



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI

BEDENSEL ENGELLİLERİN SOSYO-EKONOMİK DURUMLARININ SPOR YAPMA TERCİHLERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dursun YILMAZ

**Samsun
Mayıs-2019**



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR ANABİLİM DALI

BEDENSEL ENGELLİLERİN SOSYO-EKONOMİK DURUMLARININ SPOR YAPMA TERCİHLERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dursun YILMAZ

Danışman
Doç. Dr. Menderes KABADAYI

Samsun
Mayıs-2019

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Dursun YILMAZ tarafından Doç. Dr. Menderes KABADAYI danışmanlığında hazırlanan “BEDENSEL ENGELLİLERİN SOSYO-EKONOMİK DURUMLARININ SPOR YAPMA TERCİHLERİNE ETKİSİ” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 30/05/2019 tarihinde yapılan sınav ile Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Menderes KABADAYI
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : DOÇ. Dr. Özgür BOSTANCI
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ahmet MOR
Sinop Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /.....

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŐEKKÜR

Akademik hayata başladığım ilk günden itibaren desteğini ve bilgisini esirgemeyen, olaylara farklı açılardan bakmamı sağlayan ve tez aşamasına başladığım ilk günlerde kaybettiğim kız kardeşim Yeliz YILMAZ' ın büyük acısını yaşarken bana gösterdiği sabırdan dolayı değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Menderes KABADAYI' ya, kıymetli hocam ve arkadaşım Doç. Dr. Özgür BOSTANCI' ya Levent CEYLAN' a her aradığımda yanımda olan Dr. Hamza KCK'e, Prof. Dr. Erbil ÇAĞLAR' a, Sezgin şAHBAZ' a, ilgisini, alakasını ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Tuba YILMAZ' a ve minik kızım Meva YILMAZ' a ani ölümü ile acısını bir ömür boyu hissedeceğim kız kardeşim Yeliz YILMAZ' a kalbimde yaşattığı destekten dolayı;

Teőekkür ederim.

ÖZET

BEDENSEL ENGELLİLERİN SOSYO-EKONOMİK DURUMLARININ SPOR YAPMA TERCİHLERİNE ETKİSİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı bedensel engelli sporcuların spora katılım güdüsünü araştırmaktır.

Materyal ve Metot: Çalışmaya atletizm branşından 35 sporcu, futbol branşından 96, tekerlekli basketbol branşından 68 sporcu olmak üzere 199 bedensel engelli sporcu oluşturmaktadır. Bedensel engelli sporcuların spora katılım güdülerini tespit edebilmek amacıyla “Spora Katılım Güdüsü” ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların eğitim durumlarına göre spora katılım güduları karşılaştırıldığında gruplar arasında farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Sporcuların engelli olma durumuna göre spora katılım güduları incelendiğinde sonradan engelli olanların arkadaş alt boyutunda puanları yüksek bulunmuştur ($p=0,030$). Bedensel engelli sporcuların çalışma durumlarına göre spora katılım güduları incelendiğinde çalışmayan sporcuların arkadaşlık alt boyutu puanları yüksek bulunmuştur ($p=0,034$). Katılımcıların medeni durumlarına göre spora katılım güduları karşılaştırıldığında “başarı/statü”, “fiziksel uygunluk/enerji harcama”, “beceri gelişimi”, “hareket/aktif olma” alt boyutunda bekar (yalnız yaşayanlar) olanların puanları ailesi ile yaşayanlar ile evli olanlardan yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Bedensel engelli sporcuların spora katılımında arkadaşlık güdüsünün aktif olduğu söylenebilir. Ayrıca tek başına yaşayan engelli sporcuların sosyalleşebilmek için spor yapmayı tercih ettikleri söylenebilir. Engelli bireylere yönelik sportif aktivitelerin artırılması önerilmektedir. Bu sayede engelli bireylerin toplumla kaynaşmasının daha kolay olabileceği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Bedensel engelli; Engelliler; Spor; Spora katılım

ABSTRACT

THE EFFECT OF SOCIO-ECONOMIC SITUATIONS OF PHYSICAL DISABILITIES TO SPORTS PREFERENCES

Aim: The aim of this study is to investigate the motivation of sportsmen with physical disabilities.

Material and Method: The athletic branch consists of 35 athletes, 96 athletes from the football branch and 199 athletes with a capacity of 68 athletes. In order to determine the motivation motives of physically disabled athletes, the “Participation of Motivation Questionnaire” sport scale was applied.

Results: There was no significant difference between the groups according to their educational status ($p > 0.05$). When the participation of athletes in sports according to their disability was examined, the scores of the disabled individuals were found to be higher in the subscale of the friends ($p=0.030$). When the participation motivation motives of physical athletes with physical disabilities were examined, the friendship subscale scores of the athletes who did not work were found to be high ($p=0.034$). When the participation motivation motives of the participants according to their marital status were compared, the scores of those who were single (single) were found to be higher than those who were married with their family ($p < 0.05$).

Conclusion: It can be said that the motivation of friendship of athletes with physical disabilities is active. Moreover, it can be said that disabled athletes living alone prefer to do sports to socialize. It is recommended to increase the sportive activities for disabled people. In this way, it can be said that it can be easier to integrate disabled people with society.

Keywords: Disabled; Physical disabilities; Participation in sports; Sport

Dursun YILMAZ, Master. Thesis
Ondokuz Mayıs University - Samsun, May-2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Engellilik Kavramı.....	4
2.1.1. Türkiye’de Engellilik.....	5
2.1.2. Türkiye’de Engelliler Sporü	7
2.1.3. Dünyada Engelliler Sporunun Gelişimi.....	7
2.2. Engelli Sınıflandırılması	9
2.2.1. Zihinsel Engelliler	9
2.2.2. İşitme Engelliler.....	11
2.2.3. Görme Engelliler	14
2.2.4. Bedensel Engelli	17
2.3. Bedensel Engellilerin Sınıflandırılması	17
2.3.1. Spinal Kord Yaralanmaları	18
2.3.2. Amputasyon.....	19
2.3.3. Poliomyelit.....	20
2.3.4. Serebral Palsi	21
2.3.5. Nöromusküler bozukluklar	22
2.3.6. İnme	22
2.4. Engellilik ve Spor	23
2.4.1. İşitme Engellilerde Spor	24
2.4.2. Görme Engellilerde Spor	24
2.4.3. Bedensel Engellilerde Spor	24
2.5. Sporun Engelli Bireylere Yararları	27
2.5.1 Psikolojik Yararları.....	27
2.5.2 Biyolojik Yararları.....	27
2.5.3 Sosyal Gelişim Alanında Yararları.....	27
3. MATERYAL VE METOT	28
3.1. Materyal	28
3.1.1. Araştırmanın Evreni	28
3.1.2. Araştırma Grubu	28

3.2. Metot.....	28
3.2.1. Verilerin Toplanması.....	28
3.2.2. Veri Toplama Araçları.....	28
3.2.3. İstatistiki Analiz.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR.....	41
EKLER.....	47
ÖZGEÇMİŞ.....	48



1. GİRİŞ

Engellilik kavramı çok eski tarihlere kadar hatta insanlık tarihine kadar dayanabilecek kadar eskidir. Bu etkileşime bağlı olarak tarihin en eski dönemlerinden bugüne kadar toplumların özürsüz bireylere karşı olan tutumları etkilenmiştir. Bu tutum, engelliler için ortaya çıkan eğitim ve sağlık hizmetlerini büyük ölçüde etkilemektedir. Her toplumun engellilere karşı tutumları tarih boyunca farklılık göstermektedir. Bununla birlikte teknolojinin gelişmesi, bilimsel çalışmaların artması ile birlikte kültürel gelişimler bu süreci engellilerin lehine farklılaşma olarak karşımıza çıkarmaktadır (Öztürk, 2011).

Bir milletin sağlık, eğitim ve ekonomik kalkınma göstergeleri, o milletteki engelli nüfusuna sunulan hizmetlerin niteliğini etkilemekte bu da, engelli bireylerin hayat koşullarını belirlemektedir. İlerlemiş milletlerde engellilere verilen önem ve hizmet ne yazık ki az gelişmiş ve gelişmekte olan milletlerde yeterli oranda değildir. Engelli nüfusu genel olarak toplumların ekonomik gelişmişliğine paralel olarak artış ve azalış gösterir. İlerlemiş toplumlarda engelli nüfusu oransal olarak az iken, gelişmekte olan ve geri kalmış toplumlarda bu oran daha yüksektir. Doğal olarak engelli nüfusunu etkileyen nedenlerin başında sağlık ve eğitim gelmektedir (Baldemir, 2007).

Günümüzde spor sadece yarışma amacıyla yapılan bir uygulama topluluğu şeklinde değil, "bireyin sağlık durumunu geliştiren veya gelişmiş sağlık durumunu devam ettiren hareketler topluluğu" şeklinde ifade edilmektedir. Görüldüğü gibi, sağlığı koruma veya bozulmuş olan sağlık durumunun düzeltilmesi düşüncesi, giderek ön plana çıkmakta ve insanlar bu düşünceyle spor yapmaya davet edilmektedir (Şirinkan ve ark., 2007)

Engelli bireylerin sosyal yaşam paydaşlıklarının artmasında sporun çok önemli bir yeri vardır. Ayrıca spor veya herhangi bir fiziksel etkinliğe katılım kişinin farklı kimlik ve rollerini keşfetmesini sağlar, kendini algılayışını değiştirme fırsatı sunar, gurup hissini uyarır ve engelin farkında olma durumunu azaltır (Altun ve ark. 2011; Yılmaz ve ark., 2014). Fiziksel etkinlik ve spor tüm insanlar için psikolojik, fizyoloji ve sosyal açıdan önemli rol oynarken engelli bireylerde bunun önemi daha da artar. Fiziksel etkinlik ve spor, engelli bireylerin engellerinden dolayı içinde buldukları ruh hali ve toplumun kendilerine karşı olan tavırlarının doğal neticesi olarak açığa çıkan saldırganlık, öfke ve kıskançlık gibi hislerini kontrol altında tutmalarını sağlamaktadır

(Esatbeyoğlu ve Karahan, 2014).

Kişilerin farklı özelliklerinde sınırlamalar bulunmaktadır. Bu psikolojik, fizyolojik ve anatomik yetilerde olabilir. Bu eksik veya yetersiz olma durumunu tanımlamak için sakat, engelli, özel ihtiyaçlı, özürlü gibi tanımlarla ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bu tanımlamaları yapmış ve bu tanımlamaları hastalık sonuçlarına dayandırmıştır. Sağlık durumuyla ilgili sınıflandırma ve tanım ifade edilmiştir. Bu tanımlama üç farklı alanda tanımlanmıştır. Sağlık açısından fonksiyonlarda eksiklik ve anormalliği ve fiziksel yapı eksikliğini ifade eden kavram yetersizlik ile tanımlanmıştır. Bir beceriyi veya bir faaliyeti normal kabul edilen sınırlar içinde yapabilmemesi, yetersizlik, sınırlılık kavramı özürlülük tanımı ile belirlenmiştir.

Engellilik tanımını ise bir özüre bağlı olarak veya bir yetersizlikle yaşı, cinsiyete, kültürel yapıya ve sosyal durumlara bağlı bireylerden beklenen görevlerin yerine getirilememesi veya kısıtlı olarak yapılması olarak ifade edilir (Koparan, 2003).

Engelli bireyler bütün engelli gruplarla karşılaştırıldığında en fazla grubun bedensel engellilerden oluştuğu görülmektedir. Bedensel engelli bireyler ortopedik engelliler ve süreğen hastalığı olan bireylerden oluşmaktadır. Merkezi sinir sisteminin zedelenmesi sonucunda ya da kas ve iskelet sistemi zarar görmesi sonucu bireyler ortopedik engelli olurlar. Bedensel engeli nedeniyle, fiziksel faaliyetlere katılmaları sınırlanan engelli bireyler spor ile bu sınırlılıkları en aza indirip, kondisyonlarını artıracak ve günlük hayatlarını destekleyeceklerdir (Gürsel ve Koroç, 2004). Ülkemizde bedensel engellilerin günlük yaşamdaki zorlukları bilinmekle birlikte ihtiyaçlarını karşılayacak yönde yapılan hizmetler yetersiz kalmaktadır. Bedensel engellilerin büyük bir çoğunluğu ulaşılabilirlik ve erişebilirlik konusunda toplumun dışında kalmaktadır. Stadyumlardan, sinemalara, tiyatrolara, parklara kadar uzanan zincirin hiçbir halkasında bedensel engelliler için yapılmış tasarımlar yok denecek kadar az olmaktadır (Ulusoy, 2008).

Bedensel engelli kişiler sportif etkinliklere katılım göstermektedir. Yapılan bu yarışmalar daha özel olarak düzenlenmektedir. Bu süreç içerisinde spor ile ilgili eğitimleri de tamamlayabilme, aynı zamanda yarışmalara da katılmaktadırlar. Engelli kişiler bu yarışma periyodu sonucunda başarı ve başarısızlık duygusunu da hissedebilmektedirler. Bu anlamda da artık kendilerini engelli bir birey olmaktan çok

“sporcu” olarak algılamaktadırlar. Bu duygunun verdiği güvenle bireyler engelleri ile başa çıkmasını öğrenebilmektedirler. Spor yapmak sağlam ve engelli olan insanlar için birçok ruhsal bozukluğa iyi gelmektedir (Tuncer, 2009). Bedensel engellilerin ülkemizde sosyo-ekonomik durumlarının spor yapma tercihlerine üzerine yapılan çalışmalar ülkemizdeki bedensel engellilere bakış açısı göz önüne alındığında daha fazla irdelenmesi gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sporun fiziksel ve psikolojik etkileriyle birlikte kişilerin sosyalleşmesi üzerine olan etkileri bu bakımdan önemlidir. Spor yapan engelli kişilerin sosyal kazanımlarının araştırılması ve ortaya çıkacak sonuçlara göre de sportif etkinliklere katılımın önünü açması açısından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı bedensel engellilerin sosyo-ekonomik durumlarının spor yapma tercihlerine etkisinin incelenmesi olarak belirlenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Engellilik Kavramı

Sağlık kavramı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik” hali olarak tanımlanmıştır (Karademir, 2008). Bununla beraber engellilik kavramı ve tanımı konusunda ise bir fikir ayrılığı görülmektedir. Engelli kavramı ifade edilirken özürlü, yetersiz, sakat ifadeleri ile kullanılmaktadır. Ülkemizde sakat kavramının farklı zamanlarda ve değişik konularda çıkarılan kanun, tüzük, yönetmeliklerde kullanıldığı görülmektedir. Sakat tanımını 1981 yılında ülkemizde kurulan “Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu” bilimsel temellere dayandırarak; Bedensel, zihinsel, duygusal ve sosyal özelliklerinde belirli bir oranda fonksiyon kaybına neden olan organ yokluğu veya bozukluğu sonucu normal yaşamın gereğine uyamayacak düzeyde özürlenmiş kişiye “sakat”, özürlenme durumuna da “sakatlık” olarak tanımlamıştır (Usta, 1992).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu engelli tanımını İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi’nde iade etmiştir. Normal bireyin sosyal ve kişisel yaşamında kendi ihtiyaçlarını karşılaması, yapması gereken işleri bedensel ve ruhsal durumundaki genetik veya sonradan ortaya çıkan herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlar olarak tanımlanabilmektedir (Tatar, 1995).

