

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

**12 HAFTALIK REKREATİF FİZİKSEL ETKİNLİK  
PROGRAMININ EĞİTİLEBİLİR ZİHİNSEL ENGELLİLERİN  
VE AİLELERİNİN ÜZERİNE ETKİLERİ**

**Bilal KARAKOÇ**

**Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı**  
**DOKTORA TEZİ**

**KÜTAHYA**  
**2015**

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

**12 HAFTALIK REKREATİF FİZİKSEL ETKİNLİK  
PROGRAMININ EĞİTİLEBİLİR ZİHİNSEL ENGELLİLERİN  
VE AİLELERİNİN ÜZERİNE ETKİLERİ**

**Bilal KARAKOÇ**

**Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı  
DOKTORA TEZİ**

**KÜTAHYA  
2015**

## KABUL VE ONAY

Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bilal KARAKOÇ'un hazırladığı "12 Haftalık Rekreatif Fiziksel Etkinlik Programının Eğitilebilir Zihinsel Engellilerin ve Ailelerinin Üzerine Etkileri" başlıklı Doktora tez çalışması jürimiz tarafından Beden Eğitimi ve Spor Programında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir. ..../..../2015

| <b>Jüri Başkanı (Unvan ve Adı)</b> | <b>Kurumu</b> | <b>İmza</b> |
|------------------------------------|---------------|-------------|
|------------------------------------|---------------|-------------|

|                     |                   |  |
|---------------------|-------------------|--|
| Doç. Dr. Yücel OCAK | A.K.Ü. B.E.S.Y.O. |  |
|---------------------|-------------------|--|

### **Danışman**

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| Doç. Dr. Adnan ERSOY | D.P.Ü. B.E.S.Y.O. |
|----------------------|-------------------|

### **Sınav Jüri Üyeleri (Unvan ve Adları)**

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| Doç. Dr. Mehmet ACET | D.P.Ü. B.E.S.Y.O. |
|----------------------|-------------------|

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Doç. Dr. Yağmur AKKOYUNLU | D.P.Ü. B.E.S.Y.O. |
|---------------------------|-------------------|

|                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| Yrd. Doç. Dr. Erdal DEMİR | Ç.O.M.Ü. B.E.S.Y.O. |
|---------------------------|---------------------|

## ONAY

Bu tez Dumlupınar Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Figen TAŞER

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, desteğini hiç esirgemeyen Tez Danışmanım Sayın Doç. Dr. Adnan ERSOY'a,

Etkinlikler boyunca gönüllü olarak destek olan Aslıhan BUKSUR'a, Remzi BAYKAL'a, Melike KOÇAN'a,

Tez yazma sürecinde desteğini esirgemeyen Alparslan SÜRÜCÜ'ye, Halil Evren ŞENTÜRK'e, Meryem Savaşlı GÜLAÇ'a,

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan, yokluklar içinde beni büyüten, koruyan, hayata tutunmamı sağlayan Anneme,

Çok teşekkür ederim....

## ÖZET

**Karakoç, B. 12 Haftalık Rekreatif Fiziksel Etkinlik Programının Eğitilebilir Zihinsel Engellilerin ve Ailelerinin üzerine Etkisi, Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi Ve Spor Anabilim Dalı Doktora Tezi, Kütahya, 2015.**

Bu çalışma; 13–18 yaş aralığındaki eğitilebilir zihinsel engelli çocuklarda, 12 haftalık rekreatif fiziksel etkinlik programının fiziksel kapasitelerinin gelişime ve ailelerinin depresyon düzeylerine olan etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, 12 haftalık rekreatif fiziksel etkinlik programı hazırlanmış ve program deney grubu olarak belirlenmiş olan, Çanakkale’de ikamet eden 16 eğitilebilir zihinsel engelli çocukla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada eğitilebilir engelli bireylerin fiziksel uygunluk test skorları ile ailelerin depresyon düzeyleri verilerini elde etmek için ön test ve son test değerleri alınmıştır. Eğitilebilir zihinsel engelli çocukların gelişimini tanımlamak için Joseph P.Winnick ve Francis X. Short’un tarafından engelli gençlerin sağlıkla ilişkili fiziksel uygunluk düzeylerini tanımlamak amacıyla geliştirilen (1999) Brockport Fiziksel Uygunluk Testi ve çocukların Ebeveynlerin Depresyon davranışsal bulgularını Beck (1978) tarafından geliştirilip, Hisli (1988) tarafından Türkçe’ye uyarlaması yapılan “Beck Depresyon Envanteri” uygulanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS.20.00 programında değerlendirilerek, yüzde, frekans, eşleştirilmiş t-testi ve ki-kare testleri uygulanmıştır. Çalışmalar sonucunda Vücut ağırlığında, Vücut kompozisyonu ve Kas-İskelet fonksiyonlarında anlamlı farklar bulunmuştur.

Çalışmanın sonucu olarak, 12 haftalık rekreatif fiziksel etkinlik programının engelli gençlerin fiziksel özellikleri ve bu gençlerin ebeveynlerinin depresyon durumları üzerine olumlu etki yarattığı görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Zihinsel engelli, Rekreasyon, Depresyon

## ABSTRACT

**Karakoç, B. 12 weeks of recreational physical investigation of the effects on the activity program of educable children and their families, Dumlupınar University Institute of Health Sciences, Physical Education and Sports Department of Doctoral Dissertation, Kütahya, 2015.**

This study was carried out to investigate the effect of 12 weeks of recreational physical activity program to the development of their physical capacity and their families' depression level of educable mentally handicapped children between the age of 13-18 . In the study, a 12-week recreational physical activity program was prepared and were conducted with 16 educable mental disability children residing in Canakkale identified as the application groups. In the study; pre-test and post-test values were also obtained in order to obtain data of the physical fitness test score of disabled individuals and the level of depression of the families. For the purpose of defining the health-related physical fitness levels of the educable mentally disabled young people, Brockport Physical Fitness Test, developed by Joseph P. Winnick and Francis X. Short (1999); and "Beck Depression Inventory", developed by Becker (1978) and its adaptations made into Turkish by Hisli (1988), for the behavioral signs of depression of parents of the children were applied. The obtained data were evaluated by SPSS.20.00 program; and percentage, frequencies, paired t-test and chi-square tests were used.

As a result of studies it was found that there were significant differences on body weight, body composition, and in muscular-skeletal function.

**Key Words:** Mentally disabled, Recreation, Depression

## İÇİNDEKİLER

|   |             |
|---|-------------|
| <b>KABUL VE ONAY .....</b>  | <b>iii</b>  |
| <b>TEŞEKKÜR.....</b>  | <b>iv</b>   |
| <b>ÖZET.....</b>  | <b>v</b>    |
| <b>ABSTRACT .....</b>   | <b>vi</b>   |
| <b>İÇİNDEKİLER .....</b>  | <b>vii</b>  |
| <b>GRAFİK DİZİNİ.....</b>   | <b>xi</b>   |
| <b>TABLolar DİZİNİ .....</b>  | <b>xiii</b> |
| <b>SİMGELER VE KISALTMALAR .....</b>                                    | <b>xv</b>   |
| <b>1. BÖLÜM: GİRİŞ .....</b>  | <b>1</b>    |
| <b>GİRİŞ.....</b>   | <b>1</b>    |
| 1.1. Araştırmanın Önemi .....   | 3           |
| 1.2. Araştırmanın Amacı .....   | 4           |
| 1.3. Problem Cümlesi .....  | 4           |
| 1.3.1. Alt Problemler .....   | 4           |
| 1.4. Hipotezler .....   | 5           |
| 1.5. Araştırmanın Varsayımları .....                                    | 6           |
| 1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....                                   | 7           |
| <b>2. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER.....</b>                                    | <b>8</b>    |
| 2.1. ENGELLİLER.....  | 8           |
| 2.1.1. Engelli Tanımı ve İlgili Temel Kavramlar.....                    | 8           |
| 2.1.2. Engellilerin Sınıflandırılması.....                              | 9           |
| 2.1.2.1. Ortopedik Engelliler .....                                     | 9           |
| 2.1.2.2. Görme Engelliler .....   | 9           |
| 2.1.2.3. İşitme Engelliler.....   | 10          |
| 2.1.2.4. Dil ve Konuşma Engelliler .....                                | 10          |
| 2.1.2.5. Süreğen Hastalığı Olan Engelliler .....                        | 10          |
| 2.1.2.6. Zihinsel Engelliler .....                                      | 10          |
| 2.1.3. Zihinsel Engelliler Tarihçe, Tanımlar ve Sınıflandırılması ..... | 11          |

|  |    |
|--|----|
| 2.1.3.1. Zihinsel Engelliler Tarihi.....                   | 11 |
| 2.1.4. Zihinsel Engellilik ve İlgili Tanımlar.....         | 13 |
| 2.1.4.1. Zeka .....  | 13 |
| 2.1.4.2. Zihinsel Engellilik.....                          | 14 |
| 2.1.5. Zihinsel Engelli Çocukların Sınıflandırılması ..... | 15 |
| 2.1.5.1. Hafif Derecede Zihinsel Engelliler .....          | 17 |
| 2.1.5.2. Orta Derecede Zihinsel Engelliler .....           | 17 |
| 2.1.5.3. Ağır Derecede Zihinsel Engelliler .....           | 17 |
| 2.1.5.4. İleri Derecede Zihinsel Engelliler.....           | 18 |
| 2.1.6. Zihinsel Engelli Bireylerin Özellikleri.....        | 19 |
| 2.1.6.1. Duyuşsal Özellikleri .....                        | 19 |
| 2.1.6.2. Sosyal Özellikleri.....                           | 19 |
| 2.1.6.3. Psikomotor Özellikleri.....                       | 19 |
| 2.1.6.4. Fiziksel Özellikleri.....                         | 20 |
| 2.1.7. Zihinsel Engelin Sebepleri ve Görülme Sıklığı ..... | 20 |
| 2.1.7.1. Doğum Öncesi Sebepler .....                       | 20 |
| 2.1.7.2. Doğum Anındaki Sebepler .....                     | 21 |
| 2.1.7.3. Doğum Sonrası Sebepler .....                      | 21 |
| 2.1.7.4. Çevresel Sebepler .....                           | 21 |
| 2.2. REKREASYON İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR.....            | 22 |
| 2.2.1. Zaman.....  | 22 |
| 2.2.2. Boş (Serbest) Zaman .....                           | 22 |
| 2.2.3. Boş Zaman Faaliyetlerinin Sınıflandırılması .....   | 23 |
| 2.2.4. Boş Zamanları Değerlendirme .....                   | 24 |
| 2.2.5. Kullanım Alanlarına Göre Boş Zaman Çeşitleri.....   | 25 |
| 2.2.6. Boş Zaman ve Oyun Kavramlarının Nitelikleri .....   | 25 |
| 2.2.7. Rekreasyon.....                                     | 26 |
| 2.2.8. Rekreasyona Duyulan İhtiyacın Nedenleri .....       | 28 |
| 2.2.9. Rekreatif Faaliyetlerin Özellikleri.....            | 28 |
| 2.2.10. Rekreasyon Aktivitelerinin Sınıflandırılması.....  | 29 |
| 2.2.11. Yerel Yönetimlerde Rekreasyon .....                | 30 |
| 2.2.12. Rekreasyonun Amacı.....                            | 31 |
| 2.2.13. Rekreasyon ve Spor.....                            | 32 |



|   |           |
|---|-----------|
| 2.3. DEPRESYON KAVRAMI VE KAPSAMI .....                             | 34        |
| 2.3.1. Depresyon Tanımı .....                                       | 34        |
| 2.3.2. Depresyon Belirtileri .....                                  | 35        |
| 2.3.2.1. Psikolojik Faktörler .....                                 | 36        |
| 2.3.2.2. Biyokimyasal Faktörler .....                               | 37        |
| 2.3.2.3. Kalıtımsal Faktörler .....                                 | 37        |
| 2.3.3. Depresyon Türleri .....                                      | 37        |
| 2.3.3.1. Major Depresyon .....                                      | 37        |
| 2.3.3.2. Dysthymia Depresyon .....                                  | 38        |
| 2.3.3.3. Manik Depresyon.....                                       | 38        |
| 2.3.4. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerde Depresyon.....                | 38        |
| 2.3.1. Bu Alanla İlgili Yapılan Bilimsel Çalışmalar .....           | 39        |
| <b>3. BÖLÜM: GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>                               | <b>42</b> |
| 3.1. ARAŞTIRMA DESENİ .....   | 42        |
| 3.2. ÇALIŞMA EVRENİ.....  | 42        |
| 3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ .....                                   | 42        |
| 3.5. YÖNTEM .....   | 43        |
| <b>VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....</b>                                   | <b>43</b> |
| 3.5.1. Egzersiz programı .....                                      | 43        |
| 3.5.2. Fiziksel Uygunluk Parametreleri.....                         | 45        |
| 3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği.....                                   | 48        |
| 3.6. Verilerin Toplanması .....                                     | 50        |
| 3.7. Verilerin Analizi .....  | 51        |
| <b>4. BÖLÜM: BULGULAR.....</b>                                      | <b>52</b> |
| 4.1. Fiziksel parametrelere ilişkin bulgular .....                  | 52        |
| 4.2. Beck Depresyon Ölçeğine ilişkin bulgular .....                 | 65        |
| <b>5. BÖLÜM: TARTIŞMA .....</b>                                     | <b>67</b> |
| 5.1. Hipotez; Vücut Ağırlıkları Ön Test – Son Test Sonuçları.....   | 67        |
| 5.2. Hipotez; Vücut Kitle Endeksi Ön Test – Son Test Sonuçları..... | 67        |
| 5.3. Hipotez; Triceps Ön Test – Son Test Sonuçları .....            | 68        |
| 5.4. Hipotez; Biceps Ön Test – Son Test Sonuçları .....             | 68        |

|   |           |
|---|-----------|
| 5.5. Hipotez; Supscapula Ön Test – Son Test Sonuçları.....  | 68        |
| 5.6. Hipotez; Suprailliac Ön Test – Son Test Sonuçları.....   | 68        |
| 5.7. Hipotez; Bükülü Kol Asılma Ön Test – Son Test Sonuçları.....   | 68        |
| 5.8. Hipotez; Mekik Ön Test – Son Test Sonuçları.....   | 69        |
| 5.9. Hipotez; Otur-Eriş Ön Test – Son Test Sonuçları.....   | 69        |
| 5.10. Hipotez; Gövde Uzatma Ön Test – Son Test Sonuçları.....   | 69        |
| 5.11. Hipotez; 20 M Mekik Koşusu Ön Test – Son Test Sonuçları.....  | 70        |
| 5.12. Hipotez; El Kavrama Kuvveti Ön Test – Son Test Sonuçları.....   | 70        |
| 5.13. Hipotez; Omuz Germe Ön Test – Son Test Sonuçları.....   | 70        |
| 5.14. Hipotez; Ebeveynlerin Depresyon Seviyeleri Ön Test – Son Test Sonuçları<br>72                                     |           |
| 5.15. Hipotez; Katılımcıların Ebeveynlerinin Depresyon Gruplandırmasına Göre<br>Ön Test-Son Test Karşılaştırmaları..... | 72        |
| <b>6. BÖLÜM: SONUÇLAR.....</b>  | <b>75</b> |
| <b>7. BÖLÜM: ÖNERİLER.....</b>  | <b>76</b> |
| <b>KAYNAKLAR.....</b>   | <b>78</b> |
| <b>EKLER.....</b>   | <b>86</b> |
| <b>EK – 1: Veli Onay Formu.....</b>   | <b>86</b> |
| <b>EK – 2: Zihinsel Engelli Bireylerde Fiziksel Uygunluk Değerlendirme.....</b>   | <b>88</b> |
| <b>EK – 3: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....</b>   | <b>89</b> |
| <b>EK – 4: Katılımcıların Fiziksel Uygunluk Parametreleri.....</b>  | <b>94</b> |

## GRAFİK DİZİNİ

- Grafik 1.** Katılımcıların vücut ağırlığı (kg.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Grafik 2.** Katılımcıların vücut kitle endeksleri (kg/m<sup>2</sup>.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Grafik 3.** Katılımcıların triceps deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Grafik 4.** Katılımcıların biceps deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Grafik 5.** Katılımcıların supscapula deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Grafik 6.** Katılımcıların suprailliac deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Grafik 7.** Katılımcıların bükülü kol asılma süresi (sn.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Grafik 8.** Katılımcıların modifiye mekik (defa) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Grafik 9.** Katılımcıların Otur-eriş (cm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Grafik 10.** Katılımcıların gövde uzatma testi (cm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Grafik 11.** Katılımcıların 20m mekik koşusu değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Grafik 12.** Katılımcıların dominant el kavrama kuvveti (kg.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Grafik 13.** Katılımcıların omuz germe değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.

**Grafik 14.** Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.

**Grafik 15.** Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon gruplandırmasına göre ön test-son test karşılaştırmaları.

**TABLolar DİZİNİ**

- Tablo 1.** Katılımcıların vücut ağırlığı (kg.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Tablo 2.** Katılımcıların vücut kitle endeksleri (kg/m<sup>2</sup>.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Tablo 3.** Katılımcıların triceps deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Tablo 4.** Katılımcıların biceps deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Tablo 5.** Katılımcıların supscapula deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Tablo 6.** Katılımcıların suprailliac deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Tablo 7.** Katılımcıların bükülü kol asılma süresi (sn.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Tablo 8.** Katılımcıların modifiye mekik (defa) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Tablo 9.** Katılımcıların otur-eriş (cm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Tablo 10.** Katılımcıların gövde uzatma testi (cm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Tablo 11.** Katılımcıların 20m mekik koşusu değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Tablo 12.** Katılımcıların dominant el kavrama kuvveti (kg.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.
- Tablo 13.** Katılımcıların omuz germe değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.

**Tablo 14.** Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları.

**Tablo 15.** Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon gruplandırmasına göre ön test-son test karşılaştırmaları.

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

|                |  |
|----------------|--|
| <b>AAHPERD</b> | (American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance) Amerika Sağlıklı Yaşam İçin Beden Eğitimi, Rekreasyon ve Dans Birliği |
| <b>AAMD</b>    | Amerika Mental Gerilik Birliği   |
| <b>AZGYB</b>   | Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği   |
| <b>ABD</b>     | Amerika Birleşik Devletleri  |
| <b>BPFT</b>    | Brockport Physical Fitness Test  |
| <b>BDÖ</b>     | Beck Depresyon Ölçeği  |
| <b>EZE</b>     | Eğitilebilir Zihinsel Engelli  |
| <b>IDEA</b>    | Yetersizliği Olan Bireylerin Eğitim Yasası   |
| <b>KHK</b>     | Kanun Hükmünde Kararname   |
| <b>MEB</b>     | Milli Eğitim Bakanlığı   |
| <b>NGG</b>     | Normal Gelişim Gösteren  |
| <b>WHO</b>     | Dünya Sağlık Örgütü  |
| <b>STK</b>     | Sivil Toplum Kuruluşları   |

## 1. BÖLÜM: GİRİŞ

### GİRİŞ

Engellilerin yaşantılarına baktığımız zaman bir çok dezavantaj yaşadıklarını görmekteyiz. Bunlar genel olarak; fiziksel, bilişsel, sosyal ve psikolojik unsurlardır. Bu unsurlar engelli bireylerin yaşam kalitelerine doğrudan etki yapmaktadır.

Engellilik, bir bozukluk ya da özür nedeniyle yaş, cinsiyet, kültürel ve sosyal faktörlere bağlı olarak bireyden beklenen davranışların kısıtlanması ya da yerine getirilememesi haline denir (66).

Her bireyin tatmin edici seviyede boş zaman deneyimleri edinmeye hakkı vardır. Çünkü boş zaman deneyimleri bir bireyin yaşam kalitesi etkileyen çeşitli psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik yararları arayıp bulması için şans tanır. Rekreatif faaliyetler süresince yapılan fiziksel etkinlikler çocukların, yetişkinlerin ve engellilerin fiziksel sağlığının korunmasında ve güzel zaman geçirmesinde çok önemli bir rol oynar (78).

Zihinsel engelli çocuklarda büyüme ve gelişmeyi etkileyen önemli eğitsel yardımlardan biri de hareket deneyimlerinin kazandırıldığı rekreasyon faaliyetleridir (7).

Engellilerin rekreasyon faaliyetlerine katılımlarını engelleyen en önemli sebepler; engellilerin engelsizlerle entegrasyonunu geliştirecek programların eksikliği ve engellilerle çalışan personelin engelliler hakkında bilgi seviyesinin yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır (46).

Ailede engelli bir çocuğun doğumunda yada sonradan oluşan engellilik durumlarında, aile fertlerinin hayatını, duygularını ve davranışlarını olumsuz olarak etkilenmektedir. Normal özelliklere sahip bir çocuk beklerken ve gelecekle ilgili bütün umut, hayaller ve planlarını da bunun üzerine kurarken, farklı özelliklere sahip olan bir çocuğun dünyaya gelmesi ailelerin sosyal yaşamında, planlarında, iş sürecinde, maddi yapısında değişimler olmasına neden olmaktadır.



Zihinsel engelli çocuğa sahip olduğunu öğrenen aileler, ilk başlarda çocuğunu bu şekilde kabul etmeye karşı değişik duygular yaşayabilirler. Bu durumu kabul etmemeye, geçici kısa süreli bir olumsuzluk gibi görmeye çalışırlar. Bu süreçte özellikle annede ortaya çıkan kayęı ve depresyon seviyesi yükselerek devam eder, duygusal, bilişsel ve sosyal ilişkilerde sıkıntılı dönemler yaşar. Genel olarak hayal kırıklığı, çaresizlik, umutsuzluk, saldırganlık, öfke ve suçluluk hissetme yaşantısını olumsuz etkiler.

Engelli çocuğa sahip olan annelerde somatik yakınmalar, depresyon gibi ruhsal sorunların engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (62).

Engelli çocuğa karşı yüklendikleri sorumluluk anne ve babayı depresyona sürüklemektedir. Depresyona sebep olabilecek nedenler hakkında bilgi sahibi olmak, ailelerin yaşamış oldukları zorluklar ya da mutsuzluğun nedenlerinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir (81).

Ailelerin engelli çocuklarına yada ailenin engelli bireyleri için yapılacak her türlü katkı aynı zamanda ailelere de katkı sağlayacaktır. Çok basit şekilde örnek vermek gerekirse ailedeki engelli bireylerin rekreatif faaliyetlere katılması, spor yapması, sosyal organizasyonlara katılması ailenin de aynı zamanda kendisine zaman ayırmasına, rahatlamasına katkı sağlayacaktır.

Araştırmalar egzersiz ve sporun insan sağlığı üzerine olumlu etkilerinin tartışmasız olduğunu göstermektedir. Bu olumlu etki, toplumda yer alan engelli bireyleri de kapsamakta, fiziksel ve zihinsel gelişimleri ile birlikte onların toplum içinde daha iyi ilişkiler kurabilmesini sağlamaktadır (35).

Zihinsel engelli bireylerin genellikle gevşek kas yapısına sahip oldukları, zihinsel geriliğin artması ve yaşın da ilerlemesi ile motor gelişimde görülen kayıp gittikçe arttığı görülmektedir (42).

Eğitilebilir zihinsel engelli bireylerde sosyal, duygusal, psikolojik alanlarında görüldüğü kadar fiziksel, motor gelişim süreçlerinde de yetersizlikler

görülebilmektedir. Bu durum doğuştan yada sonradan da olabilmektedir. Eğitilebilir zihinsel engelli bireylerin günlük yaşantılarını devam ettirebilmeleri için yeterli fiziksel kapasiteye sahip olmaları önemlidir. Bu durum yaşam kalitelerine, karşılaşacağı zorluklara etki yapacaktır.

Zihinsel engelli bireyler yıllar ilerledikçe, yaş olarak daha yaşlı insanlarda görülen fiziksel uygunluk eksikliğine, olması gereken zeka seviyesine sahip akranlarına göre daha erken karşı karşıya kalmaktadırlar. Bununla beraber diğer rahatsızlıkları yaşama oranları da daha fazladır (71).

Bu tür çalışmalardan elde edilen sonuçlar bireylerin yeterliliklerinin farkına varmalarını ve yapılacak çalışma programlarını belirlemede önemli bir rol üstleneceği düşünülmektedir. Bu çalışma ile 13-18 yaş arasındaki Çanakkale ilinde ikamet eden eğitilebilir zihinsel engelli bireylerin fiziksel uygunluk düzeylerinin belirlenerek buna yönelik çalışma programı hazırlanarak gelişimlerinin sağlanması amaçlanmaktadır. Bununla beraber bu çalışmaların istikrarlı bir şekilde devam etmesi planlanmaktadır.

### **1.1. Araştırmanın Önemi**

Bu araştırma, Çanakkale ilinde ikamet eden eğitilebilir zihinsel engellilerin rekreatif fiziksel etkinliklere katılımı ile sahip olacakları gelişimlerin tespit edilmesi için ve bu gelişimlerin ailelerinin depresyon seviyelerine olan etkisinin belirlenmesi için yapılmıştır. Engelli bireylerin her normal birey gibi sahip olduğu yaşam ihtiyaçları, beklentileri, hayat kaliteleri bulunmaktadır. Bunlara ulaşmak için yapılacak çalışmalar çok önemlidir. Engelliler için yapılacak her türlü olumlu çalışma organizasyon aynı zamanda ailelerini de olumlu etkileyecektir. Bu durum toplumun da daha huzurlu olmasına katkı sağlayacaktır. Yapılacak olan her çalışma ve organizasyon engellilere karşı farkındalığı arttıracak ve istikrarlı bir şekilde devam etmesinin temelini oluşturacaktır.

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, 12 hafta sürecek rekreatif fiziksel etkinliklerin Çanakkale ilinde ikamet eden eğitilebilir zihinsel engellilerin gelişimine etkisi ve bu sürecin ailelerin depresyon seviyelerine etkilerinin araştırılmasıdır. Bu çalışma ile beraber farkındalık yaratılması amaçlanmaktadır.

