

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR
ANABİLİM DALI**

**SPOR YAPAN VE YAPMAYAN AMPUTE BİREYLERİN
YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESİF DURUMLARININ
İNCELENMESİ**

DOKTORA TEZİ

Mehmet YAZICI

**Samsun
Aralık-2012**

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR
ANABİLİM DALI**

**SPOR YAPAN VE YAPMAYAN AMPUTE BİREYLERİN
YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESİF DURUMLARININ
İNCELENMESİ**

DOKTORA TEZİ

Mehmet YAZICI

Danışman: Doç. Dr. M. Yalçın TAŞMEKTEPLİGİL

**Samsun
Aralık-2012**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mehmet YAZICI tarafından Doç. Dr. M. Yalçın TAŞMEKTEPLİĞİL Danışmanlığında hazırlanan “**Spor Yapan ve Yapmaya Ampute Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresif Durumlarının İncelenmesi**” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından / / tarihinde yapılan sınav ile Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalında DOKTORA Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :

Üye :

Üye :

Üye :

Üye :

ONAY:

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

.... / /

Prof.Dr. Süleyman KAPLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tez çalıŐmalarım sırasında benden gerekli her türlü desteği ve yardımı esirgemeyen değerli hocam Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu ğretim yesi Doç. Dr. M. Yalçın TAŞMEKTEPLİĞİL'e, veri toplanması aŐamasında büyük desteğini gördüğüm ampute milli takım antrenörü Dursun YILMAZ'a, tezime yön veren ve hazırlanmasında büyük katkıda bulunan değerli ağabeyim Yrd. Doç. Dr. Recep Z ve değerli meslektaŐım, Yrd. Doç. Dr. Mergl ÇOLAK'a teşekkür ve saygılarımı sunarım. Benden yardımlarını esirgemeyen, Yrd. Doç. Dr. Yasemin ÇAKMAK YILDIZHAN ve ArŐ. Gör. Öztürk AĐIRBAŐ'a, Doktora eğitimim boyunca ders aldığım başta Prof. Dr. Osman İMAMOĞLU olmak üzere tüm hocalarıma, birlikte çalıŐmaktan büyük keyif aldığım tüm mesai arkadaŐlarıma, en içten duygularla teŐekkürlerimi sunarım.

Ayrıca, eğitimim boyunca bana her türlü desteği sağlayan çok sevdiğim eŐime ve varlığı ile bana g veren oğluma sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

ÖZET

SPOR YAPAN VE YAPMAYAN AMPUTE BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESİF DURUMLARININ İNCELENMESİ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenerek yaşam kalitesi açısından depresyon düzeylerinin değerlendirilmesine ilişkindir.

Materyal ve Metot: Bu amaçla, betimsel bir çalışma yapılmış ve Türkiye'nin çeşitli illerinde bulunan ampute süperlig takımlarında futbol oynayan ve yine Türkiye'nin çeşitli illerindeki engelli kurum ve kuruluşlarda spor yapmayan ampute bireylere anket uygulanmıştır. Toplam 213 anket değerlendirmeye alınmış ve veriler SPSS 17.0 paket programında analiz edilmiştir. Araştırmada, spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin kişisel ve mesleki özelliklerini, depresyon ve yaşam kalite düzeylerini belirlemek için, verilerin frekansları, yüzdeleri ve aritmetik ortalamaları elde edilmiş ve yorumlanmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Willks testleri uygulanmıştır. Spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin depresyon ve yaşam kaliteleri düzeylerinin, demografik değişkenlere göre fark gösterip göstermediğini ortaya koymak için Kruskal Wallis-H testi ve Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Ampute bireylerin yaşam kaliteleri ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek için ise Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Ampute bireylerin genel sağlık ve yaşam kalitesi algıları ile toplam yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için de Spearman korelasyon testi uygulanmıştır.

Bulgular: Depresyon düzeyleri yüksek olan ampute bireylerin yaşam kalitelerinin düşük, depresyon düzeyleri düşük olanların ise yüksek yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Demografik değişkenler ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında ve bazı demografik değişkenler ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Ampute bireylerde sporun yaşam kalitesini yükseltmede ve depresyon düzeyini düşürmede önemli bir araç olduğu söylenebilir. Engelli bireylerin yaşam

kaliteleri ve depresyon düzeylerinin istenilen düzeylere ulaşması için uygun sportif etkinliklere ağırlık verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ampute, Futbol, Depresyon, Yaşam Kailtesi

Mehmet YAZICI, Doktora Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Samsun, Aralık-2012

ABSTRACT

A STUDY ON THE QUALITY OF LIFE AND DEPRESSIVE CONDITIONS OF AMPUTATED INDIVIDUALS DOING SPORTS AND NOT DOING SPORTS

Objective: The aim of this study is to assess the levels of depression by determining depression and quality of life of amputated individuals doing sports and not doing sports.

Material and Method: Therefore, a descriptive study was done and a questionnaire was administered to amputated individuals playing football in super league teams as well as to those disabled not doing any sports at associations and foundations in different cities in Turkey. A total of 213 questionnaires were analyzed through SPSS 17.0 program. In the study, frequency, percentages and arithmetic means of data were measured and interpreted in order to determine personal and professional features and depression and quality of life of amputated individuals doing sports and not doing sports. To be able to test the normality of data, Kolmogorov Smirnov and the Shapiro-Wilk tests were used. Kruskal Wallis- H test and Mann Whitney-U tests were used to reveal whether there was any significant difference in depression and quality of life levels of amputated individuals doing sports and not doing sports in accordance with demographic variables. Spearman correlation test was employed to find the relation between quality of life and depression levels of amputated individuals. Also, spearman correlation test was administered to determine the relation between general health and quality of life perceptions of amputated individuals and total quality of life points.

Results: The study showed lower quality of life of amputated individuals with higher depression levels while those with lower depression levels had higher quality of life. Significant difference was found between demographic variables and sub-dimensions of quality of life and some demographic variables and depression levels.

Conclusion: Sports can be shown to increase quality of life and reduce depression levels in amputated individuals. Proper sportive exercises should be done to bring quality of life and depression levels of disabled individuals to a reasonable level.

Key Words: Amputee, Football, Depression, Quality of Life.

Mehmet YAZICI, Ph. D. Thesis

Ondokuz Mayıs University - Samsun, November-2012

SİMGELER ve KISALTMALAR

χ^2	:	Ki-kare
r	:	Korelasyon katsayısı
YKS1	:	Yaşam Kalitesi Soru 1
YKS2	:	Yaşam Kalitesi Soru 2
MEB	:	Milli Eğitim Bakanlığı
F	:	Frekans
KMO	:	Keiser-Meyer-Olkin
N	:	Araştırmaya Katılan Ampute bireylerin sayısı
P	:	Anlamlılık
A	:	Alfa
%	:	Yüzde Değeri
BDÖ	:	Beck depresyon Ölçeği
TS	:	Tekerlekli Sandalye
ICF	:	Uluslararası İşlevsellik Sınıflandırması
TÖSF	:	Türkiye Özürlüler Spor Federasyonu
TESF	:	Türkiye Engelliler Spor Federasyonu
IOC	:	Uluslararası Olimpiyat Komitesi
IPC	:	Uluslararası Paralimpik (Engelliler) Komitesi
TGSEF	:	Türkiye Görme Engelliler Spor Federasyonu
IBSA	:	Uluslararası Görme Engelliler Birliği
IBCA	:	Uluslararası Görme Engelliler Satranç Birliği
ÖİB	:	Özürlüler İdaresi Başkanlığı
KHK	:	Kanun Hükmünde Kararname
TSB	:	Tekerlekli Sandalye Basketbolu
IWBF	:	Uluslar Arası Tekerlekli Sandalye Basketbol Federasyonu
ITF	:	Uluslar Arası Tenis Federasyonu
ÖZİDA	:	Özürlüler İdaresi Başkanlığı
ISOD	:	Uluslararası Engelliler Spor Organizasyonu
SHÇEK	:	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
IHSC	:	Uluslararası Engelliler Yelken Federasyonu

FINA : Uluslararası Yüzme Yarışlarını Düzenleyen Kuruluş
WHO : Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL : Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği

TIBBİ TERİMLER

Spinal cord	: Omurilik
Paraliziler	: İnme, Felç
Lezyon	: Doku bozukluğu
Tetrapleji	: Kol, bacak ve bedenin toptan felç olması durumu
Komplet	: Tam Felç
Poliomyelit	: Çocuk Felci
Spinal polio	: Alt motor sinirlerinin hasarına bağlı kas güçsüzlüğü
Bulbo Spinal	: Omurilik soğanı ile omurilik (Omur kökü)
Frenik	: Diyaframa ait.
Ventilatör	: Solunum
İnnerve	: Uyarı
Vasküler	: Damarsal
İzole	: Yalıtılmış, ayrılmış
Periost	: Kemiği çevreleyen zar
Nekroz	: Ölü doku
Penroz Dren	: Vücut boşlukları ve ameliyat bölgesinden mayi akışı
Fasya	: Bağ dokusu, sargı
Postoperatif	: Ameliyat sonrası
Preoperatif	: Ameliyat öncesi
Fantom	: Hayalet
Hiperestezi	: Aşırı duyum, his
Spastisite	: Beyin zedelenmesi sonucu kasların kasılması
Disfoksiyon	: İşlev bozukluğu
Hipertansiyon	: Yüksek tansiyon
Karpal	: El bileği
Disrefleks	: Tepkisiz
Overuse	: Aşırı kullanım
Respiratuar	: Solunumsal, solunumla ilgili
Heterotopik	: Normalden başka yerde oluşan
Ossifikasyon	: Kemikleşme
Skolyoz	: Yana eğik omurga

Osteoporoz	:	Kemik erimesi
Kardiyorespiratuar	:	Kalp-solunum ile ilgili
Atrofi	:	Kas erimesi
Kardiyovaküler	:	Kalp-damar sistemi
Mortalite	:	Ölüm, ölüm oranı
Tromboz	:	Kan damarlarının tıkanmasıdır.
Pulmoner	:	Akciğer veya akciğerlerle ilgili.
Nörovasküle	:	Sinir-damarla ilgili
Perifer	:	Çevre
Distal	:	Merkezden uzakta olan