Engel ve engelliye Orhon (1981), “Bedensel, zihinsel, ruhsal özelliklerinde belirli bir oranda ve sürekli işlev kaybına neden olan organ yokluğu sonucu normal yaşam gereklerine uymama durumu ‘engel’, bu durumdaki kişiye ‘engelli’ denir” diyerek tanımlamıştır.

2006 yılında benimsenen “Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi’nin amacı, “Tüm engelli insanların temel özgürlüklerden ve bütün insan haklarından tam ve eşit bir şekilde faydalanmasını teşvik etmek, sağlamak, korumak ve insan olmaktan ileri gelen haysiyetlerine yönelik saygıyı artırmaktır”. Bu sözleşme, dünya çapında engelliliğe yönelik anlayışta ve verilen tepkilerde büyük bir değişimi ifade etmektedir (Tonak ve Kitiş, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler özürülük kavramına farklı bakış açısından bakmışlardır. Dünya Sağlık Örgütü, özürülük kavramını sağlık yönüne ağırlık veren bir tanım ile yapmış, hastalık sonuçlarına dayandır ve bir sınıflandırma yapmıştır. Bu sınıflandırma; noksanlık, özürülük ve maluliyet olarak ifade edilmiştir.

Sağlık bakımından “noksanlık” psikolojik, anatomik veya fiziksel yapı ve fonksiyonlardaki bir noksanlığı veya dengesizliği “noksanlık (impairment)” olarak ifade etmişlerdir. Sağlık alanında “sakatlık” bir noksanlık sonucu meydana gelen ve normal sayılabilecek bir insana oranla bir işi yapabilme yeteneğinin kaybedilmesi ve kısıtlanması durumunu “özürlülük (disability)” ile vurgulamıştır. Farklı bir tanımlamada ise “Sağlık alanında “maluliyet” bir sakatlık durumuna bağlı olarak veya bir noksanlık olarak ifade edilmiştir. Bu durumun bir bireyde ortaya çıkmasına bağlı olarak birtakım faaliyetleri yerine getirememe durumu ortaya çıkartır. Bu durumlar cinsiyet, yaş, kültürel ve sosyal konumlandırmaya göre normal sayılamayacak faaliyetlerdir. Bu etkinlik yapamama ve dezavantajlı olma durumu “maluliyet (handicap)” ifadeleri ile tanımlanabilmektedir tanımlaması yapmışlardır (Dünya Engelliler Vakfı, 2010).

2.1.1. Türkiye’de Engellilik

Engelliler alanında dünyada gerçekleşen çalışmaların etkisi Türkiye’ye yansımıştır. Özürülülerin hakları ve özürülüler ile ilgili yapılan çalışmaların etkisiyle ülkemizdeki çalışmaları Cumhuriyet öncesi ve Cumhuriyet sonrası olarak ikiye ayırmak mümkündür. Cumhuriyet öncesi dönem incelendiğinde Tanzimat’a kadar özürülülere yönelik faaliyetler daha çok tıbbi bakım konusunda görülmektedir. Özellikle fiziksel ve ruhsal açıdan özürülü olan kişiler ile ilgili iyileştirici faaliyetler yapılmış, bu kişilerin sağlık evlerinde bakım ve tedavilerine olanak sağlanmıştır. Bu tedavilere yönelik çalışmaların akıl ve ruh hastalarına yönelik bakım evlerinin dünyadaki ilk örnekleri oluşturduğu söylenebilir. Bu dönemde faaliyet gösteren hayır amacıyla kurulan vakıflar da özürülülere yönelik hizmetler sunmuşlardır. Tanzimattan sonraki dönem incelendiğinde de özürülülerin korunmasına ilişkin çok kapsamlı düzenlemeler yer almaktadır. Bu getirilen düzenlemelerde sınırlı ve kısmî birkaç hüküm vardır. Avusturyalı Mösyö Grati tarafından ilk defa 1889 yılında İstanbul Ticaret Meslek Mektebi’nde sağırlara yönelik bir okul açılması da bu dönemde olmuştur. Körler için de burada bir sınıf açılmıştır. İzmir’de 1921 yılında açılan körler okulunu 1923’te yine İzmir’de sağırlar okulu takip etmiştir (Pekdemir, 2006).

Cumhuriyet’ten sonraki çalışmaların tarih sırasına göre dizimi şöyledir (Uskun, 2002; Pekdemir, 2006; Ünsal, 2007).

1. 1923 yılında Atatürk tarafından kabul edilen ve uluslararası nitelikte olan ve engelli çocuklardan da bahseden Cenevre Sözleşmesi imzalanmış, 1930 yılında Umumi

Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun özürlü olanları kabul edecek yurt veya müesseseler tesis etme ve idare etme görevini Sağlık Bakanlığı'na vermiştir.

2. 1949 yılında “Korumaya Muhtaç Çocuklar Yasası” çıkarılmış ve yatılı özel eğitim kurumları için yasal koşullar hazırlanmıştır.

3. 1950 yılında Altı Nokta Körler Derneği kurulmuş, 1951’de çıkarılan yasayla özel eğitim kurumları, Sağlık Bakanlığı’ndan Milli Eğitim Bakanlığı’na devredilmiştir. Aynı yıl özel eğitim, örgün eğitim hizmetleri içinde yer almıştır.

4. 1952 yılında zihinsel özürülerin eğitim ve öğretim çalışmaları için Gazi Eğitim Enstitüsü’nde “Özel Eğitim Bölümü” açılmıştır.

5. 1955’te Ankara’da Demirlibahçe İlkokulu’nda özel eğitime muhtaç çocukların teşhisi ve rehberlik çalışmaları için “Psikolojik Servis Merkezi” açılmıştır.

6. 1958 yılında Ankara’da Lepira Hastanesi’nde kurulan ve sonra Ankara Tıp Fakültesi’ne bağlanan “Rehabilitasyon Merkezi” açılmıştır.

7. 1962 yılında ilk defa eğitilebilir düzeydeki zihinsel engelliler için normal ilkokullarda özel sınıf uygulamasına başlanmıştır. 1965’te Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi bünyesinde “Özel Eğitim Bölümü” kurulmuştur.

8. 1971’de 1475 sayılı İş Kanunu düzenlemesiyle kota sistemi gereği özürüler için 50’nin üzerinde işçi çalıştıran fabrikalarda % 2 kontenjan ayrılmıştır. 6.6.1997 tarih ve 572 sayılı kanun hükmünde kararname gereğince özürüler için ayrılan % 2’lik kontenjan % 3’e çıkarılmıştır.

25 Mart 1997 tarih ve 571 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Başbakanlığa bağlı olarak Özürüler İdaresi Başkanlığı kurulmuştur.

06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ile sağlık sisteminde yaşanan değişimler sonucunda özürürlüğe yönelik yeni bir sağlık hizmeti yaklaşımı başlamıştır.

Türkiye’de 01.07.2005 tarihinde “Özürüler Kanunu” olarak da bilinen 5378 sayılı “Özürüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” kabul edilmiştir. Bu yapılan düzenleme özürüler ile ilgili olarak yapılan en son düzenleme olarak kabul edilmiştir. Bu kanunun farklı olan tarafı, aylık bağlanma imkanının sağlanmasıdır. Aylık bağlanma birtakım şartları sağlayan özürürlere bağlanmıştır. Bununla birlikte illerde işaret dili uzmanlarının istihdamı sağlanmıştır. Bu tercümanlar görme, konuşma ve işitme engellilerin noter gibi

kurumlarda gerek görülmesi halinde işlerin yapılmasına yönelik çalışmışlardır (Pekdemir, 2006).

2.1.2. Türkiye’de Engelliler Sporu

Engelliler sporun organize olarak ülkemiz gündeminde yer alması, işitme engellilerin spor faaliyetleri dışında, 1990’lardan itibaren olmuştur. 21.11.1990 tarihinde “Engelliler Spor Federasyonu” kurulmuş, ancak 23.10.1991 tarihinde kurullarını oluşturacak göreve başlayabilmiştir. 1997 yılında alınan bir kararla federasyonun adı “Engelliler Spor Federasyonu” olarak değiştirilmiştir. Engelliler Spor Federasyonunun bünyesinde engelli spor federasyonları kurulmuştur (Başbakanlık, 1990).

2.1.3. Dünyada Engelliler Sporunun Gelişimi

Engelli insanlar ile ilgili sportif alanda yapılan ilk çalışmalar 1 Şubat 1945 tarihi olarak bilinmektedir. Dr. Ludwig İngiltere Londra’da bulunan Guttman Aylesbury Stoke Mandeville Rehabilitasyon Merkezinde parapleji hastalarının rehabilitasyonu için sportif hareketleri kullanmıştır. Bu hastaların büyük çoğunluğu 2. Dünya Savaşında yaralanan kişilerdir. Kullanılan sportif etkinlikler; bilardo, okçuluk, bowling, masa tenisi gibi branşları kapsamaktadır. Benzer şekilde 1832 yılında Amerika Birleşik Devletleri Boston Perkins Körler Okulu öğrencilerine sportif etkinlikler yaptırmaktaydı.

Nöroloji Cerrahisi İngiliz Sir Ludwig Guttman ilk engelli oyunlarını başlatan kişi olarak bilinir. Onun girişimleri sayesinde ilk oyunlar organize edilmiştir. Tekerlekli sandalye ile önce polo, sonra da basketbol oyunlarını da içine lacak şekilde takım sporlarının da eklenmesini sağlamıştır. Devamında cirit, tekerlekli sandalye yarışı, eskrim, gülle, tekerlekli sandalye ile slalom yarışı ve halter gibi değişik branşlar da engelliler için yapılan spor organizasyonlarına eklenmiştir. Tarih 28 Temmuz 1948 tarihini gösterdiğinde Dr. Guttman I. Stoke Mandeville Özürlüler Oyunlarını organize etmiştir. 1949’da spor oyunlarının ikincisi düzenlenmiş. Turnuva sonunda Dr. Guttman “Özürlülerin spor etkinliklerinin İngiltere sınırlarının dışına çıkartılıp, uluslararası düzeye getirilmesini” tavsiye etmiştir. Bu öneri ilk başta pek ilgi görmese de üç yıl sonra 1952’de Hollanda’dan küçük bir özürlü sporcu kafesi gelmiştir. Bu sayede ilk uluslararası katılım sağlanmıştır (Kalyon, 2006).

Uluslararası Olimpiyat Komitesi, 1956 Melbourne Olimpiyat Oyunları sırasında Stoke Mandeville Oyunları Organizasyon Komitesi'ne "Olimpik İdeale Hizmet" ödülü vermiştir. 1957 yılında yapılan oyunlara ise İngiltere dışından 360 sporcu katılmıştır. Aynı yıl kurulan bir "Stoke Mandeville Oyunları Komitesi" kurulmuştur. Oyunlar üç yıl art arda orada yapılmış ve daha sonra olimpiyatların yapıldığı şehirlerde yapılması kararlaştırılmış ve Paralimpiyatlar, Paralimpik Oyunlar doğmuştur. 1960 yılındaki Roma Olimpiyat Oyunları ardından I.Paralimpik Oyunlar 21 ülkeden 400 sporcu ve 300 idarecinin katılımı ile yapılmıştır. 1964 Tokyo Olimpiyatları arkasından II.Paralimpik Oyunlar 23 ülkeden, 335 sporcunun katılımı ile gerçekleşmiştir. Japon İmparatoru bu oyunlara destek vermiş ve oyunları yüz bin kişi seyretmiştir. Japonya'da bu oyunları takiben büyük merkezler kurularak özürlü kişilerin eğitimleri sağlanmaya başlamıştır. 1968 Meksiko Olimpiyatları sonrası İsrail Meksika'nın şartlarında dolayı özürlüler olimpiyatını üstlenmiştir. Yirmi sekiz ülkeden, 750 sporcu ve 300 idareci Tel Aviv'de bir araya gelerek organizasyonu meydana getirmiştir. İlk özürlüler stadyumu da Dr. Guttmann'ın girişimleri neticesinde aynı yıl yapılmaya başlanmıştır. Kraliçe Elizabeth 2 Ağustos 1969 yılında 450 sporcu katılımıyla 29 ülkeden sporcu ile oyunları başlatmıştır. Bu oyunlar 1969 Uluslararası Oyunları olarak bilinir. Münih Olimpiyatları başlamadan önce 1972 tarihinde paralimpiyatlar Heidelberg'de gerçekleşmiştir. Oyunlara 1000 sporcu katılmış, 400 yönetici 44 ülkeden iştirak etmiştir. Kanada Toronto paralimpiyatları 1976 yılında yapılmıştır. Kanada olimpiyatlarını 42 ülke ile katılım sağlanmış 2700 sporcu olimpiyatlarda yarışmıştır. Hollanda Arnhem'de 42 ülke 2560 sporcu katılırken, aynı zamanda 1980 Moskova Olimpiyatları yapılmaktaydı. 1984 yılındaki Los Angeles Olimpiyatları 1984 tarihinde yapılmıştır ve peşinden paralimpiyatlar iki değişik yerde yapılmıştır. Biri New York'ta 2500 sporcunun 45 ülkeden katılımı ile olmuştur. Diğeri ise 1500 sporcunun katılımı ile 41 ülke Stoke Mandeville'de gerçekleştirilmiştir. 1988 Seul Olimpiyatları 1988 yılında yapıldığında çok fazla sayıda katılımcının dahil olduğu görülmüştür. Bu olimpiyatlara 4200 sporcu 62 ülkeden katılım sağlamıştır. Barcelona Olimpiyatları bitiminde 9. Paralimpik Oyunları yapılmıştır. Bu oyunlar 1992 yılında yapılmış ve 4000 sporcu 85 ülkeden katılmıştır. Türkiye için bu olimpiyatın önemi farklıydı. Bu oyunlara ülkemizden ilk kez katılım olmuştur. Sporcumuza iki idareci de eşlik etmiştir. Atlanta Olimpiyatları 1996 yılında yapılmış ve peşinden 10. Paralimpik

Oyunları yapılmıştır. Sporcu sayısı 3310 olarak katılım sağlarken 104 farklı ülke bu olimpiyatlara katılmıştır. Bu oyunlara 1600 idareci katılım gösterince Uluslararası Olimpiyat Komitesi ve de Uluslararası Paralimpik Komitesi bu durumu değerlendirmiş ve bir sınırlama getirmiştir. Buna göre oyunlara katılacak yönetici ve sporcu sayısı düzenlenmiştir (Özer, 2001).

2.2. Engelli Sınıflandırılması

Engellilerin sınıflandırılmasını genel olarak 4 ana başlık altında incelemek mümkündür.

- Zihinsel engelliler
- İşitme engelliler
- Görme engelliler
- Bedensel engelliler.

2.2.1. Zihinsel Engelliler

Zihinsel gelişmeleri normal akranları gibi gelişemeyen ve zihinsel fonksiyonları yönünden normaller gibi faaliyet gösteremeyen zihinsel engelli çocuklarımız için günümüzde zihinsel engellilik anlamında "geri zekalı, zihinsel özürlü, ağır öğrenen, hafif, orta ve ağır düzeyde zihinsel engelli" gibi terimler kullanılabilir (Eliöz, 2006).