## 1.3. Problem Cümlesi

Araştırma grubunu oluşturan 13-18 yaşları arasındaki eğitilebilir zihinsel engelli bireylerin fiziksel uygunluk düzeylerinde ön test ve son test arasında fark var mıdır?

### 1.3.1. Alt Problemler

- Eğitilebilir zihinsel engellilerin vücut yağ ölçümü ön test son test arasında fark var mıdır?
- Eğitilebilir zihinsel engellilerin ön test son test arasında vücut ağırlık farkı var mıdır?
- Eğitilebilir zihinsel engellilerin ön test son test arasında mekik koşusu sayı farkı var mıdır?
- Eğitilebilir zihinsel engellilerin ön test son test arasında kollar bükülü asılma süre farkı var mıdır?
- Eğitilebilir zihinsel engellilerin ön test son test arasında kavrama kuvveti farkı var mıdır?
- Eğitilebilir zihinsel engellilerin ön test son test arasında mekik sayısı farkı var mıdır?
- Eğitilebilir zihinsel engellilerin ön test son test arasında otur-eriş testi farkı var mıdır?
- Eğitilebilir zihinsel engellilerin ön test son test arasında omuz esnekliği farkı var mıdır?
- Eğitilebilir zihinsel engellilerin ön test son test arasında gövde kaldırma farkı var mıdır?

- Eğitilebilir zihinsel engellilerin ailelerinin depresyon seviyelerinde ön test ve son test arasında fark var mıdır?

#### **1.4. Hipotezler**

1. Rekreatif fiziksel etkinlik programının çalışmalara katılan Zihinsel Engelli çocukların vücut ağırlıklarına (kilo kontrolüne) olumlu etkisi yoktur.
2. Rekreatif fiziksel etkinlik programının çalışmalara katılan eğitilebilir Zihinsel Engelli çocukların vücut kitle endeksi oranlarına olumlu etkisi yoktur.
3. Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir Zihinsel Engellilerin triceps deri altı yağ ölçümüne olumlu etkisi yoktur.
4. Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin biceps deri altı yağ ölçümüne olumlu etkisi yoktur.
5. Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir Zihinsel Engellilerin supscapula deri altı yağ ölçümüne olumlu etkisi yoktur.
6. Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin suprailliac deri altı yağ ölçümüne olumlu etkisi yoktur.
7. Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin bükülü kol asılma süresine olumlu etkisi yoktur.
8. Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin modifiye mekik sayısına olumlu etkisi yoktur.
9. Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin otur-eriş ölçüm sonucuna olumlu etkisi yoktur.
10. Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin gövde uzatma ölçüm sonucuna olumlu etkisi yoktur.
11. Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir

zihinsel engellilerin 20m mekik koşusu ölçüm sonucuna olumlu etkisi yoktur.

12. Zihinsel Engellilerin dominant el kavrama kuvvetine olumlu etkisi yoktur.

13. Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir Zihinsel Engellilerin omuz germe değişkenine olumlu etkisi yoktur.

14. Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin ailelerin depresyon seviyesine olumlu etkisi yoktur.

15. Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon gruplandırmasına göre ön test-son test karşılaştırmalarında fark yoktur.

#### 1.5. Araştırmanın Varsayımları

- Çalışmaya katılan katılımcıların evreni temsil edici nitelikte olduğu varsayılmıştır.
- Çalışmada kullanılan ölçme araç ve yöntemlerin fiziksel uygunluk ve depresyon düzeyini belirleme gücüne sahip olduğu varsayılmıştır.
- Araştırmada verileri toplamak için kullanılan ölçme aracı, Brockport okulunda özel eğitim ofisi ve rehabilitasyon servisi tarafından geliştirilmiş, geçerliğinin ve güvenilirliğinin yapılmış olup araştırmanın amacı için yeterli olduğu varsayılmıştır.
- Çalışmaya katılan deneklerin fiziksel uygunluk testlerinde en yüksek performansı sergiledikleri varsayılmıştır.
- Uygulanan istatistik yöntemlerin, değerlendirilmelerinin geçerli ve güvenilir olduğu varsayılmaktadır.
- Anketi dolduran Engelli ailelerinin gönüllü olarak doldurdıkları varsayılmıştır.
- Ailelerin, anket sorularını doğru ve içtenlikle cevapladıkları ve buna ilişkin ifadelerin gerçeği yansıttığı varsayılmıştır.

- Engelli ailelerinin anketi doldururken dış etkenlerden etkilenmedikleri varsayılmıştır.

#### **1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırma Çanakkale ilinde yaşayan eğitilebilir zihinsel engelli çocuklar ve aileler ile sınırlıdır.
- Araştırma 13-18 yaş grubundaki bay ve bayan eğitilebilir zihinsel engelliler ile sınırlıdır.
- Araştırma, araştırmada kullanılan ölçme araçları olan Brockport Fiziksel Uygunluk testlerinden elde edilen sonuçlar ile sınırlıdır.
- Araştırma, Beck Depresyon Envanteri ile sınırlıdır.
- Bu araştırma konu ile ilgili ulaşılabilen kaynakların sağladığı veriler ile sınırlıdır. Araştırma 2014-2015 yılı ile sınırlıdır.

## 2. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER

### 2.1. ENGELLİLER

#### 2.1.1. Engelli Tanımı ve İlgili Temel Kavramlar

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun kabul ettiği Sakat Kişilerin Hakları Bildirgesi'nde engelli tanımı şöyle yapılmaktadır; “Normal bir kişinin kişisel ya da sosyal yaşantısında kendi kendisine yapması gereken işleri, bedensel veya ruhsal yeteneklerindeki kalıtsal ya da sonradan olma herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlar” (88).

5378 Sayılı Engelliler Kanunu; Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi “engelli” olarak tanımlanmaktadır (91).

WHO - Dünya sağlık örgütünce yapılan engelli tanımı; Özürlülük kavramına Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler ve ILO tarafından farklı bakış açılarından yaklaşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, özürlülük kavramı hakkında aşağıdaki gibi hastalık sonuçlarına dayanan, sağlık yönüne ağırlık veren bir tanımlama ve sınıflama yapmıştır:

**Noksanlık (Impairment):** “Sağlık bakımından “noksanlık” psikolojik, anatomik veya fiziksel yapı ve fonksiyonlardaki bir noksanlığı veya dengesizliği ifade eder.”

**Özürlülük (Disability):** “Sağlık alanında „sakatlık“ bir noksanlık sonucu meydana gelen ve normal sayılabilecek bir insana oranla bir işi yapabilme yeteneğinin kaybedilmesi ve kısıtlanması durumunu ifade eder.”

**Maluliyet (Handicap):** “Sağlık alanında “maluliyet” bir noksanlık veya sakatlık sonucunda, belirli bir kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve

kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durumu ifade eder” (88).

Engellinin tanımını sakatlık, handicap; fiziksel, zihinsel, duygusal ve psikiyatrik olarak bireyin toplumda dezavantajlı duruma düşmesi şeklinde tanımlayabiliriz (10).

### **2.1.2. Engellilerin Sınıflandırılması**

- A. Ortopedik engelliler
- B. Görme engelliler
- C. İşitme engelliler
- D. Dil ve konuşma engelliler
- E. Süreğen hastalığı olanlar
- F. Zihinsel engelliler (26).

#### **2.1.2.1. Ortopedik Engelliler**

Kas ve iskelet sisteminde yetersizlik, eksiklik ve hareket kaybı olan kişidir. El, kol, ayak, bacak, parmak ve omurgalarında kısalık, eksiklik, fazlalık, yokluk, hareket kısıtlılığı şekil bozukluğu kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, felçliler serebral palsi, spastikler ve spina bifida olanlar bu gruba girmektedirler.

#### **2.1.2.2. Görme Engelliler**

Tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı veya bozukluğu olan kişidir. Görme kaybı ile birlikte göz protezi kullananlar, renk körlüğü, gece körlüğü olanlar bu gruba girer.



### **2.1.2.3. İşitme Engelliler**

Tek veya iki kulağında tam veya kısmi işitme kaybı olanlardır. İşitme cihazı kullananlar da bu gruba girmektedir.

### **2.1.2.4. Dil ve Konuşma Engelliler**

Herhangi bir nedenle konuşamayan veya konuşmanın, hızında, akıcılığında, ifadesinde bozukluk olan ve ses bozukluğu olan kişidir. İşittiği halde konuşamayan, gırtlığı alınanlar, konuşmak için alet kullananlar, kekemeler, afazi, dil-dudak-damakçene yapısında bozukluk olanlar bu gruba girmektedirler.

### **2.1.2.5. Süreğen Hastalığı Olan Engelliler**

Kişinin çalışma kapasitesi ve fonksiyonlarının engellenmesine neden olan, sürekli bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır. Kan hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, cilt ve deri hastalıkları, idrar yolları ve üreme organı hastalıkları, kanserler, endokrin ve metabolik hastalıklar, ruhsal davranış bozuklukları, sinir sistemi hastalıkları ve HIV.

### **2.1.2.6. Zihinsel Engelliler**

İnsan vücudunun en karmaşık olan organı beyin, gelişimini tamamlayamaması veya hastalık ya da kaza sonucu düzenli işleyişini yitirmesi (92).

Zihinsel engelliler için değişik meslek grupları kendilerince terimler kullanmışlardır. Örneğin tıpçılar terim kullanmada daha çok "neden" açısından bakarak onlara "kreten", "mongoloid", "mikrosefal", "hidrosefal", "beyin hasarlı", "beyin özürlü" şeklinde adlandırmalar yaparken, konuya daha çok zihinsel işlevler açısından bakan psikologlar onlar için "geri zekâlı", "zihinsel özürlü", "sınır zekâ", "zihinsel normalaltı" gibi terimler kullanmaktadırlar. Eğiticilerin ise konuya eğitim ve öğretim açısından bakmakta bunun sonucu olarak "ağır öğrenen", "güç öğrenen", "öğrenme engelli", "öğrenme güçlüğü olan", "zor öğrenen" gibi terimler kullanmaktadırlar (97).

### 2.1.3. Zihinsel Engelliler Tarihçe, Tanımlar ve Sınıflandırılması

#### 2.1.3.1. Zihinsel Engelliler Tarihi

Zihinsel engelliler tarihi ile ilgili alanında kabul edilen ilk kitap 1983 yılında, Amerika Birleşik Devletleri'nde Schrenberger tarafından yazılmıştır. Bu kitapta tarihçeyi iki başlık altında değerlendirmiş; ilk olarak çağlar öncesinden başlayan ve 20. yüzyıla kadar uzanan Avrupa'daki çalışmaları incelemiş, daha sonra 1600'lü yıllarda Amerika'da yapılan tüm çalışmaları ve konuya ilişkin gelişme ve değişimleri açıklamıştır (79).

İnsanlığın zihinsel engelliliği tanınmasının insanlık tarihi kadar eski olduğu bilinmektedir. Zihinsel engelliliğin yazılı tanımlarına ilk olarak M.Ö. 1500 civarında Mısır Thebes yazıtlarında rastlanmaktadır. Yazıtlardaki zihinsel engelliliğin tanımı, beyin hasarına bağlı vücut ve akıl sakatlığı olarak algılanmaktadır. Orta çağlar boyunca (M.S. 476-1799) zihinsel engelli bireylerin bakım ve konumları büyük ölçüde değişmiştir. Bebekken öldürülmelerinin azalması veya bakımevleri kurulması gibi daha fazla insani uygulamaya karşılık, birçok çocuk köle olarak satılmış, terk edilmiş veya sokağa atılmıştır. Bu yüzyılın sonuna doğru, 1690'da John Locke 'İnsan Hakları' isimli bir makale yayınlamış, bireylerin doğuştan fikirleri olmaksızın doğduklarını, zihin engelliliği olan bireylerin durumunun aslında onlara sağlanan eğitim ve bakımla yakından ilişkili olduğunu vurgulamıştır. 'Eğitilmemiş akıl, hiç yazı yazılmamış tahtaya benzer' deyişi de Locke'ye aittir (95).

Modern çağ duyamayan ve göremeyen insanların eğitimi ile başlamış, tedavi, geliştirme çalışmaları bu dönemde kendilerini adanmış insanların çaba göstermeleri ile ortaya çıkmıştır. 16. ve 17. yüzyılda birçok İspanyol 'un çalışmaları ile sağırlar ve körler için iyileştirici çalışmalar başlamıştır. Zeka yetersizliği olan bireylerin eğitiminde ise Fransızların 18. Yüzyılda etkisi bulunmuştur. 19. yüzyıl ile beraber Avrupa'da zihinsel yetersizliği bulunan kişilerin eğitimleri konusunda önemli bir mesafe alınmıştır (4).

Sequin, Esquirol, Gaspard, Galton gibi araştırmacılar yapmış oldukları çalışmalar ile çok önemli katkılar sağlayarak, bu hızlı gelişimin öncüleri olmuşlardır. 19. yüzyıl çalışmalarına baktığımızda birçok konuda 18. Yüzyılda yapılan çalışmaların da etkisi olduğu görülmektedir. Itard'ın çalışmalarından faydalanarak Edouard Seguin tarafından ‘’ Psikolojik Metod’’ ortaya çıkarılmış ve zihinsel yetersizliği olan çocukların eğitimi için kullanılmıştır. Duyu ve bilişsel kapasite arasında doğrudan bir ilişki olduğu düşünülerek bu yaklaşımın zihinsel yetersiz bireylerin eğitim müfredatına konulmuştur. Bu müfredat programı zihinsel yetersizliği olan bireylerin temel bakım becerilerini geliştirmekten meslek eğitimine kadar kapsamaktadır. Bunlar algılama, koordinasyon, taklit etme, genelleme kabiliyetine dayanıyordu. Sequin 1837 senesinde bu alanda ilk terim olan idiotu literatüre katmış, erkek zihinsel yetersiz eğitimleri konusunda çalışmalarda bulunmuştur. Daha sonra ise bu yöntemi diğer bireylerde de kullanmıştır. Sequin 1848 yılında Amerika'ya göç ederek çalışmalarına ABD'de devam etmiştir. Sequin 1876 yılında Amerika Zihinsel Engelliler Birliği'ni kurdu. Sequin'in tekniklerinin genel olarak revize edilmesine rağmen bugün hala kullanılmaktadır. Devam eden 50 yılda, Amerika Birleşik Devletleri'nde iki önemli gelişme oldu. 1892'ye kadar çoğu eyalette kalıcı eğitim okulları (19 eyalet, 9 özel) açıldı. Binnet tarafından geliştirilmiş olan yeni zeka seviye tespit testleri 1908'de Vineland'da eğitim okulunun Araştırma Direktörü Henry Goddard tarafından çevrilmiştir. 1910'da Goddard testi Amerikan versiyonunda yayınladı. 1935'de Edgar Doll zihinsel engelli olduğundan şüphe edilen bireylerde adaptive davranışlar ve günlük yaşam beceri seviyelerini ölçmek için Vineland Sosyal Gelişim Skala'sını geliştirdi. Psikolog, eğitmenler bu yıllardan itibaren zihinsel engelliliği tespit etmenin ve eğitim okullarında uygun eğitim sağlamanın mümkün olduğuna inanmışlardır. Bu düşüncelerin ortaya çıkması ile beraber, zihinsel engelliliği tespit etmede kullanılan testlerin uygulanabilirliği ve uygun eğitim ile bu bireylerin tedavi edilebildiklerinin grlmştir. 20.yüzyılın başlarında, özel eğitim ve bakım okulları çoğalmış ve zihinsel engelli bireyler kaydedilmiştir. (97).

Özel eğitimdeki gelişmelerin neticesi olarak, Engelli Bireylerin Ulusal Birliği ve Zihinsel Engellilik Komisyon Başkanlığı 1950–1970 yılları arasında kurulmuştur. Bu devlet kurumları uzun süreli halk tarafından kabul görmemiştir. Bu olaylara paralel olarak, Amerika Birleşik Devletleri Kongresi 1975’de yeni adı engelli bireylerin eğitim yasası olan yasayı kabul etmiştir. Bu yasa zihinsel engelli ve gelişme geriliği olan tüm çocukların uygun eğitimini okul çağından 21 yaşına kadar garanti altına alma ile ilgilidir. Şuan ABD’nin yasalarına baktığımız zaman çoğu eyaletinde, bu bireylerin doğumdan 21 yaşına kadar eğitimleri garanti altındadır.

Ülkemizde engelliler alanında çalışmalar, birçok Avrupa ülkesinden çok daha önce başlamıştır. Bu hizmetler daha çok bakım ve barınma türü hizmetleri kapsamıştır. Eğitilebilir zihinsel engelliler için ilk özel sınıflar ve bu sınıflarda yetiştirilecek çocukları seçmek, incelemek ve rehberlikte bulunmak üzere ilk psikoloji kliniği 1955 yılında Ankara’da faaliyete geçmiştir. 1963 yılında Ankara’da ve İstanbul’da üstün zekâlılar için üst özel sınıflar açılmıştır. 1983 yılında yürürlüğe giren Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile “Bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerinde belli oranda fonksiyon kaybına neden olan organ yokluğu veya bozukluğu sonucu normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olup, korunmaya, bakıma, yardıma ve yetiştirilmeye muhtaç kişi engelli olarak tanımlanmış ve bu kişilere beceri kazandırılması ya da devamlı bakımıyla ilgili “Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri” kurulması sorumluluğu Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna verilmiştir. Bu gün bu kurumların tümü M.E.B.’na bağlanmıştır (48).

#### **2.1.4. Zihinsel Engellilik ve İlgili Tanımlar**

##### **2.1.4.1. Zeka**

Zekâ genel zihinsel yetenekleri ifade eder. Zekâ mantıklı plan yapma, problem çözme, soyut düşünme, karmaşık düşünceleri anlama, hızlı öğrenme ve deneyimlerden yararlanma yeteneklerini içerir. Zekânın diğer bir tanımı ise şöyledir. “Bireyin sahip olduğu beden, zihin, sosyal yetenek ve fonksiyonlarının bütünleşerek

oluşturduğu çok yönlü bir beyin, öğrenme, uyum, yeni bir şey yapma kapasitesidir (18).

#### **2.1.4.2. Zihinsel Engelilik**

İnsan vücudunun en karmaşık olan organı beyin, gelişimini tamamlayamaması veya hastalık ya da kaza sonucu düzenli işleyişini yitirmesi çeşitli derecelerde zihinsel yetersizliği olan kişidir (89).

Zihinsel engellilik bir hastalık karakterinde değildir. Birbiriyle ilişkili ya da ilişkisiz pek çok özelliğten oluşan son derece karmaşık bir durumdur (60).

AAMR 2002 Haziran ayında yayınlanan en son yönergesinde şöyle tanımlanmaktadır: Zihinsel engellilik, zihinsel işlevler ve kavramsal, sosyal ve pratik uyumsal becerilerde kendini gösteren uyumsal davranışların her ikisinde görülen anlamlı sınırlılıklar karakterize edilen bir yetersizliktir.

AAMR'nin tanımında belirtilen uyumsal davranış alanları aşağıdaki gibidir.

- İletişim ,
- Öz bakım,
- Ev yaşamı,
- Sosyal beceriler,
- Toplumsal yararlılıklar ,
- Kendini yönetme,
- Sağlık ve güvenlik,
- Akademik işlevler,
- Boş zamanları değerlendirme,
- İş yaşamı (96).

### 2.1.5. Zihinsel Engelli Çocukların Sınıflandırılması

Zihin engelliler farklılıkları bulunan (heterojen) bir gruptur ve zihin engelli tanısı bulunan bireyler özellikleri açısından birbirlerinden farklıdırlar. Bu bireylere uygun hizmet sağlamak ve ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayabilmek için alt grupların ve alt gruplarda yer alan bireylerin özelliklerinin belirlenmesi gereklidir. Alt gruplarda yer alan bireylerin zihin ve işlevsel özelliklerinin bilinmesi onlar için en uygun programların geliştirilmesini kolaylaştırmaktadır. Bunun yanında sınıflandırma, zihin engelli bireylerin uygun kurumlara yerleştirilmeleri ve kaynakların dağıtımı konusunda karar alınabilmesi ve destek hizmetlerinin sağlanması açısından da önemlidir (79).

Zihinsel yetersizlik, kişide yaşam boyu devam eden, kalıcı yetersizlikler bırakan, gözlem, kontrol, bakım, tedavi ve rehabilitasyon edilmesini gerektiren, bununla beraber aile üyelerinin tümünü, sosyal, ekonomik, duygusal, davranışsal ve bilişsel yönlerden etkileyen kalıcı bir sağlık sorunudur (23).

Zihinsel yetersizliği olan çocukların, bireylerin sayıları son yıllarda oldukça artmıştır. Bunun sebebi olarak teknolojik gelişmeler, eğitimi seviyesinin yükselmesi, halkın bilinçlenmesini şeklinde sayabiliriz. Çünkü geçmiş yıllarda eğitim hayatında başarısız olanlar genelde geri zekalı, tembel olarak adlandırılırdı, bu çocukların, kişilerin başarısız olmalarının sebebi olarak zihinsel engelli oldukları düşünülemezdi. Özellikle eğitilebilir zihinsel engellilerin tespit edilme yüzdesi geçmiş yıllarda günümüze göre çok düşük olduğu söylenebilir.

573 sayılı Özel Eğitim Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye göre özel eğitim gerektiren kişi, "çeşitli nedenlerle, bireysel özellikleri ve Zihinsel engelli çocuklar zeka bölümlerine ya da eğitsel ihtiyaçlarına göre sınıflandırılmaktadır. Türkiye'de IQ seviyesine göre verilen engelli cetveli tablosu (93).

| IQ oranı                                | Engelli %'si |
|---|--------------|
| 1-Sınırdaki Mental Kapasite (IQ: 70-80) | %25          |
| 2-Hafif (IQ: 50-69)                     | %50          |
| 3-Orta (IQ: 35-49)                      | %70          |
| 4-Ağır (IQ: 20-34)                      | %90          |
| 5-Çok Ağır (IQ: 20'nin altında)         | %100         |

Kidd (1979) zihinsel engelliliği, geri zekâlılık terimi altında şöyle tanımlamıştır. " Geri zekâlılık, nedenine bakılmaksızın, genellikle gelişim sürecinde ortaya çıkan ve bireyin öğrenme ve buna bağlı olarak,

- Mantıklı karar verme, seçim yapma ve yargıda bulunma,

- Bireyin kendisiyle ve çevresiyle baş edebilme, yeteneğini önemli ölçüde sınırlayacak derecede zihinsel işlevlerde normalin altında bulunma durumudur (90).

“Zihinsel yetersizliği olan birey: Zihinsel işlevler bakımından ortalamanın iki standart sapma altında farklılık gösteren, buna bağlı olarak 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” (98).

Amerikan Zihinsel Özürlüler Derneği zihinsel engelli bireyleri şu şekilde gruplandırmaktadır (5).

### **2.1.5.1. Hafif Derecede Zihinsel Engelliler**

Temel olarak okuma-yazma ve sayı becerilerini kazanmada yaşanan problemler sonucu ortaya çıkar. Zeka bölümü puanı 50-55 ile 70 arasındadır. Bu çocukların motor gelişimleri normal gelişim gösteren çocuklara göre daha düşük seviyededir (1).

Zihinsel engelli çocuklar, çok fazla heterojen bir özellik gösterdiğinden öğretim programının değişken olması gerekmektedir. Çocuklar zekâ puanı yönünden birbirlerine benzer olsalar da, diğer tüm özellikler yönünden farklılık göstermektedirler. Sözel, kavramsal, algısal beceriler ve sosyal uyum gibi becerilerde yetersizlik olabilmektedir. Hazırlanacak program mesleki, kişisel ve sosyal amaçlar içermelidir. Öğretim programının birincil amacı, toplumda başarılı şekilde çalışma ve yaşam için gerekli olan beceri ve yeteneklerin kazanılmasıdır (76).

### **2.1.5.2. Orta Derecede Zihinsel Engelliler**

Sosyolojik olarak, duygusal ve dil gelişimi alanlarında gecikme, davranış problemlerine rastlanması, temel okuma-yazma ve sayma becerilerinde problemlerin görülmesi en fazla görülen belirtilerdir. Zeka bölümü puanı 35-55 arasındadır. Motor gelişimleri yaşitlarına göre daha geri olmaktadır. Günlük bakımlarında kısıtlı olarak bağımsız olabilirler (18).

### **2.1.5.3. Ağır Derecede Zihinsel Engelliler**

Ciddi seviyede konuşmada ve dil gelişiminde gerilik, sosyolojik olarak, duygusal veya davranış problemleri ile temel öz bakım becerilerini öğrenmesinde ortaya çıkan gecikme durumu söz konusudur. Zeka bölümü puanı ortalama 20-40 arasındadır. Algısal yetenekleri çok zayıf olmaktadır. Sözel ifadeleri anlamada güçlük çekerler. Bakımları için genel olarak sürekli birisine ihtiyaç duyarlar.



#### 2.1.5.4. İleri Derecede Zihinsel Engelliler

Klinik bakıma gereksinim duyan, zeka bölümü puanı 20-25'in altında olan gruptur. Tam bir denetim gereklidir. Kendilerine bakamaz ve koruyamazlar (18).

Eğitmciler ise çocukları zeka düzeylerine uygun eğitim verebilmek için eğitim ihtiyaçlarına göre şu şekilde gruplandırmaktadır (40).

- Eğitilebilir zihinsel engelliler
- Öğretilebilir zihinsel engelliler
- Ağır ya da çok ağır zihinsel engelliler

Türkiye'de zihinsel engelli çocuklar Milli Eğitim Bakanlığına bağlı Özel Eğitim Okulları Yönetmeliğindeki, eğitimsel yaklaşıma benzer olarak "Eğitilebilir, Öğretilebilir ve Klinik Bakıma Muhtaç Çocuklar" şeklinde gruplandırılmakta ve şu şekilde açıklanmaktadır (98).

