yaşadıklarını belirttiler. İş ve uğraşı tedavisi ve fizyoterapi programları bedensel engellilerin özellikle temel günlük yaşam aktiviteleri eğitimi başta olmak üzere, mobilite aktiviteleri ve işle ilgili temel becerilere yönelik aktivitelerdeki fonksiyonellik düzeyini arttırıcı tedavi yaklaşımları ve adaptasyonları içermelidir.

4. Serbest zaman tatmininin bedensel engellilerin toplumsal katılımlarını etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu tespit edildi. Her ne kadar boş zaman aktivitelerine katılımları olsa bile bedensel engelli olmak boş zaman aktivitelerini gerçekleştirirken tatmin olmamalarına neden olmaktadır. Bu nedenle de toplumsal katılımları azalmaktadır. Bedensel engellilere yönelik sanatsal, kültürel ve sportif etkinliklerin arttırılması, bu aktivitelerin teşvik edici olması toplumsal katılım açısından gereklidir. Belediyelerde, halk eğitim merkezlerinde, bedensel engellilere yönelik sportif ve kültürel yaz okulları gibi çalışmalar yapılması onların toplumsal katılımlarını olumlu yönde etkileyeceğini düşünmekteyiz. Bu etkinliklerin yapılacağı her türlü mekanın “herkes için ulaşılabilirlik” ilkesine uygun olarak düzenlenmesi de bu nedenle ayrıca önemlidir.

5. Çalışmamızda toplumsal katılımı etkileyen faktörler arasında son incelediğimiz konu ise yaşam kalitesidir. Yaşam kalitesinin artmasıyla birlikte toplumsal katılım düzeyinde de anlamlı artışların olduğunu tespit ettik. Fonksiyon kayıplarına bağlı olarak yaşam kalitesi olumsuz etkilenir. Toplumda üretken olma, iyi bir yaşam sürme, mutlu olma yaşam kalitesinin artmasıyla meydana gelir. İşlev ve organ kayıplarına bağlı olarak bireyin yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenir. Yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesiyle de toplumsal katılım çeşitli yönlerden etkilenir. Bedensel engelli kişilerin yaşam kalitelerini arttırmak, sosyal ve üretici aktivitelerle toplumsal katılımlarını sağlamak için gereken tıbbi ve rehabilitasyon hizmetleri gerekmektedir.

6. Çalışmamızda bedensel engelli bireylerin toplumsal katılımlarını etkileyen birçok faktörün varlığı tespit edildi. Çalışmamızda bedensel engelli bireyin çalışması, amaçlı aktiviteye yönelmesi, aktivite performansı, boş zaman aktivitelerini gerçekleştirmesi ve yaşam kalitesinin artmasının toplumsal katılım düzeyine olumlu yönde katkı yaptığını saptadık. Bu faktörler üzerindeki değişimler ve gelişmeler sağlanarak bedensel engellilerin toplumsal katılımını arttırmak mümkündür. Bedensel engellilerin fonksiyonel bağımsızlıklarının ve toplumsal katılımlarının artması için iş ve uğraşı terapistleri ve fizyoterapistler tarafından kişi merkezli değerlendirmeler yapılarak, bedensel engellinin toplumsal katılımını etkileyen ve aktivite ile ilgili faktörler incelenmeli ve bu faktörlere yönelik iş ve uğraşı tedavisi planlanmalıdır.

Çalışmamızın Denizli ili ve çevre ilçelerindeki bedensel engelliler üzerinde yapılmış olması çalışmayı sınırlayıcı bir faktör olarak düşünülebilir. Benzeri çalışmaların Türkiye'nin farklı sosyokültürel özelliklere sahip bölgelerinde yaşayan bedensel engelliler üzerinde yapılmasının faydası olacağı kanısındayız. Çalışmamızın sonuçlarına göre toplumsal katılımı geliştirecek iş ve uğraşı tedavisi, fizyoterapi ve psikoterapi yaklaşımlarına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bedensel engellilerin toplumsal katılımları ile ilgili değerli verilere sahip olduğumu düşündüğümüz bu çalışmanın, bedensel engellilerin toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarına ilişkin oluşturulacak politikalara yön gösterecektir. Aynı zamanda çalışmamızdan elde edilen sonuçların, ülkemiz genelinde bedensel engelli kişilerin mesleki rehabilitasyonu ile ilgilenen rehabilitasyon ekibindeki fizyoterapist, iş ve uğraşı terapisti, sosyal hizmet uzmanları, iş ve meslek danışmanları vb. profesyonellerin mesleki rehabilitasyon programlarının planlanması ve uygulanmasında, bedensel engellilerin uygun işlere yerleştirilmesinde, eğitimlerinde ve takiplerindeki çalışmalarında rehberlik edeceği görüşündeyiz.