Zihinsel engellilik, zeka ile ilişkili fonksiyonları olmamasını ifade etmek amacıyla değişik kavramlarla kullanılmıştır. Bu kavramlar genelde gecikme, gerilik, bozukluk ve yetersizlik gibi zekâ fonksiyonlarını ifade eder. Bu durumun ortaya çıkması ve bu sürecin tanımlanması tıp, spor bilimi ve biyoloji gibi alanların birbiriyle penetre çalışmasından kaynaklanmaktadır. Farklı bir tanım ise zeka geriliğini IQ testlerine göre tanılamıştır. Bu zeka testlerinde test skorlarınının 70-75 ve daha düşüğüne sahip olan kişiler ifade edilmiştir. Yine farklı bir tanım olarak genel zeka fonksiyonlarında yüksek derecede ortalama altında kalmayı işaret eder. Bu durum gelişim sürecinde meydana gelen, kendini ifade edebilme, gösterebilme ve uyumsal davranışlardaki noksanlıkları tanımlamıştır. Bu kavramları oluştururken Amerikan Zihinsel Yetersizlik Birliği bir sınıflandırma yapmıştır. Bu sınıflandırma 4 seviyeden oluşmaktadır. Hafif olarak ifade edilen sınıf; 50-55 ve 70 aralığında puan alanları kapsamaktadır. Orta olarak ifade edilen grup; 35-40 ve 50-55 aralığını kapsar. Şiddetli

olarak belirtilen grubun puanı 20-25 ve 35-40 aralığında betimlenmiştir. Derin seviyede olanlar; 20-25 ve altında olanları ifade etmektedir (Savucu ve Biçer, 2009).

Engelli bireyler içerisinde en fazla karşılaşılan grup zihinsel engelli bireyler grubudur. Bu durumun ortaya çıkmasına karşın, bu bireyler toplum tarafından yeteri kadar tanınmamaktadır. Hatta bu bireylere karşı birtakım ön yargı ve hatta inançlar da bulunmaktadır. Bu inanışların en temeli; bu durumda olan bireyler için yapılacak hiçbir şeyin olmadığı düşüncesidir.

Zihinsel engelli bireylerin bir kısmı fiziksel yönden normal bireylere çok benzerlik gösterirler ve onlar kadar yeteneklidirler. Zihinsel engelli bireyler de, normal gelişim gösteren diğer bireyler gibi birçok spor branşında başarılı olabilir. Genel olarak zihinsel engelli bireyler müthiş bir fiziksel güce sahiptirler. Çoğu kez denetimsiz bir süreç içinde bireyler bu güçlerini olumsuz yönde kullanarak saldırgan eğilimlere dönüşürebilmektedirler. Halbu ki bu fiziksel güç, bireylerin gelişimi açısından çok olumlu bir yöne değerlendirilmeyi beklemektedir (İlhan, 2008)

Zihinsel engelli bireyler, zihin ve fizik faaliyetleri açısından toplumun seviyesinde performans gösteremediklerinden dolayı, yaşadıkları çevreyle bütünleşmede büyük zorluk çekerler. Farklı şekillerde gösterdikleri uyum bozuklukları, üzerinde uğraştıkları sosyal ve akademik sorumluluklarda çeşitli başarısızlıklar yaşamalarına neden olur. Aslında, zihinsel yetersiz bireylerin sahip oldukları potansiyelin tamamını kullanabilmeleri için başarıyı tecrübe etmeleri onlar için faydalı olur. Dikkatlice planlanmış bedensel faaliyetler veya spor programları başarıyı getirebilecek olanaklardandır. Aynı zamanda bu tür programların sahip olduğu birçok olağan özellik, zihinsel engelli çocukların çevreye olan uyumlarının sağlanmasında daha gerçekçi tedavi veya rehabilitasyon yöntemleri olarak kullanılabilir (İlhan, 2009).

Zihinsel Engelli Çocukların Sınıflandırılması

Zihinsel engelli çocuklar homojen grup değildir. Kendi içlerinde önemli farklılıklar gösterirler Bu nedenle zihinsel özürlü çocukların sınıflandırılmasına gereksinim duyulmaktadır (Eliöz, 2006).

Zihinsel engelli çocukların ilk sınıflandırılma girişimi 1921 yılında American Association on Mental Deficiency'nin (A.A.M.D) çekirdeğini oluşturan American Association for the Feebleminded tarafından yapılmıştır. Buna göre zeka bölümü puanı 75-50 arasında olanlara Moron, 50-25 arasında olanlara imbecile, 25'in

altında olanlara ise İdiot denilmiştir. Daha sonra A.A.M.D'nin 1952 yılında yapılan toplantısında zeka özürlülük sınırı 69 zeka bölümü puanı olarak kabul edilmiştir. Buna göre, zeka bölümü 65-55 arasında olanlar hafif, 54-40 arasında olanlar orta, 39-25 arasında olanlar ağır, 25 ve aşağısında olanlar ise çok ağır zeka özürü olarak sınıflandırılmıştır. Psikolojik sınıflandırma olarak adlandırılan bu sınıflandırma, günümüzde psikoloji alanında yaygın olarak kullanılmaktadır (Mizen ve Linton, 1983).

Günümüzde yaygın olarak kullanılan diğer sınıflandırma konuya eğitim açısından bakmaktadır. Eğitsel sınıflandırma olarak adlandırılan bu sınıflandırmada zeka bölümü ölçütü, psikolojik sınıflandırmaya göre daha esnek tutulmuş, grupların oluşturulmasında zihinsel özürü çocukların eğitim gereksinimlerinden hareket edilmiştir (Mizen ve Linton, 1983).

Zihinsel engelli çocukları ilk sınıflandırma girişimi 1845'de Esquirol tarafından yapıldığı, bireyin dil kullanımının ölçüt alındığı belirtilmektedir. Bu sınıflandırmaya göre zihinsel engelliler;

1- Yalnızca ses çıkaranlar (konuşamayanlar)

2- Tek heceli sözcük kullanabilenler

3- Kısa cümle kullanan ancak iyi konuşamayanlar olarak sınıflandırıldığı görülmektedir (Dunst ve ark., 1986).

2.2.2. İşitme Engelliler

İşitme fonksiyonun normal olduğu durumlarda; dış kulak, orta kulak ve iç kulağın ve işitme yollarının fonksiyonları düzenli veya normal bir şekilde yapması gerekmektedir. İşitme fonksiyonunu oluşturan bu bölümlerden birisinde ya da birkaçında hasar, anormal bir durum veya hastalığa bağlı istenmeyen bir durum meydana geldiğinde işitme kaybı meydana çıkmaktadır. Bu yapıda dış kulak en dış yapıdır ve kulak kepçesi ile işitme kanalından oluşmaktadır. Sonlanım yeri kulak zarıdır. Ses dalgalarını toplayan ve işitme kanalına yönlendiren aygıt kulak kepçesidir. Ses dalgaları, kulak zarını titreştir bu yerine getirirken de kulak kanalı içinde basınç değişiklikleri oluşturur ve kulak zarı da titreşim gösterir ve oradaki titreşim orta kulağa aktarılır. Esnek bir yapısı bulunan orta kulak içi hava dolu bir yapıdır. Kulak zarının arkasında bulunan hava dolu bir alan olarak karşımıza çıkar. Burada üç küçük kemik olan çekiç, örs ve üzenginin arkasında yer alır. Bu kemiklerin yapısı çekiç, örs ve

üzengiye benzediği için bu kemiklere bu isimler verilmiştir. Ayrıca bu kemiklere küçük kemikler zinciri de denmektedir. Çekiç olan yapı sürekli olarak kulak zarı ile etkileşim halindedir. Örs, oval bir pencere üzerine gelir ve bir taraftan çekiç diğer taraftan da üzengi ile bağlantı halindedir. Seslerin orta kulak boşluğuna iletilmesi bu bölümde olmaktadır. Kulak zarında meydana gelen titreşim enerjisi küçük kemikler zincirine ulaştırır. Daha sonra bu kemiklerin titreşimi ile sesler iletilir. Östaki borusu da orta kulakta bulunan bir diğer yapıdır. Östaki borusu gırtlığa kadar uzanırken başlangıç yeri orta kulak boşluğunun içidir. En temel görevi olarak, kulak zarındaki hava basıncını dengelemek ifade edilir. Bu görev esnediğimizde veya yutduğumuzda ortaya çıkmaktadır (Elieyioğlu, 2014).

Bu duyular arasında görme en önemli duyu olarak ifade edilebilir. Her ne kadar işitme, koklama, dokunma ve tatma duyuları da önemli olsa da görme en önemlisi sayılabilir. Çünkü bireyin çevreyle olan iletişimi bu yolla sağlanmaktadır. Bireyin çevreyle olan iletişimde önemli bir enstrüman olan işitme iletişimde önemlidir. Sesler bireylere uyarılar vererek tehlikeye işaret eder. Bazı durumlarda da kişilere yöne verir. İşitme ile ilgili olan önemli fonksiyonlardan biri de dil ile ilişkili sembollerini kullanılması durumuyla ilgili olmaktadır. İşitme ve konuşma iletişim fonksiyonunun en önemli enstrümanı olarak ifade edilir. İşitme engeli olan kişiler toplumların davranış ve tutumlarından etkilenerek farklı zamanlarda değişik özellikler gösterebilirler. Eğer konuşma unsurlarında yani dil ve konuşma problemi olan kişilerde günlük yaşamda iletişim kurma yönünden sorunlar oluşmaktadır. Bu kişilere yönelik eğitimler önemlidir fakat ülkemizde işitme engellilere ait okul öncesi eğitim istenilen düzeyde değildir. Daha fazla yaygınlaştırılması gerekmektedir (Akdura, 2007).

İşitme engelli bireyler hayatları boyunca birtakım sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Bu sorunlar diğer insanlarla etkileşimlerinde ortaya çıkmakta, akademik çalışmalarda kendini göstermektedir. Ayrıca davranışsal alanlarda ve duygusal ve mesleki hayatlarında da sorunlar meydana gelmektedir. Bu sorunlar çözümlenebilecek sorunlar olarak ifade edilebilir. Bu sorunun çözülmesi için işitme engelli çocuklara yönelik sosyal beceri geliştirici aktiviteler ile düzeylerinin artırılması ve buna bağlı olarak da toplum ile entegre edilmesi gerekir (Antia ve Kreimeyer, 1988; Anderson ve ark., 2000).

İşitme kaybı tanımlanırken, konuşma ve çevresel seslerle ilgili akustiğe ait olan

bilgilerin alınmasındaki yetersizlik olarak tanımlanmıştır. İşitmede meydana gelen yetersizlik işitme kaybının derecesi ile ilişkilidir. Konumuna bağlı olarak işitmenin gelişimini geciktirir veya engeller. İşitme kaybının başladığı yaş önemlidir. Çünkü işitme kaybı olduğundaki yaş ve konuşma becerisi kazanımında önceki dönemde olursa fonksiyon eksikliği görülebilir. Bu fonksiyon kaybı konuşmayı algılama merkezlerinde olmaktadır. Bu bölgelerin işitsel uyarıcı ile olan etkileşimi farklıdır. İşitsel uyarıcı sağlıklı kulak gibi ifade edip yorumlama eksikliği, konuşma gelişimini geciktirmektedir. Bazı durumlarda da engellemektedir. İşitme yetisinin oluşabilmesi için:

- 1- Sesin olması,
- 2- Sesin kulağa ulaşması,
- 3- O sesin insan kulağının alabileceği frekans sınırları içinde olması,
- 4- Sesin kulakta bulunan dış, orta ve iç kulak bölümlerinden geçmesi,
- 5- Merkeze ulaşması ve merkezce algılanması gerekmektedir (Klansek ve

Rose, 1985).

İşitme engeli olan kişi farklı durumlarda değişik özellikler gösterir. Bu toplumun tutum ve davranışları ile direk ilişkili bir durumdur. Günlük yaşantıda dil ve konuşma sorunu iletişim bakımından önemli problemler meydana getirmektedir. İşitme engelinin okul öncesi eğitimi ülkemizde hala yaygınlaşmış değildir. İşitme engeli birçok nedenden ötürü meydana gelebilir. Bunu diğer engel gruplarında olduğu gibi iki ana başlık içerisinde inceleyebiliriz.

a) Doğum Öncesi Nedenler

1. Kalıtım
2. Yapısal bozukluklar
3. RH faktörü
4. Annenin gebeliği önleyici ilaçlar alması, gebelik sırasında antibiyotik kullanması

5. Hamilelik sırasında karın bölgesindeki travmalar

b) Doğum Anı Nedenleri

1. Doğum anında kullanılan aletler
2. Güç doğumlardaki oksijen yetersizliği
3. Kanamalar

c) Doğum Sonrası Nedenler

1. Doğumdan sonra bebeğin geçireceği mikrobik ve ateşli hastalıklar (Kızamık, kabakulak gibi)
2. Dış kulak ve orta kulakta meydana gelen iltihaplanmalar
3. Başa çarpma sonucu merkezi sinir sisteminde meydana gelen sarsıntı ve zedelenmeler
4. Yüksek frekanslı ve şiddetli seslere uzun süre maruz kalma
5. Kulak yolunda ortaya çıkan engeller ve bunların yanlış müdahaleleri sonucunda oluşan engeller (Yazıcı, 2012).

2.2.3. Görme Engelliler

Görme kaybı önemli bir fonksiyon kaybıdır. Duyusal engellilere ait bu grubun en başında gelmektedir. Görme özürlü tanımlarına ait farklılıklar bulunmaktadır. Avrupa ülkeleri tarafından yapılan tanımlar farklıdır ve en kabul göreni: “Yapılan tüm önlemlere rağmen, en iyi gören gözünde görme gücünün en çok 1/20” si bulunan ve görüş açısı 20 dereceyi geçmeyenlere kör denir” şeklindedir.

Farklı bir tanımda ise hastalığın fizyolojisi ile ilgili bir tanımlama yapılmıştır. Bu fizyolojik sorun göz merceği hastalığı denilen gözün yapısını meydana getiren sinir, doku ve kaslardan herhangi birinde meydana gelen bir sorundur. Bu soruna bağlı olarak hastalık ve onun sonucunda da özürülük meydana gelir. Bazı klinikler farklı bir tanımlama yapmışlardır. Yaptıkları tanımda kişi en fazla bir metreden parmak sayabilme becerisine sahiptir. Benzer şekilde her iki gözünde herhangi bir ışık algısı bulunmaması durumu olan bireye görme özürlü diyerek tanımlama yapmışlardır (Mor, 2009).

Görme engelli kişilerde bilişsel becerilerde gecikme görülebilir. Bu bireylerin kavramsal gelişimlerinde de görülebilmektedir. Bu bireyler genellikle soyut düşünme ile ilgili yetilerde eksik veya başarısız olmaktadır. Bu bireylerin alan ile ilgili kavramları öğrenmeleri oldukça zordur. Alan ile bilgi edinme faaliyetleri genellikle dokunma duyusu vasıtasıyla elde edilmektedir. Görme yetisine bağlı olarak meydana çıkan noksanlıkları farklı olan duyu organları yardımıyla elde etmeye çalışmaktadırlar.

Görme engelli bireylerin dikkati yoğunlaştırma ve ince ayrıntıları fark etme yetileri üst seviyededir. Bu bireyler genellikle sosyal faaliyetlere katılırlar ve bu konuyla çok ilgilidirler. Müzik gibi sanatsal faaliyetlere de katılım gösterirler. Bu bireylerin beden ve zihin gelişimlerinde farklılık meydana çıkmamıştır. Bağımsız olarak

hareket edebilme yetenekleri oldukça kısıtlıdır. Görme engelli olan bireyin, korunmaya ihtiyacı var veya çaresiz ve acınacak insan olarak algılanması oldukça yanlıştır. Görme engelli birey normal sağlıklı diğer bireylerden farklı sayılmaz. Diğer kişilere ait birçok özellik görme engellilerde mevcuttur. Bu özellikler olumlu olabileceği gibi olumsuz da olabilmektedir. Görme engelli bireyleri diğer kişilerden ayırmamak gerekmektedir. Bu bireylerinde her insan da olduğu gibi duyguları ve beklentileri olmaktadır. Kitap okumayı değişik yazı sistemleri ile yapmaları mümkündür. Değişik yöntemlerle elde edilen bilgilere ulaşarak eğitimlerini tamamlarlar. Farklı bireylerle yaşamın her yerinde birlikte olurlar, aynı işi, aynı okulu paylaşarak birlikte eğlenmeleri de mümkündür. Görme engelli bireylerin diğer sağlıklı bireylerden ayrı tutulması ve farklı bir kişiliğe sahip olması beklenemez (Türk, 2007).