Eğitilebilir; zeka bölümü, çeşitli ölçeklerde sürekli olarak 45 ile 75 arasında olan ve okuma, yazma, matematik gibi temel akademik becerileri öğrenebilecek olan zihinsel engellileri kapsamaktadır. Bu çocukların dikkat süreleri sınırlı, motor gelişimleri normal gelişim gösteren yaşlıtlarına yakındır, sözel yönlendirmeleri anlarlar ve sosyal uyumda sınırlı derecede güçlük yaşarlar (98).

Öğretilebilir; zeka bölümü, çeşitli ölçeklerde 25 ile 44 arasında olup da sağlık kurumlarıyla işbirliği içerisinde gerçekleştirilecek özel eğitim ve rehabilitasyona muhtaç olan ve aldıkları eğitimle günlük yaşam gereksinimlerini, öz bakım becerilerini ve sosyal davranışları öğrenebilecek olan zihinsel engellileri kapsamaktadır. Motor gelişim süreçlerinde yetersizlikler görülebilir (98).

Klinik olarak Bakıma Muhtaç Çocuklar; zeka bölümleri, çeşitli ölçümlerde sürekli olarak 0 ile 25 arasında ortaya çıkan hayata kesinlikle uyum sağlamayan ve sağlık kurumlarında devamlı bakıma muhtaç olan zihinsel engellileri kapsamaktadır (76).

Sıklıkla tıbbi bakıma gereksinimleri vardır (1).

Amerika Mental Gerilik Birliği (AAMD), zekâ engelini hafif, orta, ağır ve derin derecede zekâ engeli olarak sınıflandırmaktadır (76).

## **2.1.6. Zihinsel Engelli Bireylerin Özellikleri**

### **2.1.6.1. Duyuşsal Özellikleri**

Zihinsel engelli çocuklar genel olarak inatçı bir yapıdadırlar. Kendilerine olan güvenleri oldukça azdır ve kendilerini kontrol etmekte zorlanırlar. Başarılı olamayacaklarını düşünerek hareket ederler. Sorumluluk almazlar. Duygu ve düşüncelerini ifade etmede zorlandıkları ve sık sık engellenme duygusu yaşadıkları için zaman zaman uç tepkiler (kıırıp dökme, bağırma, kendine veya başkalarına yönelik saldırganlık gibi) gösterebilirler (66).

### **2.1.6.2. Sosyal Özellikleri**

Zihinsel engelliler bireyin topluma uyumunda önemli rol oynayan uyumsal davranış şekilleri bakımından yetersizdirler. Bu durum topluma sosyal uyumlarını güçleştirmekte, gerekli eğitimsel ve psikolojik önlemler alınmadığı takdirde sosyal uyumları olanaksız hale getirmektedir (85).

Sosyal ilişkilerde başkalarına bağımlı olurlar. Çoğu zaman kendilerinden küçüklerle arkadaşlık ederler ve arkadaşlıkları kısa süreli olur. Bu çocukların başarılı oldukları konularda, çeşitli oyunlarda normal gelişim gösteren çocuklarla bir araya gelmeleri sağlanmalıdır. Bu ortamlarda çocukların yapamadıklarından çok, yapabildiklerinin ön plana çıkartılması, başarabilecekleri işlerde onlara fırsat verilmesi zihinsel engelli çocukların duygusal açıdan kendilerine daha çok güvenmeleri yönünden önemlidir (38).

### **2.1.6.3. Psikomotor Özellikleri**

Zihinsel engelli çocukların fiziksel gelişimi ilk yılda oldukça yavaştır. Bu çocuklarda her geçen ay motor gelişimde gerilik belirgin olarak ortaya çıkmaya

başlar. Normal gelişim gösteren çocukların ortalama olarak 12-24 aylar arasında yürümesi beklenirken, zihinsel engelli çocuklarda yürüme genellikle 36-38 aylar gibi çok daha geç bir dönemde olabilir (38).

Bazı araştırmalarda zihinsel engelli çocukların motor gelişimini yada gerilemelerini yetersiz fiziksel aktivitelerden kaynaklandığını düşünmektedir (22).

Zihinsel engelli çocukların fiziksel uygunluk seviyelerinin düşük olmasını sadece bilişsel düzeylerinin sınırlı olmasına bağlamak doğru değildir. Bu çocuklar için uygun fiziksel eğitim imkanlarının bulunmaması, uygun öğretim yöntemleri ve pratik eğitimin bulunmaması da diğer önemli nedenler arasında sayılabilir (34).

#### **2.1.6.4. Fiziksel Özellikleri**

Zihinsel engelli bireylerin genel olarak gevşek sayılabilecek kas yapılarına sahip oldukları, zihinsel geriliğin yükselmesi ve yaşın da ilerlemesi ile motor gelişimde görülen kayıp gittikçe arttığı görülmektedir (42).

Vücut görünüşleri itibari ile bazı bozukluklar da görülebilmektedir.

#### **2.1.7. Zihinsel Engelin Sebepleri ve Görülme Sıklığı**

Zihinsel engelin sebeplerinin çoğu bilinmekle olup, bilinmeyenlerde çok fazladır. Ağır zihinsel engelli durumların %30'unda, hafif zihinsel engelli durumların %50'sinde neden bilinmemektedir. Bununla beraber zihinsel engellilerin %50'sinden fazlasında birden fazla sebep ortaya çıkmaktadır (6).

Zihinsel engelin sebepleri gelişim süreçlerine göre şu şekilde yapılmaktadır (6).

##### **2.1.7.1. Doğum Öncesi Sebepler**

Genetik hastalıklar veya bozukluklar, beyinle ilgili olumsuzluklar ve çevre olmak üzere dört sınıfta toplanmaktadır.

### 2.1.7.2. Doğum Anındaki Sebepler

Oksijensiz kalma, kısmi oksijensiz kalma, doğum travmaları , erken doğum, sarılık, enfeksiyonlar, metabolik sebepler, perinatal süreçte zihinsel engelliliğe yol açan sebepler sayılabilir (6).

### 2.1.7.3. Doğum Sonrası Sebepler

\*Santral sinir sistemi enfeksiyonları,

\*Bakteriler

\*Virüsler

\*Parazitler

\*Bazı hastalıklar ve aşı dönemleri sonrasında görülen problemler,

\*Mantarlar

\*Hastalık (kızamık), aşı (kuduz, çiçek), kafa travmaları (trafik kazası, ev kazası, iş kazası gibi) (6).

### 2.1.7.4. Çevresel Sebepler

İncitilmiş veya gereken ilgi gösterilmemiş ya da normal gelişim dönemleri için ihtiyaçları olan fiziksel ve ruhsal ihtiyaçları karşılanamayan bebek ve çocuklarda telafi edilmesi mümkün olmayan öğrenme güçlükleri görülebilmektedir. Çevrede yaygın olarak bulunan (boyalar, oyuncaklar, konserve yiyecekler, trafiği yoğun bölgelerdeki hava kirliliği, yaşamdaki kimyasal maddeler) zihinsel engelliliğinin sebebi olabilmektedir (6).

Eğer çevredeki etkileşim süreci yeterli değilse etrafı ile etkileşim içinde bulunan çocukta yalancı zeka geriliği denen durum ortaya çıkabilir. Bu durumda çocuğa doğduğu günden itibaren gösterilecek sevgi, şefkat, ilgi ve doğru şekilde eğitici yaklaşımın önemi çok büyüktür (6).

## 2.2. REKREASYON İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

### 2.2.1. Zaman

Zaman veya vakit, ölçülmüş veya ölçülebilen bir dönem, uzaysal boyutu olmayan bir kontinyum (94).

Zaman kavramında uzay ölçüdür zaman sayesinde ölçülebilir (63).

Sözcük anlamı olarak zaman, bir işi veya oluşun içinde geçtiği, geçeceği veya geçmekte olduğu süre veya vakittir. Zaman kavramın başlıca özellikleri şunlardır.

- 1-Zaman ödünç alınamaz,
- 2-Kiralama söz konusu değildir,
- 3-Satın alınma olmaz,
- 4-Çoğaltılamaz arttırılamaz,
- 5-Depolanamaz, biriktirilemez,
- 6-Tasarruf edileme söz konusu değildir.

Zaman iyi değerlendirilmediğinde insanlarda stres yaratır (41).

### 2.2.2. Boş (Serbest) Zaman

Serbest zaman, bireylerin serbest zamanlarında kendileri için yaptıkları eğlence, kişisel gelişim amacına ulaşmak için herhangi bir kazanç düşünülmeden yaptıkları aktivitelerdir (58).

Tanım olarak; toplumun bir temel gereksinimi etrafında toplanmış olup, bir çokluk tarafından paylaşılmış bulunan bir davranış örnekleri bileşenidir. İşte boş zaman değerlendirmesi de insanların dinlenme ve eğlenme gibi gereksinimlerinin karşılayan toplumsal bir kuramdır (39).

Boş zamanın tanımını genişletmemiz gerekirse; insanların yaşantılarını devam ettirmek için yapması gereken işlerin dışında kalan zaman diyebiliriz. Boş zaman sadece sahip olduğumuz işin dışında kalan zaman olarak düşünmemeliyiz. Faturalarımızın yatırılması, çocukların okuldan alınması, evle ilgili yapılması gereken işlerin yapılması, ailemizin bireylerinin ihtiyaçlarında yanında olmamızda sorumluluklarımız arasında sayılabilir.

Sanayi devriminin ortaya çıkmasından sonra çalışma hayatında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Günlük çalışma süresi sekiz saate haftalık çalışma süresi kırk saate gerilemiştir. Bunun sonucunda insanların kendilerine ayırdıkları zaman oranında büyük bir artış meydana getirmiştir. İleri teknolojinin sonucu olarak serbest zaman artışı, beraberinde kültürel, ekonomik, psikolojik bir takım sorunları da getirmiştir. İşte serbest zaman bireyin hayatında yaşamak veya biyolojik olarak devam ettirmek için kazanç sağladığı süre dışındaki zamandır (63).

### **2.2.3. Boş Zaman Faaliyetlerinin Sınıflandırılması**

Faaliyetleri gruplara, amaçlar veya yapılaş yerlerine göre farklı şekilde sınıflayabiliriz. Fakat genel olarak kullanılan sınıflama türü zamana göre sınıflandırmaktır (49).

#### **Buna göre boş zamanlar ikiye ayrılır;**

- Uzun Süreli Boş Zamanlar
  - Çocukluk döneminde geçen boş zamanlar
  - Yıllık izin dolayısı ile boş zamanlar
  - Emeklilik dönemindeki boş zamanlar
- Kısa Süreli Boş Zamanlar
  - İş günü sonundaki boş zamanlar
  - Hafta sonları boş zamanlar
  - Kısa süreli tatiller

#### 2.2.4. Boş Zamanları Değerlendirme

Serbest zaman eğitimi daha çok birey ya da toplulukları bazı alanlarda beceri sahibi kılmayı, toplumun gelişim sürecine katkı yapmayı ve yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemektedir. Serbest zaman eğitimi serbest zamanla ilişkili becerileri kazanmak ve geliştirmek davranışları geliştirmek ve bilgiyi arttırmak üzerine odaklanılmalıdır (37).

Boş zaman, sahip olduğumuz iş yada zorunlu yapılması gereken bir iş yada sorumluluk dışında serbest olunan veya bir zorunluluğun olmadığı zaman (57).

Özgür katılımı ifade eden ve yaratıcı sonuçları olan serbest zaman insanları doğru deneyimlerle besleyerek ahlaki bakımdan sağlam karakterli ve erdemli kişiler olarak yetiştirir. Bu görüşü destekleyen Tolstay'a göre de eğitimin temel ilkesi özgürlük olmalıdır. Eski Yunanlılarda (M.Ö. VIII. ve VI. yy.) insanın her yönlü gelişimi, yani beden ve ruhun armonik bir bütün halinde gelişmesi amaç edinilmiştir. Ayrıca Japon eğitim felsefesine göre halkın yaşam boyunca eğitilmesi amaçlanmıştır. Çünkü eğitim yaşamın her anında yaşayan bir olgudur ve bunu kimin, hangi kurumun verdiği önemli değildir; önemli olan toplumun eğitilmesidir. Aksi takdirde serbest zamanın etkin olmayan bir şekilde kullanılması sağlığın bozulmasına, aile yaşamının aksamasına, mesleki etkinliğin azalmasına ve yurttaşlık bilincinin bozulmasına yol açmaktadır (80).

Serbest zaman eğitiminin genel amaçları başlıca şu noktalarda toplanmaktadır:

- Bireylere temel bilgi edindirmek,
- Kişiliğin geliştirilmesi,
- Mesleki ve toplumsal yaşam durumlarına hazırlama.

Bu amaçların gerçekleştirilmesi için serbest zamanı iyi kullanma eğitimine ihtiyacın olduğu ortadadır. Birçok eğitimciye göre serbest zaman eğitimi, çeşitli müfredat programı dışındaki etkinlikler vasıtasıyla serbest zamanın en değerli bir

biçimde kullanılması yoluyla sağlanabilir. Bazıları da bu eğitimi geniş ölçüde ilgilerin ve becerilerin yaratılması biçimindeki bir rehberlik sorunu olarak düşünmektedirler. Fakat bunun nasıl sağlanacağı hususunda görüş ayrılıkları bulunmaktadır. Bununla birlikte, serbest zaman eğitimi, bireyin yaşamının zenginleştirilmesi, ilgilerinin ortaya çıkarılması, becerilerinin geliştirilmesi kadar, bir yaşam felsefesini de içine almaktadır. Serbest zaman eğitimi yaşam için eğitimle eşit tutulmalı ve insanları, zamanlarını kullanmaya hazırlayan bir süreç olarak düşünülmelidir. Bu süreçte birey, kişisel bir doyum sağlamalı ve tüm kişisel gelişmelerine katkıda bulunmalıdır. Serbest zaman eğitimi onlara tutum ve değerler, ilgi ve beceriler kazandırma ve geliştirmeye yöneliktir (80).

### **2.2.5. Kullanım Alanlarına Göre Boş Zaman Çeşitleri**

Boş zaman kullanım alanına göre 4 grupta incelenir.

- Sportif Boş Zaman, insanların amatör olarak özgürce ve severek spor yapmak için ayırdıkları zaman dilimidir.
- Yaratıcı Boş Zaman, insanların yaratıcı yetenekler (resim, heykel yapımı, el sanatları vs.) için ayırdıkları zaman dilimidir.
- Sosyal Boş Zaman, insanların sosyal etkinliklere katılmak (eş dost ziyareti, aile ve arkadaş toplantıları gibi) için ayırdıkları zaman dilimi.
- Turistik Boş Zaman, insanların turizm olayına katılmak için ayırdıkları boş zaman dilimidir. Turizm olayına katılma süresi içinde zorunlu etkinlikler dışında kalan zaman dilimiyle ifade edilir (41).

### **2.2.6. Boş Zaman ve Oyun Kavramlarının Nitelikleri**

İnsanlar yaşamları için sahip oldukları enerjinin kullanılmayan kısmını boş zamanı değerlendirme veya oyun yoluyla dışarı atarak rahatlar, gerginliklerini azaltırlar.



-Çocuklar oyun yoluyla yaşamlarının ileri dönemlerindeki eylemlere ilgili deneyim kazanarak hayata hazırlanırlar.

-İnsanlar boş zaman değerlendirme ve oyun aracılığı ile kültürel eylemleri tekrarladıklarından kültür aktarımını gerçekleştirmesine katkı sağlarlar.

-Oyun bastırılmış duyguların dışarı çıkmasını sağlayarak, insanların deşarj olmasını sağlar.

-İnsan oyun yoluyla başarıya ulaşma, paylaşma, yaratıcılık, kendini tanıma, takdir etme ve saygınlık kazanma ihtiyaçlarını karşılar.

-Oyun; iş ortamı ve yaşam mücadelesinin sıkıntılarından kurtulmak için zevk verici, doyum sağlayıcı boş zaman değerlendirmek etkinliğidir.

-İnsanlardaki oyun güdüsü insan davranışını kültürel başarıları hareket geçirir (41).

### **2.2.7. Rekreasyon**

Rekreasyon yenileme, yeniden yaratılma veya yeniden yapılanma anlamına gelen Latince “recreation” kelimesinden gelmektedir. Türkçe karşılığı yaygın bir şekilde boş zamanı değerlendirme olarak kullanılmaktadır. Bu ise bireylerin ya da toplumun boş zamanlarında gönüllü olarak yaptıkları dinlendirici ve eğlendirici etkinliklerdir (15).

Modern anlamda bir sosyal kurum, bilgiler topluluğu ve profesyonel bir çalışma alanı olarak rekreasyon; işten bağımsız, kendi içinde değerli olan, kişinin pek çok önemli ihtiyacını karşılayan, dolu ve mutlu bir yaşam aracıdır (20).

Rekreasyon, boş zaman içinde eylem ya da daha önceden plan yapılmış bir hareketsizlik anlamına gelen serbest durgunluğu ad içeren eylemlerin tanımıdır (61).

Genel anlamda rekreasyon, insanların boş zamanlarında eğlence ve dürtüleri ile gönüllü olarak etkinliklere katılımı olarak açıklanmaktadır (33).

İnsanların işi, ailesi, yaşam alanları gibi yaşantısı boyunca yapmakla yükümlü olduğu durumlar dışında kalan zaman içinde isteyerek katıldığı, yarattığı eğlenceli, bireye sosyal yaşam kalitesi sunan etkinliklerdir diyebiliriz.

Dinlenme genellikle katılımcı tarafından gönüllü olarak seçtiği bir faaliyet ya da deneyimden sürecinden oluşur, Genellikle eğlenceli olduğunu ve örgütlü topluluk veya ajans hizmetlerinin bir parçası olarak yapıldığında, bireysel katılımcı, geniş bir grup ve toplumun yapıcı ve sosyal değerli hedeflerini karşılamak üzere tasarlanmıştır (10).

Sahip olunan yoğun çalışma yükü , rutinleşmiş yaşam şartları, olumsuz etkilere sebep olan çevresel etkilerden tehlikeye giren, olumsuz etkilenen bedeni ve ruhi sağlığını korumak, yeniden elde etmek , aynı zamanda keyif almak amacıyla, bireysel doyum sağlayacak, tamamıyla sahip olduğumuz iş ve zorunlu ihtiyaçlar için ayrılan zaman dışında kalan bağımsız ve başkaları tarafından şartlandırılmayan boş zaman sürecinde, isteğe bağlı , gönüllü olarak bireysel, kişisel yada grup içinde gerektiğinde tercih yaptığı etkinliklere rekreasyon denir. Rekreasyon kavramının daha geniş kapsamlı açıklanabilmesi için şu tanımlayıcı ifadeler kullanılmaktadır (16).

1. Rekreasyon, boş zamanlarda yapılır. İş ve zorunluluk değildir ve ticari getiri amacı taşımaz.
2. Rekreasyonda, kişi gönüllü olarak kendi arzusu ile etkinliklerde bulunur.
3. Rekreasyon faaliyetleri, katılımcıya keyif veren, mutlu eden ve neşeli bir tarzda oluşur.
4. Rekreasyon faaliyeti, bireysel ya da toplumsal fayda sağlar.
5. Toplumsal değerlere, inançlara aykırı değildir. Beslenme, uyumak gibi hayati önem taşımaz.

### 2.2.8. Rekreasyona Duyulan İhtiyacın Nedenleri

Rekreasyona duyulan ihtiyaçlar rekreasyon faaliyetlerinin kişisel ve toplumsal olarak sağladığı faydalardan ileri gelmektedir.

Kişisel Yönden;

Fiziki sağlık gelişiminin yaratılması,

Ruh sağlığı kazandırılması,

İnsanı sosyalleştirmesi, yaratıcılık,

Kişisel beceri ve yeteneğinin geliştirilmesi,

Çalışma başarısı ve iş verimliliğine etkisi,

Ekonomik etkisi, ekonomik hareketlilik,

İnsanı mutlu etmesi.

Toplumsal Yönden;

Toplumsal dayanışma ve bütünleşmeyi sağlaması,

Demokratik toplum yaratılması (11).

### 2.2.9. Rekreatif Faaliyetlerin Özellikleri

- İş, ders, vazife veya mesai saatleri dışında kalan boş zaman da yapılan bir faaliyet olması,
- Bireylerin tercih etme ve seçme haklarını tanıyan bir faaliyet olmak,
- Devam ve katılma mecburiyeti olmayan bir faaliyet olması,
- Genel olarak Toplumun ahlak anlayış ve kurallarına uyan bir oluşum olması,

- Bireye haz ve neşe sağlayan bir faaliyet olması,
- Bireye kendini ifade etme ve kendi kendine yaratabilme imkanları sağlayabilen bir faaliyet olması,
- Organizmayı dinlendirici sağlık ve kuvvet kazandırıcı bir faaliyet olması,
- Ruh ve beden sağlığı yönünden koruyucu tedavi edici ve şahsiyetin gelişimini sağlayıcı bir faaliyet olması gerekir. Her yaştaki ve cinsteki insanların faaliyetlere katılmalarına imkan verir (63).

### **2.2.10. Rekreasyon Aktivitelerinin Sınıflandırılması**

Basit eğlenceler katılımcının fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamada özel bir yer ve faaliyet gerektirmeyen eğlencelerdir. Örneğin; konserlere gitmek, sergileri gezmek, sinemaya gitmek, radyo dinlemek vb.

1-Zihinsel (düşünme) aktiviteleri; katılımcının zihnini ve düşüncelerini kullanarak uyum sağladığı etkinliklerdir. Örneğin; seminerler, meditasyon, yoga, seyahat vb.

2-Spor ve egzersiz; katılımcının çok çeşitli spor alanlarındaki etkinliklerini içerir. Bunlar; aerobik, basketbol, bisiklet, yelken, yüzme vb.

3-Müzik; Bu bölüm kişinin aktif katılımın hem de seyirci olarak pasif katılımını kapsar. Bunlar; konserlere katılmak, beste yapmak, ıslık çalmak vb.

4-Resim; Müzik sınıflandırılması gibi resim bölümünde de kişilerin aktif ve pasif katılımları vardır. Bunlar; resim sergilerine katılmak, gezmek, çizim yapmak vb.

5-Dans: Bu gurubu oluşturan etkinlikle de hem aktif hem de pasif katılım içerir. Seyirci olmak veya aktiviteyi yapmak katılım sağlar. Bunlar; aerobik dans, oryantal dans, halk oyunları, modern dans vb.

6-Hobiler; hobi bölümü oldukça kapsamlıdır ve çeşitlidir. Bunlar; elbise dizaynı, yemek pişirme, örgü örmek, elektronik işlerle uğraşmak vb.

7-Oyunlar; Bunlar çocukluk çağı oyunlarıdır. Bu oyunlar yarışma biçiminde olmayan eğlence amaçlı yeni oyunları da içerir. Bunlar kağıt oyunları, şans oyunları bilgi oyunları, bilgisayar oyunları, yap-boz, hokkabazlık, ezber oyunları vb.

8-Rahatlama; katılımcının zihinsel, duygusal ve fiziksel anlamda rahatlamasına yönelik etkinliklerdir. Bunlar; müzik dinleme, meditasyon, masaj, sıcak banyo, güneşin batışını izlemek vb.

9-Sosyal aktiviteler; Aile arkadaş toplantıları, akraba ziyaretleri, partiler ve kulüp toplantıları gibi sosyal etkinliklerdir. Bunlar; resim topluluğu, hobi toplulukları, kitap topluluğu ve gençlik kulüpleridir (63).

### **2.2.11. Yerel Yönetimlerde Rekreasyon**

Yerel yönetimlerin temel görevlerinden biri vatandaşlarının fiziksel gelişim, dinlenme, yaratıcılıklarını geliştirme ve sosyalleşme gibi ihtiyaçlarını karşılamak üzere rekreasyon program ve hizmetleri sunmak olmalıdır.

Yerel yönetimler farklı hedef kitlelerine göre farklı programlar arayışı içinde olmalıdırlar. Bu programlar değişen sosyo-ekonomik koşullar, beklentiler ve yeni trendler ile birlikte değişim göstermektedir. Yerel yönetimler bu değişimleri dikkate almalıdırlar.

Yerel yönetimlerin rekreasyon aktivitelerine katılacak hedef kitlelerini aşağıdaki şekilde tanımlamak mümkündür:

- Spontane karar verenler / geçerken uğrayanlar,
- Kurs ve derslere katılanlar,
- Çeşitli organizasyonlara ait guruplar,

- Yarışma gurupları,
- Özel etkinliklere katılanlar,

Yukarıda adı geçen hedef gurupların katılacağı serbest zaman program ve hizmetlerini zenginleştirmek ve çeşitlendirmek önemlidir. Bu aktivite gurupları şöyle sıralanabilir:

- Spor ve yarışmalar: Spor beceri kursları, spor turnuvaları, spor okulları.
- Doğa aktiviteleri: Dağcılık, kaya tırmanışı, doğa yürüyüşleri, dağ bisikleti, hedef bulma yarışması (orienteering), rafting.
- Kişisel gelişim aktiviteleri: Stres yönetimi, ev ekonomisi, sağlıklı beslenme, bilgisayar eğitimi kursları.
- Hobiler: Balık tutma yarışı, fotoğrafçılık,
- Güzel sanatlar etkinlikleri: Resim-heykel ve el sanatlarını geliştirme kursları.
- Fiziksel uygunluk (Fitness) aktiviteleri: Kondisyon yüzmesi, duvar tırmanışı, halk koşuları.
- Seyahat ve turizm: Kültür ve tarih gezileri, müze ziyaretleri.
- Gönüllü hizmet programları: Kimsesiz çocuklar, yaşlılar ve çocuk tutuk evleri programları (51).