7. KAYNAKLAR

- Achterberg, T.J., Wind, H., de Boer, A.G.E.M., Frings-Dresen, M.H.W. (2009) Factors that Promote or Hinder Young Disabled People in Work Participation: A Systematic Review. *J. Occup. Rehabil.*, 19: 129–141.
- Akyürek, G. (2011) Engelli Kişilerin Toplumsal Katılımlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.Yüksek Lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*,Ergoterapi Programı, Ankara, 130s.
- Alkan Meşhur, H.F. (2006) Engellilerin Bir İstihdam Seçeneği Olarak Tele Çalışma; Modellenmesi ve Modelin Kent Planlama Açısından İrdelenmesi. Doktora Tezi, *Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü*, Konya, 100s.
- Anderson, L. S., Heyne, L. A. (2010). Physical Activity for Children and Adults with Disability: An Issue of ‘Amplified’ Importance. Commentary. *Disability and Health Journal*, 3: 71-73.
- Aran, O. T. (2012) Engelli Sürücülerin Aktivite Performanslarını Etkileyen Kişisel, Çevresel ve Aktiviteye Ait Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ergoterapi Programı, Ankara, 73s.
- Awad, A. G., Voruganti, L. N. P., Heslegrave, R. J. (1997)A Conceptual Model of Quality of Life in Schizophrenia: Description and Preliminary Clinical Validation. *Qual. Life Res.*, 6: 21-26.
- Aycan, Z. (2005) Türkiye’de Engellilerin İş Hayatına Katılımını Etkileyen Bireysel, Kurumsal ve Toplumsal Faktörler. *Koç Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Proje No: SBB-3018*, Sarıyer, İstanbul, 91s.
- Baum, C. M., Christiansen, C. H., Bass-Haugen, J. (2005) Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-Being. *Slack Incorporated*, New Jersey, 653s.
- Belgen, B. (2011) Fiziksel Engelli Kişilerde Çalışma Kapasitesi İle İlgili Ergonomik Risk Faktörlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Ankara, 138s.
- Birinci Özürlüler Şurası - Çağdaş Toplum Yaşam ve Özürlüler (1999) Ön Komisyon Raporları. *TC Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı*, Ankara, 515s.
- Bishop, M., Allen, C.A. (2003) The Impact of Epilepsy on Quality of Life: A Qualitative Analysis. *Epilepsy & Behavior*, 4: 226-233.
- Bulgren, J. A., Gilbert, M. P., Hall, J., Horton, B., Mellard, D., Parker, K. (1997) Accommodating Adults with Disabilities in Adult Education Programs, Second Edition. *University of Kansas, Center for Research on Learning Division of Adult Studies*, Kansas, ABD, 258s.
- Bullinger, M., Hasford, J. (1991) Evaluating Quality of Life Measures for Clinical Trials in Germany. *Control Clin. Trials*,12: 91-105.
- Burcu, E. (2004) Özürlülük Kimliği ve Etiketlemenin Kişisel ve Sosyal Söylemleri. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 23(2): 61-83.
- Burcu, E. (2007) Türkiye’de Özürlü Birey Olma Temel Sosyolojik Özellikleri ve Sorunları Üzerine Bir Araştırma. *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*, Ankara, 322s.
- Campbell, A., Converse, P.E., Rogers, W.L. (1976) The Quality of American Life. *Russell Sage Foundation*, New York, 600s.

- Cardol, M., Jong, B. A., Bos, G., Groot, B., Haan, R. (2002) Beyond Disability: Perceived Participation in People with a Chronic Disabling Condition. *Clinical Rehabilitation*, 16: 27-35.
- Carpenter, C., Forwell, S. J., Jongbloed, L. E., Backman, C. L. (2007) Community Participation After Spinal Cord Injury. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 88: 427-33.
- Case-Smith, J. (2003) Outcomes in Hand Rehabilitation Using Occupational Therapy Services. *Am. J. Occup. Ther.*, Sep-Oct;57(5): 499-506.
- Ceyhun, S. (2008) Spor Tesislerinin Rekreatif Açıdan Kullanımı. *Kastamonu Üniversitesi Kastamonu Eğitim Dergisi*, 12(1): 325-332.
- Chang, F.H., Coster, W.J., Helfrich, C.A. (2013) Community Participation Measures for People with Disabilities: A Systematic Review of Content From an International Classification of Functioning, Disability and Health Perspective. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 94(4): 771-81.
- Chiu, W. (2008) A Study of Motivation, Satisfaction and Constraints of Collagiate Chinese Martial Arts Athletes in Leisure Activities in Taiwan. *BiblioBazaar*, South Carolina, 274s.
- Çelik, G. (2011) Kamu Kuruluşlarında Çalışan Engelli Bireylerin Serbest Zaman Engellerinin ve Tatmin Düzeylerinin İncelenmesi (Antalya Merkez Örneği). Yüksek Lisans Tezi, *Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Antalya, 69s.
- Dedding, C., Cardol, M., Eysen, I. J., Dekker, J., Belen, A. (2004) Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: A Client-Centered Outcome Measurement. *Clinical Rehabilitation*, 18: 660-667.
- Desrosiers, J. (2005) Participation and Occupation. *Canada Journal of Occupational therapy*, 72: 195-203.
- Dijkers, M. P. J. M. (1999) Correlates of Life Satisfaction Among Persons with Spinal Cord Injury. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 80: 867-876.
- Dördüncü Özürlüler Şurası - İstihdam (2009) Komisyon Raporları ve Genel Kurul Görüşmeleri. *TC Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı*, Ankara, 472s.
- Druss, B.G., Marcus, S.C., Rosenheck, R.A. (2000) Understanding Disability in Mental and General Health Conditions. *Am. J. Psychiatry*, 157: 1485-1491.
- Dunbar, S. B. (2007) Occupational Therapy Models for Intervention with Children and Families. *Slack Incorporated*, New Jersey, 224s.
- Dunn, W., Brown, C., McGuigan, A. (1994) Ecology of Human Performance: A Framework for Considering the Effect of Context. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(7): 595-607.
- Eren, A. (2010) Engellilerin İş Yerlerinde Çalıştırılması İçin Yapılabilecekler Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, *Maltape Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İstanbul, 171s.
- Escorpizo, R., Finger, M.E., Glassel, A., Gradinger, F., Luckenkemper, M., Cieza, A. (2011) A Systematic Review of Functioning in Vocational Rehabilitation Using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2): 134-146.
- Eyssen, I.C., Steultjens, M.P., Dekker, J., Terwee, C.B. (2011) A Systematic Review of Instruments Assessing Participation: Challenges in Defining Participation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(6): 983-997.
- Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C. (1999) Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi*, 7: 3-66.

- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Cote, J., St-Michel, G. (1998) The Quebec Clasification: Disability Creation Process. *International Network on the Disability Creation Process*, Quebec, 166s.
- Gontkovsky, S. T., Russum, P., Stokic, D. S. (2009) Comparison of the CIQ and Chart Short Form in Assessing Community Integration in Individuals with Chronic Spinal Cord Injury: A Pilot Study. *NeuroRehabilitation*, 24: 185-192.
- Gorzowski, J. A., Kelly, E. H., Klaas, S. J., Vogel, L. C. (2010) Girls with Spinal Cord Injury: Social and Job-related Participation and Psychosocial Outcomes. *Rehabilitation and Psychology*, 55(1): 58-67.
- Gökçe, H. (2008) Serbest Zaman Doyumunun Yaşam Doyumu ve Sosyo Demografik Değişkenlerle İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, *Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*, Denizli, 112s.
- Gökçe, H., Orhan, K. (2011) Serbest Zaman Doyum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenirlik Çalışması. *Spor Bilimleri Dergisi*, 22(4):139-145.
- Holmes, J. (2007) Vocational Rehabilitation. *Blackwell Publishing Ltd.*, Oxford, 251s.
- Homa, B.D. (2007) Using the International Classification of Functioning, Disability and Health in Job Placement. *Work*, 29: 277-286.
- Hussey, S. M., Sabonis-Chafee, B., O'Brien, J. C. (2008) Introduction to Occupational Therapy. *Mosby Elsevier*, Georgetown, 301s.
- İkinci Özürlüler Şurası - Yerel Yönetimler ve Özürlüler (2005) Taslak Raporları ve Kararları. *TC Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı*, Ankara, 258s.
- Jalowiec, A. (1990) Issues in Using Multiple Measures of Quality of Life. *Seminars on Oncology Nursing*, 6: 271-277.
- Johnson, K.L., Brown, P.A., Knaster, E.S. (2010) Aging with Disability in the Workplace. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinical N. Am.*, 21: 267-279.
- Karataş, K. (1999) Görme Özürlülerin Sosyal Güvenlik Sorunları ve İstihdamı Sempozyumu Bildirileri. *Altı Nokta Körlere Hizmet Vakfı Yayınları*, 3: 189-195.
- Kargın, T. (2003) Cumhuriyet'in 80. Yılında Özel Eğitim. *Milli Eğitim Dergisi*, Sayı: 160.
- Karlı, Ü., Polat, E., Yılmaz, B., Koçak, S. (2008) Serbest Zaman Tatmin Ölçeğinin(SZTÖ-Uzun Versiyon) Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 19(2): 80-91.
- Kayihan, H., Karaduman, A., Uyanık, M., Düger, T., Bumin, G., (2010) İki Farklı İlçede Toplum Temelli Rehabilitasyonun Etkilerinin İncelenmesi. *Tubitak Araştırma Projesi Proje No:107K247*, Ankara, 113s.
- Kılıç, R. (2006) Özel Eğitim Hizmetleri Tanıtım El Kitabı. *TC Milli Eğitim Bakanlığı, Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, Ankara, 187s.
- Kimler, D. D., Abresch, T. D., Fowler, W. M. (1993) Serial Manuel Muscle Testing in Duchenne Muscular Dystrophy. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 74(11): 1168-1171.
- Kitiş A. (2010) Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu. *Mesleki Rehabilitasyon*, Sunum.
- Kitiş, A., Horst, J.T. (2010) Engellilerde Mesleki Rehabilitasyon: Bir Ekip Çalışması Örneği. *D Grup Medya Matbaacılık Ltd.*, Denizli, 106s.
- Kitiş, A. (2013) Engelli İstihdamı ve Mesleki Rehabilitasyon. *İstihdamda 3i*, 10: 98-101.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G. (1999) Kısa Form-36'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 102-106.