Körlük kavramı ile ilgili çok farklı tanımlar vardır. Bu tanımlardan körlük kavramını en iyi ifade eden kavramın hangisi olduğuna dair birçok tartışma bulunmaktadır (Özsoy ve Özyürek, 1998).

Amerika’da yapılan körlük tanımı farklıdır. Normal görme gücünün onda birine sahip kişiler ifade edilmiştir. Bu kişilerle ilgili gerekli ve mümkün olan bütün düzeltmeler yapılmış ve sonunda en iyi gören gözde de normal görememe meydana gelmiş kişileri kapsar. İngiltere ise yaptığı tanım ile bu kavramı iyice daraltmıştır. İyi gören gözün normal görüşünde en fazla yirmide bir oranını ifade etmiştir. Bu kişileri kör olarak tanımlamışlardır. Dünya Körler Konseyi 1954 yılında İngiltere’de toplanmıştır. Türkiye’nin de içinde yer aldığı ülkelere körlük ile ilgili tanımı göndermiştir. Türkiye’de 222 sayılı yasanın Özel Eğitim Yönetmeliği ile bu kavramı tanım olarak kabul etmiştir (Enç, 2005).

Burada ifade edilecek farklı tanımlar meydana gelirken, gerekli ve mümkün tüm düzeltmeler yapıldıktan sonra, en iyi gören gözünde normal görme yetisinin 1/10 oranına sahip kişiye görme engelli denir ifadesi vurgulanmıştır (Burcu, 2002). Bu tanım yasal olarak kabul edilmektedir. Görme engelli bireyler eğitim görecekları okullara bu şartlar çerçevesinde yerleştirirler (Özsoy ve ark., 2002).

Görme engelliler değişik açılardan farklı gruplara ayrılabilir:

Engelli Oluş Zamanlarına Göre Sınıflandırma

Özçelik (1985) bu gruptaki görme engellileri doğuştan görme engelliler ve sonradan görme engelliler olarak ikiye ayırabiliriz şeklinde açıklamıştır;

Doğum sonrası süreçte ilk beş yılda meydana gelen kayıplar bu kategoriye girer. Bunlar doğuştan olduğu belirtilmekle birlikte önemli bir kısmı doğum sırasında veya devamında meydana gelen kayıplardır. Sağlıklı olarak görme yetisine sahip bireyin, duyularına ait bütün fonksiyonları, görme yetisine bağlı olarak gelişim gösterir. Doğuştan görme özüne sahip olan bireylerde ise bu duyuların gelişim süreci tahmin, varsayım ve araştırmalarla meydana gelir. Bu süreçte, az görme yetisine sahip olanlar, görme yetisini sonradan kaybedenler ve doğuştan görme engelliler içerisinde temel ayrışmanın meydana gelmesine etki etmektedir (Kaya, 2003).

Doğuştan görme engelli olan bireyler, görsel olan kavram şemalarını biçimlendiremez. Görsel olarak deneyime sahip olmadıklarından dolayı, düşünceleri ancak diğer duyularının yardımı ile biçimlenir. Görsel uyarıların uzun süre ile algılanması başarı ile direkt ilişkilidir. Uyarının uzun sürede algılanması, bireylerin kavramları ifade etme, algılama ve şekillendirmesinde başarıya etki eder. Sonradan meydana gelen görme engelli olan ayırım burada da meydana gelmektedir (Bıgelow, 1990).

Spor açısından sınıflandırmaya göre her sınıf kendi arasında görme engellilerin yapabilecekleri spor branşlarını uygulamaktadır (Başbakanlık, 2003).

Dereceler;

B1, tamamen görmezler. Işık algısına sahip olabilirler ama herhangi bir mesafeden el şeklini tanıyamazlar.

B2, el şeklini algılayabilirler ancak görme keskinliği 20/600'den daha iyi değildir. Görme açıları görsel alanda 5 dereceden daha azdır.

B3, görme açıları 5-20 derece arasındadır. 20/600-60/600 görme gücüne sahiptirler.

Görme engelli hem kısmi görüşe sahip olan hem de görmeyen bireyleri kapsar. Görme kaybı olan her kişi özel eğitime ihtiyaç duymaz. Görme kaybı öğrenmeyi engellediği zaman özel eğitime gereksinim duyulur (Frampton, 1963; Varol, 1996).

Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra görme kaybına bağlı olarak yapılan sınıflandırması;

Yasal körlük, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra bile 20/200 görme keskinliğine sahip olan bireylerdir. Görme açısı 20 dereceden daha fazla değildir.

Kısmi körlük, normal gözün 60 m uzaklıktan görebileceği şeyleri ancak 3-6 m

uzaklıktan görebilirler. 5/200-10/200 görme gücüne sahiptirler. 3/200-5/200 görme gücüne sahiptirler.

Hareket algısı, normal gözün 60 m uzaklıktan görebileceği şeyleri ancak 90 cm–1,5 m uzaklıktan görebilirler. Bu yetenek tamamen hareket algısı ile sınırlıdır.

Işık algısı, 3/200 ya da daha az görme gücüne sahip kişilerdir. Ancak 90 cm mesafedeki güçlü bir ışığı ayırt edebilirler. Fakat 90 cm uzaklıktaki bir el hareketini ayırt edemezler.

Tamamen körlük, göze doğrudan gelen güçlü bir ışığı tanıyamazlar.

Göz, doğumda vücudun en gelişmiş organıdır ve doğumdan sonra da diğer organlardan daha çabuk gelişir. Göz, üç yılda doğumdaki büyüklüğünün üç katı artarak gelişimini tamamlar. Kişi iki yaşındayken normal görme gücüne sahip olur (Varol, 1996).

Görme özelliğine sahip olan çocuk altı haftalık olduğunda dış dünyadan gelen görsel uyarıcılara çok fazla sayıda maruz kalır. Bu süreçte bebeğin bakması, yaşamın ilk aylarında yaşamın yarısını meydana getirmektedir. Bebek, aradığı ve bakmaktan vazgeçtiği zamanlarda uyku eylemi gerçekleştirir. Bebekler, doğduklarında görsel bir açıklıkları vardır. Uyanık oldukları zamanda da genellikle bakmakla geçirirler. Nesnelere gören çocuk gördüğü nesneyi eliyle yakalamadan önce gözleri ile takip ederek, ilk önce gözleri ile etkileşim kurar. Büyüme ve olgunlaşmaya bağlı olarak el-göz koordinasyonunu sağlayarak dış dünyada kendini konumlandırır (Frampton, 1963; Varol, 1996).

2.2.4. Bedensel Engelli

Doğuştan veya sonradan oluşan kas- iskelet-sinir sistemini ilgilendiren hastalık veya yaralanmaların yol açtığı kayıplara bağlı olarak bedensel yeteneklerini çeşitli derecede kaybeden, toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan korunma, bakım, rehabilitasyon ve danışmalık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylere bedensel engelli denir (Çebi, 2013).

2.3. Bedensel Engellilerin Sınıflandırılması

Doğuştan veya sonradan oluşan kas-iskelet-sinir sistemini ilgilendiren hastalık veya yaralanmaların yol açtığı kayıplara bağlı olarak bedensel yeteneklerini çeşitli derecede kaybeden, toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini

karşılama da güçlükleri olan korunma, bakım, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylere 'bedensel engelli' denir (WHO, 1981).

2.3.1. Spinal Kord Yaralanmaları

Spinal kord yaralanmaları yaşamı değiştiren travmaların en önemlilerinden biridir. Travmanın spinal korda verdiği hasarın gözle görülebilir etkileri istemli kas kullanımının kaybı ve paralizilerdir. Duyu sistemleri, mesane-bağırsak kontrolü, dolaşım, ısı regülasyonu ve seksüel fonksiyonlar da etkilenebilir. Fonksiyon kaybının derecesi yaralanmanın seviyesine ve tam kesi olup olmamasına göre değişir. Spinal kordda meydana gelen bir hasar veya lezyon bir travmaya bağlı olarak lezyonun alt bölümlerinde bulunan duysal ve motor yetileri ve fonksiyonları engellemektedir. Burada meydana gelen lezyon tam veya kısmi olarak karşımıza çıkmaktadır. Tam lezyon duysal ve motor becerilerinin her ikisinin de kullanılmamasına etki eder. Kısmi oluşan lezyonlarda ise omuriliğin sadece bir bölümünde problem meydana gelir ve hasar oluşur. Bu durumda lezyonun alt seviyesinde meydana gelen duysal ve/veya motor fonksiyonlar kullanılabilir durumda ve sağlamdır (Altun, 2010).

Omurilik yaralanması yaşamı olumsuz etkilemektedir. Uzun yıllar boyunca bilinen, farklı klinik bulgular göstermektedir. Özellikle de kişilerin mortalite ve morbidite bakımından sosyal, bireysel, psikolojik ve ekonomik hayat üzerinde olumsuz etkileri olan bir patolojidir. Yaklaşık olarak her yıl yaklaşık milyonda yirmi ile kırk kişi bu durumlara maruz kalarak yaralanır. Bu yaralanma durumlarından da etkilenir. Medikal olarak tedavi edilemez grup içerisinde yer alan yaralanmalar arasındadır. Tıp ve teknoloji alanındaki tüm gelişmelere rağmen bu hastalık durumu tam olarak tedavi edilemediği için klinisyenler ve araştırmacılar farklı tedavi protokolleri denemişlerdir. Klinisyenler hastalığın oluşmasında yer alan patolojik durumların fizyolojisi ile ilgilenirken diğer taraftan da tedavi yöntemleri ile ilgili araştırmalar yapmaktadırlar (Tatlı ve ark., 2005)

Travmatik spinal kord yaralanması sıklığının, Amerika'da 28-55:1,000,000 olduğu ve bu orana her yıl ortalama 10.000 yeni olgunun eklendiği söylenmektedir. Spinal kord yaralanmaları genç erişkin erkeklerde daha sık görülür. Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre, yaralanma sırasında ortalama yaşın 31,8 olduğu, hastaların % 59'unun 30 yaş altında seyrettiği ve kadın erkek oranının 1:4 olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada etiyolojik nedenlerin görülme sıklığına göre sırasıyla motorlu araç kazaları

(%36-48), şiddet olayları (%5-29), düşmeler (%17-21) ve spor aktiviteleri (%7-16) olduğu saptanmıştır. Spinal kord ile ilgili olarak meydana gelen yaralanmalarda insidans yılda 7,500-10,000 rakamları arasında olmaktadır. Bu rakam bütün dünyada toplam gelişmiş ülkeler içinde on altı dakikada bir lezyona denk gelmektedir. Ve bu da 32,000 lezyona tekabül etmektedir. Avrupa ve Amerika'nın kuzey bölge istatistikleri yaralanmaya ait yaş oranını en yüksek 16-30 olarak kabul görmektedir.

Türkiye açısından bakıldığında; 2000 yılında yayınlanan genel Türkiye verilerine göre trafik kazası (%48,8), düşme (%36,5), bıçaklanma (%3,3), ateşli silah yaralanmaları (%1,9) ve suya dalış (%1,2) gibi nedenlerin sıralandığı ve hastaların (%32,2)'sinin tetraplejik, (%67,8)'inin ise paraplejik olduğu görülmüştür. Spinal kord yaralanmasını takiben gelişen komplikasyonlar: basınç yaraları, nörojenik mesane, spastisite, kardiovasküler komplikasyonlar, anemi, pulmoner disfonksiyon, derin ven trombozu, otonomik disrefleksi, heterotopik ossifikasyon, gastrointestinal disfonksiyon, ağrı, cinsel problemler ve psikolojik sorunlardır (Yazıcı, 2012)

2.3.2. Amputasyon

Bir uzvun bir kısmını veya tamamını, tıbbi nedenlerden dolayı vücuttan ayırma işlemine amputasyon denir. Amputasyona, eğer vücudun bir uzvundaki hastalık iyileşmeyecek ve hastanın hayatını tehlikeye atacak duruma gelmişse ihtiyaç duyulur (Özsoy ve Okyayuz, 2016).

Ekstremiteye yapılan ampütasyon çok önemli bir cerrahi operasyondur ve hayatı değiştirmektedir. Alt ekstremiteye yapılan ampütasyonlar, üst ekstremiteye yapılan ampütasyonlarından daha fazla insidans göstermektedir. Farklı ülkelerde ampütasyon sebepleri farklılıklar gösterir. Bu farklılıkların içinde; yetersiz tedavi edilen kırıklar, motorlu araç ile meydana gelen kazalarda özellikle motosiklet kazaları etkilidir. Bununla birlikte diğer motorlu araç kazalarında meydana gelen travma, ampütasyon yapılmasının sebepleri arasında gelmektedir. Adölesan ve genç erkeklerde travmatik ampütasyonlar meydana gelmektedir. Diyabet gibi sağlıkla ilgili bir duruma bağlı olarak da ampütasyon görülmektedir. Sigara kullanımına bağlı olarak vasküler komplikasyonlar da gelişmiş ülkelerdeki ampütasyon nedenleri arasında sayılabilir. Savaş veya sivil karışıklıklara bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda da ampütasyon vakaları görülmektedir. Bu oranın %80 kadar olduğu ifade edilmektedir (Demirdel ve Bayramlar, 2014).

Amputasyonlardan sonra kişilerin normal hayata uyum sağlamaları kolay olmayabilir. Protez ile elde edilen yapay bir uzuv günlük aktiviteleri rahatlıkla yerine getirebilirken yaşam standardını eski haline getiremeyebilir. Bu durumda kişide fiziksel, psikolojik ve sosyal bakımdan büyük sorunlar meydana getirebilir. Amputasyonlardan sonra rehabilitasyon programları bu bakımdan önemlidir. Ampütasyonların başarısı için hem psikolojik hem de fiziksel rehabilitasyon çok önemli bir uygulamadır. Psikososyal faktörlerin hasta memnuniyetsizliği üzerine etkisi vardır. Bu durum yapılan çalışmalarda özellikle beden imajı kavramında kendini göstermektedir. Bu süreci olumsuz etkilemekte bunun sonucunda da protez rehabilitasyon sürecini etkilediği görülmektedir (Atay ve ark., 2014).

2.3.3. Poliomyelit

Poliomyelit (çocuk felci), polio virüsünün neden olduğu bulaşıcı hastalıktır. Virüs, bağırsakta çoğalarak vücudun diğer bölgelerine yayılır ve özellikle hijyen koşullarının kötü olduğu bölgelerde insan dışkıyla kontamine olmuş yiyecek ve içecekler yoluyla bulaşır. Pastörize edilmemiş süt ve diğer besinlerde bulaşıcılığını koruyabilir. Hastalık özellikle ılıman iklimlerde görülür. Sıcak ve nemli yaz aylarında epidemiler yapabilir. Gelişmekte olan ülkelerde fekal-oral bulaşma nedeniyle ortamda dolaşan canlı virüs ile enfeksiyon yaygın iken, gelişmiş ülkelerde nazo-farengeal bulaşma daha yaygın görülmektedir. Virüs suların klorlanması, ısı, ultraviyole ve formaldehit ile inaktif hale getirilebilir. Virüs genellikle küçük yaş gruplarını etkilemekte olup vakaların %70-90' ı 3 yaşın altındadır (Öztürk ve ark., 2000).