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	i
ABSTRACT.....	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR	iv
TIBBİ TERİMLER	vi
İÇİNDEKİLER	viii
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.Engelli Kavramı ve Tanımı	4
2.2. Sosyo-Ekonomik Yönden Engelli Kavramı	6
2.3. Engelliliğin Sınıflandırılması.....	9
2.3.1.Zihinsel engelliler.....	9
2.3.2.İşitme engelliler.....	10
2.3.3.Görme Engelliler	12
2.3.4.Bedensel Engelliler	14
2.4.Bedensel Engele Yol Açan Durumlar	15
2.4.1.Spinal Kord Yaralanmaları	15
2.4.2.Çocuk Felci	16
2.4.3.Amputasyon	17
2.5.Bedensel Engellilerin Karşılaştıkları Sorunlar.....	20
2.5.1.Tıbbi sorunlar	20
2.5.2.Sosyal sorunlar	20
2.6.Engelliler ve Spor.....	21
2.6.1.Bedensel Engellilerde Spor	22
2.6.2.Sporun Engelli Bireylere Sağladığı Faydalar	25
2.7.Bedensel Engellilerin Katıldıkları Spor Dalları	26
2.7.1.Tekerlekli sandalye basketbolu	26
2.7.2. Ampute futbol	27

2.7.3. Masa tenisi	29
2.7.4. Atıcılık	30
2.7.5. Tekerlekli sandalye tenisi.....	30
2.7.6. Okçuluk.....	31
2.7.7. Atletizm.....	31
2.7.8. Oturarak voleybol.....	31
2.7.9. Yüzme	32
2.7.10. Yelken	32
2.7.11. Halter.....	32
2.7.12. Bilek güreşi	33
2.7.13. Badminton	33
2.8. Türkiye’de Engelli Federasyonları.....	34
2.8.1. Bedensel Engelliler Spor Federasyonu	34
2.8.2. Görme Engelliler Spor Federasyonu	35
2.8.3. İşitme Engelliler Spor Federasyonu	36
2.8.4. Özel Sporcular Spor Federasyonu (Zihinsel Engelliler Spor Federasyonu)	36
2.9. Türkiye’de Engellilerle İlgili Politikalar.....	36
2.10. Türkiyede Engellilerle İlgili Sosyal Politika.....	40
2.10.1. Engellilerle ilgili uluslar arası normlar.....	43
2.10.2. Engellilerle ilgili Türkiyedeki mevzuat.....	44
2.10.3. Türkiye’de Engelli bireylerin rehabilitasyonu	45
2.10.4. Türkiye’de Engellilerin Eğitimi	46
2.10.5. Türkiye’de Engelli İstihdamı	50
2.11. Sporun Engelliler İçin Önemi	51
2.12. Kalite Kavramı	52
2.12.1. Kalitenin tanımı.....	52
2.12.2. Yaşam kalitesi	54
2.12.3. Yaşam kalitesi ile ilgili kavramlar	55
2.12.4. Yaşam Kalitesi Alanları	57
2.12.5. Yaşam kalitesini etkileyen Faktörler.....	58
2.12.6. Engellilerde Yaşam kalitesi ve spor	58
2.13. Depresyon	59
2.13.1. Depresyon teriminin günümüz psikiyatrisindeki anlamları:	63

2.13.2. Depresyonun nedenleri.....	63
2.13.3. Depresyonda Sık Görülen Belirti ve Bulgular	66
3.MATERYAL VE METOT	69
3.1. Araştırmanın Amacı.....	69
3.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezler	69
3.3. Evren ve Örneklem	71
3.4. Verilerin Toplanması Yöntemi	71
3.4.1. Spor Yapan ve Yapmayan Ampute Bireylerin Özellikleri.....	71
3.4.2. Spor Yapan ve Yapmayan Ampute Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeyleri.....	72
3.4.3. Spor Yapan ve Yapmayan Ampute Bireylerin Depresyon Düzeyleri.....	73
3.5. Verilerin Analiz Yöntemi.....	74
3.5.1. Normal Dağılıma Uygunluk.....	75
3.5.3. Beck Depresyon Ölçeği Normallik Analizi	75
4.BULGULAR	77
4.1. Ampute Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon	80
4.2. Ampute Bireylerin Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırması.....	81
4.3. Ampute Bireylerin Yaşam Kalitesi Toplam Alan Puanları İle İki Genel soru Arasındaki Korelasyon	81
4.4. Ampute Bireylerin Depresyon Puanlarının Karşılaştırması	81
5.TARTIŞMA	96
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	109
KAYNAKLAR	114
EKLER.....	130
ÖZGEÇMİŞ.....	135

1. GİRİŞ

Bilim ve teknoloji çağı olan günümüzde teknolojik gelişmeler birçok alanda insanoğlunun hayatını kolaylaştırmaktadır. Gereksinimlerinin karşılanması amacıyla tüm insanların hayatında var olan bu gelişmeler ve yenilikler, engelli insanların önlerindeki engellerin kaldırılabilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması yönünde son derece önemli fırsatlar sunmaktadır. Hayatımızda güzel bir değişiklik olarak gördüğümüz gelişmeler, engelliler için aslında temel bir ihtiyaç olabilmekte ve hayatını önemli ölçüde değiştirerek yaşama katılımlarını sağlayabilmektedir.

Teknolojik gelişmelere paralel olarak sanayileşme ve şehirleşme oranında ki artış yaşam koşullarının gittikçe durağanlaşmasına neden olmuştur. Bunun neticesinde ise stres, kaygı, panikataktak, psikolojik bozukluklar ve depresyon gibi yaşamı tehdit eden olumsuzluklar ve hipokinetik hastalıkların görülme oranında artış meydana gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre hareketsiz yaşam sağlıkla ilgili risk sıralamasında obeziteden önce, 4. sırada yer alıyor. Dünya’da her yıl 3.5 milyon insan hareketsizlik nedeniyle yaşamını yitiriyor. Çok daha fazlası da kronik hastalıklara maruz kalarak yaşamını mutsuz bir şekilde sürdürüyor. Hareketsizlik Türkiye’de ciddi bir sorun haline geldi. Nüfusun %40’ının hareketsiz bir yaşam sürdüğü, çocukların giderek hareketsizleştiği, obezite gibi sağlık sorunlarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bir dönemdeyiz (Demirel H., 2012). Belirtilen bu olumsuzlukların normal bireylere oranla engelli bireylerde daha yoğun yaşandığını veya hissedildiğini söylemek mümkündür.

Araştırmalar engelli bireylerin teknoloji kullanma zorluğunun daha çok strese ve depresyona neden olduğunu ve aynı zamanda kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Esdaile ve Greenwood, 2003). Bu etkiler sadece engelli bireylerde değil, engelli bireye sahip olan ailelerde de görülmektedir. Engelli bireye sahip aileler de somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların engelli çocuğa sahip olmayan ailelerden daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Miller ve ark., 1992).

Günümüzde engelli vatandaşlar, normal yaşamın gereklerine uymada kendi fiziksel ve ruhsal yeti eksiklerinin yanında kamu hizmetlerindeki yetersizlikler nedeniyle kendi engellerinin dışında başka engellerle de mücadele etmektedirler. Bu

durum engellilerin onlara etki eden stres ve depresyon gibi olumsuz yaşam duygularını daha fazla hissetmelerine neden olmaktadır. Teknolojinin ortaya çıkardığı stresin yanı sıra engelli olmanın yarattığı sosyal yaşantı stresi de engelli bireylerin hayatını olumsuz etkilemektedir. Engelli birey sosyal ortamda sürekli başka engellerle (okulda, cadde de, spor alanlarında vb.) karşılaşır. Dolayısıyla engel bir sosyal sorun olmasından dolayı toplumun da bir sorunu durumuna gelir (Özsoy, 2002). Engelliler, tüm dünya toplumlarının en marjinal kesimini oluşturmakta ve engelli olmayan bireylere oranla daha düşük kalitede bir yaşam sürdürmektedirler. Hem engelli bireyler hem de engelli olmayan bireyler için içine düşülen içsel ve dışsal olumsuzluklardan kurtulma ve yaşam kalitesini yükseltme aracı olarak hareket, egzersiz veya spor tedavi edici bir reçete gibi görülmektedir.

İnsanlık tarihinin başlangıcına kadar uzanan bir geçmişe sahip olan spor, sosyal yaşantının önemli bir parçası olarak dikkat çekmektedir. Spor gelişen ekonomik koşullar, sanayileşme, yoğun kentleşme, boş zamanlarda meydana gelen artış, bireylerin kişisel sağlık kaygıları gibi nedenlerle yeni anlamlar kazanarak günlük yaşamda önemli bir yer almaya başlamıştır. Düzenli olarak yapılan sportif uygulamalar bireyleri olumsuz duygu ve fiziksel durumdan kurtararak genel sağlığa katkıda bulunmuş olacaktır. Spor profesyonel anlamda yapılmasının yanı sıra sağlıklı bir yaşam veya başka bir ifadeyle yaşam kalitesini yükseltmek amaçlı yapılmasıyla da hızla öne çıkmaktadır.

Spor, engelli kişiye fiziksel aktivitelere katılım olanağının yanı sıra kişilik gelişimi ve özgüven duygusu kazandırarak toplumsal yaşama uyum göstermesi yönünde büyük kolaylık sağlamaktadır. Spor ve fiziksel aktiviteler, rehabilite ve tedavi edici etkisi nedeniyle, engelli bireylerde fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal gelişim aracı olarak kullanılmaktadır. Engelli bireylerin sportif etkinliklere katılımı toplumun dikkatini engelli bireylere çekerek, olumsuz tutum ve davranışların değişmesinde önemli bir görevi yerine getirmektedir. Sportif etkinlikler yoluyla engelliler toplum içinde iş birliği, paylaşım ve kişiler arası ilişkilerin kurallarını öğrenirler. Yapılan aktiviteler engelli bireylerin yaşam kalitesini yükseltir ve sporcu kimliği ile kendilerini gerçekleştirebilecekleri bir sosyal ortam yaratır. Engellileri hayata bağlamak açısından spor hem engellilere hem de tüm bireylere yaşam boyu önerilmektedir (Anonim, 2007).