- Koltarla, S. (2008) Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, *TC Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği*, İstanbul, 63s.
- Kondo, T., Mann, W., Tomita, M., Ottenbacher, K. (1997) The Use of Microwave Ovens by Elder Person with Disabilities. *American Journal Occupational Therapy*, 51(9): 739-747.
- Küçükdeveci, A. A. (2005) Rehabilitasyonda Yaşam Kalitesi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 51(B): 23-29.
- Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Steward, D., Rigby, P., Letts, L. (1996) The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canada Journal of Occupational Therapy*, 63: 9-23.
- Law, M., Baum, C., Dunn, W. (2005) Measuring Occupational Performance: Supporting Best Practice in Occupational Therapy. *Slack Incorporated*, New Jersey, 440s.
- Leblebici, D. N., Öktem, M. K., Aydın M. D., Ömürgönülşen, U. (2005) Employment of Persons with Disabilities in Turkey: Effectiveness of Current Measures for the Prevention of Discrimination. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 16-1: 21-44.
- Leduc, B. E., Lepage, Y. (2002) Health-Related Quality of Life After Spinal Cord Injury. *Disability and Rehabilitation*, 24(4): 196-202.
- Lloyd, C., King, R., Lampe, J., McDougle, S. (2001) The Leisure Satisfaction of People with Psychiatric Disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2): 107-113.
- Lou, J. Q., Lane, S. J. (2005). Personal Performance Capabilities and Their Impact on Occupational Performance. Baum, C. M., Christiansen, C. H., Bass-Haugen, J. Occupational therapy: Performance, Participation and Well Being. *Slack Incorporated*, New Jersey, s269-289.
- Lysyk, M., Brown, T.G., Rodriguez, E., McNally, J., Loo, K. (2002) Translation of the Leisure Satisfaction Scale into French: A Validation Study. *Occupational Therapy International*, 9: 76- 89.
- McColl, M. A., Friedland, J. (1989) Development of a Multidimensional Index for Assessing Social Support in Rehabilitation. *Occupational Therapy Journal of Research*, 9: 218-234.
- McHorney, C.A., Ware, J.E. Jr., Lu, J.F., Sherbourne, C.D. (1994) The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): III. Test of Data Quality, Scaling Assumpitons, and Reliability Across Diverse Patient Groups. *Medical Care*, 32: 40-66.
- Moliner, C.E., Durand, M., Desrosiers, J., Coutu, M. (2007) Subjective Quality of Life According to Work Status Following Interdisciplinary Work Rehabilitation Consequent to Musculoskeletal Disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17: 667-682.
- Nagi, S. Z. (1965) Some Conceptual Issues is Disability and Rehabilitation. In: Sussman M.B., *Sociology and Rehabilitation*, Washington DC: American Sociological Association, s100-113.
- Nevala-Puranen, N., Seuri, M., Simola, A., Elo, J. (1999) Physically Disabled at Work: Need for Ergonomic Interventions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 9(4): 215-225.
- Orley, J., Kuyken, W. (1994) The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). Quality of Life Assessment: International Perspectives. *Springer*, New York, s41-57.

- Ostir, G. V., Granger, C. V., Black, T., Roberts, P., Burgos, L., Martinkewiz, P. (2006). Preliminary Result for the PAR-PRO: A Measure of Home and Community Participation. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 87: 1043-51.
- Pedretti, L. W. (1996) Pedretti's Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction. *Mosby Elsevier*, Missouri, 1262s.
- Pizzi, M., A., Renwick, R. (2010) Occupational Therapy in the Promotiong of Health and Wellness. *FA Davis Company*, Philadelphia, 566s.
- Portney, L.G., Watkins, M.P., (2000) Foundations of Clinical Research. Applications to Practice. *Prentice Hall Health*, New Jersey, 742s.
- Prvu, J.A, (1999) The Effects Of Leisure Education on Leisure Satisfaction, Leisure Participation, And Self-Confidence for Individuals with Brain Injuries. *Ninth Canadian Congress on Leisure Research*, Acadia University, Wolfville, Nova Scotia.
- Resmi Gazete (2006) Özel Mesleki Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik. Yönetmelik Numarası: 27305. http://mevzuat.meb.gov.tr/html/26156_0.html Erişim Tarihi: 20.10.2013.
- Renwick, R. (2004) Quality of Life as a Guiding Framework for Occupational Intervention. Bachner, S., Ross, M. Adults with Developmental Disabilities: Current Approaches in Occupational Therapy. *American Occupational Therapy Association*, Maryland, s20-38.
- Schell A. B., Gillen G., Scaffa E. (2003) Willard and Spackman's Occupational Therapy. *Lippincott Williams and Wilkins*, Philadelphia, 1262s.
- Seelman, K. (1993) Assisstive Technology Policy: A Road to Independence for Individuals with Disabilities. *Journal of Social Issues*, 49(2): 115-36.
- Seyyar, A. (2000) Uluslararası Boyutuyla Özürlü Kota Sistemi. *Kamu-İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, Cilt:6, Sayı:1.
- Seyyar, A. (2008) Sosyal Siyaset Terimleri Ansiklopedik Sözlük. *Sakarya Yayınları*, İstanbul, 653s.
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K., Raj, B.A. (1996) The Measurement of Disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11(3): 89-95.
- Sladyk, K. (2003) OT Study Cards in a Box. *Slack Incorporated*, New Jersey, 200s.
- Smith, R.W., Kennedy, D.W., Austin, D.R. (1986) Inclusive and Special Recreation: Opportunities For Persons With Disability. *Brown & Benchmark Publishers*, London, 345s.
- Stark, S. L., Sanford, J. A. (2005) Environmental Enablers and Their Impact on Occupational Performance. Christiansen, C., Baum, C., ve Bass-Haugen, J. Occupational therapy: Performance, Participation and Well Being. *Slack Incorporated*, New Jersey, s299-327.
- Stewart, D., Letts, L., Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Rigby, P. J. (2003). The Person-Environment-Occupation Model. Crepeau, E. B., Cohn, E. S., Schell, B. A., Willard and Spackman's Occupational Therapy. *Lippincott Williams and Wilkins*, Philadelphia, s227-233.
- Stumbo, N.J. (1991) Selected Assessment Resources: A Review of Instruments and References. *Annual In Therapeutic Recreation*, 2: 8-24.
- Şimşek, D. (2006) Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı*, Isparta, 90s.
- Tate, D. G., Kalpakjian, C. Z., Forchheimer, M. B. (2002) Quality of Life Issues in Individuals with Spinal Cord Injury. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(2): 18-25.