Bağışıklık sistemi normal olanlarda asemptomatik seyrederek. Bazen minör semptomlara neden olabilir. Bunlar üst solunum yolu enfeksiyonları, gastrointestinal problemler ya da grip benzeri problemler olabilir. Santral sinir sistemini etkilediğinde iki tip ortaya çıkar. Bunlar paralitik ve non- paralitik poliodur. Paralitik polio spinal, bulbar ve bulbo-spinal olabilir. Spinal polio, paralitik tipin en sık görülenidir. Spinal poliioda medulla spinalis ön boynuzuna polio virüsünün yerleşimi sonucu bu hücrelerin inerve ettiği kaslarda flask paraliziler görülür. Bulbar poliioda ise kranial sinirlerin inerve ettiği kaslarda zayıflık oluşur. Solunum, yutma ve konuşma güçlükleri görülür. Bulbo- spinal olan ise spinal kordun üst servikal kısmını etkiler. Frenik sinir tutulumu olduğu için diyafram da etkilenir. Ventilator desteksiz solunum zor ya da imkansız olur. Gelişmekte olan ülkelerde hastalığa yakalanma oranı daha fazladır. 2008 yılı WHO

(Dünya Sağlık Örgütü) verilerine göre olguların en sık görüldüğü ülkeler Hindistan, Nijerya, Pakistan ve Afganistan'dır. Özellikle 5 yaşın altındaki çocuklar erişkinlere göre daha hassastırlar. Son zamanlarda iyi aşılama sonucu artık poliomyelit olgusuna az rastlanmaktadır. Dünyada ilk ciddi aşılama 1955 yılında yapılmıştır. 1962'de gelişmiş ülkelerde paralitik polio insidansında önemli bir düşüş olmuştur. Ülkemizde 1957 yılında İstanbul'da bir epidemi oluşmuş ve 1989'da WHO desteğiyle "polio eradikasyonu programı" başlamıştır. Olgu sayısı her yıl bir öncekine göre azalmıştır. Amerika'da son olgu 1991 yılında görülmüş ve 1994'te Amerika "çocuk felcinden arındırılmış bölge" ilan edilmiştir. 1988'de tüm dünyada 35.251 vaka tespit edilmişken; WHO, UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) ve Uluslararası Rotary Kulübü gibi oluşumların kampanyaları ile bu sayı 2426'ya kadar indirilmiştir. Türkiye'de 1996'da hiç yeni olgu oluşmaması nedeniyle virüsten arınmış bölge ilan edilmeye hazırlanırken, 1997'de altı çocukta virüse rastlanması bunun gerçekleşmesine engel olmuştur. 1998'in ilk dokuz ayında ise 20 olguya daha rastlanmıştır. Olguların hepsinin doğu illerinden çıktığı tespit edilmiştir (Altun, 2010).

2.3.4. Serebral Palsi

Serebral paralizisi gelişimini tamamlamamış beyinde hasara bağlı oluşan kalıcı hareket ve postür bozukluğudur. Epilepsi ve kas iskelet sistemi problemleriyle devam eden ve duyu, algı, kavrama, iletişim ve davranışsal bozukluklara neden olan bir durumdur. Serebral paralizisi çocuklardaki fiziksel bozuklukların en büyük nedenidir ve çocukluk döneminin en sık görülen kronik engellilik durumudur. Birçok engelli çocukta görülen bozuklukların çoğu Serebral paralizisi'li çocukta da görülür. Serebral paralizisi'li çocuklar çeşitli seviyelerdeki fiziksel, zihinsel, işitme, görme ve iletişim problemlerini bir arada yaşamaktadırlar ve yaşamları boyunca ergoterapistler, fizyoterapistler ve konuşma terapistleri tarafından yürütülecek tedavilere, ilaç tedavilerine ve cerrahi müdahalelere gereksinim duyarlar (Akyalçın, 2012).

Yapılan araştırmalar birçok ülkede serebral paralizisi sıklığının 1000 canlı doğumda ortalama 1-5 olduğunu ortaya koymaktadır. Avrupa kıtasında 8 ülkede 14 merkezde yürütülen serebral paralizisi sürveyans programı çalışmalarında hastalık görülüş sıklığı 1000 canlı doğumda 2-3 olarak bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir alan araştırmasında, 100.000 kişilik bir yerleşimde her yıl doğan bebeklerin yaklaşık 7'sinin serebral paralizisi klinik belirtileri gösterdiği ortaya

konmuştur. İskandinav ülkelerinde ve İngiltere’de yapılan araştırmalarda ise okul çağı çocuklarında sıklık %0.1-2.1 olarak saptanmıştır. Ülkemizde serebral paralizi görülüş sıklığını saptamaya yönelik bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Merkezi sinir sisteminin gelişimini olumsuz yönde etkileyen ya da beyinde zedelenmelere yol açan olan bazı nedenlerin, serebral paralizi tablosunun ortaya çıkmasında etkili olduğu çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Serebral paralizi açısından yüksek riskli gebelikler anne ya da fetüse bağlı nedenlerden kaynaklanabilir. Anneye ait genetik sağlık sorunları, gebelik sırasında geçirilen enfeksiyonlar, metabolik dengeyi bozan hormonal, metabolik ya da sistemik hastalıklar, gebeliğe bağlı gelişen hipertansiyon annenin fetüsü etkileyebilecek sağlık sorunlarının başında gelmektedir (Tüzün ve Eker, 2001).

2.3.5. Nöromusküler bozukluklar

Nöromusküler bozukluklar; ön boynuz hücreleri, periferik sinirler, nöromusküler kavşak ve kası içeren nöromusküler sistemin herediter veya edinsel hastalığıdır. Belirli kas gruplarının ilerleyici zayıflık ve atrofi ile karakterize kronik bir takım bozuklukları içine alır.

En sık karşılaşılan problemler kas zayıflıkları, yorgunluk, egzersiz intoleransı, harekete yönelik problemler, kilo problemleri, ağrı, skolyoz ve pes cavus gibi ekstremitelerde deformiteleridir.

En sık karşılaşılan primer kas hastalığı Duchenne Musküler Distrofi’ dir. Dünya’da her ırkta tarif edilmiştir. X- geçişlidir. Erkeklerde görülme sıklığı 1:3500’dür. Kandaki serum kreatinkinaz seviyesi yükselir. Proksimal kas zayıflıkları ve gastrocnemius, quadriceps ve deltoid kaslarında pseudohipertrofi görülür. İlerleyici bir problem olduğundan hastanın fonksiyonel kapasitesi zamanla azalmakta ve hasta yürüyemez hale gelmektedir. Solunum kapasitesi de zamanla azaldığı için ölüm nedeni solunum komplikasyonlarıdır (Bushby ve ark., 2005).

2.3.6. İnme

Dünya’da birçok ülkede ölüm nedenleri arasında üçüncü sırayı almaktadır. Amerika’da her sene yaklaşık olarak 750.000 insan inme geçirmekte ve bunların 150.000’i hayatını kaybetmektedir. Her 45 saniyede 1 kişi inme geçirmekte ve her 3,1 dakikada 1 kişi inme nedeniyle ölmektedir. 65 yaş üzerinde yaygın olmakla birlikte yenidoğanda, çocukluk çağında, adolesan çağda veya herhangi bir yaşta erişkinde de

görülebilmektedir (Caplan, 2006).

Dünya geneline bakıldığında 2005 yılında dünyada 5.7 milyon insanın inme nedeniyle öldüğü ve 16 milyon yeni inme vakasının geliştiği görülmüştür (Nagaraja ve ark., 2009). İnme, beynin bir kısmına kan akışının olumsuz yönde değişmesi sonucu meydana gelen beyin hasarını tanımlayan bir terimdir (Caplan, 2006).

Risk faktörleri ise ileri yaş, sigara, diyabet, obezite, hipertansiyon ve kalp hastalığı olarak sayılabilir (Warlow ve ark., 2003).

2.4. Engellilik ve Spor

Sporun günümüzde yarışma amacından ziyade yaşamın sağlık yönünü geliştirici özelliğine vurgu yapılmaktadır. Sağlıklı olma durumunda veya sakatlık sonrası tekrar bozulan sağlık durumunun kazanılmasında sporun etkisi göz ardı edilememektedir. Özellikle de sakatlık sonrası süreçte kişilerin spora başlaması bir rehabilitasyon sürecini içermektedir. Bu durum gelişmiş ülkelerde spora katılımı arttırdığı gibi egzersiz ile tedavi programlarını da ön plana çıkarmaktadır. Spora olan ilginin artması spor yapan insanların sağlıklı olmasıyla ilişkili olabileceği gibi fiziksel olarak da bir iyi olma halini içermektedir. Ayrıca sporcuların fizyolojik değişimleri spor yapmayan kişiler tarafından takip edilmektedir. Sporun fiziksel özelliklere olan etkisinin yanında sosyal ve psikolojik yönleri olan etkisi de önemlidir. Spor yapan kişilerde görülen yüksek sosyal ilişkiler, özveri, paylaşma duygusu, benlik algısı gibi durumlar kişinin kendine olan güveni arttırmaktadır (Kalyon, 2006; Söğüt, 2006).

Bu çerçevede ele alındığında engelli bireyler için de spor yapmanın faydaları oldukça önemlidir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta; engellilerde yapılan olan spor branşının engelli birey tarafından yapılabilir olmasıdır. Engelli kişinin sahip olduğu engel, engelliye normal insanlardan ayırabilmektedir. Hatta kendi engel türü haricindeki engelli bireylerden de ayrılabilir. Bazı durumlarda kendi engel türü grubundaki farklı derecede engele sahip kişilerden de ayrılır. Bu sebeple yapılacak olan branşın engelli birey tarafından yapılabilir olması önemlidir. Bu sayede birey kendi limitlerini bilerek onları geliştirme eğilimi içerisinde olacaktır. Eğer engelli bireyler yapabilecekleri bir branş yerine farklı bir branşı tercih ederlerse istenmeyen sonuçlarla karşılaşabilir. Bu durumda faydandan çok zarar da görülebilir. Egzersizin tam bir gelişim süreci gösterebilmesi için bu özel durumlar göz ardı edilmemelidir (Söğüt, 2006).

2.4.1. İşitme Engellilerde Spor

Beden eğitimi ve spor faaliyetleri ile fonksiyon kaybına uğramış engelli birey fiziksel, zihinsel, psikolojik ve sosyal yapısıyla bir bütün olarak değerlendirildiğinde, kendisi ve toplumu ile barışık ve bütünleşmiş bir biçimde yaşam sürmesine katkı sağlayabilmektedir. Dolayısıyla spor, engelli birey için önemli bir etkinliktir. Çünkü spor, günümüz dünyasında engelliler eğitim ve rehabilitasyonunda tedavi aracı olarak kullanılmaktadır. Özürlü bireyin yapacağı sporun olumlu etkileri engelli kişinin kendisine, ailesine, iş çevresine ve topluma doğrudan yansımaktadır. Özürlüler için spor bireyler arası iletişimi artırmak, insiyatifi ve entegrasyonu geliştirmek anlamına gelir (Gür, 2001).

Engel türü ne olursa olsun hareket etme, egzersiz yapma, sportif etkinliklere katılma bireye haz vermekte, hareket etmekten duyulan hazda bireyin yaşam motivasyonunu artırmaktadır (Aygün, 2004).

Pek çok sağır yetişkin için, spor olaylarına katılmak önemli bir sosyalleşme aracıdır. Sağırlar sporu işaret dili kullanarak iletişim kurduklarından diğerleriyle anlamlı etkileşimler kurabilir ve çoğunluğun işittiği ve konuşma dili kullanarak anlaştığı toplumlarda onlara bir fırsat sunar. Diğer bir yararı da psikolojiktir, sağırlar sadece sporcu olarak değil spor direktörü hatta personel ve seyirci olarak avantaj sağlar. Bu tarz bir katılım öz kimliklerini güçlendirir, özsaygılarını ve toplumlarına yardımcı olmalarına izin veren bir yaşam tarzı kurma güvenlerini artırır (Stewart ve Ellis, 2005).

2.4.2. Görme Engellilerde Spor

Türkiye’de toplam engelli nüfusunun % 58’ini bedensel, % 12’sini işitme, % 8’ini görme, % 22’sini ise zihinsel engelliler oluşturmaktadır. 8.5 milyon birey olan toplam engelli nüfusu, ortalama olarak genel nüfusun % 10’nu oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu oran % 13, Avrupa Topluluğu Ülkelerinde % 5-9, üçüncü dünya ülkelerinde % 22’sini oluşturmaktadır. Dünya genelinde engelli sayısı azımsanmayacak boyuttayken, engelli bireylerin sportif etkinliklere katılımındaki engelleri kaldırarak, onları sportif etkinlikler açısından engelsiz bireyler haline getirmek gerekmektedir (Keskin, 2008).

2.4.3. Bedensel Engellilerde Spor

Spor engelli bireylere destek sağlayan bir araçtır. Özellikle özür ile başa

çıkma ve özürün meydana getirdiği durumların hafifletilmesi sağlamaktadır. Sinir kas sistemini bilişsel süreçleri ve vücudun fizyolojik ve metabolik gelişim süreçlerinde oldukça etkilidir (Top, 2007).

Sporun bedensel engelliler için etkileri de oldukça önem arz etmektedir. Engellilerin toplumla entegrasyon sürecinde ve kişisel rehabilitasyon bakımından oldukça önemlidir. Doğuştan engellileri olan bireylerin hareket imkanının artmasını sağlar. Ayrıca sonradan engelli olanların özgüvenlerinin sağlanmasında olan etkisi göz ardı edilememektedir (Söğüt, 2006).

Engelli bireylerin kendi yeteneklerinin farkına varabilmesi için spor yegâne araçlardan birisidir. Bu sayede kişinin kendi kendine yetebilmeyi öğrenmesi için rehabilitasyon ve eğitim programları gerçekleştirilmektedir. Engelli rehabilitasyonunda sporun temel amacı kas kontrolünü sağlamaktır. Bunun yanında güven, denge, hareket kısıtlılığının ortadan kalkması, koordinasyonun geliştirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Spor sadece engellileri değil, sağlıklı olan bireyleri de sosyalleştiren bir olgudur. Hayata ait olan tüm yaşam değerlerini bir arada öğreten bir kavramdır. Bununla birlikte kişilerin psikolojik süreçlerine de destekte bulunur. İçerisinde bulunan disiplin, rekabet gibi hislerle birlikte arkadaş kazanmayı da sağlar. Bu etkileriyle birlikte kişilerin benliğini kazanmada oldukça etkili bir rol oynamaktadır.

Engelliler için başlatılan ilk etkinlikler İkinci Dünya Savaşı'ndan sonrasına dayanmaktadır. Rehabilitasyon merkezlerinde engelli bireyler için başlatılan bilimsel sportif aktiviteler yarışma haline dönmüştür. Bu tarih olarak 1948 yılını kapsamaktadır ve sonrasında yarışmalar halinde gerçekleştirilmiştir. Sir Ludwig Guttman ilk olarak The Stoke Mandeville Hospital'da, bu çalışmalara başlamıştır. İlk organizasyon olarak da tekerlekli sandalyedeki engellilerin rehabilitasyonu için uygulanan çeşitli sportif aktiviteler bu etkinliklerin başlangıcını oluşturmaktadır. Tarih 1948 yılını gösterdiğinde Sir Guttman'ın organize ettiği 1.Stoke Mandeville Tekerlekli Sandalye Oyunları, Londra Olimpiyat oyunları ile aynı zamanda yapılmıştır. Ülkemizde Türkiye Özürlüler Spor Federasyonu 21 Kasım 1990 tarihinde Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü bünyesinde (TÖSF) kurulmuştur (Ergun, 2011).