Spor, zaten yaşamlarında birçok engelle karşılaşan ve bu engellerin yarattığı stresle birlikte yaşayan engelli bireylere, yeni bir pencere açabilmektedir. Engel türü ve derecesi ne olursa olsun hareket etme, egzersiz yapma, sportif aktivitelere katılma bireye haz vermekte, hareket etmekten duyulan haz da bireyin eğlenme ve başarma gereksinimlerinin karşılanmasında önemli bir araç olmakla birlikte yaşam motivasyonunu arttırmaktadır (Özer, 2001). Yaşam kalitesi ile ilgili son zamanlarda yapılan çalışmalara bakıldığında sporun engelli bireylerde yaşam kalitesini geliştirdiği yönünde pek çok çalışma olduğu görülmektedir (Santiago ve Coyle, 2004, van der Ploeg ve ark., 2008, Devine, 2004).

Engel grupları içerisinde bedensel engel sınıfında yer alan ampute bireylerin spor yoluyla yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve yaşamdan daha fazla verim alabilmeleri, sosyal yaşantıya daha aktif ve etken katılabilmeleri spor yoluyla mümkün olabilmektedir. Spor engellilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan gelişmelerini sağlayarak sosyal bütünleşmelerine katkıda bulunmaktadır (Eichsteadt and Lavay, 1995). Engelli bireylerin ruhsal durumlarının desteklenmesinde spor bir araç olarak kullanılmalıdır. Spor yapmak engelli bireylerin birçok ruhsal bozukluğuna iyi gelecektir (Chiang, 2003). Çünkü artık spor sadece engelli bireyler için değil tüm bireyler için yaşam kalitesinin yükseltilmesi için önemli bir araç konumundadır.

Bu çalışma ile; Türkiye’de spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin sosyal yaşam sorunlarına temel olabilecek veriler elde etme, yaşadıkları problemleri tanımlama, ortaya çıkan problemlerin çözümünde yeni yaklaşımlar tespit etme ve toplumun engelli anlayışına olumlu yönde değer kazandırma çabalarının ortaya konulması düşünülmektedir.

Buradan hareketle eldeki çalışmanın temel amacı; Türkiye’de spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin yaşam kalitelerini ve buna bağlı olarak depresif durumlarını ve nedenlerini araştırarak, çözüm yolları üretmektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Engelli Kavramı ve Tanımı

Engelli kavramı ve tanımı konusunda farklı bakış açılarından dolayı bir kavram kargaşası görülmektedir. Esasen engelli kavramı çok geniş bir alanı ifade etmektedir. Çünkü engellilik kavramı bazen sakat, bazen engelli ve bazen de yetersizlik gibi farklı sözcüklerle ifade edilebilmektedir. Dolayısıyla engelli kavramını tanımlamak kolay olmadığı gibi tek bir tanımlamayla ifade edilebilmek de doğru değildir. Fiziksel bir yoksunluk ya da eksiklik olabileceği gibi aynı zamanda sosyal, kültürel, ekonomik, psikolojik ya da herhangi bir neden de olabilir. Bu yüzden “engellilik” kavramı, fiziksel yoksunluktan başka birçok nedene bağlı “sınırlandırılma” durumunu da ifade edebilir (Dalbay, 2009).

Örneğin Dünya Sağlık Örgütü, “kendi çalışma alanına bağlı kalarak medikal bir yaklaşım kullanmış, engelliliği bir hastalık olarak kabul etmiş ve kavramları da ayrı ayrı sınıflayarak tanımlamıştır” (Anonim, 1999). Dünya Sağlık Örgütü engelliliği “bir yetersizlik veya engel nedeni ile yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması veya yerine getirilememesi hali” olarak tanımlamaktadır (Anonim, 2001). Engelliliği “sakatlık” olarak tanımlayan Birleşmiş Milletler (BM) ise; “kişisel ve sosyal yaşantısında kendi kendine yapması gereken işleri, bedensel veya ruhsal yeteneklerindeki, kalıtsal ya da sonradan olma herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlara” engelli denir (BM Genel Kurulu’nun İnsan Hakları Evrensel Bildirgesine ek 3447 sayılı Sakat Kişilerin Hakları Bildirisi’nin 1. maddesi) şeklinde tanımlamıştır.

Bireyin yaşadığı sürece, yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak oynanması gereken roller vardır. Birey yetersizlik yüzünden bu rolleri gereği gibi oynayamaz durumda kalırsa buna “engel” denir. Engel kavramıyla ilgili tanımlamalar toplumların içinde buldukları zaman ve gelişmişlik durumlarıyla ilgili olarak anlam ve anlayış farklılıkları da gösterebilmektedir (Özsoy ve Özyürek, 2002). Diğer yandan, Türkiye’de çeşitli zamanlarda ve çeşitli konularda çıkarılmış, kanun, tüzük, yönetmelik ve bazı kaynaklarda ise “sakat” kavramı kullanılmaktadır. Bunun yanısıra; 193 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu,

657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, 1475 Sayılı İş Kanunu, 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, 2916 Sayılı Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu, Sakatların İstihdamı Hakkındaki Tüzük, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü ile Milli Eğitim Bakanlığı tarafından hazırlanan engellilerle ilgili yönetmeliklerde engellinin, farklı tanımları yapılmıştır. Türkiye’de 1981 yılında kurulan “Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu’nun benimsediği sakat tanımı ise”; 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 ise “sakatlık” denir (Usta, 1992) şeklinde yapılmıştır. Ege (1993) ise kişinin bedensel, zihinsel ve ruhsal yetenek veya özelliklerinden bir kısmını sürekli olarak yitirmesine ve normal yaşamın gereklerine uymama durumuna sakatlık ve böyle kişilere sakat denir şeklinde tanımlanmıştır (Bedensel ve Zihinsel Özürlülerin Sorunları İçin Çağdaş Çözümlere Doğru İlk Adım, 1996).

Sakatlık kavramına Dünya Sağlık Örgütü (WHO), BM ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından farklı bakış açılarından yaklaşılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, özürülük kavramı hakkında aşağıdaki gibi hastalık sonuçlarına dayanan, sağlık yönüne ağırlık veren bir tanımlama ve sınıflama yapmıştır:

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

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

- Maluliyet (Handicap): “Sağlık alanında “maluliyet” bir noksanlık veya sakatlık sonucunda, belirli bir kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durumu ifade eder.”

Sakatlık sadece bedensel yetersizliktir. Oysa engel; bedensel, anlksal ya da davranıştaki bir bozukluk ve başarıyı güçleştiren her tür yetersizliktir. Engel bir küme özelliği olmayıp bireysel bir durumdur. Engel, bir yetersizliğin etkisini, bu yüzden bireyin, toplumun kendisinden beklenenden daha düşük bir başarı düzeyinde kalmasını

belirtir (Öncül, 1989).

Spor bilimleri açısından engelli tanımı; fiziksel ve sportif aktivitelere ilişkin özel eğitim almadan, özel cihazlar kullanmadan ve bazı etkinliklerde düzenlemeler yapıldığı takdirde sportif organizasyonlara katılması olanaksız olan bireyleri içermektedir (Gür, 2001).

Türk Standartları Enstitüsüne göre ise engel, vücut fonksiyonlarını kullanmada, fiziki ve zihinsel kısıtlılık veya kayıp halidir şeklinde tanımlanmaktadır (Türk Standartları Enstitüsü, 1991).

Engel evrensel bir durumdur ve odağı nedenden etkiye kaydırır. Uluslararası İşlevsellik sınıflandırması (ICF)'na göre engel kişinin kendi tutumu değildir, çevrenin ve toplumun yarattığı bir problemdir. Tekerlekli sandalye ile hareket eden bireyi düşünürsek, uygun olmayan yollar, kapı eşikleri vs. yüzünden bağımlı hale gelir. Böylece topluma ve sosyal yaşama katılımı engellenmiş olur. Finkelstein'a göre çevremizdeki her şey bozukluğu olmayan bireylere göredir ve bu da bozukluğu olan bireyleri engelli yapar (Medland ve Ellis-Hill, 2008). Altı aydan fazla süren bedensel, zihinsel ya da ruhsal nedenlerle, yaşamla ilgili fonksiyonların zarar görmesi durumu da engellilik olarak tanımlanmaktadır (Öner ve Yılmaz, 2001).

Tüm bu tanımlarla beraber engelliler ile ilgili başka bir yaklaşımda 12 yaşına kadar olan çocuklar ile 60 yaş ve yukarısı yaşlılarda görsel ve işitsel duyularındaki kısıtlılık nedeniyle "engelli" sayılabilmektedir. Ayrıca yapılan araştırmalar sonucunda yukarıda tanımları yapılan kişiler dışında, kronik ve geçici hastalık sonucunda, hareketleri kısıtlanmış olan bireyler de engelli sayılmaktadır. Toplumda yaşayan her birey hayatının bir döneminde kısa veya uzun süreli geçici engelli olabilmektedir. Bu kişiler bazı gereksinimlerinden dolayı kısıtlılıkları devam ettiği süre boyunca "engelli" sayılır. Bu tanım içine, hamile kadın, çocuk arabası süren veya çocuklu anne, ağır bavul paket vb. taşıyan insanlar da bu tanım için de yer alabilirler (Bekiroğlu, 1998).

2.2. Sosyo-Ekonomik Yönden Engelli Kavramı

Engel kavramı sadece engelli bireyleri ilgilendirmez. Tüm toplumun müşterek sorunudur. Doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşal ve sosyal yetilerini çeşitli derecelerde kaybetmiş, normal yaşamın gereklerine uyamayan kişiler yaşamlarını sürdürebilmek için engelli olmayan

bireylerin birçok açıdan yardımına ihtiyaçları vardır. Dolayısıyla çeşitli sebeplerden dolayı engelli duruma düşmüş bireylerin yaşam mücadelesi aynı zamanda engelli olmayanları da ilgilendirmektedir (Anonim, 2002).