### **2.2.12. Rekreasyonun Amacı**

Son yıllarda Beden Eğitimi ve Spor Okulları yada Spor Bilimleri Fakülteleri bünyesinde “rekreasyon” bölümleri açılmıştır. Rekreasyon bölümünün, ağırlıklı olarak istihdam alanlarının turizmi sektörü olduğu anlaşılıyor. Rekreasyon bölümlerinin amacı; bazı Yüksekokulların web sayfalarında “mezunların dört yıllık

eğitim ile turistik yörelerimizde animatörlük, özel kulüpler ve kuruluşlarda çeşitli spor branşlarına yönelik ve idarecilik yapmak” şeklinde belirtilmektedir (52).

Bu konuda yapılabileceklere ilişkin öneriler şu şekilde özetlenebilir;

İlk olarak; turizm ve otelcilik programları ile rekreasyon bölümleri arasında işbirliği olanaklarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla özellikle mesleki ve sektörel bilgiye dayalı derslerin, konusunda bilgili ve deneyimli olan akademisyenlerce verilmesi yerinde olacaktır (52).

İkinci olarak rekreasyon bölümlerinin bu haliyle Beden Eğitimi ve spor Yüksekokulları bünyesinde faaliyet göstermesinin doğru sonuçlar vereceği kuşkuludur ve okulların kuruluş amaçlarına ters düşmektedir. Bu sorunun rekreasyon bölümlerinin sayısının daha artmasından önce giderilmesinde yarar bulunmaktadır. Bu amaçla rekreasyon bölümlerinin turizm ve otelcilik programlarını bünyesine alması, yolu çözüm olarak ortaya atılabilir. Ayrıca, bünyesinde yeterli öğretim elemanlarının bulunduğu üniversitelerde rekreasyon bölümlerinin de dahil olduğu daha kapsamlı akademik turizm programlarının kurulması yoluna da gidilebilir (52).

### **2.2.13. Rekreasyon ve Spor**

Çağımızın sıradanlaşmış günlük yaşamı içerisinde insanların yaşam zorunlulukları dışında kalan zamanlarını değerlendirmeleri sağlıklı kalabilmeleri için çok önemlidir. Teknolojik gelişmelere bağlı olarak çalışma saatleri giderek azalmakta ve insanların kendilerini isteklerini yapabilmek için sahip oldukları zaman ve imkânlar çoğalmaktadır (29).

Boş zamanları değerlendirme süreci içeriklerine ve yapıldığı alanlara göre farklılaşır. Bu etkinliklerden hangisinin tercih edileceği kişinin yapısına, cinsiyetine, eğitimine, sahip olduğu olanaklara ve yeteneklerine bağlıdır (64).

Bunların içinden spor, sinema, tiyatro, konser, kitap okuma gibi diğer rekreatif etkinliklere göre herkesin istediği zaman ilgilenebileceği boş zaman faaliyetleri ön plana çıkmaktadır.

Spor, rekreasyonun içeriği en geniş, çeşit sayısı fazla ve ilgi çeken alanlarından birisidir. Spor ve rekreasyon karşılıklı olarak birbirlerini etkilemektedirler. Spor insanların rekreatif gereksinimlerini karşılamada önemli bir hareket alanı sağlarken, rekreasyon da sporun toplumsal yaygınlaşmasında ve sosyalleşmenin sağlanmasında, beşeri ilişkilerde önemli roller üstlenmiştir. Spor bu rolünü genellikle herkes için spor veya sağlıklı yaşam için spor gibi etkinliklerle gerçekleştirmektedir. Spor bir boş zaman uğraşısı olarak yani amatörce yapılan haliyle rekreatif faaliyet özelliği taşımaktadır. Spor, insanın emrine ve hizmetinde olursa rekreasyon faaliyeti; eğer insan sporun emrine girerse o zamanda spor bir meslek özelliği taşıyarak rekreasyon faaliyeti kapsamı dışında kalmaktadır (64).

İnsanlar giderek, hekimlerin önerileriyle teknolojik gelişmelerin yol açtığı hareketsizlik nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunlarını karşısında spora aktif olarak katılmayı tercih etmektedirler. Sporcuların toplum içerisindeki statülerinin yükselmesi de ailelerin çocuklarını öğrenmeleri dışında spora katılmaya teşvik etmesine yol açmış ve çocukların rekreatif etkinliklerinde spor ilk sıralarda yerini almıştır.

Sağlık, sadece bir hastalığımızın olmaması değil, bedensel, zihinsel ve sosyal olarak tam olarak iyi olma halidir. İnsanların uzun ve sağlıklı yaşama istekleri, onları hem fiziksel hem de zihinsel olarak rahatlamalarına fırsat tanıyan rekreasyon faaliyetlerine yönelmektedir (73).

Yapılan çalışmalar, rekreasyon amaçlı olarak sportif faaliyetleri tercih eden insanların sayısının diğer faaliyetlere katılanlardan daha fazla olduğunu göstermektedir. Örneğin, Almanya’da halkın %61 boş zaman etkinliklerinden sporu tercih etmektedir. Ayrıca 1987 yılında Almanya’da 6-16 yaş arasındaki 190.000 kişi üzerinde yapılan bir anket araştırmasında araştırmaya katılan gençlerin %60’nın boş zamanlarını spor yaparak geçirdiklerini ortaya çıkarmıştır. Boş zamanlarda sportif faaliyetlere aktif olarak katılımı tercih etme yüzdesinin genel nedenleri, sporun kişisel ve toplumsal özelliklerinden dolayıdır (64).



## 2.3. DEPRESYON KAVRAMI VE KAPSAMI

### 2.3.1. Depresyon Tanımı

Depresyon sözcüğü, Latince “depressus” sözcüğünden gelmekte olup, aşağıya çekmek, bitkin, gamlı, kederli, cesaretini kırmak, donuklaştırmak ve durgunlaştırmak anlamlarına gelmektedir. Türkçe karşılığı ise ruhsal çöküntü ya da çökkünlüktür (54).

Depresyon; bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurum bozuklukları belirti kümelerinden oluşan, süresi haftalardan aylara kadar uzayabilen, kişinin her zamanki işlevselliğinin belirgin şekilde değiştiği, dönemsel ya da döngüsel biçimde yinelemeye eğilimli olan sendromlar biçiminde tanımlanabilir (72).

“Depresyon kişinin duygudurumunda genel olarak çöküntü, suçluluk duyma ve isteksizlik halidir” (25).

Köroğlu’na göre ise gelip geçici olan bir çeşit kötü his, duygusal durum ya da üzüntüden ziyade oldukça uzun süreli olmak kaydıyla kişinin kendini ileri derecede çökkün hissetmesidir (55).

İnsan yaşamı boyunca inişleri, çıkışları ve tehdit edici deneyimleri yaşayacaktır. Birey bu tür durumlarla başa çıkabildiğinde kriz süreci oluşmaz fakat tehdit yada olumsuzluk oluşturan bu duruma alıştığı baş etme yöntemleri baş edemediğinde kriz durumu oluşur. Bu dönemlerden birisi de depresyondur (24).

Depresyon, oluşma nedenleri, tedavisi bakımından oldukça karmaşık olan ruhsal bir bozukluktur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir. Genel anlamda depresyon derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, dikkat, yorgunluk ve odaklanmanın azalması, motivasyonun düşmesi, değersiz hissetme, suçluluk, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik kapasitede yavaşlama gibi belirtileri kapsayan bir sendromdur (70).

Biyolojik ve genetik faktörler, yanı sıra çevresel faktörler de depresyona neden olabilir. Bireyler depresyona yatkın olabilir ve durum genellikle bir aile içinde çeşitli üyeleri arasında görülür. Stres ve diğer çevresel faktörler de depresyon bağlantılıdır.

Çoğunlukla yaşantımız boyunca karşılaştığımız olumsuz durumlar (ayrılıklar, boşanma veya hayatımızda önemli değişiklikler, ölüm, ticari başarısızlık) sonucu depresyon süreci yaşanmaktadır. Bu tür durumların sonucunda çoğunlukla depresyon durumsal ve kısa olacaktır. Eğer iki hafta veya daha uzun sürerse şiddetli günlük semptomlar olarak sürerse o zaman klinik depresyon olarak kabul edilir. Klinik depresyon sıklıkla işimizle ilgili, aile ilgili birçok olumsuzlukların yaşanmasına sebep olabilir. Sahip olduğumuz yetenekleri kullanmamıza engel olur.

Kederlilik, huzursuzluk, uyku hali, iştah durumu ve kilodaki değişimler gibi durum belirtileri depresyonu tanımlamak için kullanılmaktadır (83).

### **2.3.2. Depresyon Belirtileri**

Depresif belirtiler günümüzde birçok insanın günlük yaşamında görülebilmektedir. Dikkatsizlik, dikkati toplayamama, dalgınlık, unutkanlık, düşüncelerin dağınık olması gibi zihinsel işlev bozuklukları, aslında kişinin gündelik yaşamının karşılaşılabileceği durumlardır. Bundan dolayı depresyondan bahsedebilmek için bu gibi belirtilerin varlığından çok bunların sıklığı, şiddeti ve süresinin uzunluğu önemli olmaktadır (54).

Depresyona neden olan etmenler çok çeşitlidir ve bu nedenler çoğu zaman birbirleriyle ilişkilidir (55).

Depresyonun hem bilişsel boyutu hem de fiziksel boyutu da bulunmaktadır. Depresyondaki bir kişi uyuma ya da uyanma konusunda sıkıntı yaşayabilir. İştahtaki değişime göre kilo alma ya da kilo kaybı görülebilir. Kişide tükenmişlik hissi, herhangi bir etkinliği gerçekleştirebilmek için özel çaba gereksinimi, düşük enerji,

uykusu yok iken bile yatağa yatma isteği gibi fiziksel belirtiler baş gösterebilmektedir (14).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Sınıflandırmasına Göre Depresyon Belirtileri;

1. Kendisini mutsuz hissetme hali,
2. Hoşlanmış olduğu şeylere karşı ilgide azalma,
3. İştahta artış ya da azalma durumu,
4. Uyku bozukluğu,
5. Huzursuzluk hissiyle sürekli hareket etme isteği veya aşırı durgunluk,
6. Yorgunluk-bitkinlik hali,
7. Kendini değersiz, çirkin yada suçlu hissetme,
8. Konulara yoğunlaşmada güçlük çekme, kararsızlık yaşama,
9. Tekrarlanan ölüm düşüncesi, intihar düşüncesi olması yada intihar,

girişiminde bulunma hali (32).

### **2.3.2.1. Psikolojik Faktörler**

Birçok psikolojik etkenler depresyonun oluşmasına neden olmaktadır. Bunlar; anne babanın yada hayatında yer alan önemli birisinin ölümü, beşeri ilişkilerde yaşanan sorunlardır. Johnson (2003), iş değişikliği ya da kaybı, boşanma, bir arkadaşın ya da ailedeki bir yakının ölümü gibi çevresel ve durumsal etkenlerin etkisiyle depresyon oluşabileceğini vurgulamaktadır (47).

Çocukluktan beri üzüntülü uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur (3).

### **2.3.2.2. Biyokimyasal Faktörler**

Kafa travmaları, ameliyatlar, çeşitli enfeksiyon hastalıkları, gebelik, lohusalık, menopoz dönemine özgü hormonal değişiklikler ve tiroid hastalıkları ile kanser de depresyonun kimyasal olmasa da biyolojik nedenleri arasında sayılabilmektedir. Duygudurum bozukluklarının biyokimyasal nedenlerinden bir diğeri de nöroendokrin eksenlerden olan adrenal, tiroid ve büyüme hormonu eksenleridir. Ayrıca melatonin azalması, prolaktin salınımının azalması ve erkeklerde testosteron düzeyinin azalmasıdır. Nöroanatomik bulgular da depresyonun biyokimyasal nedenlerinden olabilmektedir (3).

### **2.3.2.3. Kalımsal Faktörler**

Depresyon geçiren hastaların birinci derece akrabalarında hastalanma riski genel nüfusa göre iki-üç kat yüksektir. Eş hastalanma oranı, tek yumurta ikizlerinde %40-50 arasında gösterilmektedir. Kalıtımla geçiş olasılığı %21-45 oranındadır (31).

Yapılan araştırmalarda, mizaç bozukluklarında kalımsal faktörlerin önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Depresyonun genetiği ile ilgili veriler aile, evlatlık çalışmalarına dayanmaktadır (68).

### **2.3.3. Depresyon Türleri**

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanısal ve Sosyal Güvenlik sisteminin engelliler listelerine dayandırılarak; Ruhsal Bozukluklar, zayıflatıcı olması ve çalışmak için bir kişinin yeteneğini etkileyebilir, okula, ya da başkaları ile sosyal etkileşimini olumsuz etkileyebilir.

Üç ayrı depresif bozukluklar vardır şeklinde açıklamaktadır; (87).

#### **2.3.3.1. Major Depresyon**

Klinik depresyon tanısı için, bu tür konsantrasyon güçlüğü suçluluk veya değersizlik duyguları, iştah ve uyku düzeninde değişiklikler, yorgunluk, intihar

düşünceleri ve / veya sabit üzüntü gibi belirtiler en az haftada iki gün baş göstermesidir.

### **2.3.3.2. Dysthymia Depresyon**

Bir duygudurum bozukluğudur. Bu tür depresyon ağır depresif bozukluk ile aynı semptomların pek çoğuna sahiptir, fakat semptomlar, genel olarak daha az şiddetlidir ve en azından iki yıllık bir süre içinde meydana gelir.

### **2.3.3.3. Manik Depresyon**

Manik depresyon mani ve depresyon ya da aşırı yüksek ve alçak dönemlerinden ile karakterizedir. Manik ataklar (örneğin, seks, uyuşturucu, alkol) özsaygı, uyku eksikliği, yarış düşünceleri, sinirlilik ve riskli davranışların artan katılım şişirilmiş duygusu neden olur. Depresyon bu tür belirtileri gibi halüsinasyonlar ve sancılar gibi psikotik atak neden olacak kadar şiddetli olabilir ve hatta hastanede tedaviyi gerektirebilir (87).

### **2.3.4. Engelli Çocuğa Sahip Ailelerde Depresyon**

Ailede engelli bir çocuğun dünyaya gelmiş olması ailede bulunan bireylerin yaşantılarına doğrudan etki yapmaktadır. Genel olarak sahip sergiledikleri davranışları olumsuz etkilemektedir. Farklı hayaller kurarken, farklı planlar yaparken, beklentilerinden farklı bir şekilde çocuğun dünyaya gelmesi ailenin yaşantısında çoğu zaman köklü değişikliklerin yapılmasına sebep olmaktadır. Hayaller yerini umutsuzluğa bırakmaktadır. Bu süreçle, bu duygularla başa çıkmak hiçte kolay olmayacaktır.

Engelli çocuğa sahip aileler çocuklarının bakımı, yaşamlarını sürdürebilmeleri için birçok alanda yardıma ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Yalnızlık düzeyi ile ilgili yapılan bir başka araştırmada da, psikolojik danışma uygulamasının anne-babaların yalnızlık düzeylerine etkisi incelenmiş ve psikolojik

danışma uygulamasının yalnızlık duygusunu azaltmada etkili olmadığı saptanmıştır (36).

Ortaya çıkan yoğun stres ortamları ve yaşanmışlıklar ve yaşantılar, kişinin direnç gösterme gücünü aşağıya çekerek depresyona neden olabilmektedir.

### **2.3.1. Bu Alanla İlgili Yapılan Bilimsel Çalışmalar**

Bağdatlı (2012), Eğitilebilir zihinsel engelli bireylerde bazı fiziksel uygunluk parametreleri ile ilgili yapmış olduğu araştırmada Brockport Fiziksel Uygunluk Testi, kabul edilen temel standart normlarına göre, 13-17 yaş zihinsel engelli bireylerde kızların 20 m mekik testi sayı ortalamaları 12,5 tur, erkeklerin ise 32,5 tur şeklinde ifade edilerek norm tablosundaki yaş gruplarında yaşın artışına paralel olarak tur sayılarının da arttığını sonucuna ulaşmıştır. Skinfold değerlerinden elde edilen sonuçlarında ise, kızların skinfold değerleri ortalaması 37,17 mm, erkeklerin Skinfold değerleri ortalaması ise 29,53 mm olarak bulmuş. Kız ve erkek bireylerin skinfold değerleri ortalaması ise 32,50 mm olarak tespit etmiştir. Kızlarda yaşla birlikte fiziksel uygunluk değerinin arttığını ve erkeklerde en yüksek fiziksel uygunluk değerinin 14 yaşta görüldüğünü, Eğitilebilir zihinsel engelli kız ve erkek bireylerin fiziksel uygunluk değerlerinin benzerlik gösterdiğini belirtmiştir (8).

Beyazıt ve ark. (2007) Eğitilebilir zihinsel engelli çocuklarda eğlenceli atletizm antrenman programının motor davranışlarında olumlu gelişme tespit etmiştir. EZE çocuklarda temel hareket becerilerindeki yetersizliklerin daha çabuk atılması için mümkün olduğu kadar partnerli gruplarla kaynaştırma programı yapılması gerektiğini belirtmiştir.

Pekçetin (1993) çalışmasında 13-17 yaş aralığı için bu araştırmada kullanılan 20 m mekik testini kullanmış ve Eğitilebilir Zihinsel Engelli grubun tur ortalamalarını 10,82 tur olarak bildirmiştir. Skinfold (triceps+calf) değerleri ortalaması 30,21 mm olarak belirtmiştir (67).

Donncha ve Watson (1999) çalışmalarında, 14-18 yaş arası zihinsel engelli ve engelli olmayan bireylerin kavrama kuvvetini ölçmüştür. Zihinsel engelli ve zihinsel engelli olmayan her iki grupta da vücut ağırlığı yüksek olan bireylerin kavrama kuvveti değerlerinin daha yüksek olduğunu belirlemişler (28).

Fernhall (1993), zihinsel engelli bireylerin ve zihinsel engelli olmayan bireylerin kas kuvvetini karşılaştırmış, üst ekstremitte (kollar) kas kuvvetini zihinsel engelli olmayan bireylerin kuvvetini %78, alt ekstremitte (bacaklar) kas kuvvetini %71 daha iyi bulmuşlardır (35).

Kielhofner ve Miyake (1981), zihinsel engelli bireylere çeşitli oyunlar oynatarak yaşam mücadeleleri için gösterdikleri davranışları incelemiş; oyunlarla motor davranışlarında, bilinçsel yeteneklerinde, dikkat, kendine güven ve sosyal ilişkilerinde anlamlı bir artış tespit etmişlerdir (53).

Dereli ve Okur (2008) yapmış oldukları çalışmada engelli çocuğa karşı yükledikleri sorumluluk anne ve babayı depresyona ittiği sonucuna varmışlardır (27).

Birçok engelli birey sosyal, eğitim ve rekreasyon açısından dezavantaj yaşamaktadır. Özellikle çocuklar sahip oldukları engellerden dolayı diğer çocukların bulunduğu ortamlardan, imkanlardan dışlanmamalıdır. Rekreatif faaliyetlere katılım konusunda engelli bireyler daha önce yıllara göre daha iyi imkanlara sahiptirler. Şuan kano, ata binme, çeşitli rekreatif uçuş ile ilgili etkinliklerde engelli bireyleri de görebilmekteyiz.

Budak ve ark. (2012) yapmış oldukları çalışmada; öğretilebilir, 10-14 yaş grubu zihinsel engelli çocukların rekreatif etkinliklerle hareket becerilerindeki gelişmeler incelenerek; rekreatif etkinliklerin zihinsel engelli çocukların hareketsel gelişimleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda; araştırmaya katılan 8 öğrencinin 6 hafta boyunca uygulatılan aktiviteler sırasında incelenen skalalara göre aritmetik olarak yüzdelerinin olumlu olarak arttığı gözlenmiştir. 6 haftalık analizler sonucunda çalışma programında yer alan frizbi

oynayabilme ve müzik eşliğinde basit dans figürleri yapabilme dağılımlarının sonuçlarına bakıldığında  $p < 0,05$  anlamlı ilişki bulamamışlardır (17).

Ailenin engelli çocuğa yönelik tepkileri; engellin türüne, derecesine, çocuğun engelinin tanılanma yaşına, aile üyelerinin kişilik özelliklerine, eşler arası evlilik ilişkisine, ailenin sosyo-ekonomik düzeyine, aile içi ve dışı destek sistemlerinin varlığına bağlı olarak bir aileden diğer aileye farklılık gösterebilmektedir. Engelli ocuk annelerinin depresyon puanı, engelli ocuk babalarının depresyon puanından yüksek olduğu, bir işte çalışmayan engelli ocuk aile bireylerinin depresyon puanı, çalışan engelli ocuk aile bireylerinin depresyon puanından yüksek olması araştırmamda anlamlı olan iki sonuç iken; araştırmaya katılan engelli ocuk ailelerinin depresyon puanı ortalamalarının akrabalık durumu, engelli çocuğun cinsiyeti, aile yeleri arasında başka engelli olan olup olmama durumu ve çocuğun bakımına yardımcı olan birisinin olup olmama durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Sonuç olarak; zrl çocuğun ebeveynlerinin depresyonda olduğu belirlenmiştir (27).



### **3. BÖLÜM: GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMA DESENİ**

Araştırmada engellilerin fiziksel uygunluk parametrelerinin ve ebeveynlerin depresyon durumlarının belirlenmesinde ön test-son test kontrol grupsuz deneysel desen kullanılmıştır. Ön test-son test kontrol grupsuz deneysel desende sadece bir deney grubu mevcuttur ve katılımcılar rastgele belirlenir. Çalışmaya katılan katılımcılar da rastgele belirlenmiş ve ön test sonuçlarına göre herhangi bir gruplama yapılmamıştır (16).

#### **3.2. ÇALIŞMA EVRENİ**

Çalışmanın evrenini 2015 yılında Çanakkale ilinde yaşayan 298 eğitilebilir zihinsel engelliler ve aileleri oluşturmaktadır.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Araştırma örneklemini, 13-18 yaş aralığında, Hafif Mental Retardasyona (60-70 IQ) sahip, bireylerin raporlarından tespit edilerek vücut fonksiyon yetersizliği bulunmayan, aile gönüllü katılım onayları alınmış bireyler oluşturmuştur.

#### **3.4. ARAŞTIRMA GRUBU**

Araştırma grubunu tüm evreni kapsamaktadır. Çanakkale il merkezinde ikamet eden 16 eğitilebilir zihinsel engelli oluşturmaktadır.

### 3.5. YÖNTEM

Katılımcı bilgileri

**Tablo 1. Katılımcı bilgileri**

| Adı soyadı | Cinsiyeti | Yaşı<br>(yıl) | Boy<br>(m) | Vüc.Ağ.<br>(kg) | VKİ<br>(kg/m <sup>2</sup> ) |
|------------|-----------|---------------|------------|-----------------|-----------------------------|
| 1. Denek   | Erkek     |               | 1,65       | 64              | 23,51                       |
| 2. Denek   | Erkek     |               | 1,79       | 84              | 26,22                       |
| 3. Denek   | Erkek     |               | 1,74       | 91              | 30,06                       |
| 4. Denek   | Erkek     |               | 1,72       | 91              | 30,76                       |
| 5. Denek   | Erkek     |               | 1,74       | 62              | 20,48                       |
| 6. Denek   | Erkek     |               | 1,64       | 63              | 23,42                       |
| 7. Denek   | Erkek     |               | 1,78       | 57              | 17,99                       |
| 8. Denek   | Erkek     |               | 1,78       | 105             | 33,14                       |
| 9. Denek   | Erkek     |               | 1,75       | 62              | 20,24                       |
| 10. Denek  | Erkek     |               | 1,42       | 40              | 19,84                       |
| 11. Denek  | Erkek     |               | 1,72       | 80              | 27,04                       |
| 12. Denek  | Kız       |               | 1,72       | 85              | 28,73                       |
| 13. Denek  | Erkek     |               | 1,63       | 53              | 19,95                       |
| 14. Denek  | Kız       |               | 1,58       | 75              | 30,04                       |
| 15. Denek  | Erkek     |               | 1,74       | 86              | 28,41                       |
| 16. Denek  | Kız       |               | 1,35       | 44              | 24,14                       |

#### VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

##### 3.5.1. Egzersiz programı

Araştırma grubuna haftada 2 gün, günde ortalama 90 dakika olmak üzere 12 haftalık Fiziksel Uygunluk geliştirmeye yönelik Rekreatif programlar uygulanmıştır. Çalışmalar haftanın Pazartesi ve Cuma günleri, saat 14.30-16.00 arasında yapılmıştır.

Genel olarak program içerisinde şu tür etkinlikler yer almıştır;

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Birinci hafta:</b>   | Basketbolda top sürme ve isabet çalışmaları yaptırılarak isabete yönelik oyun ile tamamlanmıştır.<br>Futbol ayak vuruş teknik çalışmaları yaptırılarak, isabete yönelik yarışma ile tamamlanmıştır. |
| <b>İkinci hafta:</b>    | Japon kale futbol maçı yaptırılmıştır.<br>Goalball öğretilerek, goalball oynatılmıştır.   |
| <b>Üçüncü hafta:</b>    | Basketbol topu ile top sürmeye yönelik oyun ve yarışmalar yaptırılmıştır.<br>Latin dans çalışmaları yaptırılmıştır.   |
| <b>Dördüncü hafta:</b>  | Futbolda ve penaltı yarışması yapılmıştır.<br>Freeze oynatılmıştır.   |
| <b>Beşinci hafta</b>    | Tenis raketi ile kovaya isabet çalışması yapılmıştır.<br>Bowling oynamaya gidilmiştir.  |
| <b>Altıncı hafta:</b>   | Çuval yarışları yapılmıştır.<br>Dardanosta freeze maçı yapılmıştır.   |
| <b>Yedinci hafta:</b>   | Akçay gezisi yapılmıştır.<br>BESYO Gönüllüler ile Basketbol gösteri Maçı  |
| <b>Sekizinci hafta:</b> | Bocce oynanmıştır.<br>Doğa yürüyüşü ve piknik yapılmıştır.  |
| <b>Dokuzuncu hafta:</b> | Hastanebayırı sahasında BESYO Gönüllüler ile futbol gösteri maçı yapılmıştır.<br>Bisiklet ile gezi çalışması yapılmıştır.   |
| <b>Onuncu hafta:</b>    | BESYO Bayanlar ile Voleybol gösteri maçı yapılmıştır.<br>Havuzda su topu oynanmıştır. Sonrasında Mangal partisi yapılmıştır.  |
| <b>Onbirinci hafta:</b> | Anneler-Çocuklar penaltı yarışması yapılmıştır.<br>Akademisyenler ile Futsal Maçı yapılmıştır.  |
| <b>Onikinci hafta:</b>  | Müzik eşliğinde Temel jimnastik hareketleri yapılmıştır.<br>Hafta sonu kahvaltısı ve sahilde yürüyüş yapılmıştır.<br>Engelsiz Olimpiyatları yapılmıştır.  |

Bazı çalışmalarda saat konusunda esnek olunmuştur. Çalışmalarda tekrar yapılan yarışma ve çalışmalarda nabzın 120'nin altında olmasına dikkat edilmiştir.