Ortopedik ve sağlık yönünden yetersiz olan çocuk grubunun içinde cerabrel palsyli çocuklar bulunmaktadır. Bu çocukları “spina bifida” ve kas hastalığı olan çocuklar oluşturduğu grup rakamsal olarak izlemektedir. Bu çocukların yarısından

fazlası özel eğitime almaktadır. Bu durumda olan kişilerin bedensel bozuklukları kişileri rahatsız eder. İstenmeyen durumlarda aşağılık duygusu ortaya çıkabilir bu durumda beraberinde ödünleme yollarını ortaya çıkarır. Bu sürecin sonunda nevroz gelişebilir. Engelli bireyin güç ve yeteneklerini antisosyal durumlar üzerinde toplamasına bağlı olarak bu durum ortaya çıkabilir. Eğer kişi takdir toplayacağı bir alana yönlendirilebilirse elde ettiği başarıya paralel olarak değer yargıları gelişir. Aşağılık duygusu oluşmaz. Bu sebeple engelli kişilerin spor katılımının sosyal yaşam üzerinde oldukça etkisi vardır. Bununla birlikte spor yapma, bir etkinliğin parçası olma kişinin farklı kimlik rollerini bulmasına olanak sağlar. Kişi kendini algılama sürecini gözden geçirir, grup duygusu uyanır ve engelliliğe bağlı oluşacak olumsuz yargıyı ortadan kaldırır (Yılmaz ve ark., 2014).

Engelliler için yapılacak etkinliğin türü oldukça önemlidir. Bu etkinlikler yapılabilecek seviyede olmalı, kişinin seviyesine uygun etkinlikler olmalıdır. Burada kişinin engelinin türü kişiyi diğerlerinden farklı gösterebilir. Engelli bireyin olumsuz etkileşim göstermemesi amacıyla yaptırılan egzersizin türü önemlidir. Burada spor branşının genel mi yoka özel mi olması durumu göz önüne alınmalıdır (Çebi, 2013).

Sporun özellikle sağlıklı bireylere olan kazanımlarının etkisi önemli bir olgudur. Spor yapan birey sosyal yaşamında karşılaştığı stres ve ağır baskı durumları karşısında rahatlama eğilimi gösterir. Ayrıca sağlıklı bireylerin bedensel ve ruhsal yönden gelişim de gösterirler. Bununla birlikte engelliler için düşünülen; kendi ihtiyaçlarını karşılayamayan, ruhsal ve beden olarak baskı altında olan insanların spor yapması da önemli olacaktır. Bu sebeple geliştirilen ilk fikirler birinci ve özellikle de ikinci dünya savaşından sonra ortaya çıkmıştır. Bu süreçte engelli bireylerin eski yaşantılarına kavuşma isteğinin etkisi önemlidir. Sağlık kurumlarının engelli bireylere yönelik spor aktiviteleri kişileri rehabilite etmenin yanında yaşamdan zevk almayı barındırmalıdır (Tatar, 1995).

Sporun etkisi bedensel engelli bireylerde, toplumla kaynaşma, uyum süreçleriyle birlikte entegrasyon ve bireysel rehabilitasyon bakımından önemlidir (Özer, 2001).

2.5. Sporun Engelli Bireylere Yararları

2.5.1 Psikolojik Yararları

Birey, sporda, fiziksel, zihinsel ve toplumsal faaliyetlerin bütünleşmesi ile kişilik kazanır. Sporla uğraşta, dürüstlük, hoşgörü, paylaşma gibi kavramların kişilikte yerleşmesi sağlanır. Sporla uğraşan birey, enerjisini olumlu bir şekilde kanalize edecektir. Saldırganlık ve negatif tutumlar minimuma indirgenecektir. Spor yalnızlık duygusunu en aza indirger. Özellikle engeli bireyler ele alınacak olursa, sporla uğraş bir gruba ait olma duygusu, paylaşma ve kooperasyon duygusu daha az hissedilebilecektir (Kaya, 2003).

2.5.2 Biyolojik Yararları

Motor gelişim alanlarına spor etkinliklerinin katkısı önemlidir. Spor yapımına bağlı olarak kas ve sinir sistemi gelişir. Kişinin zihinsel reaksiyonlarında artış görülür, vücudun fizyolojik ve metabolik gelişimi desteklenir. Bu süreçte özel eğitimde amacın rehabilitasyon ile paralel aktiviteleri içermesi önemlidir (Kaya, 2003.)

2.5.3 Sosyal Gelişim Alanında Yararları

Sporun sosyal gelişim üzerine olumlu etkileri oldukça üzerinde durulan bir kavramdır. Spora yapımına bağlı olarak bir grubun parçası olma, grup faaliyetlerinde bulunma bireyin kişilik gelişimi için önemlidir. Ayrıca bu durum kişiye cesaret vermektedir. Spor etkinliği sürecinde bireysel veya grup spor faaliyetlerinde insanlara nasıl davranılacağı hakkında gelişim görülür. Bu süreçte etkili iletişim becerileri kazanılır. Olumlu sosyal davranışların ortaya çıkması durumunda kaynağında öğrenme yaşantılarının ödüllenişmesi ifade edilmektedir.

Spor etkinliklerinin bir amacı bulunmaktadır. Bu amacın gerçekleşmesi için ise sıcak bir iletişim, başarı duygusu kendini ifade edebilme, yeterliğini hissetme, bir gruba ait olma, iş birliğine girme gibi yaşantılar önemlidir. Burada kazanılan davranışlar etkinlikler içinde yer alan temel öğelerdir (Keskin, 2008).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini ülkemizdeki engelli sporcular oluşturmaktadır.

3.1.2. Araştırma Grubu

Çalışmaya tesadüfi örnekleme yönetimiyle seçilen 199 bedensel engelli oluşturmaktadır. Atletizm branşından 35 sporcu, futbol branşından 96, tekerlekli basketbol branşından 68 sporcu katılmıştır.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2018/71 karar numarası ile izin alınmıştır.

3.2. Metot

3.2.1. Verilerin Toplanması

Çalışmada veriler araştırmacı tarafından yüz yüze toplanmıştır.

3.2.2. Veri Toplama Araçları

Veri toplama amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgileri ve demografik verileri içeren anket oluşturulmuştur.

Bedensel engelli sporcuların spora katılım güdülerini tespit edebilmek amacıyla Spora Katılım Güdüsü ölçeği uygulanmıştır. “Spora Katılım Güdüsü Ölçeği” İngilizce karşılığı Participation of Motivation Questionnaire olarak kullanılan bir ölçektir. Spora Katılım Ölçeği, bireyin spora katılımındaki sebeplerini açıklamak için geliştirilmiş ve 30 maddeden oluşan bir envanterdir. Gill ve ark. (1983), tarafından geliştirilen orijinal ölçek, katılımcının spor ve egzersize katılımında hangi sebebin ne kadar etkili olduğunu ortaya çıkarmak için “Çok Önemli”, “Az Önemli” ve “Hiç Önemli Değil” şeklinde verdikleri Likert tipi 3'lü bir yanıt ve derecelendirme ölçeğidir. Envanterde yer alan maddeler, 1 (Çok Önemli) ile 3 (Hiç Önemli Değil) arasında değerlendirildiğinden, elde edilen düşük değerler o maddenin daha önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Gill ve arkadaşlarının çalışmasındaki ölçek, 8 alt boyuttan oluşmaktadır (Beceri Geliştirme, Takım Üyeliği/Ruhu, Eğlence, Arkadaşlık, Başarı/Statü, Enerji Harcama, Fiziksel Uygunluk ve Diğer Sebepler). Gill ve ark.

(1983), çalışmasındaki Cronbach's alfa katsayısı alt boyutlar için 0,78 (Başarı/Statü) ile 0,30 (Arkadaşlık) arasındadır. Spora Katılım Güdüsü ölçeğinin test-tekrar test yöntemi ile güvenilirliği ise 0,68 bulunmuştur.

Envanter 1993 yılında Çelebi (1993) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve bütün ölçekten elde edilen güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur. Oyar ve ark. (2001), tarafından yaz spor okulunda envanterin geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış ve 8 alt boyut olarak bulunmuştur. Alt boyutlar için Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0,61 (Beceri Gelişimi) ile 0,78 (Başarı/Statü) arasında bulunmuştur. Toplam ölçekten elde edilen iç tutarlılık 0,86 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Alt boyutlar için Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0,43 (Hareket/Aktif Olma) ile 0,66 (Başarı/Statü) arasında bulunmuş ve toplam ölçekten alınan iç tutarlılık 0,90 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Başarı/Statü alt boyutunu; 12-14-21-25-28. maddeler, Fiziksel Uygunluk/Enerji Harcama alt boyutunu 4-6-13-15-24. maddeler, Takım Üyeliği/Ruhu alt boyutunu; 8-18-22-27. maddeler, Arkadaş alt boyutunu; 2-9-11. maddeler, Eğlence alt boyutunu; 5-7-19-29. maddeler, Yarışma alt boyutunu; 3-20-26. maddeler, Beceri Gelişimi alt boyutunu; 1-10-23. maddeler, Hareket/Aktif Olma alt boyutunu 16-17-30. maddeler oluşturmuştur.

Bu çalışmada Çelebi (1993) tarafından oluşturulan, Oyar ve ark. (2001) tarafından da kullanılan Türkçe form kullanılmıştır.

3.2.3. İstatistiki Analiz

Elde edilen verilere analize başlamadan normallik varsayımı ve homojenlik testleri uygulanmış, yapılan Shapiro Wilk ve Levene testleri sonucunda verilerin normal dağılıma sahip olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Verilerin Cronbach's Alpha güvenilirlik sayısı 0,763 olarak bulunmuştur. İkili grupların karşılaştırılmasında t testi, ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında ANOVA testi, farklılığın tespit edilmesi durumunda farklılığın yönünü tespit edebilmek amacıyla Tukey karşılaştırma testi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmada elde edilen verilere ait tanımlayıcı istatistikler ve analiz sonuçları tablolar halinde sunulmuştur. Katılımcıların yaşlarına ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo 1’de ifade edilmiştir.

Tablo 1. Sporcuların yaşlarının tanımlayıcı istatistiği

n	Ort.	S.S.	Min.	Maks.
199	27,77	4,69	19,00	39,00

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 27,77, en küçük yaş 19, en yüksek yaş 39 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların doğuştan veya sonradan engelli olma durumuna göre spora katılım puanlarının karşılaştırılması Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Sporcuların engelli olma durumuna göre spora katılım güdülerinin karşılaştırılması

		n	Ort.	S.S.	t	p
Başarı / Statü	Doğuştan	92	1,46	0,46	0,992	0,323
	Sonradan	107	1,40	0,35		
Fiziksel Uygunluk / Enerji Harcama	Doğuştan	92	1,45	0,38	1,375	0,171
	Sonradan	107	1,38	0,30		
Takım Üyeliği / Ruh	Doğuştan	92	1,70	0,51	0,338	0,736
	Sonradan	107	1,68	0,47		
Arkadaş	Doğuştan	92	1,62	0,42	-2,185	0,030
	Sonradan	107	1,76	0,50		
Eğlence	Doğuştan	92	1,28	0,39	0,129	0,897
	Sonradan	107	1,28	0,36		
Yarışma	Doğuştan	92	1,48	0,42	-0,796	0,427
	Sonradan	107	1,53	0,48		
Beceri Gelişimi	Doğuştan	92	1,29	0,50	0,767	0,444
	Sonradan	107	1,24	0,36		
Hareket / Aktif Olma	Doğuştan	92	1,42	0,52	0,875	0,383
	Sonradan	107	1,36	0,43		

Arkadaş alt boyutunda sonradan engelli olanların puanları doğuştan engelli olanlardan yüksek bulunmuştur ($p=0,030$). Diğer alt boyutlarda fark yoktur ($p>0,05$).

Eğitim durumuna göre engelli sporcuların spora katılım güdeleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Engellilerin eğitim durumuna göre spora katılım güdülerinin karşılaştırılması

		n	Ort.	S.S.	F	p
Başarı / Statü	İlkokul	21	1,36	0,33	1,305	0,274
	Orta Eğitim	88	1,41	0,41		
	Lise	73	1,49	0,42		
	Üniversite	17	1,32	0,37		
Fiziksel Uygunluk / Enerji Harcama	İlkokul	21	1,38	0,27	1,128	0,339
	Orta Eğitim	88	1,41	0,33		
	Lise	73	1,45	0,37		
	Üniversite	17	1,29	0,30		
Takım Üyeliği / Ruh	İlkokul	21	1,57	0,51	0,489	0,690
	Orta Eğitim	88	1,71	0,50		
	Lise	73	1,71	0,46		
	Üniversite	17	1,66	0,54		
Arkadaş	İlkokul	21	1,60	0,36	0,931	0,427
	Orta Eğitim	88	1,71	0,43		
	Lise	73	1,74	0,54		
	Üniversite	17	1,57	0,42		
Eğlence	İlkokul	21	1,21	0,27	1,343	0,262
	Orta Eğitim	88	1,28	0,37		
	Lise	73	1,33	0,42		
	Üniversite	17	1,15	0,28		
Yarışma	İlkokul	21	1,49	0,47	0,182	0,909
	Orta Eğitim	88	1,52	0,45		
	Lise	73	1,52	0,46		
	Üniversite	17	1,43	0,45		
Beceri Gelişimi	İlkokul	21	1,21	0,36	2,277	0,081
	Orta Eğitim	88	1,23	0,41		
	Lise	73	1,36	0,49		
	Üniversite	17	1,12	0,23		
Hareket / Aktif Olma	İlkokul	21	1,41	0,42	1,052	0,371
	Orta Eğitim	88	1,37	0,46		
	Lise	73	1,43	0,52		
	Üniversite	17	1,22	0,29		

Eğitim durumuna göre spora katılım güdeleri incelendiğinde gruplar arasında farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Engellilerin çalışma durumuna göre spora katılım güdülerinin karşılaştırılması Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Çalışma durumuna göre engellilerin spora katılım güdülerinin karşılaştırılması

		n	Ort.	S.S.	F	p
Başarı / Statü	Çalışmıyor	69	1,38	0,34	0,899	0,409
	Özel	56	1,43	0,43		
	Kamu	74	1,47	0,43		
Fiziksel Uygunluk / Enerji Harcama	Çalışmıyor	69	1,45	0,34	0,856	0,426
	Özel	56	1,42	0,34		
	Kamu	74	1,37	0,34		
Takım Üyeliği / Ruh	Çalışmıyor	69	1,74	0,44	0,869	0,421
	Özel	56	1,69	0,50		
	Kamu	74	1,64	0,53		
Arkadaş	Çalışmıyor	69	1,80 ^a	0,48	3,454	0,034
	Özel	56	1,70 ^{ab}	0,43		
	Kamu	74	1,60 ^b	0,46		
Eğlence	Çalışmıyor	69	1,24	0,32	0,491	0,613
	Özel	56	1,29	0,44		
	Kamu	74	1,30	0,37		
Yarışma	Çalışmıyor	69	1,42	0,40	2,002	0,138
	Özel	56	1,57	0,51		
	Kamu	74	1,54	0,44		
Beceri Gelişimi	Çalışmıyor	69	1,28	0,40	0,091	0,913
	Özel	56	1,24	0,38		
	Kamu	74	1,27	0,49		
Hareket / Aktif Olma	Çalışmıyor	69	1,43	0,46	0,516	0,597
	Özel	56	1,34	0,47		
	Kamu	74	1,38	0,48		

Çalışma durumuna göre spora katılım güdüsü karşılaştırıldığında çalışmayan engelli sporcuların spora katılım güdüsü “arkadaş” alt boyutunda kamuda ve özelde çalışan engellilerden yüksek bulunmuştur (p=0,034). Diğer alt boyutlarda gruplar arasında farklılık yoktur (0,05).