Engelli birey sosyal ortamda sürekli başka engellerle karşılaşır. Okulda, caddede, spor alanlarında. Dolayısıyla engel bir sosyal sorun olmasından dolayı toplumun da bir sorunu durumuna gelir. Toplumlar bu sorunu ortadan kaldırmak için çeşitli yasal düzenlemelere gitmektedirler (Özsoy ve ark., 2002). Son yıllarda engellilerin sosyal yaşantı içerisinde yaşamlarını kolaylaştırmaya yönelik yapılan çalışmalarda bir artış gözlenmektedir. Sosyal yaşam anlamında engelli bireylerin toplum içerisinde daha rahat hareket etmelerini sağlayıcı birtakım uygulamalara tanık olunmaktadır. Bu oldukça sevindiricidir.

Engelliler, değişik sebeplerden dolayı başta kamu kurumları olmak üzere sivil toplum örgütleri ve sosyal çevrenin mali desteğine ihtiyaç duymaktadır. Sosyal yardımların amacı, tüm ülke nüfusunu kapsayacak bir biçimde, gelirden sürekli olarak mahrum olan kişilere asgari bir gelir sağlamaktır. Engellilerin önemli bir kısmının çalışma hayatına kazandırılması kolay olmadığı için, özellikle çalışmayan, bir başka ifadeyle çalışmaya muktedir olmayan veya kendi şartlarına uygun bir iş yerinde çalışma imkânı bulunmayan engellilere yardım edilmesi gerekmektedir (Seyyar, 2001).

Ülkelerin kalkınmışlık ve sosyal gelişmişlik anlamında geldikleri noktada önemli görülen kriterler sadece maddi üretimi arttırmak ve eğitimi teknoloji ile donatmak değildir. Burada hasta, engelli ve yaşlılara verilen hizmet ile engelli bireylerin toplum içerisinde istihdam imkânlarının arttırılması da önemli bir ölçü olarak karşımıza çıkmaktadır. Engellilerin istihdamı sayesinde başkalarına bağımlı ve yük olmadan kendi başlarına yaşayabilme becerileride gelişebilir. Bu sayede toplum içerisinde bir işi ifa etmek veya bir sosyal görevi yerine getirmenin verdiği vicdani kanaat ve huzur yaşam motivasyonunu da yükseltir. Çünkü iş sadece gelir elde etmek amacını taşımaz. İnsanlar bazen yaptıkları işlerle sosyal yönden tatmin olmayı da amaçlarlar. İnsanlar benlik duygularını yüceltmek için de çalışmak ister. Bu anlamda iş veya çalışmak kişiliğin kuvvetlendirilmesi için bir araç olarak görülür. Engellilerin topluma yük olma düşüncesi yerine topluma hizmet etme anlayışı ile yaşam motivasyonları olumlu değer kazanır.

Teknolojinin gelişimi ile birlikte her alanda olduğu gibi sosyal yaşantı ve anlayışlarda da bir takım değişimler gözlenmeye başlanmıştır. Engelli olmayan bireylerin engelli bireylere engelliler açısından rahatsız edici bakışının değişmesi gerekmektedir. Engelli bireyler ve ailesi günahkâr olarak görülmekte, işlenmiş oldukları günahtan dolayı bu şekilde cezalandırıldıkları varsayılmaktadır (Erdil 2007). Bu yanlış algının değişmesi ve engelliye toplumun her saygın bireyi gibi yaklaşım gösterilmesi gerekmektedir. Engelli bireyler kendileriyle ilgili bir program yapıldığında veya kitle iletişim araçlarında kendileriyle ilgili yayınlarda acıma hissi dolu acıklı veya duygusal jeneriklerin yapılmasından hoşnut olmadıklarını belirtmektedirler (RTÜK 2007).

Bu yanlış algı ve toplumsal itilmişlik sonucunda sosyal yaşamın birçok alanında engellileri görmek mümkün olmamaktadır. Evlerinden çıkamayan, dar alanlarda yaşamaya terk edilen engelli bireyler tıpkı yastık altında gizlenen altın gibidir. Yastık altındaki altınların ortaya çıkarılarak ekonomik bir canlılık oluşturulduğu gibi engelli bireylerin de topluma kazandırılıp sosyal canlılık ve hoşgörü anlayışı ülkemizi hem kalkınmış hem de sosyal gelişimi ilerlemiş bir toplum yapacaktır.

Bugün engelli vatandaşlar, normal yaşamın gereklerine uymada kendi fiziksel ve ruhsal yeti eksiklerinin yanında kamu hizmetlerindeki yetersizlikler nedeniyle kendi engellerinin dışında başka engellerle de mücadele etmektedirler (3289 sayılı Spor Genel Müdürlüğünün Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun). Özellikle şehir merkezlerinde merdiven ve kaldırım rampalarının yapılması, otobüsler de engellilere yönelik yapılan yenilikler vb. uygulamalar bu alanda oldukça sevindirici uygulamalardır. Anlayış olarak engelli olmayan bireylerin de bu uygulamalara kaldırım ve merdiven rampalarının önünü otomobilleriyle kapatmayarak destek vermesi amaca hizmet etmek anlamında önemlidir. Bu gibi uygulamalar engelli bireylerin statik ev ortamlarından kurtularak daha hareketli ve toplumun bir ferdi anlayışını sonuna kadar hissetmesi mutlu ve sosyal açıdan sağlıklı toplumu oluşturma çabası için son derece değerlidir.

2.3. Engelliliğin Sınıflandırılması

Engellilerin sınıflandırılmasını genel olarak 4 ana başlık altında incelemek mümkündür.

- ✓ **Zihinsel engelliler**
- ✓ **İşitme engelliler**
- ✓ **Görme engelliler**
- ✓ **Bedensel engelliler**

Bunlara ilaveten;

- ✓ Üstün yetenekliler
- ✓ Geçici engelliler (hamileler, sakatlar, hastalar vb.)
- ✓ Yaşlılar ve çocuklar
- ✓ Çok uzun, çok kısa boylular ve aşırı kilolular

şeklinde sınıflandırılabilir (Enç ve ark., 1981).

2.3.1.Zihinsel engelliler

Zihinsel engelin birçok tanımı yapılmaktadır. Genel zihin fonksiyonları ve uyum yetenekleri açılarından yaşlılarından anlamlı bir şekilde gerilikleri olan bu gerilikleri tüm gelişim basamaklarında açıkça görülebilen çocuklar, zihin engelli çocuklardır (Aydın, 2005). Zihinsel engellilik çocukluk döneminde başlayan işlevlerdeki belirli bir durumu tanımlamaktadır. Bu durum zekadaki sınırlılıklarla birlikte görülen uyumsuz becerilerdeki sınırlılıklardır. Zihinsel engelli çocukların fiziksel görünüşleri ve sağlık durumları engelin ağırlık derecesine göre değişmektedir. Hafif derecede zihinsel engelli olan çocukların görünüş ve motor becerileri genelde normal yaşlılarından farklı değildir. Orta ve ağır derecede zihinsel engelli olan çocuklarda ise bu durum farklı olabilir. Zihinsel engelli çocuklar sosyal hayatın gereklerini yerine getirmede yetersiz beceriler sergilerler (kendilerini ifade etme, sosyal uyumluluk, sosyal ihtiyaçlarını karşılama). Okul ve meslek yaşamlarında sık sık başarısızlıklar yaşamaktadırlar. Oyun ve toplum kurallarına uymakta zorluk çekerler. Kuralları güç oyunlara ve sosyal faaliyetlere katılamazlar. Kendilerinden küçükler ile ilişki kurmayı ve oynamayı tercih ederler.

Zihinsel engelli çocukların bir kısmı fiziksel yönden normal çocuklara çok benzerlik

gösterirler ve onlar kadar yeteneklidirler. Zihinsel engelli çocuklar da, normal gelişim gösteren diğer çocuklar gibi birçok spor branşında başarılı olabilir (Güven 1986).

Genel olarak zihinsel engelli çocuklar müthiş bir fiziksel güce sahiptirler. Çoğu kez denetimsiz bir süreç içinde çocuklar bu güçlerini olumsuz yönde kullanarak saldırgan eğilimlere dönüştürebilmektedirler. Oysa ki bu fiziksel güç, çocuğun gelişimi açısından çok olumlu bir yöne kanalize edilmeyi beklemektedir (Kınalı 2003).

Nedenleri: Zihinsel engelin nedenleri ile ilgili birçok sınıflama yapılmaktadır.

Biz bunu 3 başlık içerisinde inceleyebiliriz.

- ✓ Organik nedenler
- ✓ Genetik nedenler
- ✓ Sosyo-kültürel nedenler

Organik Nedenler: Doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonrası, kaza hastalık ve zehirlenme sonucu meydana gelen engeldir.

Genetik Nedenler:

- ✓ Anne ve babanın soyağacındaki genetik problemler
- ✓ Mongolizm.
- ✓ PKU (phenylketonuria) kandaki fenilalanin oranının düşük olması.
- ✓ Ailesel problemler.

Sosyo-Kültürel Nedenler:

- ✓ Annenin doğum ve sonrasındaki kötü beslenmesi.
- ✓ Fakirlikten dolayı çocuğun psikolojik, fizyolojik ve çevresel koşullardan yoksun olması.
- ✓ Anne babanın ayrı olması.
- ✓ Çocuğa engelli gibi davranılması.
- ✓ Diğer sebepler (Aydın, 2005).

2.3.2.İşitme engelliler

İşitme; görme, koklama, dokunma ve tatma duyuları arasında en önemli duyu organlarından biridir. İşitme kişinin çevre ile iletişim kurmasında büyük rol oynamaktadır. Sesler bazen insana yön verir tehlikeden haberdar eder. En önemli

olanı da dil sembollerini kullanması ile ilgili olandır. İşitme ve konuşma iletişimin en önemli ögesidir (Ünlü, 1987).

İşitme Engellilerinin Özellikleri:

İşitme engeli olan birey toplumun tutum ve davranışları doğrultusunda değişik yer ve zamanlarda değişik özellikler göstermektedir. Dil ve konuşma problemi günlük yaşantıda iletişim açısından önemli sorunlar yaratmaktadır. 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 (Ersoy ve Avcı, 2000).