- T.C. Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü Bilgi Edinme Sistemi, 55042 Sayılı Talebe Cevap, 21.10.2013.
- Top, M.Ş., Özden, S.Y., Sevim, M.E. (2003) Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam*, 16(1): 18-23.
- Trigg, R., Wood, V. A., Hewer, R. L. (1999) Social Reintegration After Stroke: The First Stages in the Development of the Subjective Index of Physical and Social Outcome (SIPSO). *Clinical Rehabilitation*, 13: 341-53.
- Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, *Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası*, Ankara, 176s.
- 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. Yüksek Lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ergoterapi Programı, Ankara, 115 s.
- Uluğ, B., Ertuğrul, A., Göğüş, A., ve Kabakçı, E. (2001) Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesinin Şizofreni Hastalarında Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2): 121-130.
- Üstün, B.T., Chatterji, S., Rehm, J. (2001) In Collaboration with WHO/NIH Joint Project Collaborators. World Health Organisation Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS-II): Development and Psychometric Testing.
- Wang, T., Chen, L., Wang, H. (2008) The Relationship Between Leisure Satisfaction and Life Satisfaction of Adolescents Concerning Online Games. *Adolescence*, 43(169): 178-183.
- Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992) The MOS 36-item Short Form Health Survey(SF-36). *Medical Care*, 30(6): 473-483.
- Warshowsky, A., Ashman, T., Cantor, J., Egan, M. (2007) Employment Status Perceived Employability, and Independence and Assertiveness: A View of Quality of Life and Community Participation After Traumatic Brain Injury. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(10): 16.
- Weiss, P. L. (2008) Virtual Reality as a Leisure Activity for Young Adults with Physical and Intellectual Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 29: 273-287.
- Whiteneck, G., Meade, M.A., Dijkers, M., Tate, D.G., Bushnik, T., Martin, B., (2004) Environmental Factors and Their Role in Participation and Life Satisfaction After Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85: 1793-1803.
- Wind, H., Gouttebauge, V., Kuijer, P.P.F.M., Sluiter, J.K., Frings-Dresen, M.H.V. (2009) Complementary Value of Functional Capacity Evaluation for Physicians in Assessing the Physical Work Ability of Workers with Musculoskeletal Disorders. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 82: 435-443.
- Wise, E. K., Dalton, C. M., Dikmen, S., Temkin, N., Machamer, J., Bell, K. (2010). Impact of Traumatic Brain Injury on Participation in Leisure Activities. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 91: 1357-1362.
- World Health Organization (1997) ICIDH-2, Beta-1 Draft for Field Trials. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (1999) WHO Disability Assessment Schedule-II (WHO-DAS-II)
- World Health Organization (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland.

- World Health Organization (2011) World Report on Disability. *WHO Press*, Malta, 325s.
- Zemke, R., Clark Der, F. (1996) Occupational Science: The Evolving Discipline. *FA Davis Company*, Philadelphia, 466s.

Ek-1

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2012/49

29.11.2012

Konu :

Sayın;


Doç.Dr.Ali KİTİŞ
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu
Öğretim Üyesi

İlgi: 21.11.2012 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Farklı Endüstri Ortamında Çalışan Bedensel Engellilerin Toplumsal Katılım Düzeylerinin İncelenmesi" konulu çalışmanız 27.11.2012 tarih ve 06 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Kemalettin ACAR
Başkan

Ek-2**Tanımlayıcı Bilgiler**

Ad – Soyad :

Yaş:

Cinsiyet: K E

Boy:

Kilosu:

Dominant Eli:

Sosyal Güvence:

Eğitim Durumu:

Okuma yazma bilmiyor.