Gelir durumuna göre engelli sporcuların spora katılım güdülerini Tablo 5’de belirtilmiştir.

Tablo 5. Gelir durumuna göre engelli sporcuların spora katılım güdülerinin karşılaştırılması

		n	Ort.	S.S.	F	p
Başarı / Statü	Asgari Ücret	72	1,48	0,45	0,763	0,468
	1500-2000	91	1,40	0,39		
	Gelirim yok	36	1,41	0,33		
Fiziksel Uygunluk / Enerji Harcama	Asgari Ücret	72	1,39	0,31	0,572	0,565
	1500-2000	91	1,44	0,36		
	Gelirim yok	36	1,38	0,35		
Takım Üyeliği / Ruh	Asgari Ücret	72	1,73	0,51	0,348	0,706
	1500-2000	91	1,67	0,50		
	Gelirim yok	36	1,65	0,42		
Arkadaş	Asgari Ücret	72	1,67	0,47	0,214	0,808
	1500-2000	91	1,70	0,46		
	Gelirim yok	36	1,73	0,47		
Eğlence	Asgari Ücret	72	1,29	0,33	0,268	0,765
	1500-2000	91	1,26	0,38		
	Gelirim yok	36	1,31	0,44		
Yarışma	Asgari Ücret	72	1,50	0,40	0,035	0,965
	1500-2000	91	1,51	0,51		
	Gelirim yok	36	1,52	0,42		
Beceri Gelişimi	Asgari Ücret	72	1,27	0,49	0,449	0,639
	1500-2000	91	1,28	0,41		
	Gelirim yok	36	1,20	0,34		
Hareket / Aktif Olma	Asgari Ücret	72	1,42	0,47	0,383	0,682
	1500-2000	91	1,38	0,48		
	Gelirim yok	36	1,33	0,46		

Gelir durumuna göre engelli sporcuların spora katılım güdülerini karşılaştırıldığında gruplar arasında fark yoktur ($p>0,05$).

Medeni duruma göre bedensel engelli sporcuların spora katılım güdülerini Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Engellilerin medeni durumlarına göre spora katılım güdülerinin karşılaştırılması

		n	Ort.	S.S.	F	p
Başarı / Statü	Bekar (Ailemle Yaşıyorum)	87 ^b	1,36	0,34		
	Bekar (Yalnız Yaşıyorum)	35 ^a	1,88	0,77	6,003	0,003
	Evli	77 ^b	1,50	0,43		
Fiziksel Uygunluk / Enerji Harcama	Bekar (Ailemle Yaşıyorum)	87 ^b	1,39	0,33		
	Bekar (Yalnız Yaşıyorum)	35 ^a	1,80	0,45	3,553	0,031
	Evli	77 ^b	1,42	0,34		
Takım Üyeliği / Ruh	Bekar (Ailemle Yaşıyorum)	87	1,64	0,46		
	Bekar (Yalnız Yaşıyorum)	35	2,05	0,69	2,336	0,099
	Evli	77	1,74	0,51		
Arkadaş	Bekar (Ailemle Yaşıyorum)	87	1,74	0,47		
	Bekar (Yalnız Yaşıyorum)	35	1,60	0,37	,973	0,080
	Evli	77	1,65	0,47		
Eğlence	Bekar (Ailemle Yaşıyorum)	87	1,25	0,38		
	Bekar (Yalnız Yaşıyorum)	35	1,50	0,40	1,359	0,259
	Evli	77	1,31	0,36		
Yarışma	Bekar (Ailemle Yaşıyorum)	87	1,47	0,45		
	Bekar (Yalnız Yaşıyorum)	35	1,73	0,60	1,175	0,311
	Evli	77	1,54	0,45		
Beceri Gelişimi	Bekar (Ailemle Yaşıyorum)	87 ^b	1,21	0,36		
	Bekar (Yalnız Yaşıyorum)	35 ^a	1,73	0,64	4,412	0,013
	Evli	77 ^b	1,31	0,49		
Hareket / Aktif Olma	Bekar (Ailemle Yaşıyorum)	87 ^b	1,35	0,44		
	Bekar (Yalnız Yaşıyorum)	35 ^s	1,93	0,72	3,989	0,020
	Evli	77 ^b	1,41	0,48		

Spore katılım alt boyutları medeni duruma göre incelendiğinde “başarı / statü”, “fiziksel uygunluk / enerji harcama”, “beceri gelişimi”, “hareket / aktif olma” alt boyutunda bekar (yalnız yaşayanlar) olanların puanları ailesi ile yaşayanlar ile evli olanlardan yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların yaş gruplarına göre spora katılım güdülerinin karşılaştırılması Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Sporcuların yaş kategorilerine göre spora katılım güdülerinin karşılaştırılması

		n	Ort.	S.S.	F	p
Başarı / Statü	29-23 yaş	55	1,38	0,33	1,835	0,162
	24-30 yaş	80	1,40	0,40		
	30 yaş ve üzeri	64	1,51	0,45		
Fiziksel Uygunluk / Enerji Harcama	29-23 yaş	55	1,44	0,35	0,401	0,670
	24-30 yaş	80	1,41	0,34		
	30 yaş ve üzeri	64	1,39	0,33		
Takım Üyeliği / Ruh	29-23 yaş	55	1,72	0,43	0,186	0,830
	24-30 yaş	80	1,68	0,51		
	30 yaş ve üzeri	64	1,68	0,51		
Arkadaş	29-23 yaş	55	1,78	0,47	1,415	0,246
	24-30 yaş	80	1,68	0,47		
	30 yaş ve üzeri	64	1,64	0,46		
Eğlence	29-23 yaş	55	1,24	0,32	0,603	0,548
	24-30 yaş	80	1,28	0,42		
	30 yaş ve üzeri	64	1,32	0,37		
Yarışma	29-23 yaş	55	1,46	0,41	0,379	0,685
	24-30 yaş	80	1,52	0,52		
	30 yaş ve üzeri	64	1,53	0,40		
Beceri Gelişimi	29-23 yaş	55	1,24	0,39	0,207	0,813
	24-30 yaş	80	1,26	0,38		
	30 yaş ve üzeri	64	1,29	0,52		
Hareket / Aktif Olma	29-23 yaş	55	1,42	0,46	0,430	0,651
	24-30 yaş	80	1,35	0,46		
	30 yaş ve üzeri	64	1,40	0,49		

Bedensel engelli sporcuların yaş kategorilerine göre spora katılım güdülerini karşılaştırıldığında yaş kategorileri arasında fark yoktur ($p>0,05$).

Sporcuların branşlara göre spora katılım güdülerinin karşılaştırılması Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Sporcuların branşlara göre spora katılım güdülerinin karşılaştırılması

		n	Ort.	S.S.	F	p
Başarı / Statü	Atletizm	35	1,33	0,31	1,882	0,155
	Futbol	96	1,42	0,40		
	Basketbol	68	1,49	0,44		
Fiziksel Uygunluk / Enerji Harcama	Atletizm	35	1,40	0,32	0,372	0,689
	Futbol	96	1,43	0,35		
	Basketbol	68	1,39	0,34		
Takım Üyeliği / Ruh	Atletizm	35	1,69	0,45	0,039	0,962
	Futbol	96	1,70	0,49		
	Basketbol	68	1,68	0,51		
Arkadaş	Atletizm	35	1,71	0,40	1,013	0,365
	Futbol	96	1,74	0,50		
	Basketbol	68	1,63	0,45		
Eğlence	Atletizm	35	1,22	0,31	0,576	0,563
	Futbol	96	1,28	0,41		
	Basketbol	68	1,31	0,36		
Yarışma	Atletizm	35	1,45	0,43	0,360	0,698
	Futbol	96	1,51	0,50		
	Basketbol	68	1,52	0,40		
Beceri Gelişimi	Atletizm	35	1,18	0,34	0,826	0,439
	Futbol	96	1,29	0,40		
	Basketbol	68	1,27	0,51		
Hareket / Aktif Olma	Atletizm	35	1,43	0,48	0,248	0,781
	Futbol	96	1,36	0,46		
	Basketbol	68	1,39	0,48		

Branşlara göre spora katılım güdüsü karşılaştırıldığında branşlar arasında farklılık yoktur($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bedensel engellilerin spora katılım güdülerinin araştırıldığı bu çalışmada elde edilen bulgular, engelli bireylerin spora katılımlarını arttıracakı düşünölmüştür. Engelliliği sebebiyle kendini yetersiz ve toplumdaki soyutlamak yerine spor aracılığıyla toplumla bütünleşmesi düşünölmüştür.

Engelli olma durumuna göre spora katılım güdüsü karşılaştırıldığında (Tablo 2) sonradan engelli olanların arkadaş alt boyutunda doğuştan engelli olanlara göre puanları yüksek bulunmuştur ($p=0,030$). Esatbeyoğlu ve Karahan (2014), yaptıkları çalışmada engelli bireylerin spora katılımına etki eden faktörleri çevresel ve bireysel etmenler olarak ifade etmiştir. Farklı engel gruplarının spora katılım için zorlukları olabileceğini ifade etmişlerdir. Her ne kadar engellilik çeşidi farklı olsa da benzer zorluklardan etkilendikleri ama sonuç olarak da spora katılım gösterdikleri söylemişlerdir. Benzer durum çalışmada elde ettiğimiz engellilik durumunun ortaya çıkış şekli sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Sonradan veya doğuştan engelli olmanın spora katılım güdüsünü etkilemediği, asıl amacın spor yapma yoluyla toplumla kaynaşma olabileceği ifade edilebilir.

Eğitim durumuna göre bedensel engellilerin spora katılım güdöleri karşılaştırıldığında (Tablo 3) eğitim durumunun spora katılımında farklılığa neden olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu durum spora katılım için bir farkındalık olduğu ile açıklanabilir. Eğitim durumu ne olursa olsun, engelli bireylerin spora yönelmesi olumlu bir çıkarım olarak ifade edilebilir.

Engellilerin çalışma durumuna göre spora katılım güdöleri incelendiğinde (Tablo 4) çalışmayan engellilerin arkadaş alt boyutunda spora katılım puanları yüksek bulunmuştur ($p=0,034$). Söğüt (2006) yaptığı çalışmada bedensel engellilerin spor yapma davranışı ve içinde yer alınan grupta kendini değerli hissedebilme davranışını incelemiştir. Spor yapanların bulunduğu grupta kendini değerli hissettiğini belirtmiştir. Spor yapmayanlarda arkadaş edineme sorunu olduğunu ifade etmiştir. Bulgu ve Akcan (2003) engellilerin spor yolu ile sosyalleşebileceğini belirtmiş, spor yapmanın arkadaş edinmede etkili olduğunu göstermektedir. Karakoç ve ark. (2012), spor yapan ve yapmayan işitme engelli sporcuların benlik saygısı değerlerini karşılaştırmış, spor yapan işitme engellilerin daha yüksek benlik saygısı puanına sahip olduğunu ifade etmiştir.

Gelir durumuna göre engelli sporcuların spora katılım güdeleri incelendiğinde (Tablo 5) gelir durumunun spora katılım etkilemediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Şahin (2016) geliri olan engelli sporcuların sosyal istenirlik ve özgüvenlerinde bir farklılık oluşmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte sporcu olmayan engelli bireylerin sosyal istenirlik ve özgüven düzeylerinin düşük olduğunu belirtmiştir. Spor yapma durumunun engelli bireylerde sosyalleşmeyi sağladığı ve bu sayede hangi gelir grubunda olursa olsun bu durumun olumlu kazanımları olduğu ifade edilebilir. Gürsel ve Koruç (2004), spor yolu ile engelli bireylerin toplumla kaynaştığını ifade etmiştir. Savucu ve Biçer (2009) engelli bireylerin egzersiz yolu ile hareket etmekten haz alma, eğlenme ve başarıma gereksinimlerini karşıladığını ifade etmiştir.

Bedensel engelli sporcuların medeni durumlarına göre spora katılım güdeleri incelendiğinde (Tablo 6) “başarı/statü”, “fiziksel uygunluk/enerji harcama”, “beceri gelişimi”, “hareket/aktif olma” alt boyutunda bekar (yalnız yaşayanlar) olanların puanları ailesi ile yaşayanlar ile evli olanlardan yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlar bedensel engelli sporcuların spor sayesinde sosyalleşebilmeleri ile ifade edilebilir. Tek başına yaşayan engelli birey yaptığı spor branşı sayesinde kendini ifade edebilir, arkadaş edinebilir. Civan ve ark. (2012), yaptıkları çalışmadan bedensel engelli ve engelli olmayan sporcuların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinde istatistiksel bir farklılık tespit etmiş olmalarına rağmen, sporun spor yapan engelli ve engelsiz bireyleri eşit oranda etkilediğini ifade etmişlerdir. Engelli bireylerin spora katılımı sayesinde kendilerini ifade edebilmekte olduğu söylenebilir. Page ve ark. (2001), engelli sporcuların motivasyonlarına etki eden etmenler arasında sosyal yönden kendilerini güçlü hissetmelerinin başarı motivasyonlarına etki ettiğini ifade etmişlerdir. Tek başına yaşayan engelli sporcuların spora katılım güdüsü olarak arkadaş edinme alt boyutunun çıkması bedensel engellilerin kendilerini yalnız hissetmeleri ile ilişkili olabilir. Spor sayesinde kendini ifade eden engelli bireyler toplumla kaynaşabilecekleri bir alan oluşturabilmektedirler. Bu açıdan bedensel engelli bireyler için spora katılım toplumla kaynaşmanın, kendini ifade edebilmenin önemli bir unsuru olarak vurgulanabilir.

Yaş kategorileri incelendiğinde (Tablo 7) gruplar arasında farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Kusan (2014) işitme engelli futsal oyuncularında yapmış olduğu çalışmada “güç gösterme güdüsü”, “başarıya yaklaşma güdüsü” ve “başarısızlıktan kaçınma güdüsünde” sporcuların yaş değişkeni açısından anlamlı bir

farklılaşmanın olmadığını belirtmiştir. Çalışma sonuçlarıyla benzerlik gösteren bu sonuçlara göre, engelli sporcuların spora katılım güdülerinin başarıdan ziyade sosyal yönden kendini ifade etmek olduğu söylenebilir. Her yaş kategorisinin benzer unsurlardan etkilendiği, her yaş kategorisinde sporun önemi açısından önemli olarak söylenebilir.

Bedensel engelli sporcuların branşlara göre spora katılım güdeleri karşılaştırıldığında (Tablo 8) branşlar arasında farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bedensel engelli sporcuların spora katılımında branşların araç olarak görüldüğü ifade edilebilir. Katılım sağladıkları spor branşı sayesinde bedensel engelli sporcular yarışma sırasında kendilerini ifade etme imkanı bulabilirler. Gerek bireysel gerekse takım sporcularında amacın spor yapmak olduğu bireysel veya grup dinamiklerinin etkili olmadığı söylenebilir. İnce (2017) yaptığı çalışmada atletizm ve yüzme sporcularının atılganlık düzeyini araştırmış e branşlar arasında farklılaşma olmadığını ifade etmiştir. Bedensel engelli sporcularda yapılan branştan ziyade spora katılımın önemli olduğu ifade edilebilir. Heler ve ark. (2002), bedensel engelli sporcuların spora katılımında egzersizi yaptıracak bir eğitmenin olmamasının olumsuz etkileri olduğunu tespit etmiştir. Ülkemizde bedensel engelli sporculara yönelik antrenörlük uygulamalarının yapılması daha fazla katılımı arttıracığı düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bedensel engelli sporcuların spora katılımlarını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada;

Sonradan engelli olan bireylerin arkadaşlık ilişkilerini geliştirmek için spor yaptıkları tespit edilmiştir.