2.3.3.Görme Engelliler

Genellikle görmenin ölçülmesi Snel 1 en kartı ile yapılır. Bu test 8 sıra E den oluşmaktadır. Her bir sırada birden fazla E harfi vardır ve E' nin kolları değişik yönleri göstermektedir. Görme testi uygulanan kişiden bu kollarını hangi yönü gösterdiğini söylemesi istenir. Normal görmede denek 6.04 m 'den E harfinin kollarını ayırt edebiliyorsa görme keskinliğinin 20/20 olduğu söylenir (Usta, 1992). Her sıradaki E 4, 5, 6, 9, 12, 15, 21, 30 ve 60 metre ile eşleşmektedir. Genellikle 12m'den başlanır. Denek 21 m' ye karşılık veren sıradaki E'lerin kollarının yönlerini ayırt edebiliyorsa uzağı görme keskinliği 20/70 olduğu söylenir. Bunun anlamı normal kişinin 21 metreden gördüğünü az gören kişi 6 metreden ve daha kısa mesafeden görebilmektedir. Bu yöntem genellikle ilkokul ve diğer okullarda kullanılır. Bu testin erken yapılması problemin okul öncesinde tedavi edilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu test sonucunda problemlili çocuk tespit edilmişse doktora sevk edilmelidir.

Görme Engellilerin Özellikleri;

Koşma, sıçrama gibi hareketleri yapamadıkları için yapıları ve koordinasyonları zayıftır. Özellikle çocuklar arasında garip davranışlar görülür. Örneğin; ileri-geri sallanma, sık sık gözlerini ovuşturma, kendi etrafında dönme, yüzün önünde el sallama gibi (Usta, 1992).

Görme ve görme bozuklukları olan insanlar arasında şunlar tespit edilir.

1. Eğilmeleri yavaştır.
2. Basit hareketleri yaparken bile vücudun ufak kas gruplarının yapacağı işlerde sakarlıklar gösterirler.
3. Sosyal olarak gelişmemişlerdir. Yeni ortamlarda ve yabancı birisi ile konuşurken ruhsal olarak dengesizdirler.
4. Zeka seviyeleri düşüktür. Duygusal ve kişilik problemleri vardır.
5. Yeni şeyleri denemekten çekinirler. Beden eğitimi derslerinde yeni hareketler denemekte korkaktırlar.
6. Sık sık depresyona girerler. Anne, baba ve aileden reddedilme hissine kapılırlar.
7. İşitme, hissetme, tat ve koku alma duyularında daha iyidirler. Çarpmaları

yoktur.

8. Hız, kuvvet, yetenek gerektiren hareketlerde çekingendirler.

Görme Engelinin Nedenleri

Görme engelinin nedenleri arasında genellikle

- a) Kalıtım
- b) Soyaçekim
- c) Kızamık
- d) Ateşli Hastalıklar
- e) Zehirlenmeler
- f) Alman Kızamığı (Rubella)' nı sayabiliriz

Gebeliğin ilk üç ayında geçirilen Alman kızamığı bebekte görme, duyma ve zihinsel bir takım problemlere yol açmaktadır (Usta, 1992).

Görme Engellilerinin Sınıflandırılması:

Kör: Görme keskinliği 20/200 veya daha az olan gruptur. Bunlar genellikle, doğuştan tamamıyla kör ya da bir veya iki gözünde ışığı çok az görenlerdir. Genellikle bu çocuklar özel okullara gitmek zorundadırlar.

Az Görenler: Görme keskinliği 20/70-20/200 arasında olanlardır. Işık, bir iç açık rengi veya hareketi görebilenlerdir. Engel derecelerine göre özel ya da normal okula gidebilirler. Bu grup için hazırlanan özel sınıflar vardır. Burada engelliler için araç ve gereçler bulunmaktadır. Mat duvar ve kara tahta boyası, sarı mat defter gibi özel aletler bulunmaktadır. Özel sınıflarda olup, sanat, müzik beden eğitim dersleri diğer sınıflarda yapılmaktadır. Türkiye'de uygun koşullara sahip okul olmadığı için bu çocuklar ancak özel okullara gitmek durumundadırlar (Özsoy, 1971).

Her çocuğun vücudunu geliştirmesi ve sağlıklı bir vücuda sahip olması için bedensel hareketlere ihtiyacı vardır. Özellikle engellilerin kendi kapasitelerini öğrenmeleri ve bunları günlük yaşamda kullanabilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle birçok fiziksel çalışma normal çocuklarda olduğu gibi engellilerde de eğitim programına alınmalıdır. Fiziksel güç, normal insanlarda olduğu kadar körler içinde

önemlidir. Çünkü bir işi yaparken kör insan daha fazla güç harcayacaktır (Doğan, 1990).

2.3.4. Bedensel Engelliler

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 danışmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylere bedensel engelli' denir. Dünya nüfusunun %10'unun engelli olduğu söylenmektedir. Bu durum yalnızca engelliler ve aileleri için değil, toplumlar için de ciddi ekonomik, sosyal, fiziksel ve psikolojik sorunlar yaratmaktadır (WHO, 1981). Türkiye'de mevcut kayıt sistemi içerisinde engelli nüfusa yönelik bir kayıt sistemi "Başbakanlık Engelliler İdaresi" tarafından başlatılmıştır. Engelli ve süreğen hastalığı olan nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı %12,29 olarak tespit edilmiştir. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engellilerin oranı %2,58 iken süreğen hastalığı olanların oranı ise %9,70 bulunmuştur. Türkiyede engelli olmayan faal sporcu sayısı 1,947,695 dir. Toplam bedensel ,görme,işitme ve özel sporcuların faal sporcu sayıları ise 10,183 dur (www.sgm.gov.tr). Bedensel engelli faal sporcu sayısı 1,807, görme engelli faal sporcu sayısı 1,281, işitme engelli faal sporcu sayısı 4,167, özel sporcu (Zihinsel engelli) ise 2,908 dir. Bu oranlar ile sportif başarılar göze alındığında engelli bireylerin daha başarılı oldukları söylenebilir. Çünkü paralimpik olimpiyatlarda elde edilen başarılar faal sporcu sayılarına oranlandığında engelli olmayan sporculardan daha elde edilen medalya anlamında başarılı bir şekilde ülkemizi temsil ettikleri söylenebilir. Bedensel engelli sayısı 897, 637' dir ve bu rakamın %23,91'i doğuştan bedensel engellidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007) Bedensel engellilik, insan yapı ve biçiminin fiziksel yönlerinde herhangi bir bozukluk veya eksiklik oluşturarak yine onun bedensel yeteneklerini engelleyen veya bütünüyle kaldıran engellilik türüdür. Örneğin görmeyen gözler, işitmeyen kulaklar, konuşma bozuklukları diğerine oranla kısa bir bacak veya olmayan bir kol, insan yapısının fiziksel becerilerini engelleyen etmenlerdir (Seyyar, 2001). Doğuştan veya sonradan oluşmuş, insanın yapı veya biçiminde fiziksel ve fizyolojik herhangi bir

bozukluk ya da eksiklik oluşturarak onun fiziksel yeteneklerini kısıtlayan veya tüm olarak ortadan kaldıran bozukluklara sahip bireylere, fiziksel engelli denir (Ege, 1993). Birçok ortopedik engelli diğer engel gruplarına göre daha az fark edilebilirler: Kiminin doğuştan eli ya da parmağı yoktur, kiminin başında veya gövdesinde sakatlık vardır, bazıları koltuk değneği ile yürür, kimileri tekerlekli sandalyede bulunurlar. Genel olarak; bütün düzeltmelere rağmen iskelet, sinir sistemi, kas ve eklemlerinden eğitim öğretim çalışmalarında yeteri kadar yararlanılamayacak ölçüde sakatlanmış olana ortopedik engelli denir (Özgür, 2004).

2.4.Bedensel Engele Yol Açan Durumlar

2.4.1.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 (felç). 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 (Lockette, ve Keyes, 1994). Spinal kordda lezyon oluşturan bir travma lezyonun alt seviyesindeki duyu ve motor fonksiyonları engeller. Lezyon tam veya kısmi olabilir. Tam lezyon duyu ve motor fonksiyonların her ikisinin de kaybına neden olur. Kısmi lezyonlarda ise omuriliğin sadece bir bölümünde hasar olur. Bu durumda lezyonun alt seviyesinde duyu ve/veya motor fonksiyonlar sağlam kalır (Güzel ve ark., 2004).

Spinal kord yaralanmaları antik çağlardan beri bilinmektedir. M.Ö. 2500 yıllarında Mısırlı bir doktor travmatik tetraplejiden (kol, bacak ve bedenin toptan felç olması durumu) bahsetmiş ve bu patolojinin kötü bir prognoza sahip, tedavi edilemez olduğunu belirtmiştir. Uzun bir süre de bu böyle bilinmiştir. I. Dünya Savaşı'nda spinal kord yaralanması olan insanların %90'ı ölmüş, geri kalanların sadece %1'i 20 yıldan fazla yaşayabilmiştir. İngiltere'de Dr. Guttman ve Amerika'da Munro ve Bors spinal kord yaralanmalarına bakışı değiştirmiş olmalarına rağmen, 1960'larda tetraplejiye ölüm oranı hala %35 civarında bulunmuştur. Hastalığın zamanla daha iyi anlaşılması ölüm oranları ve komplet (tam felç) yaralanma

oranlarını azaltmıştır (Grundy ve Swain, 2002).

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 (McDonald ve Sadowski, 2002). 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 oranınının 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 (Karacan ve ark., 2000). Spinal kord yaralanma insidansı yılda 7,500-10,000 arasındadır. Bu sayı tüm dünyada total gelişmiş ülke popülasyonu içinde yılda 32,000 lezyona yani her 16 dakikada bir lezyona tekabül eder. Avrupa ve kuzey ABD istatistiklerine göre en yüksek yaralanma oranları 16-30 yaşlarında olmaktadır (Horner 2000,Schwab 1996).

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 (Santiago ve Coyle, 2004).