Çalışmalarda güvenlik konusunda özel hassasiyet gösterilmiştir. Çalışmalarda gönüllü öğrenciler bizlere destek olmuşlardır.

### 3.5.2. Fiziksel Uygunluk Parametreleri

Araştırma grubuna, fiziksel uygunluğun değerlendirilmesi için oluşturulan Test Bataryası olarak Brockport Fiziksel Uygunluk Testi uygulanmıştır.

#### 20 metre Mekik koşusu testi

Test yavaş bir koşu hızında (8 km/s) başlar ve denek duyduğu 1. sinyal sesinde koşusuna başlar. 2. sinyal sesine kadar çizgiye ulaşmak zorundadır. 2. sinyal sesini duyduğunda ise tekrar geri dönerek başlangıç çizgisine döner ve bu koşu hızı her dakikada 0.5 km/s artan sinyallerle devam eder. Denek sinyali duyduğunda ikinci sinyalde pistin diğer ucunda olacak şekilde temposunu ayarlar. Başta yavaş olan hız her 10 sn bir giderek artar. Denek bir sinyal sesini kaçırıp 2. sine yetişirse teste devam eder. İki sinyali üst üste kaçıran denekler için test sona erdirilmiştir. Tamamladığı koşu sayısı puan olarak kaydedilir (84).

#### Skinfold Ölçümleri

Deri Kıvrım Kalınlığı Ölçümleri triceps, subscapular ya da calf bölgelerinden alınır.

- Triceps deri kıvrımı ölçümü, triceps kası üzerinden omuz ucu ve dirsek arasından alınır.
- Subscapular deri kıvrımı ölçümü, scapulanın 2,5 cm aşağısından vücudun orta hattına doğru alınır.
- Calf deri kıvrımı ölçümü, calf'in max. düzeyinden alınır, ayak, diz 90° fleksiyondayken yükseltilmiş bir yüzeye yerleştirilerek alınır, Ölçümler, tercihe göre baskın olan taraftan alınmalıdır, deri kıvrım ölçümleri için kullanılan skinfold caliper 10 g/mm<sup>2</sup> sabit bir basınç sağlamalıdır. Her bir bölge için 3 ölçüm alınır, orta değerdeki skor kriter olarak kabul edilir (84).

### **Dominant El Kavrama Kuvveti Testi**

Öğrenci düz arkalı bir sandalyeye ayakları yere degecek şekilde denekler oturtulur. Dinamometreyi vücuda temas ettirmemeleri ve dominant kollarını bükmeden dinamometreyi bütün güçleriyle sıkmaları istenir. Ölçüm sonucu kilogram cinsinden dinamometre okunarak kaydedilir. Her bir ölçüm sonrasında dinamometre ibresi, 0'a getirilerek üç kez deneme yaptırılacaktır. üç ölçümün ortalaması alınarak sonuç olarak kaydedilmelidir. Katılımcılara hareketi uygun şekilde yapmayı öğretmek önemlidir (84).

### **Bükülü Kol Asılma Testi**

Bu testte katılımcı barda kollar bükülü pozisyonda sürdürülen süre kaydedilir. Bu testte katılımcı bardan tutunarak mümkün olduğu kadar uzun süre kollar bükülü pozisyonunu sürdürmeye çalışır. Bu test el, kol ve omuzun kuvvet ve dayanıklılığını ölçmek için kullanılır. Katılımcı barı yukardan elleri ile kavrar ve bedenini bara yakın bir pozisyona getirmesine yardım edilir. Çenesi barın üstündedir ancak bara dokunmaz. Katılımcı bu pozisyonu mümkün olduğu kadar uzun sürdürmeye çalışır. Beden sallanmamalı, dizle bükülmemeli ve bacaklar hareket etmemelidir. Barın altına bir jimnastik minderi yerleştirilir. Bir kronometre gerekir. Her bireye bir deneme verilir. Çocuğun kollar bükülü pozisyonu sürdürebildiği süre kaydedilir. Çene bardan aşağıya iner ya da bara değerse, baş arkaya doğru eğilirse kronometre durdurulur. Düz pozisyonda ve destekle pozisyon alır ve barın yukarisından yakalar, katılımcı, mümkün olan en uzun sürede bulunduğu pozisyonda kalır, gövde sallanmamalıdır, dizler bükülü olmamalıdır ve bacaklar hareket süresince (84).

### **Mekik Testi**

Dizler yaklaşık olarak ortalama 140 derece bükülü, ayak tabanları yere tam temas eder ve bacaklar biraz aralık olarak sırtüstü şekilde düz zemindeki mindere uzanarak başlanır. Avuç içi mindere dönük, parmaklar serbest ve parmak uçları 11.4 cm'lik işaretlenmiş şeridin üst kenarına dokunacak şekilde yerleştirilir. Yatış pozisyonunda ellerin 11.4 cm'lik alanın üst sınırına kalkışta ise alt sınıra değmesi istenir. Bir

deneme hakkı verilir. Katılımcının puanı doğru şekilde yaptığı mekik sayısıdır. Bireyler Minderde sırtüstü pozisyona her dönüş bir mekik sayılır. Hareket sırasında ayakların yerden kalktığı, birey şeridin alt kenarına uzanmadığı ve başlangıç pozisyonuna dönemediği durumlarda mekik doğru olarak değerlendirilmeyerek toplam sayıya dahil edilmez, 75 tekrarı tamamlayıncaya kadar veya devam edemeyinceye kadar test devam ettirilir (84).

### **Gövde Kaldırma Testi**

Araştırmaya katılan bireylerin gövde ekstensiyonu, kuvveti ve esnekliğini ölçmek için gövde kaldırma testi kullanılacaktır. Jimnastik minderi ve cetvel kullanılarak yapılan bu testte katılımcı yüzüstü durumda iken, ellerini uyluklarının altına yerleştirmiş halde yatarken bedenün üst bölümünün sırt kaslarını kullanarak çenesini 30 cm e kadar kaldırıp, bir süre pozisyonunu devam ettirmesi istenir. Hareketin çok yavaş ve kontrollü yapılmasına, çenenin yere paralel duruma getirilmesine dikkat edilir. Cetvel katılımcının çenesinin 2.5 cm kadar uzağına konarak yer ve çene arasındaki mesafe ölçülür. Katılımcıya iki deneme verilir, en iyisi kaydedilir (84).

### **Kas-İskelet Fonksiyonu (Esneklik) Otur-Eriş Testi**

Bu testte kol gergin olmalı, otur-eriş sehpasının üzerinde bir bölgeden diğer tarafa doğru kaydırılır. Test, hamstring kasında esnekliğin ölçülmesi için dizayn edilmiştir. Katılımcılarda, ayağı giyilen çok ince şeylere izin verilir, test malzemesinin alt bölgesine oturur. bacaklar tam ekstansiyonda, ayak kutunun sonunda karşıda düz olarak tutulur, Katılımcı, kolları gerili avuç içi aşağı bakacak şekilde ölçüm cetveli üzerinde en üst dereceyi almaya çalışır, hareketi her iki eli cetvelin üzerinde uzanmayı 4 zamanda gerçekleştirir. 4. uzanmada en az 1 sn bekler, katılımcının, dizi bükülüyken gövdeyi hareket ettirmesi önemlidir. Bu test için, ölçüm en iyi şekilde 30x30 ölçüsünde bir esneklik test malzemesi ile alınır, ölçüm aleti katılımcı tarafında “0” başlangıç noktası olacak şekilde yerleştirilir ve katılımcılar başlangıç tarafına ayaklarını yerleştirirler. Ölçüm yapılan kutu

üzerindeki ölçüm aralıkları 0 ile 40 cm arasında olmalıdır. Katılımcıya, 1 deneme verilir, testi uygulayan kişi son uzanmayı (girişimi) cm şeklinde kaydeder (84).

### **Omuz Germe Testi**

Üst beden bölümünün esnekliğini ölçen bu testte katılımcılardan, sağ ya da sol kolun omuz üzerinden uzanarak sırtta aşağıdan yukarıya doğru uzanan diğer elin parmaklarına değmeleri istenir. Bir deneme verilir. Başarılı olanlar “+” başarısız olanlar “-“ olarak kaydedilir. Katılımcı parmaklarına dokunursa geçer, dokunamazsa kalır. Deneme yaparken fiziksel yardım ve sözel yönlendirme verilir. Ancak test sırasında fiziksel yardım verilmez (84).

### **3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği**

Beck Depresyon Ölçeği (BDI) Dr. Aaron T. Beck tarafından ortaya çıkarılmış, çoktan seçmeli 21 sorudan oluşan, depresyonun şiddetini ölçmekte kullanılan bir araçtır. Bu ölçeğin geliştirilmesi sağlık alanında önemli gelişimlere yol açmıştır, o zamana kadar psikodinamik perspektiften yapılan depresyon ölçümleri Beck ölçeğinden sonra hastanın kendi düşünceleri üzerine kurulmaya başlamıştır.

Beck tarafından geliştirilmiş ve depresif kişilerde yaygınlıkla gözlenen güdüsel, bilişsel, duygulanım ve kendilik değerinin azalmasına ilişkin belirtileri ölçmeye yarayan toplam 21 maddeden oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (72) tarafından yapılmıştır. Her yanıtta elde edilen 0-3 arasındaki puanların toplanması ile değerlendirilen, toplam 21 sorudan oluşan bir depresyon derecelendirme ölçeğidir.

Depresyon toplumda çok yaygın görülen bir sağlık sorunudur. Ülkemize bakıldığında zaman nüfusun %10 ila 20'sinin çeşitli düzeylerde depresyondan mustarip olduğu görülmektedir. Depresyon özellikle kadınlarda yaygındır. Bu derece ciddi ve yaygın bir sağlık sorunu olan depresyonun ölçümünde Beck Depresyon Ölçeği sağlık çalışanlarına oldukça önemli ve pratik bir araç sağlamaktadır.

Şu anki haliyle Beck Depresyon Ölçeği 13 yaş ve üzeri bireylere uygulanmaktadır. Ölçekteki sorularda umutsuzluk, suçluluk gibi duygusal belirtilerin yanı sıra yorgunluk, kilo kaybı gibi fiziksel belirtiler de incelenmektedir.

Beck Depresyon Ölçeği'nin 3 versiyonu vardır. İlki 1961'de yayınlanmış, daha sonra 1978'de tekrar gözden geçirilerek BDI-1A (Beck Depression Inventory 1A) adı verilmiş, 1996'da ise BDI-2 yayınlanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği ayrıca Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği'nin hazırlanmasına da kaynaklık etmiştir. Bu ölçek de ilk kez 1979 yılında klinik psikolog Maria Kovacs tarafından hazırlanıp yayınlanmıştır (45).

Depresyonda iki faktörlü yaklaşım Beck Depresyon Ölçeği'nin en önemli özelliğidir. Depresyonun belirtileri duygularımızda ve bedenimizde ortaya çıkar. Beck Depresyon Ölçeği bu iki faktörü de ölçer, böylece daha kapsamlı ve doğru bir teşhis konulması sağlanır.

Duygu alt ölçeğinde kötümserlik, geçmiş başarısızlık ve hatalar, suçluluk duyguları, cezalandırılma duyguları, kendini beğenmezlik, kendini eleştirme, intihar düşünceleri ve değersizlik hissi incelenir (12).

Somatik alt ölçekte ise üzüntü, haz kaybı, ağlama, ajitasyon, ilgisizlik, kararsızlık, enerji kaybı, uyku düzeninde değişiklik, asabiyet, iştahta değişim, konsantrasyon güçlükleri, yorgunluk, cinsel iştah kaybı incelenir (45).

Beck Depresyon Ölçeğinde 21 soru vardır, her soruda en düşük puan 0, en yüksek puan 3'tür. Ölçekten alınan düşük puanlar depresif belirtilerin azlığına, yüksek puanlar ise çokluğuna işaret etmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Denk düşen puan aralıkları doğrultusunda ölçek, 1-10 arası normal, 11-16 arası orta derecede duygu durumu bozukluğu, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta düzeyde depresyon; 31- 40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir. Tüm cevapların toplam puanı aşağıdaki gibi değerlendirilir (45).



|                            |                                      |
|----------------------------|--------------------------------------|
| <b>0 - 10 puan arası:</b>  | Minimal düzeyde depresif belirtiler  |
| <b>11 - 16 puan arası:</b> | Hafif düzeyde depresif belirtiler    |
| <b>17 - 29 puan arası:</b> | Orta düzeyde depresif belirtiler     |
| <b>17 – 20 puan arası:</b> | Klinik depresyon                     |
| <b>21 – 30 puan arası:</b> | Orta düzeyde depresyon               |
| <b>31 - 63 puan arası:</b> | Şiddetli düzeyde depresif belirtiler |
| <b>31 – 40 puan arası:</b> | Ciddi düzeyde depresyon              |
| <b>41 – 63 puan arası:</b> | Ağır depresyon                       |

BDI, teşhisten daha çok tarama amaçlı kullanılan bir araç olsa da, pek çok sağlık çalışanı hızlı teşhis amaçlı olarak da Beck Depresyon Ölçeğini kullanmaktadır. Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeğini Cronbach-alfa (güvenirlilik katsayısı) değeri ise  $\alpha = .86$  olarak belirlenmiştir.(12).

### 3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma ile ilgili kaynak bilgilere ulaşmak için ilgili alan ile ilgili arşiv taraması yapılmıştır. Çanakkale’de bulunan çeşitli engelli dernekleri ve Çanakkale Kent Konseyi ile iletişime geçilerek hedef araştırma grubunu oluşturan engellilerin tespit edilmesi sağlanmıştır. Eğitilebilir zihinsel engelli çocukların ailelerine ulaşılarak Aile izin formları imzalatılmıştır. Daha sonra 12 haftalık rekreatif program düzenlenmiştir. Programa başlamadan önce Araştırma grubuna, fiziksel uygunluğun değerlendirilmesi için oluşturulan Test Bataryası olarak Brockport Fiziksel Uygunluk Testi (Brockport Physical Fitness Test) uygulanmıştır. Aynı zamanda ailelerin Beck Depresyon Ölçeğinin doldurulması sağlanmıştır. Çalışma programı bittikten sonra aynı ölçümler tekrar yapılarak araştırma sonuçları hakkında bilgi sahibi olunmuştur.

### 3.7. Verilerin Analizi

Çalışmada öntest-sontest desenli ve survey (anket) yöntemli deneysel bir araştırma modeli uygulanmıştır. Katılımcıların, egzersiz programı başlamadan önce çeşitli fiziksel uygunluk parametreleri ölçülmüştür. Aynı zamanda katılımcıların ebeveynlerine Beck Depresyon Anketi uygulanmıştır. Bu iki ölçümün ardından elde edilen veriler ön test değerlerini oluşturmuştur.

Son test değerleri için, katılımcıların uygulanan egzersiz programından sonra ulaştıkları değerleri öğrenmek için yapılan ölçümlerden elde edilen veriler kullanılmıştır. Ayrıca egzersiz programının bitiminde katılımcıların ebeveynlerine yine Beck Depresyon Anketi uygulanarak son test değerleri elde edilmiştir. Katılımcılardan bir tanesi sağlık problemleri nedeniyle son test ölçümlerine katılamamış ve 16 olan katılımcı sayısı 15'e düşmüştür.

Elde edilen ön test ve son test değerleri, öncelikle dağılımların normalliğinin test edilebilmesi için Shapiro-Wilk-W testi ile analiz edilmiştir. Tüm değerler  $p > .05$  olarak tespit edilmiş ve dağılımların normal dağılımdan anlamlı bir farklılık sergilemediği belirlenmiştir. Böylelikle katılımcılardan elde edilen değerlerin, aralarında istatistiksel anlamda bir farklılık olup olmadığına bakılabilmesi için eşleşmiş örneklem t testi ile analiz edilmesine karar verilmiştir. Ayrıca katılımcıların omuz germe başarılarının analizi de pearson ki-kare analizi ile yapılmıştır. Bu analizler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statitics 20 adlı istatistiksel analiz programı ile yapılmıştır. Elde edilen analiz sonuçları bulgular bölümünde sunulmuştur.

## 4. BÖLÜM: BULGULAR

### 4.1. Fiziksel parametrelere ilişkin bulgular

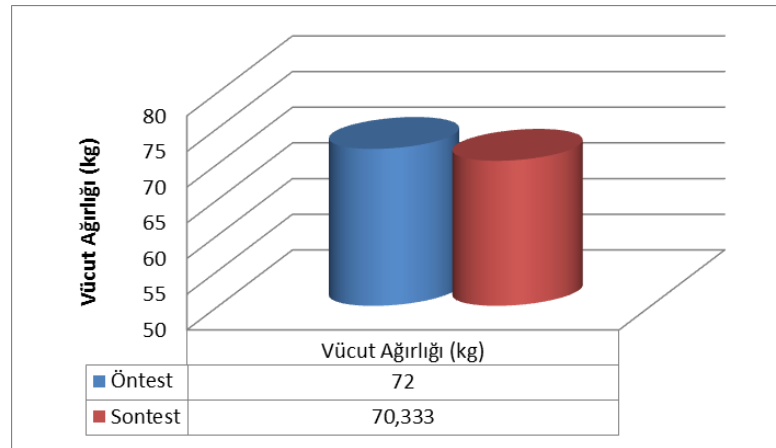
Katılımcıların vücut ağırlığı (kg.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 1). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 1’de sunulmuştur.

**Hipotez 1: Rekreatif fiziksel etkinlik programının çalışmalara katılan zihinsel engelli çocukların vücut ağırlıklarına (kilo kontrolüne) olumlu etkisi yoktur.**

**Tablo 1.** Katılımcıların vücut ağırlığı (kg) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm               | Ölçüm    | N  | M      | St.d.  | t     | df | p     |
|---------------------|----------|----|--------|--------|-------|----|-------|
| Vücut ağırlığı (kg) | Ön test  | 15 | 72.000 | 18.959 | 2.474 | 14 | .027* |
|                     | Son Test | 15 | 70.333 | 16.872 |       |    |       |

\*p<.05; \*\*p<.01



**Grafik 1.** Katılımcıların vücut ağırlığı (kg) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

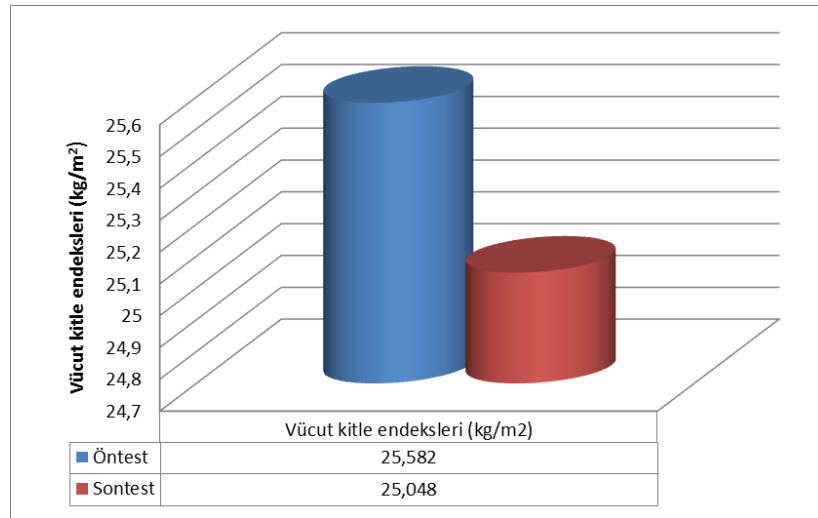
**Hipotez 2: Rekreatif fiziksel etkinlik programının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engelli çocukların vücut kitle endeksi oranlarına olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların vücut kitle endeksleri ( $\text{kg/m}^2$ ) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 2). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 2’de sunulmuştur.

**Tablo 2.** Katılımcıların vücut kitle endeksleri ( $\text{kg/m}^2$ ) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm                                      | Ölçüm    | N  | M      | St.d. | t     | df | p     |
|--|----------|----|--------|-------|-------|----|-------|
| Vücut kitle endeksleri ( $\text{kg/m}^2$ ) | Ön test  | 15 | 25.582 | 4.657 | 2.266 | 14 | .040* |
|  | Son Test | 15 | 25.048 | 3.969 |       |    |       |

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$



**Grafik 2.** Katılımcıların vücut kitle endeksleri ( $\text{kg/m}^2$ ) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

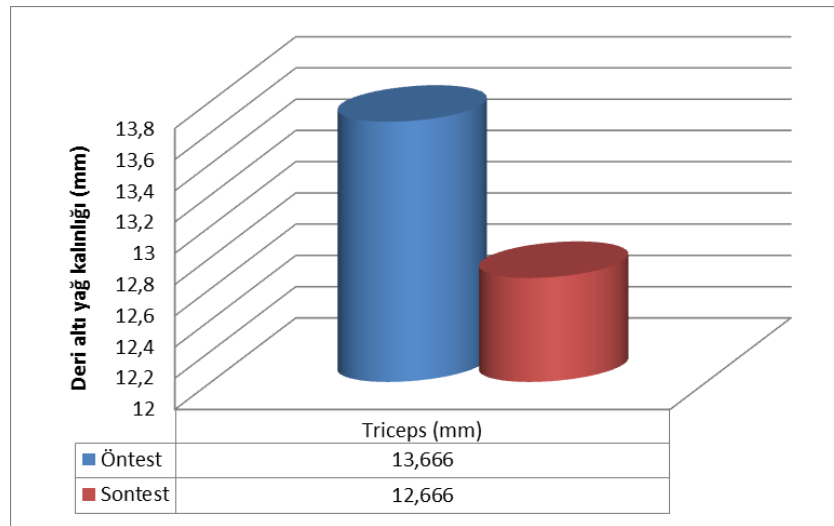
**Hipotez 3: Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin triceps deri altı yağ ölçümüne olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların triceps bölgesi deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 3). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 3’de sunulmuştur.

**Tablo 3.** Katılımcıların triceps deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm                             | Ölçüm    | N  | M      | St.d. | T     | df | p     |
|-----------------------------------|----------|----|--------|-------|-------|----|-------|
| Triceps deri altı yağ ölçümü (mm) | Ön test  | 15 | 13.666 | 5.653 | 2.415 | 14 | .030* |
|                                   | Son Test | 15 | 12.666 | 4.938 |       |    |       |

\*p<.05; \*\*p<.01



**Grafik 3.** Katılımcıların triceps deri altı yağ ölçümü (mm) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

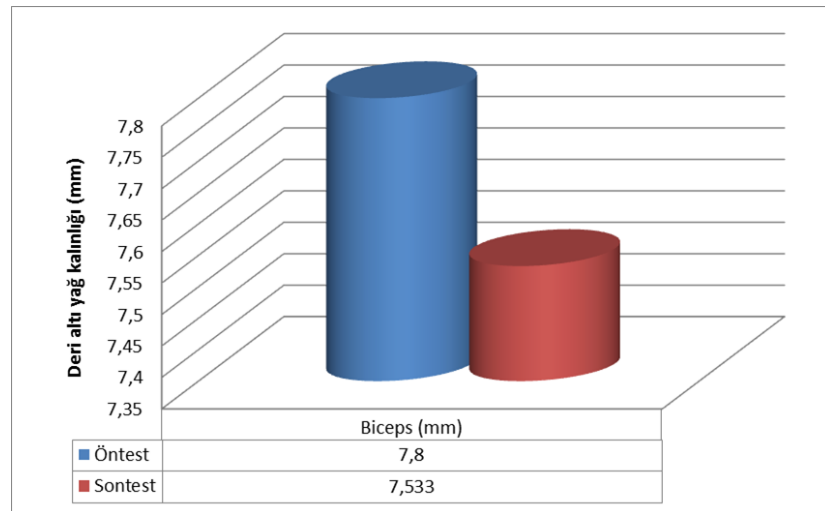
**Hipotez 4: Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin biceps deri altı yağ ölçümüne olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların biceps bölgesi deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha düşük olduğu fakat bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmektedir (Tablo 4). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 4’de sunulmuştur.