Okur – Yazar

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

Medeni Durum:

Bekar

Evli

Boşanmış

Ek-3**Tıbbi Hikaye**

Tanı: (Sağlık raporundan alınacaktır.)

Kaç Yıldır Bedensel Engelli:

Belirlenen Engel Düzeyiniz: %... (Sağlık raporundan alınacaktır.)

İlave Hastalıklar:

Yardımcı Alet:

Kullanılan Yardımcı Alet:

Çalışırken Kullanılan Yardımcı Alet:

Ambulasyona Yardımcı Cihazlar:

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kullanmıyor | <input type="checkbox"/> Tripot | <input type="checkbox"/> Kanadyen |
| <input type="checkbox"/> Baston | <input type="checkbox"/> Walker | <input type="checkbox"/> Koltuk Değneği |

Ek-4**Çalışma Koşulları İle İlgili Bilgiler**

Çalıştığınız Sektör:

Günde Kaç Saat Çalışıyorsunuz:

Dinlenme Süreniz:

Toplam Çalışma Süreniz:

Kaç Yıldır Bu İş Yerinde Çalışıyorsunuz:

Kaç Farklı İş Yerinde Çalışma:

1 3

2 Daha Fazla

Çalışmakta Olduğunuz Kurumun Yerleşim Birimi:

Köy Belde İlçe Büyük Şehir

Aylık Gelir:

Evli İseniz Eşinizin Çalışma Durumu:

1000 TL altı:

Çalışıyor. Çalışmıyor.

1001– 1999TL arası:

2000 TL üstü:

İşyerine Gelirken Kullanılan Araç:

Ek-5

Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi II					
	Hiç	Hafif	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
1.ALAN: Anlama ve iletişim kurma					
On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme	1	2	3	4	5
Yapılması gereken önemli şeyleri akılda tutma	1	2	3	4	5
Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların nedenlerini anlama ve çözümler bulma	1	2	3	4	5
Yeni işler öğrenme	1	2	3	4	5
İnsanların söylediklerini genel olarak anlama	1	2	3	4	5
Bir sohbeti başlatabilme veya sürdürebilme	1	2	3	4	5
2. ALAN: Hareket etme, bir yerden bir yere gitme					
30 dakika gibi uzun süre ayakta durma	1	2	3	4	5
Otururken ayağa kalkma	1	2	3	4	5
Evin içinde dolaşma	1	2	3	4	5
Evden dışarı çıkma	1	2	3	4	5
Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme	1	2	3	4	5
3. ALAN: Kendine bakım					
Banyo yapma	1	2	3	4	5
Giyinme	1	2	3	4	5
Beslenme	1	2	3	4	5
Birkaç gün yalnız kalma	1	2	3	4	5
4.ALAN: İnsan ilişkileri					
Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
Bir arkadaşlığı sürdürme	1	2	3	4	5
Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
Yeni arkadaşlar edinme	1	2	3	4	5
Cinsel ilişki	1	2	3	4	5
5.ALAN: Yaşam faaliyetleri					
Evle ilgili sorumluluklarını yerine getirme	1	2	3	4	5
Evdeki önemli görevlerini iyi bir şekilde yapma	1	2	3	4	5
Yapılması gereken tüm ev işlerini bitirme	1	2	3	4	5
Ev işlerini yeterince hızlı yapma	1	2	3	4	5
Her gün yapmak zorunda olunan işleri yürütme	1	2	3	4	5
İşteki önemli görevleri iyi bir şekilde yapma	1	2	3	4	5
İşleri zamanında bitirme	1	2	3	4	5
İşleri hızlı bir şekilde yapma	1	2	3	4	5
6. ALAN: Toplumsal yaşama katılım					
Sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilme	1	2	3	4	5
Çevreden kaynaklanan engeller yüzünden sorunla karşılaşma	1	2	3	4	5
Diğer insanların davranış ve tutumları karşısında kendine saygısını yitirmeden yaşayabilme	1	2	3	4	5
Sağlık durumlarına ve yol açtığı sonuçlara zaman harcama	1	2	3	4	5

Sağlık durumu yüzünden duygusal olarak etkilenme	1	2	3	4	5
Sağlık için yapılan harcamaların ekonomik durum üzerine etkisi	1	2	3	4	5
Sağlık sorunlarınızın aileniz üzerine etkisi	1	2	3	4	5
Kendiniz için yaptığınız rahatlama aktivitelerine etkisi	1	2	3	4	5

Ek-6**Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)**

Hasta Adı:		
Yaş:	Cinsiyet:	No.:
Sorumlu (eğer hasta değil ise):		
Değerlendirme tarihi:	Planlanan II. Değerlendirme tarihi:	II. Değerlendirme tarihi:

Terapist:
Yer / Ajans:
Program:

<p>Adım 1:</p> <p>Rol Performans Değerlerinin Tanımlanması:</p> <p>Hastanın rol performans problemlerini, endişelerini belirleyebilmek için hastanın kendine bakım GYA, üretkenlik ve boş zamanları hakkında konuşulur. Hastaya hangi günlük aktiviteleri yaptığını, yapmaya ihtiyacı olduğu veya yapmak istediğini tipik bir gün hakkında cesaretlendirilerek konuşup sorulmalıdır. Daha sonra hastaya bu aktivitelerden hangilerini yerine getirmekte zorlandığı ve ne kadar tatmin olduğu sorulur. bu aktiviteler 1A,1B veya 1C'ye kaydedilir.</p> <p>Önemsiz</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Çok önemli</p>	<p>Adım 2:</p> <p>Önemlilik Değeri</p> <p>Puanlama kağıdını kullanarak hastadan her bir aktivitenin önemlilik derecesini 1 ile 10 arasında puanlaması istenir. 1A,1B veya 1C adımlarındaki uygun kutucuğa yerleştiriniz.</p>
--	--

Adım 1A: Kendine Bakım	Önemlilik Değeri
<p>Kişisel Bakım ----- ----- (Örn: Giyinme,banyo ----- ----- beslenme, hijyen) ----- -----</p>	<p>----- ----- ----- -----</p>
<p>Fonksiyonel Mobilite ----- ----- (Örn: ev içi – ev dışı ----- ----- transferler) ----- -----</p>	<p>----- -----</p>
<p>Toplumsal Başarı ----- ----- (Örn: ulaşım, finans ----- ----- alış-veriş yapma) ----- -----</p>	<p>----- -----</p>

Adım 1B:Üretkenlik	Önemlilik Değeri
Maaşlı/maaşsız iş ----- -----	----- -----
(Örn: iş bulma/arama, ----- -----	----- -----
gönüllü çalışma ----- -----	----- -----
Ev İşi Yönetimi ----- -----(Örn:	----- -----
temizlik, çamaşır ----- -----	
Yemek pişirme) ----- -----	
Oyun/ Okul ----- -----	
(Örn: ev ödevi yapma ----- -----	
oyun oynama)) ----- -----	

Adım 1C: Boş Zaman	Önemlilik Değeri
Sessiz Rekreasyon ----- ----- (Örn: Hobiler, el işi ----- ----- okuma) ----- -----	----- ----- ----- -----
Aktif Rekreasyon ----- ----- (Örn: spor, seyahat ----- ----- dış ortam) ----- -----	----- ----- ----- -----
Sosyalizasyon ----- ----- (Örn: ziyaret, partiler ----- ----- telefon görüşmesi) ----- -----	----- ----- ----- -----

Adım 3& 4: Puanlama- I. ve II. Değerlendirme

Hasta ile en önemli beş problemi kararlaştırıp aşağıya kaydediniz. Hastaya puanlama tablosunu kullanarak her bir aktivite için önem ve tatmin olma puanı vermesini isteyiniz. Toplam puan tüm performans ve tatmin puanlarının toplamının problem sayısına bölünmesi ile bulunur. II. Değerlendirmede hastadan her bir problemi tekrardan puanlaması istenir. Toplam puan ve puandaki değişim hesaplanır.

İlk Değerlendirme			İkinci Değerlendirme	
Rol Performans Problemleri	I. Performans Puanı	I. Tatmin Puanı	II. Performans Puanı	II. Tatmin Puanı
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Puanlama:				
	Performans Puanı 1	Tatmin Puanı 1	Performans Puanı 2	Tatmin Puanı 2
Toplam	/	/	/	/
Toplam P-T	-----	-----	-----	-----
Puan: -----				
Problem Sayısı				

Ek-7

Serbest Zaman Tatmin Ölçeği

	Lütfen aşağıda geçen düşünceler için en uygun kutucuğu işaretleyiniz.	Benim için hemen hemen her zaman geçerli.	Benim için sıklıkla geçerli.	Benim için bazen geçerli.	Benim için nadiren geçerli.	Benim için hemen hemen hiç geçerli değil.
1	Serbest zamanlarımda yaptığım aktiviteleri özgürce seçerim.					
2	Serbest zaman aktivitelerim benim için çok ilginç.					
3	Serbest zaman aktivitelerimi uygulamaktan zevk alıyorum.					
4	Serbest zaman aktivitelerim ben de özgüven sağlar.					
5	Serbest zaman aktivitelerim bana başarı hissi veriyor.					
6	Serbest zaman aktivitelerimde birçok değişik yetenek ve kabiliyetlerimi kullanırım.					
7	Serbest zaman aktivitelerimi uygularken kendimi tamamen aktiviteye veririm.					
8	Serbest zaman aktivitelerim entelektüel açıdan çekici.					
9	Serbest zaman aktivitelerim yeni beceriler öğrenmemde beni cesaretlendiriyor.					
10	Serbest zaman aktivitelerim etradımda olanlar hakkındaki bilgimi artırır.					
11	Serbest zaman aktivitelerim merakımın tatmin edilmesinde bana yardımcı oluyor.					
12	Serbest zaman aktivitelerim yeni şeyler denemem için bana olanaklar sağlar.					
13	Serbest zaman aktivitelerim bana kendimi tanımamda yardımcı olur.					
14	Serbest zaman aktivitelerim bana etrafımı, diğer insanları tanımamda yardımcı olur.					
15	Serbest zaman aktivitelerim genel olarak toplumu tanımamda bana yardımcı olur.					
16	Serbest zaman aktivitelerim bana doğa ile ilgili daha çok şey öğrenmemde yardımcı olur.					
17	Serbest zaman aktivitelerim kişiler arasındaki farklılıkları kabul etmemde yardımcı olur.					