2.4.2.Çocuk Felci

Poliomyelit (çocuk felci) poliovirüsün ağız yolundan bulaşması ile oluşur. Bağışıklık sistemi normal olanlarda asemptomatik seyreder. Bazen minör semptomlara neden olabilir. Bunlar üst solunum yolu enfeksiyonları, mide-bağırsak problemleri ya da grip benzeri problemler olabilir. Merkezi sinir sistemini etkilediğinde iki tip ortaya çıkar. Bunlar felçli ve felçli olmayan poliiodur. Paralitık polio spinal, bulbar ve bulbo-spinal olabilir. Spinal polio, paralitık tipin en sık görülenidir. Spinal poliioda omurilik ön boynuzuna polio virüsünün yerleşimi sonucu bu hücrelerin uyardığı 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 imkânsız olur (Neumann, 2004). 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.

Türkiye'de 1957 yılında İstanbul'da bir salgın oluşmuş ve 1989'da WHO desteğiyle "polio yok etme 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) 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 (Karacan ve ark., 2000, Neumann, 2004, www.polioeradication.org Küresel Polio Eredikasyonu Girişimi web sitesi).

2.4.3.Amputasyon

Amputasyon doğuştan veya sonradan (travma, dolaşım bozuklukları, kronik enfeksiyonlar ve tümör gibi nedenlerle) oluşan ekstremitte kayıplardır (Şener ve Erbahçeci, 2001). Amputasyon yıkıcı ve travmatik bir deneyimdir. Amputasyon kararı genellikle altta yatan patolojiye ya da probleme bakılmaksızın son çare olarak görülmektedir. Ekstremitesini kaybetme tehlikesi ile karşı karşıya kalan hastalar, etkilenen ekstremitenin kurtulması amacıyla çoğunlukla bir seri medikal ve cerrahi işlemlere maruz kalmaktadırlar. Bu nedenle amputasyon kararı, sonunda birçok hastanın duygusal açıdan zorlandığı bir dönem olmaktadır (Yiğiter ve Erbahçeci,

2008). Amputasyon kişide birçok fiziksel komplikasyona yol açmaktadır. Kasılmalar ve azalmış eklem hareketi, omurganın ortopedik deformiteleri, duyu problemleri, denge ve koordinasyonun bozuklukları amputelerin karşılaştıkları temel problemlerdir (Lockette ve Keyes, 1994). Amputasyon sadece fiziksel bir yaralanma değil aynı zamanda uzun süren, şiddetli psikoemosyonel ve sosyal bir streştir (Yazıcıoğlu, 2007). Çünkü ampute birey bu durum etkisiyle insan ilişkilerinde eksik kalma veya yeterli olamama gibi duygularını sıklıkla yaşamış olacaktır.

Ekstremitenin herhangi bir düzeyden kesilip çıkarılması olarak tanımlanan amputasyonlar insanlık tarihinde yapılan en eski ameliyatlardandır. Birçok tarihçi amputasyonun, önceleri çeşitli bölgelerde dinsel bir cezalandırma yöntemi amacıyla yapıldığını bildirmektedir. Yaşam kurtarmak amacı ile yapılan ilk cerrahi amputasyon milattan önce (MÖ) 4. ve 5. yüzyıllarda yaşamış olan Hipokrat tarafından yapılmıştır. Eski savaşlarda kesici veya ilkel ateşli silah yaralarının, özellikle de açık kırıkların tedavisinde yaralının yaşamını kurtarmak amacıyla anestezişiz keskin bir aletle giyotin amputasyon yapılır ve güdük kanamanın durdurulması için ezilir veya kızgın yağa batırılırdı. 16. yüzyıl başlarında bir Fransız ordu cerrahı olan Ambrosie Paré ilk kez damarları bağlayarak kanamaları kontrol altına almış, fonksiyonel güdükler oluşturmuş ve protezler geliştirmiştir. 17. yüzyılda Morel 'in geliştirdiği turnike de amputasyon cerrahisine katkıda bulunmuştur. İkinci dünya savaşı sonrasında savaş yaralanmalarına bağlı olarak çok sayıda gencin amputasyon vakası olmasından sonra hem amputasyon cerrahisi ve hem de protez uygulamaları konusunda önemli gelişmeler olmuştur (Banerjee,1996).

Amputasyon ile birlikte kişinin vücut imajı da değişir. Amputasyonun anksiyete, sosyal izolasyon ve depresyonla bağlantısı kişinin sosyal yaşantısını ve boş zaman aktivitelerini değiştirebilir (Wetterhahn ve ark., 2002). 2005 yılı verilerine göre Amerika'da yaklaşık 1.6 milyon amputenin yaşadığı ve 2050 yılında bu rakamın 3,6 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Vasküler hastalıklara bağlı amputasyon oranının %54, travmaya bağlı olanların ise %45 olduğu söylenmektedir (Graham, 2008). Erkeklerin travmaya bağlı amputasyonda kadınlardan daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir (Dillingham ve ark., 2002).

Amputasyon nedenleri

İnsan sağlığı açısından son are olarak düşünülen ve kişi üzerinde gerek fiziksel gerekse psikolojik yönden olumsuzluklara neden olan ampütasyonun belli başlı nedenleri aşağıda sıralanmıştır.

1. Travma.
2. Diabetik nörovasküler nedenler.
3. Periferik damar hastalıkları.
4. Ateşli silah yaralanmaları.
5. Kronik enfeksiyon.
6. Tümör.
7. Konjenital anomaliler (Ege, 1997, Yakut ve ark., 1994).

Amputasyonların genel prensipleri

Ameliyat öncesi prensipler: En önemlisi ideal amputasyon seviyesini belirlemektir. Bunun için klinik muayene ve laboratuvar (Grafı, Doppler USG vb.) tetkikleri eksiksiz yapılmalıdır. Ameliyat sahası aseptik olarak hazırlanmalı. Turnike, iskemik ve diabetik hastalar dışında kullanılır. Amputasyon seviyesi, amputasyonun fonksiyon için yeterli uzunlukta, yumuşak dokuyla iyi örtülmüş ve duyarlı olması gerekir.

Ameliyat sırası prensipler: Deri flepleri, güdük uç ve çevresindeki derinin sağlıklı ve altındaki dokulara yapışmamış olması gerekir. Yumuşak doku fazlalığı da protez kullanımını engeller. Kaslar, düşünülen kemik kesisinin 4-5 cm. distalinden veya cilt kesisiyle aynı seviyeden veya 0.5-1 cm. daha uzun yapılması uygundur. Sinirler, izole edilen sinir zorlamadan aşağıya doğru çekilerek keskin bistüriyle kesilir. Damarlar, izole edilerek krome katgüt veya ipekle bağlanır. Kemik, genellikle yere paralel kesilir, kesik kemik ucu törpülenir, proteze engel olacak keskin kenar ve çıkıntılar kesilir, periost fazla sıyrılmaz (nekroz gelişebilir). Penroz ya da emici dren konulur. Tabakaların kapatılması, kas, fasya ve cilt (gergin olmadan) tek tek dikilir. Devamlı dikiş kullanılmamalıdır.

Ameliyat sonrası prensipler: Elastik bandaj, çok sıkı olmayacak şekilde, ölü boşluk bırakmayacak ve ödemi engelleyecek sıklıkta sarılır. Deformiteler önlenir (Bandaj, egzersiz, alçı veya ortezlerle). Dikişler 10-14 günde alınır. İskemik hastalarda dikişler

daha geç alınmalıdır (Ege, 1997, Yakut ve ark., 1994, Crenshaw, 1992, Winkler, 1988). Amputasyonlar her zaman ciddi komplikasyonlara aday operasyonlardır. Bunlar; yanlış seviye tayini, yaranın uygun şekilde kapatılmaması, enfeksiyon, nekroz, Fantom ağrıları, güdükte ağrı, nöroma, hiperestezi, ödem, eklem kontraktürleri, cilt problemleri, kanama ve hematoma, aşırı derecede kemik büyümesidir (özellikle çocuklarda) (Yakut ve ark., 1994, Crenshaw, 1992).

2.5.Bedensel Engellilerin Karşılaştıkları Sorunlar

Bedensel engellilerin karşılaştıkları sorunlar patolojiye göre değişmekle birlikte aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

2.5.1.Tıbbi sorunlar

Eklem ve kas ağrıları, kontraktürler, spastisite, uyku bozuklukları, mesane/bağırsak disfonksiyonu, artrit, seksüel disfonksiyon, postüral hipertansiyon, üriner sistem enfeksiyonu, duyu bozuklukları ve bunlara bağlı yaralanmalar, yardımcı alet kullanımına bağlı karpal tünel sendromu-omuzda overuse yaralanmaları (Seekins ve ark., 1994).

- Basınç yaraları, otonomik disrefleksi, respiratuar komplikasyonlar, heterotopik ossifikasyon, skolyoz, yorgunluk (Johnson ve ark., 1998).
- Osteoporoz.
- Kardiyorespiratuar uygunluğun azalması.
- Alt ekstremitelerde dolaşımın bozulması (Durstine ve ark., 2000).
- Obezite, atrofi (Kjaer, 2000).
- Vücut imajının değişmesi (Wetterhahn ve ark., 2002).
- Uyku problemleri, aşırı yorgunluk, yeme-içme sorunları, kas spazmları, düşmeler (Kinne ve ark., 2004).