**Tablo 4.** Katılımcıların biceps deri altı yağ ölçümü (mm) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm                            | Ölçüm    | N  | M     | St.d. | t     | df | p    |
|----------------------------------|----------|----|-------|-------|-------|----|------|
| Biceps deri altı yağ ölçümü (mm) | Ön test  | 15 | 7.800 | 3.166 | 1.293 | 14 | .217 |
|                                  | Son Test | 15 | 7.533 | 2.669 |       |    |      |

\*p<.05; \*\*p<.01



**Grafik 4.** Katılımcıların biceps deri altı yağ ölçümü (mm) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

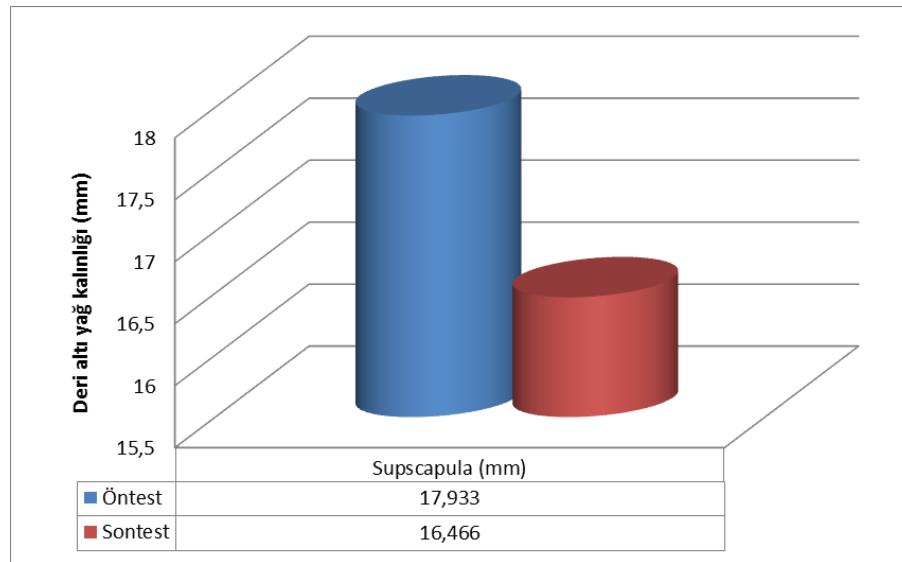
**Hipotez 5: Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin supscapula deri altı yağ ölçümüne olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların supscapula bölgesi deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 5). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 5'te sunulmuştur.

**Tablo 5.** Katılımcıların supscapula deri altı yağ ölçümü (mm) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm                                | Ölçüm    | N  | M      | St.d. | T     | df | p      |
|--------------------------------------|----------|----|--------|-------|-------|----|--------|
| Supscapula deri altı yağ ölçümü (mm) | Ön test  | 15 | 17.933 | 6.702 | 3.143 | 14 | .007** |
|                                      | Son Test | 15 | 16.466 | 5.383 |       |    |        |

\*p<.05; \*\*p<.01



**Grafik 5.** Katılımcıların supscapula deri altı yağ ölçümü (mm) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

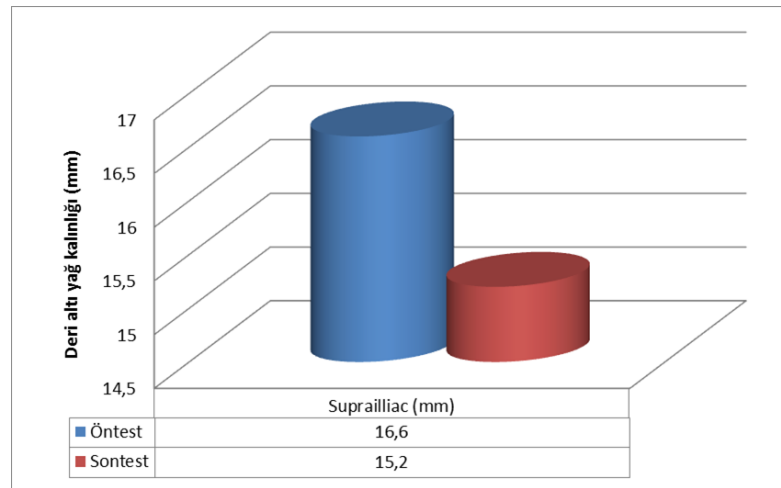
**Hipotez 6: Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin suprailliic deri altı yağ ölçümüne olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların suprailliic bölgesi deri altı yağ ölçümü (mm) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 6). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 6'da sunulmuştur.

**Tablo 6.** Katılımcıların suprailliic deri altı yağ ölçümü (mm) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm                                 | Ölçüm    | N  | M      | St.d. | t     | df | P     |
|---------------------------------------|----------|----|--------|-------|-------|----|-------|
| Suprailliic deri altı yağ ölçümü (mm) | Ön test  | 15 | 16.600 | 7.149 | 2.673 | 14 | .018* |
|                                       | Son Test | 15 | 15.200 | 5.671 |       |    |       |

\*p<.05; \*\*p<.01



**Grafik 6.** Katılımcıların suprailliic deri altı yağ ölçümü (mm) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği



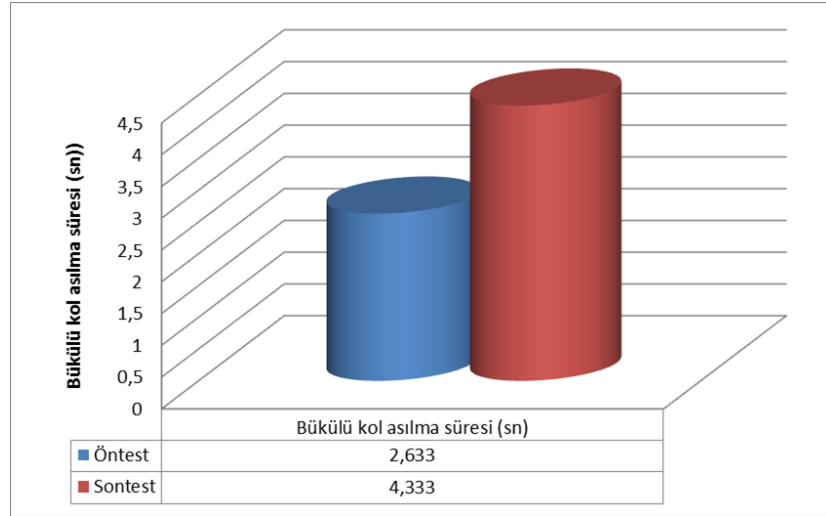
**Hipotez 7: Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin bükülü kol asılma süresine olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların bükülü kol asılma süresi (sn.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 7). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 7’de sunulmuştur.

**Tablo 7.** Katılımcıların bükülü kol asılma süresi (sn.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm                         | Ölçüm    | N  | M     | St.d. | t      | df | p     |
|-------------------------------|----------|----|-------|-------|--------|----|-------|
| Bükülü kol asılma süresi (sn) | Ön test  | 15 | 2.633 | 2.932 | -2.388 | 14 | .032* |
|                               | Son Test | 15 | 4.333 | 3.014 |        |    |       |

\*p<.05; \*\*p<.01



**Grafik 7.** Katılımcıların bükülü kol asılma süresi (sn.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

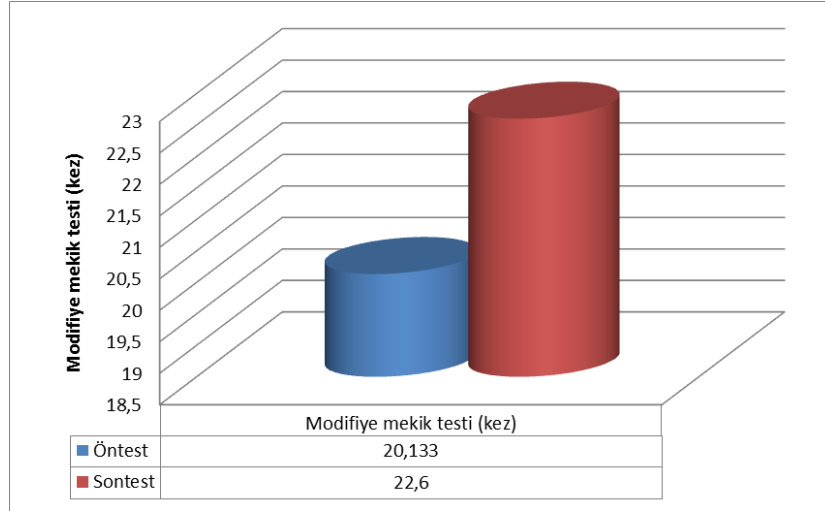
**Hipotez 8: Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinselengellilerin modifiye mekik sayısına olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların modifiye mekik (defa) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 8). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 8’de sunulmuştur.

**Tablo 8.** Katılımcıların modifiye mekik (defa) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm                       | Ölçüm    | N  | M      | St.d. | t      | df | p      |
|-----------------------------|----------|----|--------|-------|--------|----|--------|
| Modifiye mekik testi (defa) | Ön test  | 15 | 20.133 | 5.040 | -4.343 | 14 | .001** |
|                             | Son Test | 15 | 22.600 | 5.461 |        |    |        |

\*p<.05; \*\*p<.01



**Grafik 8.** Katılımcıların modifiye mekik (defa) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

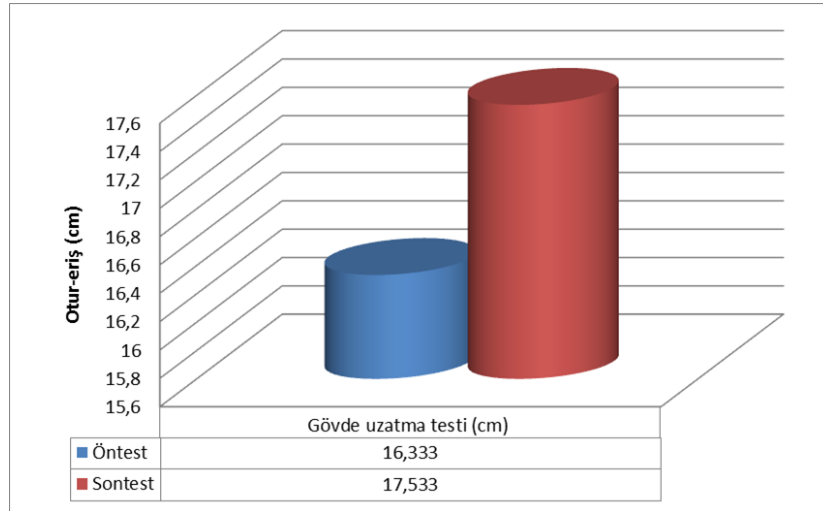
**Hipotez 9: Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin otur-eriş ölçüm sonucuna olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların otur-eriş (cm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 9). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 9’da sunulmuştur.

**Tablo 9.** Katılımcıların otur-eriş (cm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm          | Ölçüm    | N  | M      | St.d.  | t     | df | p    |
|----------------|----------|----|--------|--------|-------|----|------|
| Otur-eriş (cm) | Ön test  | 15 | 16.333 | 11.043 | -.993 | 14 | .337 |
|                | Son Test | 15 | 17.533 | 9.478  |       |    |      |

\*p<.05; \*\*p<.01



**Grafik 9.** Katılımcıların Otur-eriş (cm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

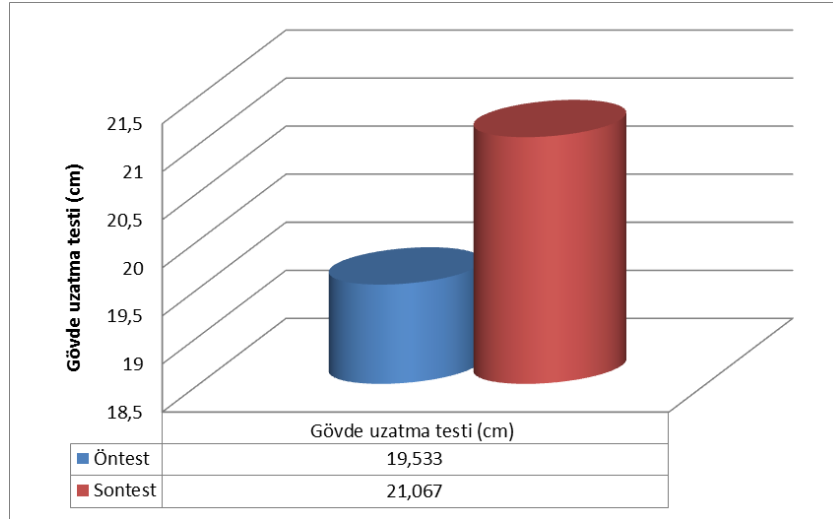
**Hipotez 10: Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin gövde uzatma ölçüm sonucuna olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların gövde uzatma testi (cm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 10). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 10'da sunulmuştur.

**Tablo 10.** Katılımcıların gövde uzatma testi (cm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm                   | Ölçüm    | N  | M      | St.d. | t      | df | p     |
|-------------------------|----------|----|--------|-------|--------|----|-------|
| Gövde uzatma testi (cm) | Ön test  | 15 | 19.533 | 8.500 | -2.271 | 14 | .039* |
|                         | Son Test | 15 | 21.067 | 8.284 |        |    |       |

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$



**Grafik 10.** Katılımcıların gövde uzatma testi (cm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

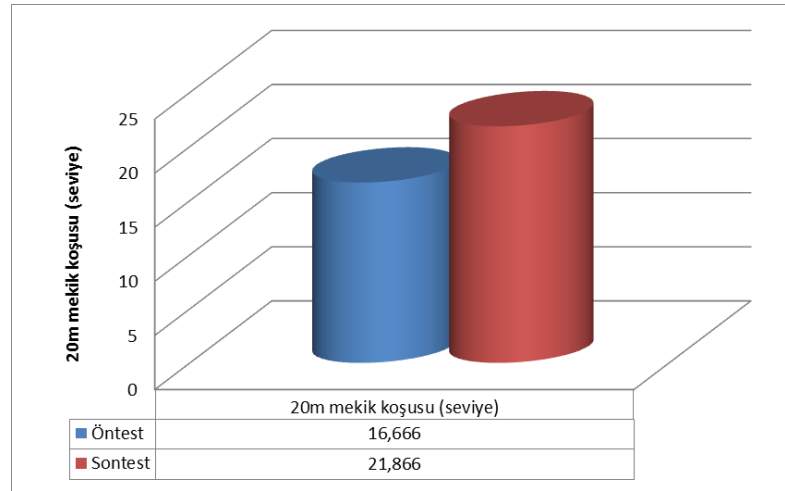
**Hipotez 11: Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin 20m mekik koşusu ölçüm sonucuna olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların 20m mekik koşusu değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 11). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 11’de sunulmuştur.

**Tablo 11.** Katılımcıların 20m mekik koşusu değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm                     | Ölçüm    | N  | M      | St.d.  | t      | df | p     |
|---------------------------|----------|----|--------|--------|--------|----|-------|
| 20m mekik koşusu (seviye) | Ön test  | 15 | 16.666 | 9.853  | -2.876 | 14 | .012* |
|                           | Son Test | 15 | 21.866 | 14.671 |        |    |       |

\*p<.05; \*\*p<.01



**Grafik 11.** Katılımcıların 20m mekik koşusu değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

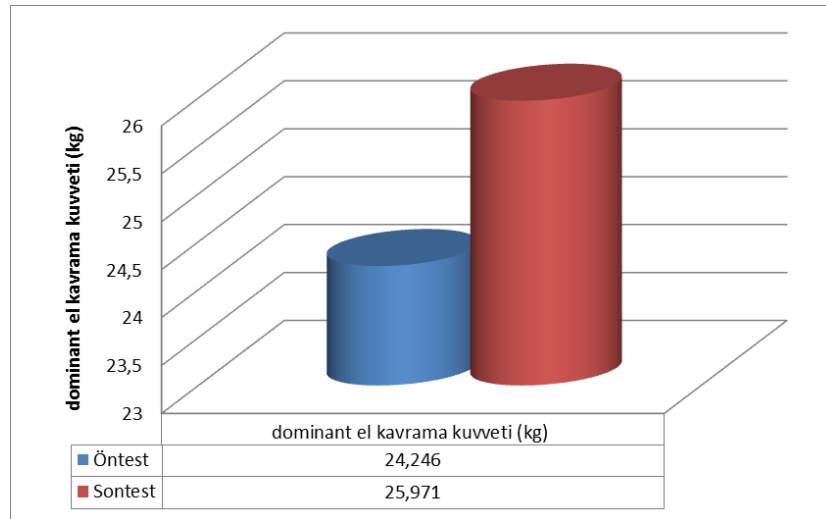
**Hipotez 12: Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin dominant el kavrama kuvvetine olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların el kavrama kuvveti (kg.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 12). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 12’de sunulmuştur.

**Tablo 12.** Katılımcıların dominant el kavrama kuvveti (kg.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm                            | Ölçüm    | N  | M      | St.d. | t      | df | p      |
|----------------------------------|----------|----|--------|-------|--------|----|--------|
| Dominant el kavrama kuvveti (kg) | Ön test  | 15 | 24.246 | 7.331 | -4.823 | 14 | .000** |
|                                  | Son Test | 15 | 25.971 | 7.802 |        |    |        |

\*p<.05; \*\*p<.01



**Grafik 12.** Katılımcıların dominant el kavrama kuvveti (kg.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

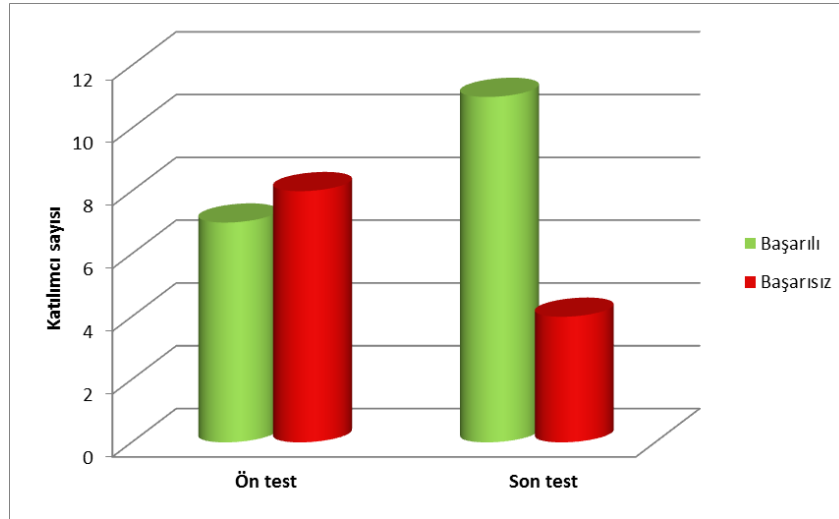
**Hipotez 13: Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin omuz germe değişkenine olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların omuz germe değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha başarılı olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 13). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 13'te sunulmuştur.

**Tablo 13.** Katılımcıların omuz germe değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm      | Ölçüm    | N | Başarılı | Başarısız | $\chi^2$ | df | p     |
|------------|----------|---|----------|-----------|----------|----|-------|
| Omuz germe | Ön test  | N | 7        | 8         | 6.563    | 1  | .010* |
|            |          | % | 46.6     | 53.3      |          |    |       |
|            | Son Test | N | 11       | 4         |          |    |       |
|            |          | % | 73.3     | 26.6      |          |    |       |

\*p<.05; \*\*p<.01



**Grafik 13.** Katılımcıların omuz germe değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

## 4.2. Beck Depresyon Ölçeğine ilişkin bulgular

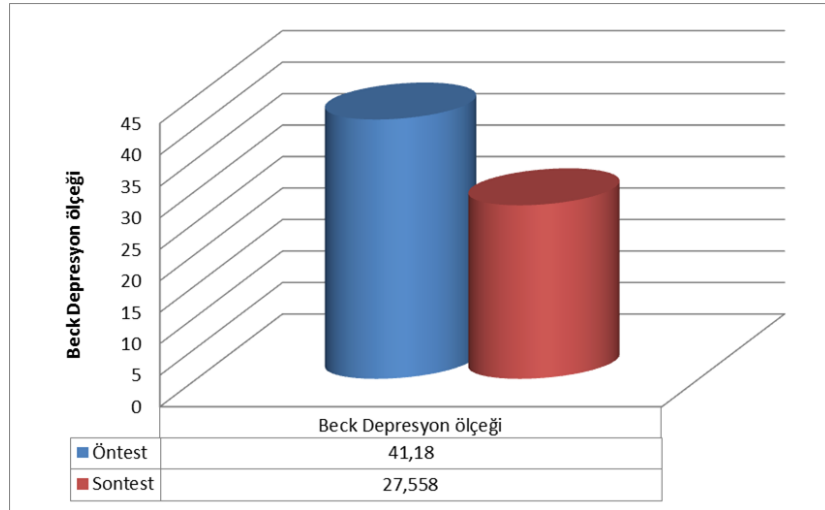
**Hipotez 14: Rekreatif fiziksel etkinlik programlarının çalışmalara katılan eğitilebilir zihinsel engellilerin ebeveynlerinin depresyon seviyesine olumlu etkisi yoktur.**

Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha düşük olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 14). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 14'te sunulmuştur.

**Tablo 14.** Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Ölçüm                 | Ölçüm    | N  | M      | St.d.  | t     | df | p          |
|-----------------------|----------|----|--------|--------|-------|----|------------|
| Beck Depresyon ölçeği | Ön test  | 34 | 41.180 | 10.074 | 6.679 | 33 | .000<br>** |
|                       | Son Test | 34 | 27.558 | 8.610  |       |    |            |

\*p<.05; \*\*p<.01



**Grafik 14.** Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

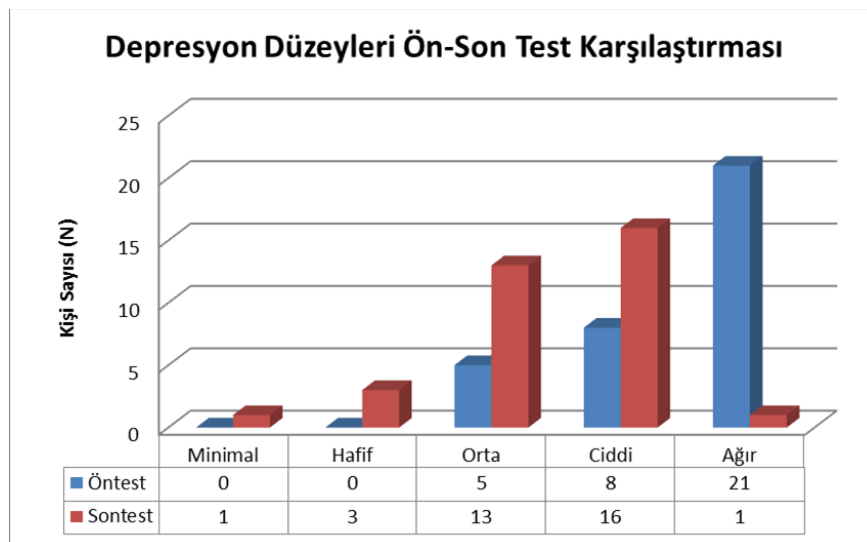


**Hipotez 15:** Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon gruplandırmasına göre ön test-son test karşılaştırmalarında fark yoktur.

Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon gruplandırmasına göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda öntest verileri ağır depresyon hali üzerinde yoğunlaşırken son test verilerinin daha çok orta ve ciddi depresyon hali üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir (Tablo 15). Sonuçlar grafik yardımı ile de Grafik 15'te sunulmuştur.

**Tablo 15.** Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon gruplandırmasına göre ön test-son test karşılaştırmaları

| Depresyon Düzeyi | Öntest    |              | Sontest   |              |
|------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
|                  | N         | %            | N         | %            |
| Minimal          | -         | .0           | 1         | 2.9          |
| Hafif            | -         | .0           | 3         | 8.8          |
| Orta             | 5         | 14.7         | 13        | 38.2         |
| Ciddi            | 8         | 23.5         | 16        | 47.1         |
| Ağır             | 21        | 61.8         | 1         | 2.9          |
| <b>Toplam</b>    | <b>34</b> | <b>100.0</b> | <b>34</b> | <b>100.0</b> |



**Grafik 15.** Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon gruplandırmasına göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği

## 5. BÖLÜM: TARTIŞMA

Zihinsel engelli bireylerin toplumsal yaşam içinde, sosyal aktiviteler ve günlük yaşam aktiviteleri açısından hayatlarını sürdürebilmeleri için fiziksel uygunluklarının yüksek olması gerekmektedir (85).

### 5.1. Hipotez; Vücut Ağırlıkları Ön Test – Son Test Sonuçları

Tablo 1. Katılımcıların vücut ağırlığı (kg.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları grafiği incelendiğinde arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Beyazıt ve arkadaşları yapmış oldukları Rekreatif eğlenceli atletizm çalışmaları sonrasında EZE çocuklarda vücut ağırlığı olarak anlamlı fark bulmuşlardır. Buda bulmuş olduğumuz sonucu destekler niteliktedir. Rimmer (2004), 52 yetişkin zihinsel engelli bireyi 12 hafta süresince haftada 3 gün 45 dakika çalışma programından sonra vücut ağırlıklarında anlamlı azalma tespit etmiştir. Bu çalışmada bizim çalışmamızın sonucunu destekler niteliktedir (71).

EZE çocukların bazılarında gözle görülür belirgin kilo kaybı görülmüştür. Bu durum ailelerini çok memnun etmiştir. Kilo kontrolü yaşam kalitesi açısından ve de ailelerin çocukları ile ilgili bakımı açısından da kolaylık sağlamaktadır. Benzer sonuçlar Herken ve arkadaşlarının (2000) Down sendromlu çocuğa sahip anne-babalarda yaptıkları araştırmada da elde edilmiştir(31).

Bu çalışmaların tam tersi sonucu ise Pommering (1994), 10 hafta boyunca uyguladığı aerobik egzersiz sonrasında 14 zihinsel engellinin vücut ağırlıklarında anlamlı gelişme bulamamıştır (43,69).

### 5.2. Hipotez; Vücut Kitle Endeksi Ön Test – Son Test Sonuçları

Tablo 2. Katılımcıların vücut kitle endeksleri (kg/m<sup>2</sup>.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları incelendiğinde anlamlı bir fak bulunmuştur. Fiziksel uygunluk anlamında sahip olunan gelişme katılımcıların vücut kitle endekslerini olumlu etkilemiştir.

### 5.3. Hipotez; Triceps Ön Test – Son Test Sonuçları

Tablo 3. Katılımcıların triceps bölgesi deri altı yağ ölçümü (mm) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda son test verilerinin daha düşük olduğu fakat bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmektedir. Çalışma programının süresinin kısa olması anlamlı bir fark oluşmamasının sebebi olabileceği düşünülmektedir.