Eğitim durumunun spor yapma güdüsünü etkilemediği sonucu elde edilmiştir.

Çalışma durumuna göre spora katılım güdüsü karşılaştırıldığında çalışmayan engelli sporcuların spora katılım güdüsü “arkadaş” alt boyutunda kamuda ve özelde çalışan engellilerden yüksek bulunmuştur.

Gelir durumunun spora katılım güdüsünü etkilemediği tespit edilmiştir.

Medeni durumun spora katılım alt boyutları medeni duruma göre incelendiğinde “başarı / statü”, “fiziksel uygunluk / enerji harcama”, “beceri gelişimi”, “hareket / aktif olma” alt boyutunda bekar (yalnız yaşayanlar) olanların puanları ailesi ile yaşayanlar ile evli olanlardan yüksek bulunmuştur.

Farklı yaş gruplarındaki engelli bireylerin spora katılım güdülerinin aynı olduğu tespit edilmiştir.

Seçilen spor branşının spora katılım güdüsünü etkilememektedir.

Bu çalışma sonuçlarına göre; bedensel engelli bireylerin spora katılımlarının artırılması önerilmektedir. Kamu kurum ve kuruluşları bununla ilgili farkındalık çalışmaları yapabilirler. Engelli bireylerin spor salonlarına ve spor sahalarına ulaşımını kolaylaştırıcı tedbirlerin alınması da önemli olacaktır.

Üniversitelerin spor bilimleri fakültelerinde engelli bireylerin spor yapmalarını olanak sağlayacak imkanların geliştirilmesi, ders içeriklerinin de buna göre hazırlanması önerilmektedir.

Engelli bireylere antrenörlük yapacak kişilerin yetiştirilmesi için Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve diğer kamu paydaşlarının ortak protokol üzerinde anlaşmaları ve uluslar arası düzeyde bir eğitim müfredatının oluşturulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Akdura E. Bedensel engelli basketbol tekerlekli sandalye liglerinde aktif spor yapan basketbolcuların toplumsal yaşama uyumlarında sporun etkisinin araştırılması. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya, Yüksek Lisans Tezi, 2007;60.
- Akyalçın S. Serebral paralizili çocuklarda aktivitelere katılımın yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2012;4.
- Altun B, Bayramlar K, Kayıhan G, Ergun N. Bedensel engellilerin sportif aktivitelere katılımının yaşam kalitesi üzerine etkisi. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2011;13:161-164.
- Altun B. Bedensel engellilerin sportif aktivitelere katılımının yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 22.
- Anderson G, Olsson E, Rydell AM, Larsen HC. Social competence and behavioural problems in children with hearing impairment. AudiologyUppsala University 2000;39:88-92.
- Antia S, Kreimeyer K. Maintenance of positive peer interaction in preschool hearing-impaired children. The Volta Review 1998;325-337.
- Atay İ M, Turgay O, Atay T. Alt ekstremitte amputasyonlarında protez kullanımının sıklığı ile beden imajı, depresyon, anksiyete ve benlik saygısı üzerine etkileri. Türk Fizik Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2014;60,184-187.
- Aygün Ö. Zihinsel engellilerde antrenman öncesi ve sonrası motorik performansın karşılaştırılması, Sakarya Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2004.
- Baldemir E. Engellilerin sosyo-ekonomik durumları üzerine bir araştırma(Muğla örneği). Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimleri Fakültesi 2007;12(1):117-126.
- Başbakanlık GSGM görme engelliler spor federasyonu başkanlığı. Uluslararası görme engelliler spor branşları oyun kuralları, Ankara. 2003;17.
- Bigelow, A. Relationship between the development of language and thought in young blind children: J. Usually Impairment and Blidness 1990;26-28.
- Bulgu N, Akcan F. Spor ve Toplumsallaşma. Beden Eğitimi ve Sporda Sosyal Alanlar Kongresi. Gazi Üniversitesi Spor Yüksek Okulu Yayınları. Ankara. 2003
- Burcu E. Üniversite'de okuyan özürlü öğrencilerin sorunları, Hacettepe-Beytepe Kampüsü Öğrencileri Örneği, Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi

Dergisi. 2002;19:83–103.

Bushby K, Bourke J, Bullock R, Eagle R, Gibson M, Quinby J. The multidisciplinary management of duchenne muscular dystrophy. *Current Paediatrics* 2005;15:292-300.

Caplan LR. Stroke. *American Academy of Neurology, New York.* 2006;60(3):301-313.

Civan A, Özdemir İ, Taş İ, Çelik A. Bedensel engelli ve engelli olmayan tenis sporcularının durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi* 2012;14(1);83-87.

Çelebi M. Orta Doğu Teknik Üniversitesi fiziksel aktivite kulüplerinde bulunan lider tipleri, Sosyal Bilimler Enstitüsü, ODTÜ, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 1993.

Demirdel S, Bayramlar K. Amputasyondan sonra normal yaşama yeniden katılım sürecinin yaşam kalitesi ve fonksiyonel düzey ile ilişkisinin incelenmesi. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2014;25(3):93-99.

Dunst CD, TrivetteCM, Cross AH. Mediating influences ofsocial support; personal family and child outcomes. *American Journal of Mental Deficiency.* 1990;90(4):403-417.

Dünya Engelliler Vakfı, Engelsiz şehir planlaması bilgilendirme raporu, İstanbul, 2010.

Elieyioğlu S. 10-15 yaş işitme engelli öğrencilerde sportif eğitsel oyunların fiziksel gelişimlerine etkisinin araştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2014, 8.

Eliöz M. Özürlü çocuklara sahip anne-babaların çocukları ile suda yürüttükleri 16 haftalık rekreatif egzersizlerin ebeveynlerin psikolojilerine etkileri, Gazi Üniversitesi, Doktora Tezi, 2006.

Enç M. Görme özürlüler – gelişim, uyum ve eğitimleri. 2. Baskı. Ankara, Gündüz Eğitim ve Yayıncılık. 2005.

Ergun N. Bedensel engellilerde sportif aktiviteler ve klasifikasyon. 1. Uluslararası Engellilerde Beden Eğitimi ve Spor Kongresi, Batman, Kongre Kitabı, 2011; 42.

Esatbeyoğlu F, Karahan BG. Engelli bireylerin fiziksel aktiviteye katılımlarının önündeki engeller. *Spor Bilimleri Dergisi* 2014;25(2):43-55.

Frampton ME. Körlerin Eğitim Öğretimi. İstanbul, Milli Eğitim Basımevi. 1963.

Gill DL, Gross JB, Huddleston S. Participation motivation in young sports. *International Journal of Sport Psychology* 1983;14: 1-14.

Gür A. Özürlülerin Sosyal Yaşama Uyum Süreçlerinde Sportif Etkinliklerin Rolü

Başbakanlık Basımevi. 2001; 5-23.

Gürsel F, Koruç Z. Hedef belirlenen engelli olan ve olmayan öğrencilerde antrenmanın performans ve duygusal durumlar üzerine etkisi. Spor Bilimleri Dergisi 2004;15(3):137-154.

Heler T, Hsieh K, Rimmer J. Barriers and supports for exercise participation among adults with down syndrome. Journal of Gerontological Social Work 2002;38(1-2):161-178.

İlhan L. Eğitilebilir zihinsel engelli çocuklarda beden eğitimi ve sporun sosyalleşme düzeylerine etkisi. Kastamonu Eğitim Dergisi 2008;16(1):315-324.

İlhan L. Zihinsel engelli çocuğu olan anne-babaların çocuklarının özel eğitimleri sürecinde beden eğitimi ve spor etkinliklerine yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2009;3(1):38-47.

İnce G. Farklı spor branşlarıyla uğraşan bedensel engelli bireylerin atılganlık durumlarının karşılaştırılması. Uluslararası Spor Egzersiz ve Antrenman Bilimi Dergisi 2017;(3)1:1-7.

Kalyon AT. Özürlülerde Spor, Bağırğan Yayınevi, Ankara. 2006;3-4.

Karakoç Ö, Çoban B, Konar N. İşitme engelli milli sporcular ile spor yapmayan işitme engellilerin benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi 2012;4(1):12-17.

Kaya M. 13-15 Yaş grubu spor yapan görme engellilerin statik ve dinamik denge etkinliklerinin karşılaştırılması. Ankara, Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2003.

Keskin S. 18-30 yaş arası spor yapan görme engelli bireyler ile 18-30 yaş arası spor yapan gençlik ve spor genel müdürlüğü personellerinin işitsel basit reaksiyon zamanlarının karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2008.

Klansek-Kyllo V, Rose S. Using the scale of independent behavior with hearing impaired students. American Annals of the Deaf 1985;130(4):511 517.

Koparan Ş. Özel İhtiyaçları olan çocuklarda spor. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2003;17(1):153-160.

Kusan O. Güreş, boks, taekwando branşındaki elit düzeydeki sporcuların başarı motivasyonunun çeşitli değişkenlere göre değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. Yüksek Lisans Tezi, 2014.

Mizen DW, LintonN. Guess who's coming to p.e. six steps to more effective mainstreaming. Journal of Physical Education recreation and

Dance 1983;54(10):63-65.

Mor A. Engelli bireylerde egzersizin uyku düzeni ve aile içi sosyal ilişkilere etkisi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, Yüksek Lisans Tezi, 2009, 22.

Nagaraja D, Gururaj G, Girish N, Panda S, Roy AK, Sarma GRK. Feasibility study of stroke surveillance. Indian J Med Res 2009;130:396-403.

Orhon EP. Sakatların Rehabilitasyonu ve Eğitimi, Ankara.1981.

Oyar ZB, Aşçı HF, Çelebi M, Mülazımoğlu Ö. Spora Katılım Güdüsü Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi 2001;12(2):21-23.

Özçelik İ. Görme Özürlülerin Rehabilitasyonu. Gayret Matbaası, Malatya.1985.

Özer S. D. (2001). Engelliler için Beden Eğitimi ve Spor. Nobel Yayın Dağıtım.

Özsoy Y, Özyürek M. Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar. Özel Eğitime Giriş. Karatepe Yayınları, Ankara. 1998.

Özsoy Y, Özyürek M, Eripek S. Özel Eğitime Giriş, 12. Baskı, Karatepe Yayınları, Ankara. 2002.

Özsoy İ, Okyayuz Ü H. Amputasyon geçirmiş Kişilerin Baş Etme Becerileri: Olgu sunumu. Klinik Psikiyatri 2016;19:45-51.

Öztürk M. Türkiye'de Engelli Gerçeği. 1. Baskı, İstanbul, Ajanvista Matbaa. 2011;16-17.

Öztürk M, Kışioğlu A N, Demirel R. Isparta'da 2000 yılı polio aşısı kampanyasında halkın kampanya ve poliomyelit hakkındaki bilgileri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2000;7(3):19-20.

Page SJ, O'Connor E, Peterson K. Leaving The Disability Ghetto: A Qualitative Study of Factors Underlying Achievement Motivation Among Athletes With Disabilities. Journal of Sport and Social Issues 2001;25(1):40-55.

Pekdemir Ş. İslamda özürlü hukuku, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2006.

Savucu Y, Biçer S Y. Zihinsel engellilerde fiziksel aktivitelerin önemi. Türkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences 2009;1(2):117-122.

Söğüt M. Sporun bedensel engellilerin sosyalleşmeleri üzerine etkisi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi, 2006.

- Stewart DA, Ellis MK. American Annals of the Deaf; Spring 2005;150(1):59-66.
- Şahin E. Sporcu ve sporcu olmayan bedensel engelli bireylerin özgüven ve sosyal istenirlik durumlarının karşılaştırılması. Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce. Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Şirinkan A, Şirinkan S, Çalışkan E. Engellilerde beden eğitimi ve spor dersinin öğrenci bakış açısıyla değerlendirilmesi. 9. Uluslararası Akdeniz Spor Bilimleri Kongresi, Antalya, Özet Kitabı, 2007.
- Tatar Y. İşitme özürlülerde spor ve ruhi faydaları, Özürlü / işitme özürlü ekseninde bir analiz. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 1995.
- Tatlı M, Güzel A, Ökten A İ, Çaylı S. Omurilik yaralanmalarının medikal tedavisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;27(4):165-172.
- Tonak H A, Kitiş A. Çalışan üst ekstremitelerde problemlili özürlülerin aktivite düzeyi, serbest zaman ve toplumsal katılım düzeylerinin incelenmesi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2014;2(3):113-119.
- Top C E. 14 haftalık fiziksel aktivite programının 10-12 yaş görme engelli çocuklar üzerindeki etkileri. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2007, Antalya, Yüksek Lisans Tezi, 2007;27.
- Tuncer R. Sporun, bedensel engelli bireylerin ruhsal durumları üzerine etkisinin incelenmesi. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde, Yüksek Lisans Tezi, 2009;1-2.
- Türk E. Spor takımlarına katılan ve katılmayan görme engelli öğrencilerin benlik saygılarının değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, Yüksek Lisans Tezi, 2007;17-18.
- Tüzün E H, Eker L. Serebral paralizi ve koruyucu hekimlik. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2001;10(8):294-297.
- Ulusoy S. Bedensel engelli okçularda fiziksel performansın değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2008;1-3.
- Uskun E. Isparta ilinde özürlülük epidemiyolojisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Isparta, Uzmanlık Tezi, 2002.
- Usta H. Bedensel Özürlü Olmanın Sebepleri, MEB Yayınları, İstanbul. 1992.
- Ünsal A, Tözün M. Türkiye’de özürlülük ile ilgili yasal durum, Osmangazi Tıp Dergisi. 2007;29:77-83.

- Varol N. Erken Çocukluk Döneminde Görme Yetersizliği Olan Çocukların Eğitimi. Ankara, Karatepe Yayınları.1996.
- Warlow C, Sudlow C, Dennis M, Wrdlaw J, Sandercock P. Stroke, The Lancet. 2003;362:1211-1224.
- WHO: Disability, prevention and rehabilitation. Technical Report Series. World Health Organization, Geneva. 1981,668.
- Yazıcı M. Spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin yaşam kalitesi ve depresif durumlarının incelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Doktora Tezi, 2012, 10-11.
- Yılmaz A, Şentürk U, Ramazanoğlu F. Bedensel engellilerde spor konulu araştırmaların içerik analizi. Spor Yönetimi ve Bilgi Teknolojileri Dergisi 2014;9(1-2):1306-4371.

EKLER



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1443-1921

28 .09.2018

Sayın Doç.Dr. Menderes KABADAYI

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Bedensel Engellilerin Sosyo-ekonomik Durumlarının Spor Yapma Tercihlerine Etkisi** başlıklı OMÜ KAİK 2018/71 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 22.02.2017 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Dursun YILMAZ

Doğum Yeri: Merzifon

Doğum Tarihi: 03.02.1974

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu: Lisans

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl: Neva Özel Eğitim Merkezi 2011-Devam Ediyor

E-posta: dursunyilmaz05@gmail.com