2.5.2.Sosyal sorunlar

- Sosyal izolasyon (Santiago ve Coyle, 2004).
- Eksilmiş özgüven, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, sosyal iletişim becerilerinde azalma

- Ailenin ya da kişinin engeli kabullenme güçlüğü (Jacobs ve Nash, 2001).
- Depresyon, anksiyete (Muraki ve ark., 2000).
- Ailenin aşırı korumacı tutumu (Sharp, 1995).
- Finansal problemler, uygun olmayan ev modifikasyonları
- Engelin fiziksel çevreyi öğrenme ve keşfetmeye engel olması (Bayramlar, 2009).
- Sağlıklı popülasyona göre 5 kat fazla olan intihar girişimi oranı (Anderson ve Wozencroft, 2008).
- Önyargılar, dışlanma (French ve Hainsworth, 2001).
- İş değişikliği ya da işsiz kalma, ailedeki rolün değişmesi, boş zaman aktivitelerine katılımda kısıtlanma, eğitim problemleri (Lund ve Lexell, 2008).
- Otonominin kaybolduğu hissi ve bununla baş edecek gücü kendinde görememe, çocuk gibi davranılma hissi (www.post-polio.asso.fr).
- Kullanılan yardımcı cihazın sürekli engeli hatırlatması, diğer insanlardan farklılığı hatırlatması (Yelnik ve Laffont, 2009).
- Çocukluk çağında birçok oyunun motor beceri gerektirmesinden dolayı yaşlılarıyla yaşının gerektirdiği oyunları oynayamama ve buna sinirlenme (Yağmurlu ve ark., 2009).
- Ciddi anksiyete periyotları, romantik ilişki azlığı, dışarı çıkma ve dolaşmada zorluk, izole edilmiş olma hissi
- Toplumda dışlanma ve ayırımı maruz kalma sonucu negatif benlik algısı (Kinne ve ark., 2004).
- Toplumun bakış açısı ve bakışından dolayı farklı hissetme duygusu (O' Connor ve ark., 2004).
- Mimari engeller, toplu taşımadan yararlanamama, istihdam olanaklarından yararlanamama (www.ozida.gov.tr T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi web sitesi).

2.6.Engelliler ve Spor

Spor sadece engelliler için değil tüm insanlar açısından oldukça önemli bir olgudur. Bedensel engelliler için spor, toplumla entegrasyon ve kişisel rehabilitasyon açısından çok büyük önem taşımaktadır. Spor, engelli kişiye fiziksel aktivitelere katılım olanağının yanı sıra kişilik gelişimi ve özgüven duygusu kazandırarak toplumsal yaşama uyum göstermesi yönünde büyük kolaylık sağlamaktadır. Spor ve

fiziksel aktiviteler, rehabilite ve tedavi edici etkisi nedeniyle, engelli bireylerde fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal gelişim aracı olarak kullanılmaktadır (Anonim, 2007).Engeli olan insanların spor yapma sebepleri kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. Ayrıca yetersizliği olan bireylerde eğitim bireysel olduğu için kişinin bulunduğu noktadan ileriye gidebilmesi ona belirlenecek kısa ve uzun süreli hedeflerle olmaktadır ve spor bunun için güzel bir araçtır (Çevik ve ark., 2008). Spor yapmanın önemli fiziksel yararları olduğu bilinmektedir. Örneğin fiziksel yeterliliği artırır ve fiziksel görünüş üzerin de olumlu etkileri vardır. Kişinin fiziksel bağımsızlığını ve bireysel yeterlilik kazanmasına ve fiziksel engelin potansiyel zararlarının kontrol altında tutulmasında yardımcı vardır. Ayrıca, spor yapmanın bazı göz ardı edilemeyecek yararları vardır. Kişilerin tekrar kimlik kazanmalarına, engelli bir bedene sahip olmanın verdiği duyguyla mücadele etmeye, hedefler koymaya, bir yeterlilik ve başarı duygusu geliştirmelerine katkıda bulunur. Sosyal açıdan ise, spor aynı sorundan muzdarip bu kişileri bir aile olarak bir araya getirir ve sosyal hareketlilik için bir araç oluşturur. Engeli olan insanlar sporla hem bir hobi olarak uğraşırlar hem de yarışma boyutunda yarışmalara katılırlar. Dünyanın dört bir yanındaki engelli sporcular ekonomik açıdan boş zamanlarını, isteğe bağlı gelirlerini ve enerjilerini spor yapmaya adanlar (Crawford ve Stodolska, 2008).

Engelli bireylerin sportif etkinliklere katılımı toplumun dikkatini engelli bireylere çekerek, olumsuz tutum ve davranışların değişmesinde önemli bir görevi yerine getirmektedir. Sportif etkinlikler yoluyla engelliler toplum içinde iş birliği, paylaşım ve kişiler arası ilişkilerin kurallarını öğrenirler. Yapılan aktiviteler engelli bireylerin yaşam kalitesini yükseltir ve sporcu kimliği ile kendilerini gerçekleştirebilecekleri bir sosyal ortam yaratır. Engellileri hayata bağlamak açısından spor engellilere yaşam boyu önerilmektedir (Anonimi, 2007).

2.6.1.Bedensel Engellilerde Spor

Toplumsal bir varlık olan insanın psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli bir araçta spordur. Birey spor yolu ile keşfedilmemiş özelliklerini tanır ve yaratıcı yönünü harekete geçirir (Kuru, 2004). Bedensel engelliler için spor, toplumla entegrasyon ve kişisel rehabilitasyon açısından çok büyük önem taşımaktadır. Doğuştan engellilerin bireysel hareket imkânlarının arttırılması ve

sonradan engelli olanların kendilerine güvenlerinin sağlanması bakımından ayrı bir anlam ifade ettiği yadsınamaz bir gerçektir (Özer, 2001). Yapılan araştırmalarda, sporun bireylerde birbirlerine karşı saygılı olma, kurallara uyma, işbirliği yapma, bağımsız davranma, kendini disipline etme, azimli ve kararlı olma ve toplumsallaşma sürecini hızlandırdığı belirtilmektedir (Kuru ve Baştuğ, 2006).

Engellilerde fiziksel etkinliklere katılmanın yararlarını felsefi açıdan değerlendiren yazarlar, daha çok duyuşsal ve psiko-motor gelişime katkılarını vurgulamaktadırlar. Brouwer ve Ludeke ; Atay sporun hem bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı hem de engelli kişiler için son derece değerli olduğunu ancak, engelli bireylerin spora olan gereksinimlerinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (Brouwer ve Ludeke, 1997, Atay, 1995). Spor yapan engelli bireylerin motivasyonlarını sağlamada da psikolojik ihtiyaçları önde gelmektedir (Ruddell ve Shiness, 2006). Sporun, engelli bireylerin hareket etmekten haz alma, eğlenme ve başarıma ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli bir araç olduğu ifade edilmekte, engelli bireylere, özrü ile başa çıkmasını ve özrünü hafifletmesini öğretmekte, keyif vermekte, iletişim ve paylaşım sağlamakta, yaşam motivasyonunu artırmakta, hoşgörü, işbirliği gibi olumlu kişilik özelliklerinin kazandırılmasını sağlamaktadır (Özer, 2001).

Engelli bireylerin sportif etkinliklere katılımı toplumun dikkatini engelli bireylere çekerek, olumsuz tutum ve davranışların değişmesinde önemli bir görevi yerine getirmektedir. Sportif etkinlikler yoluyla engelliler toplum içinde iş birliği, paylaşım ve kişiler arası ilişkilerin kurallarını öğrenirler (Anonim, 2007). Yapılan aktiviteler engelli bireylerin yaşam kalitesini yükseltir ve sporcu kimliği ile kendilerini gerçekleştirebilecekleri bir sosyal ortam yaratır. Engellileri hayata bağlamak açısından spor engellilere yaşam boyu önerilmektedir (Ortopedik Özürlüler Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Aile Eğitim Rehberi, 2007).

Beden eğitimi ve spor etkinlikleri engelli bireylerin gerek engelleri dolayısıyla içinde buldukları ruh hali ve gerekse toplumun kendilerine karşı olan tavırlarının doğal sonucu olarak ortaya çıkan saldırganlık, öfke ve kıskançlık gibi duygularını kontrol etmelerini sağlar (Kınalı, 2003). Spor, bireyin dinamik sosyal çevrelere katılımını sağlayan bir sosyal etkinlik olması özelliğinden dolayı, kişinin

sosyalleşmesinde önemli bir role sahiptir. Modern toplumlarda sporun çoğunlukla kollektif bir etkinlik olduğu göz önünde bulundurulduğunda sportif faaliyetler aracılığıyla, sporla ilgilenen bireyler değişik insan gruplarıyla sosyal ilişkiye girmektedir. Spor bireyin kendi dar dünyasından kurtularak başka ortamlarda, başka kişilerden, inançlardan, düşüncelerden insanlarla iletişim içinde bulunmasını, onlardan etkilenmesini ve onları etkilemesini sağlamaktadır (Yetim, 2005). Bütün bu özellikleri ile spor engelli bireyin dolayısıyla da aile dinamiklerinin olumlu işlemlerine yardımcı olabilecektir.

Fiziksel, zihinsel, psikolojik ve sosyal yönlerden gelişim geriliği gösteren bireylerde bu eksiklikler sosyo emosyonel problemlere neden olurken özgüven ve benlik gelişimini de olumsuz etkilemektedir. Oyun, motor aktivite ve fiziksel beceriler, bilişsel ve entelektüel gelişim kişiliğin gelişiminde oldukça önemli yer tutar. Bunlardan yoksun çocukların oyunlara katılamaması kişilik gelişiminde antisosyal yapının temelini atmaktadır. Gelişimin tamamlanması için uygulanan kognitif ve akademik programlar olmasına rağmen tam bir gelişim için oyun, hareket, motor beceri, fiziksel yeterlilik önemli bir ön şart sayılmaktadır.

Tüm bu özelliklerin kazandırılmasında en etkin yol spor ve rekreasyonel aktivitelerdir. Spor, fiziksel ve ruhsal yapıya sağladığı destek yanında disiplin, güven, rekabet ve arkadaşlık hislerini uyandırarak çocuğa sosyal rolünü kazandırmış olacaktır. Engelli için bu sosyal rolün evrensel dili “spor” dur.

Kişinin kendi yeteneklerinin farkına varması, kendine yetebilmeyi öğrenmesi ancak rehabilitasyon ve eğitimle gerçekleşebilmektedir. Engelli rehabilitasyonunda spor; güven, denge, kas kontrolü, hareketlerde özgürlük ve koordinasyon kazanmak için kullanılabilir. Spor; engelli, sağlıklı tüm insanları sosyalleştiren, güzel kötü tüm yaşam değerlerini bir arada paylaşmayı öğreten, ruhsal yapıya sağladığı destek yanında disiplin, rekabet ve arkadaşlık hislerini uyandırarak kişinin bağımsızlığını kazanmasında ve benliğinin oluşmasında ciddi bir rol oynamaktadır (Ergun ve Baltacı, 2006). Spor, engelli kişiye fiziksel aktivitelere katılım olanağının yanı sıra kişilik gelişimi ve özgüven duygusu kazandırarak toplumsal yaşama uyum göstermesi yönünde büyük kolaylık sağlamaktadır. Spor ve fiziksel aktiviteler, rehabilite ve tedavi edici etkisi nedeniyle engelli bireylerde fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal gelişim aracı olarak kullanılmaktadır.