### 5.4. Hipotez; Biceps Ön Test – Son Test Sonuçları

Tablo 4. Katılımcıların biceps deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur. Tablo 1’de gördüğümüz olumlu vücut ağırlığı değişimi katılımcıların biceps bölgesi deri altı yağ ölçümüne olumlu etki yapmış olabileceği düşünülmektedir.

### 5.5. Hipotez; Supscapula Ön Test – Son Test Sonuçları

Tablo 5. Katılımcıların supscapula deri altı yağ ölçümü (mm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur.

### 5.6. Hipotez; Suprailliac Ön Test – Son Test Sonuçları

Tablo 6. Katılımcıların suprailliac deri altı yağ ölçümü öntest-son test karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur. Balic (2000) down sendromlularla yapılan çalışmalarda anlamlı farklılıklar bulmuştur (9).

Loko ve ark. (2000) düzenli egzersiz yapan 10-17 yaş çocukların kendi yaş ve cinsteki çocuklardan daha kuvvetli kaslara sahip olduklarını belirtmişlerdir (59).

Daha kuvvetli kaslara sahip olmak deri altı yağ seviyesini aşağıya çekeceği için olumlu etki yapacağı düşünülmektedir.

### 5.7. Hipotez; Bükülü Kol Asılma Ön Test – Son Test Sonuçları

Tablo 7. Katılımcıların bükülü kol asılma süresi incelendiğinde ciddi anlamda artış gözükmemektedir. Ön test ortalaması 2.633 saniye iken son test ölçümlerinde

4.333 saniye olduğu görülmektedir. Bunun sebebi olarak fiziksel anlamda sahip olunan gelişimin yanında vücut ağırlığının düşmesini söyleyebilmekle beraber; çalışmalar süresince EZE çocukların algı düzeylerinin gelişmiş olması da olumlu gelişimin sağlanmasına etki yaptığı düşünülmektedir. Bükülü kol asılma ön test ölçümlerinde 16 katılımcıdan 7 katılımcı 0 saniye ile başarısız olmuştur. Son test ölçümünde ise 4 katılımcı başarısız olmuştur.

Ninot ve arkadaşları (2000), yapmış oldukları çalışmada 8 yetişkin zihinsel engelliye 14 ay boyunca basketbol uygulamalı yetenek testleri uygulamış ve fiziksel yetenek algılamalarında farklılıkların olduğu neticesine ulaşmıştır. Bu netice bizim yapmış olduğumuz çalışmadaki anlamlı farklılıklara algılama seviyelerinin gelişmesinin katkısı olduğunu göstermektedir (65).

#### **5.8. Hipotez; Mekik Ön Test – Son Test Sonuçları**

Tablo 8. Katılımcıların mekik ön test-son test karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmalar boyunca EZE katılımcıların algı düzeylerinde ki olumlu gelişme de anlamlı fark bulunmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

#### **5.9. Hipotez; Otur-Eriş Ön Test – Son Test Sonuçları**

Tablo 9. Katılımcıların otur-eriş (cm) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur. Genel olarak her çalışma bittikten sonra etkinliğin yoğunluğuna göre 10-15 dakika arasında soğutma ve stretching hareketleri yaptırılmıştır. Bu yapmış olduğumuz uygulama anlamlı bir fark bulmuş olmamızda etkili olduğu düşünülmektedir.

#### **5.10. Hipotez; Gövde Uzatma Ön Test – Son Test Sonuçları**

Tablo 10. Katılımcıların gövde uzatma testi (cm.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları yapıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur. Diğer fiziksel uygunluk sonuçlarında da görüldüğü gibi gövde uzatma testinde olumlu netice alınmıştır.

### **5.11. Hipotez; 20 M Mekik Koşusu Ön Test – Son Test Sonuçları**

Tablo 11. Katılımcıların 20m mekik koşusu değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmalarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ön test ortalaması 16.666 iken son testte 21.866 ortalamaoya ulaşmıştır. Bunun sebebini algılama seviyelerinin yükselmiş olmasına, spor kültürünün oluşmuş olması düşünülmektedir. Ön test yaptığımızda 16 katılımcıdan 14 tanesinin ölçümü alınabilmiştir. Diğer iki katılımcı bu test ölçümüne katılamamıştır.

Çalışmamızda çıkan sonuca paralel olarak Çamlıgüney (2001), yapmış olduğu çalışmada 16 m mekik koşusunda zihinsel engelli çocukların aerobik kapasite artışını anlamlı bulmuştur (19).

Kaynak taramalarında, belli bir süre bile yapılsa çalışmalar sonucunda engelli bireylerin ön test-son test sonuçları arasında anlamlı farklılıkların olduğu birçok çalışmada görülmektedir (30).

### **5.12. Hipotez; El Kavrama Kuvveti Ön Test – Son Test Sonuçları**

Tablo 12. Katılımcıların dominant el kavrama kuvveti (kg.) değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmalarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Krebs (2005) zihinsel engellilerde yaptığı uygulamalarda sportif becerilerin oyun formunda verilmesinin hem motor davranışların hem de yaşam ve iletişim becerilerinin arttığı sonucuna varmıştır (56).

### **5.13. Hipotez; Omuz Germe Ön Test – Son Test Sonuçları**

Tablo 13. Katılımcıların omuz germe değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmalarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Otur-eriş testinde tespit ettiğimiz anlamlı farkta bu neticeyi desteklemektedir. Krebs (2005). sahip olunan fiziksel gelişim vücut fonksiyonlarını kullanma kapasitesi, kuvvet seviyesini de olumlu etkilemektedir. Sarol (2013)'un otistik bireylerle yapmış olduğu rekreatif faaliyetler doğrultusunda fiziksel ve duygusal gelişimine olumlu katkı yaptığı ve bu katkıların yaşam kalitelerinin artmasında etkili olduğu tespit edilmiştir (74,56).

Rekreasyon faaliyetlerine katılmak yaşam kalitesini etkilemekte ve fiziksel uygunluk etkilenebilmektedir (78).

Programlı olarak ve aynı zamanda engel seviyesine uygun yapılan çalışmaların veya fiziksel faaliyetlerin zihinsel engellilerde hem davranış olarak, beşeri ilişkiler olarak, hem de ve motor gelişimlerine çok önemli katkısı olduğu görülmektedir (21).

Kielhofner ve Miyake (1981), zihinsel engelli çocuklara çeşitli oyunlar oynatarak hayat mücadeleleri için gösterdikleri davranışları takip etmiş, oyunlarla motor özelliklerin, bilinçsel seviyenin, dikkat, kendine güvenme ve sosyalleşmede anlamlı artış tespit etmişlerdir (53).

Rekreatif etkinlikler, hem zihinsel hem de fiziksel engelli çocukların rehabilitasyonunda kullanılabilen, bu engellere sahip çocukların motor ve mental gelişimlerini stimüle etmekte ve onların topluma katılımını sağlamaktadır. Bu nedenlerden dolayı sporun ve rekreatif aktivitelerin mental retardeler için önemi, gerekliliği sağlıklı bireylerden daha büyüktür (82).

Engellilerin rekreasyonel faaliyetlere katılımlarını engelleyen faktörler bulunmaktadır. Bunların önemli bir bölümü engellilerin engelsizlerle entegrasyonunu geliştirecek çalışmaların eksikliği ve engellilerle çalışan personelin engelliler ile ilgili yeterli eğitime sahip olmadıkları ve önyargılı olmalarından kaynaklanmaktadır (46).

Yüz yüze görüşülerek anket çalışması yapılmıştır. Engelli kız çocuklarında normal bireylerin sahip olduğu imkanlara ulaşmakla ilgili engelleri daha fazla bulunmaktadır.. 10-16 yaş arası 14 kız engelli ile yapılan araştırmada bu neticeye ulaşılmıştır (2).

Heward (1996) çalışmasında, engelli bireylerin boş zaman etkinliklerine katılma ile ilgili sahip oldukları en önemli olumsuzluğun kendi yaş gruplarında yeterli sayıda arkadaşının olmadığı sonucuna varmıştır. Özellikle küçük yerleşim bölgelerine, kırlar kesimlerde engelli sayısının az olmasından dolayı bu bireylere gerekli imkanlar sağlanamamaktadır. Çoğu zaman bu imkanlardan faydalanabileceği

yerlere her gün taşıma ile katkı sağlanmaya çalışılmaktadır. Olumsuz hava şartları ve olumsuz coğrafi yapı bir diğer engel olarak ortaya çıkmaktadır (44).

#### **5.14. Hipotez; Ebeveynlerin Depresyon Seviyeleri Ön Test – Son Test Sonuçları**

Tablo 14. Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon değişkenine göre ön test-son test karşılaştırmaları sonucunda anlamlı bir fark bulunmuştur. Aileler ile yapmış olduğumuz görüşmelerde en önemli problemlerinin sürekli engelli çocukları ile ilgilenmekten bunaldıkları, kendilerine zaman ayıramadıklarını ifade etmişlerdir. Normal günlük rutin işlerini bile yapamadıklarını bu durumun üzerlerinde büyük baskı yarattıklarını paylaşmışlardır. Çalışmalarımız bittikten sonra EZE çocukların ailelerinden gelen yoğun istek üzerine çalışmalarımız devam etmiştir. Bu çalışmalardan ailelerle ilgili en önemli kazanım kendileri ve yaşamlarını devam ettirmek için zaman yaratmaları olduğu düşünülmektedir.

#### **5.15. Hipotez; Katılımcıların Ebeveynlerinin Depresyon Gruplandırmasına Göre Ön Test-Son Test Karşılaştırmaları**

Tablo 15 incelendiğinde Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon gruplandırmasına göre ön test-son test karşılaştırmalarında Ön test sonuçlarına göre % 61.8 ağır depresyon, % 23.5 ciddi seviyede, % 14.7 orta seviyede bulunmuştur. Çalışmalardan önce depresyon seviyelerinin çok yüksek olduğunu net bir şekilde görebiliyoruz. Son test sonuçlarını incelediğimizde depresyon seviyelerinin ciddi anlamda düşüklük gösterdiğini görebiliyoruz. Bu çalışmalara başlamadan önce EZE çocukların çok fazla sosyal yaşantının içerisinde olmadıkları aileler tarafından paylaşılmıştır. Hatta çoğu aile çocuğunun bütün vaktini evde geçirdiğini ifade etmiştir. EZE çocukların ailelerinin depresyon seviyelerinin düşmesinde çocuklarının sahip oldukları fiziksel uygunluk seviyesindeki olumlu değişimden daha çok çocuklarının bu çalışmalar sebebi ile evden dışarıya çıkması, birçok yer değiştirmesi, değişik ortamlarda bulunması, sosyalleşmenin etkisinin olduğunu düşünmekteyim. Aileler açısından baktığımızda ailelerin çocukların fiziksel uygunluk seviyelerinin

olumlu şekilde etkilenmesinden daha çok kendileri için boş zaman yaratılması ön plana çıktığını net bir şekilde söyleyebiliriz.

Engelli çocuğun ebeveynlerinin depresyonda olduğu belirlendi. Buradan engelli çocuğa sahip ailelerin; psiko-sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını, bu nedenle ruhsal durumlarının takip edilmesi gerektiği, duygusal paylaşımların ve gerektiğinde psikolojik destek sağlaması konusunda etkin bir şekilde ve planlı hizmet sunumunun gerekli olduğu düşünülmekte, hizmet sunumunda devamlılık ve ekip çalışmasının toplumsal sorunlara çözüm bulmada zaman, para ve güç kazancı sağlayacağı göz ardı edilmemelidir (27).

Toplum sağlığı kriterlerine göre çoğu zaman duygusal ve davranışsal bozukluk gösteren çocuklar için rekreasyonun ve okul dışı aktivitelerin çok önemli bir yeri vardır (50).

Çalışma programı dahilinde uygulanan aktivitelerin eğitilebilir zihinsel engelli çocukların fiziksel uygunluk seviyelerinde pozitif yönde gelişim sağladığını görülmektedir. Rekreatif etkinliklerde de olsa eğitilebilir zihinsel engellilerin yoğunluğu düşük yada yüksek mutlaka hareket etmeleri gerektiği görülmektedir. Sadece zihinsel engellilerde değil bütün engel gruplarında en önemli fiziksel uygunluk kriteri kilo kontrolü olmalıdır. Kilo fazlalığı olan normal bireyler gibi engellilerde kilo fazlalığından hem yaşam kalitesi, hem hareket kabiliyeti, hem sosyolojik olarak hem de psikolojik olarak olumsuz etkilenmektedirler.

Yetişkin zihinsel engelli bireyler, hareketsizlikten dolayı yetersiz fiziksel uygunluğa sahiptirler (75).

Fiziksel aktivite ve oyunun genel bir özelliği olarak rekreasyonel aktivitelere katılan, oyunlarda ve organizasyonlarda aktif olarak yer alan engellilerin hayata bakış açıları daha pozitif olur, hayata daha sıkı ve içten bağlanmaları sağlanır. Engelli sosyalleşmeye ve iletişim kurmaya daha istekli olur. Bu tür aktiviteler ne kadar çok başarılı olursa engellilerin ve ailelerin sosyalleşmeye, organizasyonlara karşı katılım motivasyonu o kadar yüksek olur. Bu nedenle engellilerde rekreasyon



engellinin dünya ile iletişime geçmesinde en önemli etkenlerden biri olduğu düşünülmektedir.

Boş zamanın etkili ve pozitif şekilde kullanılması engelliler açısından çok önemlidir. Bu sayede engellilerin toplumla kaynaşması ve rehabilitasyonu sağlanabilir. Bu istikrarlı süreç ile engellilerin yalnızca hareket alanını genişletmek değil, günlük yaşantısında bağımsız, kimseye muhtaç olmadan sürdürebilen bir kişi haline getirilmesi hedeflenmektedir.

Sosyal adalet her bireyin ekonomik eşitsizlik, cinsiyet, etnik köken, uyruk, yaş, cinsel tercihi, engel ve sağlığına bakılmaksızın temel ihtiyaçlarına sahip olması olarak değerlendirilmektedir. En az normal sağlıklı bireyler kadar ülkenin sahip olduğu kaynaklardan ve imkânlardan faydalanması gerekmektedir. Onlar bu kaynaklardan kendi başlarına faydalanıyorlarsa yönetimlerin, toplumların, STK'ların, vicdani sorumluluğu olan herkesin bu olanakları onlara götürmesi gerekmektedir.

Eğitilebilir zihinsel engelli çocukların rekreatif etkinliklerle fiziksel kapasitelerini korumak yada geliştirmek, beceri seviyelerini geliştirmek, sahip oldukları yetenekleri ön plana çıkartmak benlik saygılarına olumlu etki yapacaktır. Bu sayede özgüvenleri artacak bu durum bundan sonra yapılacak olan organizasyonlara katılım güdülerini olumlu etkileyerek daha sosyal bir yaşantıya sahip olacaklardır. Bu tür çalışmalarda eğitilebilir zihinsel engelli çocukların yapabileceği rekreatif faaliyetler seçmek, programlamak çok önemlidir. Rekreatif faaliyetlerde model olarak uygulanması ve çalışmaların çok uzun tutulmaması dikkat süreleri kısa ve algılamaları sınırlı olduğu için çok önemli bir noktadır.

## 6. BÖLÜM: SONUÇLAR

Katılımcılarda elde edilen verilerin analizinin yapılarak tablolaştırıldığı bulgular kısmından sonra bu bölümde çalışmanın sonuçları değerlendirilecektir. Buna göre çalışman iki türlü sonuç kısmından oluşmaktadır. Birinci kısımda, katılımcıların fiziksel parametrelerine ilişkin sonuçlarından, ikincisi kısımda ise katılımcıların ebeveynlerinin depresyon durumları hakkındaki sonuçlardan bahsedilecektir.

Katılımcıların ön test ve son test değerlerinden elde edilen verilere yapılan çeşitli analizler göstermektedir ki; 12 haftalık düzenli egzersiz programına katılan 13-18 yaş arası engelli gençlerin fiziksel uygunluk parametrelerinde olumlu gelişmeler görülmüştür. Bu parametrelerden vücut ağırlıkları, vücut kitle endeksleri, triceps, supscapula, ve suprailliac deri altı yağ kalınlıklarında azalma görülürken, bükülü kol asılma süreleri, modifiye mekik yapabilme sayıları, Otur-eriş esneklik değerleri, gövde uzatma değerleri, 20m mekik koşusuna dayanıklılık seviyeleri, dominant el kavrama kuvvetleri ve omuz germe becerisindeki başarı oranlarında artışlar görülmüştür. Bu sonuçlar, düzenli egzersiz programlarının engelli gençlerin fiziksel özellikleri üzerinde olumlu etkiler yaptığını göstermektedir. EZE çocukların ilk ölçüm ve son ölçüm arasındaki farkın daha önce bu tür çalışmalar içerisinde bulunmamaları, aktif olmayan yaşamlarından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların ebeveynlerinin depresyon durumlarını öğrenmek için yapılan ön testin sonuçlarına göre, ağır depresyon halinde olan ebeveynlerin oranı %61.8 olarak belirlenmiştir. Son test sonuçlarında ise yoğunluk orta (38.2) ve ciddi (47.1) depresyon hali seviyelerine gerilemiştir. Bu sonuçlara göre çocukları düzenli egzersiz programına katılan ebeveynlerin depresyon durumlarında istatistiksel anlamda olumlu bir farklılık görülmüştür.

Çalışmanın sonucu olarak, 12 haftalık düzenli rekreatif etkinlik programının engelli gençlerin fiziksel özellikleri ve bu gençlerin ebeveynlerinin depresyon durumları üzerine olumlu etki yarattığı belirlenmiştir.

## 7. BÖLÜM: ÖNERİLER

Araştırma sonucunda eğitilebilir zihinsel engelli bireylere ait fiziksel uygunluk ön test-son test sonuçları ve ailelerinin depresyon seviyeleri ön ölçüm-son ölçüm sonuçları itibari şu öneriler sunulmuştur.

- 1- Zihinsel Engelli bireylerin hangi sebeple olursa olsun hareket etmelerinin sağlanması fiziksel uygunlukları için olumlu katkısı olacaktır.
- 2- Yapmış olduğumuz araştırmada yüksek sayıda eğitilebilir zihinsel engelli bireye ulaşamadık. Eğer çok daha yüksek sayılarla bu gibi çalışmalar yapılırsa sonuçlar açısından daha fazla katkı sunacaktır.
- 3- Yapmış olduğumuz çalışmalara katılım konusunda bayan katılımcı sayısının çok düşük olduğu görülmektedir. Cinsiyet fırsat eşitliği açısından bu tür çalışmalarda cinsiyet farklılığının çok fazla olmaması önemlidir.
- 4- Bu tür çalışmalar daha farklı fiziksel uygunluk testleri kullanılarak yapılabilir.
- 5- İl merkezinin dışında kalan engelli bireylere de ulaşmak hem kamu sorumluluğu, hem sosyal sorumluluk, hem de vicdani sorumluluk açısından önemlidir. İl merkezi dışındaki engellilere de bu tür imkanların sunulması fırsat eşitliği açısından faydalı olacaktır.
- 6- Bu tür çalışmalar hakkında ailelere seminerler verilmesi ailelerin bilişsel seviyesini yükseltecek, engelli çocuklara daha olumlu katkı sağlamalarına sebep olabilecektir.
- 7- Bu tür çalışmalar engelli bireylerin sosyalleşmesine çok önemli katkılar sunmaktadır. Bu tür çalışmalar artarak devam ettirilmelidir.
- 8- Bilimsel amaçlı yapılan çalışmalar, bilimsel çalışmanın bitmesi ile sonlandırılmamalı, istikrarlı bir şekilde devamı sağlanmalıdır.

- 9- Kamu kuruluşları, yerel yönetimler, STK'lar, eğitim kurumları ve sorumluluk sahibi bütün bireyler, engellilerin önünde ki engelleri kaldırmak için çaba göstermelidir, destek sağlamalıdır. Engelleri kaldırmak için en önemli kriter normal sağlık sorunu olmayan bireylerin ulaşabildiği bütün imkanlara engellilerinde ulaşması, ulaştırılması sağlanmalıdır.
- 10- Sportif rekreasyon etkinliklerinin zihinsel engeli olan çocukların fiziksel uygunluk özelliklerine olumlu katkısı olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar sosyal ve psikolojik olarak da katkı sağlamaktadır. Bunlardan dolayı okullarda ve rehabilitasyon merkezlerinde bu alanda özel eğitim almış öğretmenler bulunmalıdır.
- 11- Zihinsel veya bedensel engelli çocuğa sahip anneler psiko-sosyal desteğe sağlıklı çocuğa sahip annelere göre çok daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar. Bu nedenle engelli çocuğu bulunan annelerin ruhsal durumu yakından izlenmeli, duygusal paylaşımları sağlanmalı ve gerektiğinde psikolojik destek sağlanmalıdır. Tüm bu imkanlara ulaşmak için önlerindeki engeller kaldırılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Akçakın, M. (1988). Zeka Gerilikleri ve Çocuk Psikiyatrisinde Tedavi. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (Ed: O. Öztürk). Nurool Matbaacılık, Ankara, s: 395-405.
2. Anderson, M., D. Bedini, A., L. Moreland, L. (2005) Getting all Girls into the Game: Physically Active Recreation for Girls with Disabilities, Journal of Parks and Recreation Administration winter vol. 23, no. 4 78-103.
3. Annagür, BB. (2008). Depresyon hastalarında dürtü kontrol bozuklukları sıklığı, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana.
4. Antebi, B.S. (2005). Special Education, The History, Law and Inclusion in The Art Room, The University of Texas Faculty of Graduate School, MA Thesis. TA, USA.
5. Anonim (2002). Devlet İstatistik Enstitüsü Türkiye Özürlüler Araştırması,
6. Anonymous (1992). "Mental Retardation Definition, Classification and Systems of Supports", American Association On Mental Retardation (AAMR), Edition:9, Washington DC.
7. Ataman, B. (2010). Öğretilebilir Zihinsel Engeli olan çocukların ruhsal ve sosyal uyumunda sportif rekreasyonun önemi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı.
8. Bağdatlı, Ş.(2012). Eğitilebilir Zihinsel Engelli Bireylerde Bazı Fiziksel Uygunluk Parametrelerinin İncelenmesi, Hareket ve Antreman Bilimleri Anabilim dalı Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
9. Balic, M, G., Mateos, E, C., Blasco, C, G. (2000). "Physical Fitness Levels Of Physically Active and Sedentary Adults With Down Syndrome, Adapted Physical Activity Quarterly", 17 (3), 310-321.
10. Barnet, J. (1980). Recreation For The Disabled From a Consumer's Point Of View" Victorian Advisory Council on Recreation for the Handicapped.
11. Başaran, M. (1992). "Oyunlarla Spora Hazırlık", Milli Eğitim Basımevi, İstanbul.

12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J, An Inventory For Measuring Depression, Archives Of General Psychiatry.1961; 4: 561–571.
13. Betül Beyazıt, B., Meriç, B., Aydın, M., Seyrek, E. (2007). Eğitilebilir Zihinsel Engelli Çocuklarda Eğlenceli Atletizm Antrenman Programının Psikomotor Özelliklerine Etkisi, Spormetre,1 Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, V (4) 173-176.
14. Blackburn, Ivy M. (1992). Depresyon ve Başa Çıkma Yolları, Çev: N. H. Şahin, R. N. Rugancı, İstanbul: Remzi Kitabevi.
15. Bucher, CH. Bucher CA. (1974).Recreation For Today's Society, New Jersey.
16. Budak, Ç., Reyhan, S., Yıldırım, Y. (2012). 10-14 Yaş Arası Öğretilbilir Zihinsel Engelli Çocuklarda Rekreatif Etkinliklerin Hareket Gelişimine Etkisinin İncelenmesi, Tıp Bilimleri Dergisi, Sayı:3, Cilt 2.
17. Bulduk, S. (2003). Psikolojide deneysel araştırma yöntemleri. İstanbul: Çantay Kitabevi. Christensen, L. B. (2004). Experimental Methodology. United States of America: Pearson Education.
18. Çağlar, D. (1979).” Geri Zekalı Çocuklar ve Eğitimi, a. ü. eğitim fakültesi. 1979.
19. Çamlıgüney, A.F. (2001). Down Sendromlu çocukların gelişiminde yüzme sporu ile beden eğitimi uygulamalarının karşılaştırılması. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
20. Canay, A. (2005). “Çocuğunuz ve Siz”, Morpa Kültür Yayınları, İstanbul.
21. Chasey, W., Wyrick,W.(1971). “Effects of a Physical Development Program on Psychomotor Ability of Retarded Children, Am. J. Mental Deficiency”: 75, 566- 570.
22. Clark ve Clark., Clarke, H. H. and Clark H. D. (1978). “Developmental and adapted physical education”. Second Edition., Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs, New Jersey.
23. Conk, Z., Yıldırım, F. (2005). Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğa Sahip Anne/Babaların Stresle Başa Çıkma Tarzlarına Ve Depresyon Düzeylerine Planlı Eğitimin Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(2), 1-10.
24. Cooper, J. (1979). Crisis Admission Unites and Emergency Psychiatric Services. Public Health in Europe 11. WHO: Copenhagh.