18	Serbest zaman aktivitelerim düşünce, duyu veya fiziki yeteneklerimi diğer insanlara göstermeme imkan veriyor.					
19	Serbest zaman aktiviteleri sırasında diğer insanlarla sosyal ilişkiler kurabiliyorum.					
20	Serbest zaman aktivitelerim diğer insanlarla sıkı ilişkiler kurmamda bana yardımcı oluyor.					
21	Başka insanlarla gruplar içinde olabildiğim serbest zaman aktivitelerini tercih ediyorum.					
22	Serbest zaman aktivitelerim esnasında tanıştığım insanlar arkadaş canlısı.					
23	Serbest zaman aktivitelerimde eğlenceli insanlarla bir araya gelirim.					
24	Serbest zamanlarımda, çokça serbest zaman aktiviteleri yapmaktan hoşlanan insanlarla biraraya gelirim.					
25	Serbest zaman aktivitelerimi birlikte yaptığım insanlara karşı güçlü bağlılık hissi duyarım.					
26	Serbest zaman aktivitelerim rahatlamama yardımcı oluyor.					
27	Serbest zaman aktivitelerim stresten kurtulmama yardımcı oluyor.					
28	Serbest zaman aktivitelerim kendimi duygusal olarak iyi hissetmeme yardımcı olur.					
29	Serbest zaman aktivitelerine katılıyorum çünkü hoşlanıyorum.					
30	Serbest zaman aktivitelerim beni fiziksel olarak zorluyor.					
31	Fiziksel sağlığımı (uygunluğumu) arttıran serbest zaman aktiviteleri yaparım.					
32	Beni fiziksel olarak yenileyen (tazeleyen) serbest zaman aktivitelerini yaparım.					
33	Serbest zaman aktivitelerim sağlıklı kalmama yardımcı olur.					
34	Serbest zaman aktiviteleri kilomu kontrol etmemde bana yardımcı olur.					
35	Serbest zaman aktivitelerim enerji düzeyimi korumamda bana yardımcı olur.					
36	Serbest zaman aktivitelerimi yaptığım alanlar/yerler ilgi çekicidir.					
37	Serbest zaman aktivitelerimi yaptığım alanlar/yerler güzel yerlerdir.					
38	Serbest zaman aktivitelerimi yaptığım alanlar/yerler iyi dizayn edilmiştir.					
39	Serbest zaman aktivitelerimi yaptığım alanlar/yerler benim hoşuma giden (beni hoşnut eden) yerlerdir.					

Ek-8**Kısa Form-36**

Aşağıdaki sorular ile sağlığınız hakkındaki düşünceleriniz öğrenilmek istenmektedir. Günlük aktivitelerinizi yaparken nasıl hissettiğiniz ve bunları hangi yolla başatabildiğiniz konusundaki açıklamalar size yol gösterici olacaktır. Lütfen her soruyu size en uygun olan cevabı işaretleyerek cevaplandırın.

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kotu

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi.
 b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi.
 c) Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı.
 d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kotu.
 e) Bir yıl öncesine göre çok daha kotu.

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız aktivitelerle ilgilidir. Sağlık durumunuz bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Oldukça kısıtlıyor	Biraz kısıtlıyor	Hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırmak ve taşımak			
Merdivenle çok sayıda kat çıkmak			
Merdivenle bir kat çıkmak			
Eğilmek ve diz çökmek			
Bir-iki kilometre yürümek			
Bir kaç sokak öteye yürümek			
Bir sokak öteye yürümek			
Kendi kendine banyo yapmak ve giyinmek			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer aktiviteler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer aktivitelerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer aktiviteleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer aktiviteler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız; aileniz, arkadaşlarınız veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız normal işinizi (hem ev hem de ev dışı işlerinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi c) Orta derecede etkiledi d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorunlar sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi tarifleyen yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önünde bulundurarak seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiç bir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüznü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkta etkiledi?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel					

9. ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Şanlıurfa'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Malatya'da tamamladı. 2010 yılında Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu'ndan dönem ikincisi olarak mezun oldu ve fizyoterapist olmaya hak kazandı.

2010 yılından bu yana Denizli'de Özel Detay Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde çalışmaktadır. İlgi alanları iş ve uğraş tedavisi, mesleki rehabilitasyon, pediatrik rehabilitasyon, el ve üst ekstremitte rehabilitasyonu ve toplum temelli rehabilitasyondur.