25. Daco, P. (1989). Çağdaş Psikolojinin Olağanüstü Halleri, Çev.Gürün, O.A.; İstanbul: İnkılap Kitapevi.
26. Demir, Ö. Aysoy, M.(2002). Engelli Tanımı ve Sınıflaması. Türkiye Özürlüler araştırması. Devlet İstatistik Enstitüsü.
27. Dereli, F., Okur S. (2008). Engelli Çocuğa Sahip Olan Ailelerin Depresyon Durumunun Belirlenmesi. Yeni Tıp Dergisi 2008;25: 164-168.
28. Donncha MC., Watson AWS. (1999). Reliability of eurofit physical fitness items for adolescent males with and without mental retardation, Adap. Phys. Act. Q., 16, s: 86-95.
29. Doruker, A. (1999). “Boş Zamanları Değerlendirme” Akdeniz Yayıncılık, İstanbul.
30. Downs, S, B., Wood, T, M. (1996). “Validating A Special Olympics Volleyball Skills Assessment Test, Adapted Physical Activity Quarterly”, 13(2), 166-179.
31. Elgün, S.(2001). “Depresyon Nörobiyokimyası.” Modern Tıp Seminerleri, 188-19.
32. Ercan, E. S., Turgay, A. (2004). Mutsuz Çocuk: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Depresyon, 2. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.
33. Erkan, N., (1995). “Boş Zamanları Değerlendirme”, 19 Mayıs Gençlik ve Spor Akademisi Ders Notları, Ankara.
34. Ertürk, BB. (2010). Mental Retardasyon ve Fiziksel uygunluk, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Özveri Dergisi.
35. Fernhall, B. (1993). Physical fitness and exercise training of individuals with mental retardation. Med. sci sports and exercise, 25(4):442–450.
36. Fırat, S. (2000) .Otistik ve zihinsel özürlü çocukların annelerinde kaygı, depresyon, aleksitimi ve genel psikolojik değerlendirme. Yüksek lisans tezi .Çukurova Üniversitesi, Adana.
37. Graefe, A., Parker, S. (1987). Recreation And Leisure, An Introductory Handbook, Venture Publishing Inc., 1640, Oxford Circle State College, PA 16803, s. 57-60.
38. Güven, Y. (2003). Özel Eğitime Giriş. Farklı Gelişen Çocuklar. (Edit: A. Kulaksızoğlu). Epsilon Yayıncılık, İstanbul, s: 57-80.
39. Hacıoğlu, N. ve Arkadaşları. (2003). “Boş Zaman ve Rekreasyon Yönetimi”, Örnek Animasyon, Ankara.

40. Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M., (1978; 1982 [2nd Ed.]; 1986 [3rd Ed.]; 1988 [4th Ed.]; 1991 [5th Ed.]; 1994 [6th Ed.]; 1997 [7th Ed.]; 2000 [8th Ed.]) *Exceptional learners: Introduction to Special Education*. Boston: Allyn & Bacon.
41. Hazar, M. (2003). "Beden Eğitimi ve Sporda Oyunla Eğitim", Ankara.
42. Hendry, J., Kerr, R. (1983). Communication through physical activity for learning disabled children. *Percept Mot Skills*. Feb;56(1):155-8.
43. Herken, H., Turan, M., Şenol Ş ve ark. (2000). Down sendromlu çocuğu olan anne babaların depresyon düzeyleri ve depresyonla başa çıkma becerileri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 7:143-152.
44. Heward, W. (1996). *Exceptional Children. An Introduction to Special Education*. New Jersey: Prentice Hall.
45. Hisli N, Beck (1998). Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*.1988; 6 (22): 118-122.
46. Jones, B. D. (1980). Denied From a Lot of Places Barriers to participation in Community Recreation Programs Encountered by Children with Disabilities.
47. Johnson, L.S. (2003). *Therapist's Guide to Clinical Intervantion*. New York: Academic Pres, 314.
48. Kabasakal, K. (2014). Zihinsel Engelliliğin Tarihi Gelişimi (Dünü Ve Bugünü). Erişim Adresi: [Http://Blog.Kmu.Edu.Tr/Kemalkabasakal/?P=37](http://Blog.Kmu.Edu.Tr/Kemalkabasakal/?P=37). Erişim Tarihi: 12.03.2015.
49. Karaküçük, S. (1999). *Rekreasyon, Boş Zamanları Değerlendirme, Bağırğan Yayınları, Ankara. s.:94-99, 101, 108,130.*
50. Keller, E. T., Bost, S. N., Lock, D. E. Marcenko, O. M. (2005). Factor Associate with Participation of Childeren with Mental Health Problems in Structured Youth Development Programs, *Journal of Emotional Behavioral disorders fall Vol.13 No. 3. 141.*
51. Kesim, Ü. (2006). *Sağlıklı Kentler Birliği Toplantısı*. Eskişehir.
52. Kılbaş, Ş., Köktaş, V. (2004). *Rekreasyon Boş Zaman Değerlendirme, 3.Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.s.:25-28.*
53. Kielhofner G., Miyake S. (1981). The therapeutic use of games with mentally retarded adults. *Am J Occup Ther.*, Jun;35(6):375-82.



54. Köknel, Ö. (2005), Ruhsal Çöküntü, Depresyon, İstanbul: Altın Kitaplar.
55. Köroğlu, E. (2004). Depresyon: Nedir, Nasıl Baş Edilir. I. Baskı., Hekimler Yayın Birliği Yayını, Ankara.
56. Krebs, P. (2005). Adapted Physical Education and Sport. Fourth Edition. (Editor: Winnick, J.). Chapter ----- 55-Sarol H.(2013) Uyarlanmış Rekreatyonel Fiziksel Aktivitenin Otizmli Bireylerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, II. Rekreatyon Kongresi. AYDIN.
57. Leitner, J. (1989), F. Saraand, Leisure Enhancement, London: The Haworth Press, Inc.
58. Lloyd, C., King R., Lampe, J., Mcdougal, S. (2001). The Leisure Satisfaction Of People With Psychiatric Disabilities. Psychiatric Rehabilitation Journal.; 25(2):107-13.
59. Loko J., Aule R., Sikkut T., Erelina J., Viru A. (2000). Motor Performance Status In 10 to 17- year-old Estonian girls and boys. Scand J Med Sci Sports. 10(2) : 109-13.
60. Maloney, P. (1979). Mental retardation and modern society. New York: Oxford university press.
61. Metin, N. (1989). Okul Öncesi Dönemindeki Down Sendromlu ve Normal Gelişim Gösteren Çocukların Entegrasyonunda Sosyal İletişim Davranışlarının İncelenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
62. Miller, AC., Gordon., RM, Daniele RJ ve ark. (1992). Stress, appraisalandcoping in mothers of disabledandnondisabledchildren. J PediatrPsychol, 17:587-605.
63. Mirzeoğlu, N. (2003). “Rekreatyon ile İlgili Temel Kavramlar”,Beden Eğitimi ve Spor Bilimlerine Giriş, Bağırğan Yayınevi, Ankara.
64. Nimet, N. (2007). “Rehabilitasyon Merkezlerinde Eğitim Alan Öğrenci Ailelerinin Rekreatyon Aktivite Tercihlerinin Belirlenmesi”. Kocaeli Üniversitesi Beden Eğitimi Ve spor Yüksek Okulu Rekreatyon Bölümü Yayınlanmamış Bitirme Projesi, Kocaeli.
65. Ninot G., Bilard J., Sokolowski, M. (2000). Athletic competition: a means of improving the self-image of the mentally retarded adolescent? Int J Rehabil Res., 23(2):111-7, France.
66. Özer, D.S. (2001 ). Engelliler için Beden Eğitimi ve Spor, 1. Basım, Nobel Yayın Dağıtımı, Ankara.

67. Pekçetin, E. (2003). Zihinsel Engelli Çocuklarda Gross Motor Fonksiyon Ve Motor Performansın Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı.
68. Piccinelli M., Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *Br J Psychiatry* 177: 486-492.
69. Pommering, T.L. (1994). Effects of an aerobic exercise program on community based adults with mental retardation. *Ment. Retard.*, 32(3)218-226.
70. Preskorn, SH. (1999). Depresyonun Ayaktan Tedavisi. 2nd ed. Bursa.
71. Rimmer, JH. (2000). Achieving a beneficial fitness: A program and a philosophy in mental retardation, American Association on Mental Retardation, Chicago, s: 1-36.
72. Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2007). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (H. Aydın ve A. Bozkurt, Çev.). Ankara: Güneş Kitabevi.
73. Sağcan, M. (1986). *Rekresyon ve Turizm*. İzmir: Cumhuriyet Basımevi.
74. Sarol, H., Çimen, Z. (2013) Uyarlanmış Rekreatif Aktivitelerin Otizmli Bireylerin Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkisi, II. Rekreatif Araştırma Kongresi 31 Ekim – 3 Kasım Kuşadası, Aydın.
75. Savucu, Y., Biçer S. Y. (2009) Zihinsel Engellilerde Fiziksel Aktivitelerin Önemi, *Türkiye Klinikleri J Sports Sci* 1(2):117-22.
76. Sinclair, E., Forness, S. (1983). Classification: Educational issues. (Ed: L. Matson) *handbook of Mental Retardation*. Pergamon Press, New York, s: 171-176.
77. Softa, K. H. (2012). Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Kastamonu Üniversitesi, Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü.
78. Stumbo, N J., Peterson, C. A. (2004). *Therapeutic Recreation Program Design*. San Francisco: Darly.
79. Sucuoğlu, B. (Editör). (2009). *Zihinsel Engelliler ve Eğitimleri*. 2. Baskı, Kök Yayıncılık. Ankara, s: 51-80.
80. Tezcan, M. (1982). “Boş Zamanların Değerlendirilmesi”, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları, Ankara.

81. Uğuz, Ş., Toros, F., Yazgan İnanç, B., Çolakkadıoğlu, O. (2004). Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi. Klinik Psikiyatri, 7:42-47.
82. Ün N. (1999). Zihinsel Engellilerde Reaksiyon Zamanının Değerlendirilmesi Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
83. Quinn, B. (2002). Depresyon el kitabı. (Çeviri: A.E. Danacı), Hekimler Yayın Birliği Yayını, Ankara.
84. Winnick I. P., Short F. X.: (2002) The Brockport physical fitness test. Champaign, IL: Human Kinetics. Volume 34, Number 1, Spring.
85. Yıldırım, N. Y. (1993). İ., 9-18 Yaş Grubu Mental Retardelerde Fiziksel Uygunluğun Belirlenmesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
86. Zorba, E. (2001). Fiziksel Uygunluk. Gazi Kitabevi. Ankara, s: 2-58.
87. Disability Secrets. Erişim Adresi: [Http://Www.Disabilitysecrets.Com/](http://www.Disabilitysecrets.Com/). Erişim Tarihi: 19.05.2015.
88. World Health Organization. Erişim adresi: <http://www.who.int/en/>. Erişim tarihi: 12.03.2015.
89. Zihinsel Engellilik. Erişim Adresi: [Http://Www.Sosyalhizmetuzmani.Org/Zihinselengelliler.Htm](http://www.Sosyalhizmetuzmani.Org/Zihinselengelliler.Htm). Erişim Tarihi: 19.05.2015.
90. Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi. Zihinsel Engelliler. Milli Eğitim Bakanlığı. (2007). Ankara. Erişim adresi: <http://hbogm.meb.gov.tr/modulerprogramlar/kursprogramlari/cocukgelisim/moduller/zihinselengelliler.pdf>. Erişim tarihi: 12.01.2015.
91. 5378\_sayili\_kanun.pdf [http://orgm.meb.gov.tr/meb\\_iys\\_dosyalar/22012\\_10/10110701/](http://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/22012_10/10110701/) Erişim tarihi:25.05.2015.
92. Wikipedia özgür ansiklopedi. Erişim adresi: [https://tr.wikipedia.org/wiki/Ana\\_Sayfa](https://tr.wikipedia.org/wiki/Ana_Sayfa). Erişim tarihi: 22.03.2015.
93. T.C. Resmî Gazete. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. 14 Ocak 2012. Sayı : 28173. Erişim tarihi: 14.05.2015
94. Wikipedia özgür ansiklopedi. Erişim adresi: [https://tr.wikipedia.org/wiki/Ana\\_Sayfa](https://tr.wikipedia.org/wiki/Ana_Sayfa). Erişim tarihi: 21.03.2015.

95. Zihinsel Engellilik. Erişim Adresi:  
[Http://Www.Sosyalhizmetuzmani.Org/Zihinselengelliler.Htm](http://Www.Sosyalhizmetuzmani.Org/Zihinselengelliler.Htm). Erişim Tarihi: 19.05.2015.
96. Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi. Zihinsel Engelliler. Milli Eğitim Bakanlığı. (2007). Ankara. Erişim adresi:  
<http://hbogm.meb.gov.tr/modulerprogramlar/kursprogramlari/cocukgelisim/moduller/zihinselengelliler.pdf>. Erişim tarihi: 12.01.2015.
97. Doğru Hızlı Güvenilir Bilgi. Engellilerle İlgili Tüm Haberler Bu Sitede. Erişim Adresi: <Http://Engellileriz.Blogspot.Com.Tr/2014/05/Engelli-Arac-Aldm-Kaskolu-Kaza-Yaptm.Html>. Erişim Tarihi: 12.03.2015.
98. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim adresi: <http://orgm.meb.gov.tr/>. Erişim tarihi: 12.03.2015.

## **EKLER**

### **EK – 1: Veli Onay Formu**

Sevgili Anne/Baba,

Bu çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi öğretim elemanı/Doktora öğrencisi Bilal KARAKOÇ tarafından yürütülmektedir.

**Bu çalışmanın amacı nedir?** Çalışmanın amacı, 12 Haftalık Rekreatif Fiziksel Aktivite Programının Eğitilebilir Zihinsel Engelli Çocukların ve Ailelerinin Üzerine Etkileri’ konu başlıklı tezi ile Zihinsel Engelli Çocukların fiziksel kapasitelerinin gelişimi, psikolojik olarak rahatlamaları ve sosyalleşme sürecinin olumlu etkilenmesi amaçlanmaktadır.

**Çocuğunuzun katılımcı olarak ne yapmasını istiyoruz?** Günde ortalama 90 dakika sürecek, haftada 2 gün ve 12 hafta boyunca yapacağımız çalışmalara katılmasını istiyoruz. Çalışmalar esnasında video ve fotoğraf çekimi yapılabilecektir. Çalışmalardan önce ve çalışmalar bittikten sonra alınacak ölçümler; ağırlık, boy, 20 Metre Mekik Testi, El Kavrama Kuvveti Testi, Bükülü Kol ile Asılma Testi, Otur-eriş Testi, Omuz esnekliği testi, Gövde kaldırma testi, Skinfold ölçümleri.

#### **Çocuğunuzdan alınan bilgiler ne amaçla ve nasıl kullanılacak?**

Çocuğunuzdan alacağımız veriler tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçla (yayın, konferans sunumu, vb.) kullanılacak, çocuğunuzun ya da sizin ismi ve kimlik bilgileriniz, hiçbir şekilde kimseyle paylaşılmayacaktır.

#### **Çocuğunuz ya da siz çalışmayı yarıda kesmek isterseniz ne yapmalısınız?**

Katılım sırasında sorulan sorulardan ya da herhangi bir uygulama ile ilgili başka bir nedenden ötürü çocuğunuz kendisini rahatsız hissettiğini belirtirse, ya da kendi belirtmese de araştırmacı çocuğunuz rahatsız olduğunu öngörürse, çalışmaya sorular tamamlanmadan ve derhal son verilecektir. (Eğer katılım sırasında ebeveyn de mevcut olacaksa) Şayet siz çocuğunuzun rahatsız olduğunu hissederseniz, böyle bir

durumda çalışmadan sorumlu kişiye çocuğunuzun çalışmadan ayrılmasını istediğinizi söylemeniz yeterli olacaktır.

Bu çalışmayla ilgili daha fazla bilgi almak isterseniz; Bu çalışmayla ilgili sorularınız sözlü ve yazılı biçimde cevaplandırılacaktır. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğretim elemanlarından Öğr. Gör. Bilal KARAKOÇ ile 05322730901 numaralı telefonda ya da adabilal@gmail.com e-posta adresi ile iletişim kurabilirsiniz. Bu çalışmaya katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde oğlumun/kızımın “katılımcı” (denek) olarak yer alması kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve çocuğumun bu çalışmada yer almasını onaylıyorum (Lütfen alttaki iki seçenektan birini işaretleyiniz).

Evet onaylıyorum\_\_\_

Hayır, onaylamıyorum\_\_\_

Annenin yada babanın adı-soyadı: \_\_\_\_\_

Bugünün Tarihi: \_\_\_\_\_

Çocuğun adı soyadı ve doğum tarihi: \_\_\_\_\_

(Formu doldurup imzaladıktan sonra araştırmacıya ulaştırınız).

**EK – 2: Zihinsel Engelli Bireylerde Fiziksel Uygunluk Değerlendirme**

Adı Soyadı : Eğitimlebilir: Daha önce benzer çalışmaya katılmış mı?

Yaş : ..... Yıl: ..... Boy Uzn. : ..... cm

Vücut Ağr. : ..... kg BMI: .....

Cinsiyet : K E

Dominant Taraf: Sağ Sol

**TESTLER**

| Test 1: Skinfold | 1.Tekrar | 2. Tekrar | 3.Tekrar | Skor |
|------------------|----------|-----------|----------|------|
|------------------|----------|-----------|----------|------|

|                      |       |       |       |       |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|
| Triceps deri kıvrımı | ..... | ..... | ..... | ..... |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|

|                     |       |       |       |       |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|
| Biceps deri kıvrımı | ..... | ..... | ..... | ..... |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|

|                         |       |       |       |       |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Supscapula deri kıvrımı | ..... | ..... | ..... | ..... |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|

|                         |       |       |       |       |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Suprailiac deri kıvrımı | ..... | ..... | ..... | ..... |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|

Test 2: 20 M Mekik koşusu .....

Test 3: Kollar Bükülü Asılma ..... sn

Test 4: Kavrama Kuvveti: .....

Test 5: Mekik .....

Test 6: Otur –Eriş testi ..... cm

Test 7: Omuz esnekliği testi ..... Başarılı Başarısız

Test 9: Gövde kaldırma testi .....

**EK – 3: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)****AÇIKLAMA:**

Sayın katılımcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından çok önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Adı Soyadı : .....

Cinsiyeti : .....

**A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

**B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.



**C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

**D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

**E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

**F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

**G- 0. Kendimden memnunum.**

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

**H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

**I- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

**J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

**L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

**M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

**N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

**O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

**P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

**R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.

3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

**S- 0. İştahım her zamanki gibi.**

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

**T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.**

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet ..... Hayır .....

**U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

**EK – 4: Katılımcıların Fiziksel Uygunluk Parametreleri**

| Kod | Boy_ön | Boy_son | V.Ağ_ön | V.Ağ_son | VKİ_ön | VKİ_son | El.Kav_örtl | Kan_sor | Omuz_ön | Omuz_son |
|-----|--------|---------|---------|----------|--------|---------|-------------|---------|---------|----------|
| E1  | 1,65   | 1,65    | 64      | 65       | 23,51  | 23,88   | 22,56       | 24,87   | 2       | 2        |
| Y   | 1,79   | 1,79    | 84      | 80       | 26,22  | 24,97   | 28,56       | 31,85   | 1       | 1        |
| M1  | 1,74   | 1,74    | 91      | 89       | 30,06  | 29,4    | 30,12       | 35,98   | 2       | 1        |
| S   | 1,72   | 1,72    | 91      | 87       | 30,76  | 29,41   | 37,73       | 38,98   | 2       | 2        |
| M2  | 1,74   | 1,74    | 62      | 63       | 20,48  | 20,81   | 21,76       | 22,98   | 1       | 1        |
| U   | 1,64   | 1,64    | 63      | 63       | 23,42  | 23,42   | 22,98       | 23,84   | 2       | 1        |
| Ş   | 1,78   | 1,78    | 57      | 57       | 17,99  | 17,99   | 23,74       | 25,62   | 1       | 1        |
| M3  | 1,78   | 1,78    | 105     | 99       | 33,14  | 31,25   | 33,85       | 34,85   | 2       | 2        |
| H   | 1,42   | 1,42    | 40      | 41       | 19,84  | 20,33   | 18,54       | 20,65   | 1       | 1        |
| S2  | 1,72   | 1,72    | 80      | 74       | 27,04  | 25,01   | 26,91       | 28,1    | 2       | 1        |
| F   | 1,63   | 1,63    | 53      | 54       | 19,95  | 20,32   | 25,87       | 27,94   | 1       | 1        |
| O   | 1,74   | 1,74    | 86      | 84       | 28,41  | 27,74   | 29,54       | 30,07   | 2       | 1        |
| B   | 1,35   | 1,35    | 44      | 45       | 24,14  | 24,69   | 10,45       | 11,73   | 1       | 1        |
| E2  | 1,72   | 1,72    | 85      | 83       | 28,73  | 28,06   | 16,64       | 16,98   | 2       | 2        |
| N   | 1,58   | 1,58    | 75      | 71       | 30,04  | 28,44   | 14,45       | 15,13   | 1       | 1        |

| Kod | Tri_ön | Tri_son | Bic_ön | Bic_son | Sup_ön | Sup_son | Supr_ön | Sup_son |
|-----|--------|---------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|
| E1  | 7      | 6       | 4      | 4       | 12     | 11      | 7       | 7       |
| Y   | 16     | 15      | 8      | 7       | 20     | 18      | 25      | 19      |
| M1  | 17     | 14      | 9      | 8       | 17     | 17      | 22      | 22      |
| S   | 12     | 11      | 14     | 12      | 28     | 25      | 28      | 24      |
| M2  | 7      | 7       | 5      | 6       | 11     | 12      | 9       | 9       |
| U   | 15     | 15      | 7      | 7       | 23     | 21      | 21      | 18      |
| Ş   | 9      | 9       | 4      | 4       | 8      | 7       | 7       | 7       |
| M3  | 24     | 19      | 13     | 12      | 24     | 20      | 25      | 23      |
| H   | 15     | 15      | 9      | 9       | 15     | 15      | 12      | 12      |
| S2  | 13     | 11      | 7      | 7       | 18     | 16      | 15      | 14      |
| F   | 3      | 3       | 3      | 3       | 10     | 9       | 8       | 9       |
| O   | 12     | 11      | 8      | 8       | 19     | 19      | 15      | 15      |
| B   | 15     | 17      | 7      | 7       | 16     | 15      | 13      | 13      |
| E2  | 22     | 20      | 11     | 10      | 32     | 26      | 22      | 18      |
| N   | 18     | 17      | 8      | 9       | 16     | 16      | 20      | 18      |

| Kod | Mek.20m_ön | Mek.20m_son | Bük_ön | Bük_son | Mek_ön | Mek_son | Otur_ön | Otur_son | Göv_ön | Göv_son |
|-----|------------|-------------|--------|---------|--------|---------|---------|----------|--------|---------|
| E1  | 38         | 59          | 4,5    | 7       | 21     | 24      | 30      | 29       | 9      | 12      |
| Y   | 22         | 32          | 2      | 8       | 23     | 25      | 15      | 14       | 31     | 33      |
| M1  | 31         | 45          | 5      | 6       | 22     | 23      | 7       | 8        | 29     | 31      |
| S   | 18         | 21          | 3      | 3       | 26     | 26      | 15      | 14       | 22     | 21      |
| M2  | 10         | 14          | 6      | 5       | 25     | 27      | 5       | 14       | 31     | 33      |
| U   | 20         | 29          | 5      | 4       | 24     | 28      | 0       | 0        | 22     | 21      |
| Ş   | 27         | 28          | 6,5    | 6       | 21     | 22      | 15      | 14       | 30     | 28      |
| M3  | 0          | 13          | 3      | 6       | 10     | 13      | 0       | 15       | 19     | 20      |
| H   | 10         | 14          | 4,5    | 7       | 11     | 15      | 18      | 16       | 16     | 15      |
| S2  | 12         | 19          | 0      | 0       | 22     | 26      | 13      | 14       | 16     | 19      |
| F   | 14         | 13          | 0      | 5       | 23     | 31      | 29      | 29       | 10     | 10      |
| O   | 17         | 16          | 0      | 8       | 25     | 26      | 19      | 19       | 23     | 23      |
| B   | 7          | 5           | 0      | 0       | 15     | 14      | 36      | 34       | 19     | 27      |
| E2  | 9          | 7           | 0      | 0       | 16     | 17      | 13      | 11       | 4      | 6       |
| N   | 15         | 13          | 0      | 0       | 18     | 22      | 30      | 32       | 12     | 17      |

**EK – 5: Ailelerin Depresyon Verileri**

| No. | Dep.Öntest | Grup.Öntest | Dep.Sontest | Grup.Sontest |
|-----|------------|-------------|-------------|--------------|
| 1   | 18         | 3           | 10          | 1            |
| 2   | 41         | 5           | 15          | 2            |
| 3   | 56         | 5           | 15          | 2            |
| 4   | 23         | 3           | 16          | 2            |
| 5   | 42         | 5           | 17          | 3            |
| 6   | 19         | 3           | 18          | 3            |
| 7   | 51         | 5           | 18          | 3            |
| 8   | 54         | 5           | 19          | 3            |
| 9   | 55         | 5           | 20          | 3            |
| 10  | 23         | 3           | 21          | 3            |
| 11  | 53         | 5           | 21          | 3            |
| 12  | 42         | 5           | 22          | 3            |
| 13  | 52         | 5           | 22          | 3            |
| 14  | 32         | 4           | 26          | 3            |
| 15  | 35         | 3           | 28          | 3            |
| 16  | 54         | 5           | 28          | 3            |
| 17  | 42         | 5           | 29          | 3            |
| 18  | 42         | 5           | 30          | 4            |
| 19  | 34         | 4           | 31          | 4            |
| 20  | 35         | 4           | 31          | 4            |
| 21  | 40         | 4           | 31          | 4            |
| 22  | 43         | 5           | 31          | 4            |
| 23  | 35         | 4           | 32          | 4            |
| 24  | 38         | 4           | 33          | 4            |
| 25  | 45         | 5           | 34          | 4            |
| 26  | 40         | 4           | 35          | 4            |
| 27  | 43         | 5           | 35          | 4            |
| 28  | 41         | 5           | 36          | 4            |
| 29  | 45         | 5           | 36          | 4            |
| 30  | 38         | 4           | 37          | 4            |
| 31  | 44         | 5           | 39          | 4            |
| 32  | 46         | 5           | 39          | 4            |
| 33  | 56         | 5           | 40          | 4            |
| 34  | 43         | 5           | 42          | 5            |