Engelli bireylerin sportif etkinliklere katılımı toplumun dikkatini engelli bireylere çekerek, olumsuz tutum ve davranışların değişmesinde önemli bir görevi yerine getirmektedir. Sportif aktiviteler yoluyla engelliler toplum içinde iş birliği, paylaşım ve kişilerarası ilişkilerin kurallarını öğrenmektedirler (www.ozida.gov.tr T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi web sitesi).

2.6.2.Sporun Engelli Bireylere Sağladığı Faydalar

Tıbbi faydaları

Sporun insan organizması üzerinde sayısız yararları vardır. Bunlardan tıbbi açıdan önemli olanlarının bazıları aşağıda sıralanmıştır.

- Fiziksel streslerin üstesinden gelebilme becerisini geliştirir,
- Kardiyovasküler enduransı artırır (Durstine ve ark., 2000).
- Hareket etme becerisini geliştirir
- Spora yönelik yapılan esneklik ve direnç egzersizleri sayesinde günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız olmaya yardımcı olur
- Kas gücü ve dayanıklılıkla birlikte, kemik yoğunluğu artar ve yaralanma riski azalır (Cooper ve ark., 1999).
- İkincil komplikasyonların görülme sıklığını azaltır
- Düşme sıklığını azaltır, çalışma kapasitesini artırır (Fernhall ve ark., 2008).
- Mortaliteyi düşürür (Slater ve Meade, 2004).

Psikolojik ve sosyal faydaları

Sporun ruh sağlığı ve sosyal çevre ile ilişkiler açısından belirtilen bazı faydaları aşağıda belirtilmiştir.

- Engellilerde fiziksel aktivite benlik imajını geliştirir, sosyal entegrasyonu artırır (Tasiemski ve ark, 2005).
- Depresyonu azaltır, sosyal iletişimi artırır, beklenen yaşam süresini uzatır (Cooper ve ark., 1999, Wu ve Williams, 2001).
- Fiziksel kapasiteyi arttırarak dolaylı yoldan psikolojiyi de olumlu yönde etkiler (Muraki ve ark, 2000).
- Fiziksel aktiviteye düzenli katılım bağımsızlığı ve mücadele yeteneğini geliştirir. Arkadaşlık kurmaya fırsat tanır, yaratıcılığı geliştirir, kişilik gelişimine yardımcı olur ve anlamlı bir yaşam sağlar (Murphy ve Carbone, 2008).

Groff ve ark. (2009)'a göre ise;

-Yaşam kalitesini arttırır (Santiago ve Coyle, 2004, Tasiemski ve ark., 2005).

-Fiziksel olarak aktif olan engelli bireyler yaşamdan daha çok zevk alırlar, hayattan beklentileri artar, ikincil sağlık problemleri ile daha az karşılaşrlar (Rimmer ve ark., 2004).

-Kendilerini güçlü hissederler ve kendilerine güvenleri artar. Benlik algıları gelişir. Anlık ve genel psikolojik durumları daha stabil olur.

-Spora ayrılan sürenin artması kişinin farklı kimliklerini / rollerini keşfetmesini sağlar. Kendini algılayışını değiştirme fırsatı sunar.

- Spor grup duygusunu geliştirir, engelin farkındalığını azaltır.

- Engelli sporu ile uğraşan bireyler genellikle pozitif düşünceye sahip olur ve tekerlekli sandalye (TS) kullananların kullanma becerileri gelişir.

2.7.Bedensel Engellilerin Katıldıkları Spor Dalları

2.7.1.Tekerlekli sandalye basketbolu

Basketbolun, temel kurallara uyarak, bedensel engelliler için uyarlanmış halidir. Tekerlekli Sandalye Basketbolu (TSB), özellikle tekerleği çevirme, ribaund alma, pas atma, baş üstü seviyede şut atma gibi manevralar ve yüksek yoğunluktaki aktivitelerle karakterizedir (Curtis ve Black, 1999). Maçlarda standart büyüklükteki bir basketbol sahası ve standart yükseklikte potalar kullanılır. Beşer kişilik iki takım halinde, tekerlekli sandalye ile oynanır. Tekerlekli sandalye basketbola özgü tasarlanmış özel bir sandalyedir. TSB 4x10 dakikalık 4 devre halinde oynanır. Devre arası istirahat 10 veya 15 dakikadır. Basketbol oyunu için geçerli olan kuralların tümü TSB için de geçerlidir. Özel durumlar ve TSB'nin saha içindeki durumu ile ilgili hususlar, Uluslar arası Tekerlekli Sandalye Basketbol Federasyonu (IWBF)'nun hazırladığı kurallar kitabında belirtildiği gibidir. Oyun alanının uzunluğu 28m, eni 15m'dir. Oyun içinde takımdaki oyuncuların sınıflandırma puanlarının toplamının 14 veya 14,5 olması beklenir. TSB takımları, her takımda en fazla 12 oyuncudan, bir antrenör ve bir yardımcı antrenörden ibarettir (www.iwbf.org Uluslar arası TS Basketbol Resmi Web Sitesi). Oyun sırasında, diğer oyunculara zarar verebilecek koruyucular ve yardımcı araçlar kullanmak yasaktır. Tekerlekli sandalye basketbol engelli sporlarında

lokomotif bir branştır. Engelli sporları arasında en hızlı gelişim gösterenidir. Paralimpik Oyunları arasında yer alan bir spor dalıdır. Türkiye’de Bedensel Engelliler Spor Federasyonu bu dalda Süper Lig, 1. Lig ve 2. Lig organizasyonlarını yapmaktadır.

2.7.2. Ampute futbol

Ampute futbolda sahada 6 oyuncu ve 1 kaleci, yedeklerde ise 6 oyuncu 1 kaleci bulunmaktadır. Kaleciler de unilateral üstekstremitte amputasyonu oyuncularında ise alt ekstremitte amputasyonu mevcuttur. Oyuncular protezleri olmadan, çift kanadyen (koltuk değneği) ile oynarlar. Güdükle topa müdahale etmek ve güdük ucu ile yere basmak yasaktır. Kanadyen ile topa temas edilmez. Oyunda ofsait kuralı uygulanmaz. Sınırsız oyuncu değişikliği hakkı vardır. Oyun 25’ er dakikalık iki devre de oynanır. Saha uzunluğu 60m, genişliği ise 40m’dir. Halı saha, sentetik zemin ya da normal çim zeminlerde oynanabilir (www.besf.org.tr Bedensel Engelliler Spor Federasyonu Web Sitesi). 1. Dünya Savaşı sonrası gaziler öncülüğünde başlamıştır. Brezilya, İngiltere, ABD, Ukrayna, Rusya, Japonya, Liberya, Özbekistan, Gana, İran gibi ülkelerde ampute futbol ligi mevcuttur. Türkiye Ampute Futbol Ligi ise 2009 yılında kurulmuştur. Şu an süper ligde 10 ve 1.’ Ligde 10 olmak üzere toplam 20 takım bulunmaktadır.

Ampute Futbol Oyun Kuralları

1. Ampute olmayan oyuncular bu müsabakalarda oynayamazlar.
2. Oyuncular müsabaka esnasında protez kullanamazlar.
3. Oyuncuların bir bacağı ampute olmalıdır.
4. Oyuncular ampute ayağına ayakkabı giyemezler.
5. Oyuncular ampute ayağı ile topa vuramaz, vurursa topu bilerek elle oynamış gibi cezalandırılırlar.
6. Ampute futbolda ofsait yoktur.
7. Oyuncular iki adet kanadyen kullanırlar.
8. Oyuncuların kanadyenleri elin uzantısı sayılır. .
9. Kalecilerin bir kolu ampute olmalıdır. Kalecileri tek eldiven kullanırlar (Ampute

olmayan eline).

10.Kaleciler ampute kolları ile bilerek topa dokunamazlar.

11.Kaleciler, top oyundayken ceza alanını bilerek terk edemezler. Ederlerse penaltının yanı sıra duruma göre ihtar veya ihraçla cezalandırılırlar.

12.Kaleciler penaltı atışı kullanamazlar, ceza alanı dışından serbest vuruş kullanamazlar.

13. Taç vuruşu ayakla kullanılır, taç vuruşundan rakip kaleye direkt gol kaydedilemez

14. Müsabakalarda hakem, yardımcı hakem ve 3.hakem görev alır.

15. Hakem ve yardımcı hakem bayrak kullanmazlar.

16. Ampute futbolda ideal oyun alanı ölçüleri: 40 x 60 metredir.

17. Penaltı noktasının kale çizgisine uzaklığı 7 metredir.

18. Oyun 25 er dakikalık 2 eşit devreyle oynanır. Devre arası süresi 10 dakikadır.

19. Her iki takımın da her devrede, 1 dakikalık 1' er mola hakları vardır.

20. Netice alınması istenen maçlarda 10'ar dakikalık iki uzatma devresi oynanır.

21. Uzatma devrelerinin her birinde de, her takımın 1' er mola hakkı vardır.

22. Oyuncu sayısı normalde: 6 oyuncu, 1 kaleci sahada; 6 oyuncu ve 1 kaleci yedek olmak üzere toplam 14 tür.

23. Oyuncu değişikliğinde sınırlama yoktur. Yedek oyuncularından en fazla ikisi aynı anda değiştirilebilir.

24. Değişiklikle oyundan çıkan oyuncu tekrar oyuna girebilir.

25. Kaleci ancak yedek kaleci ile yer değişebilir. Oyuncular kaleci ile yer değişemez.

26. Kale vuruşundan kendi kalesine veya rakip takımın kalesine doğrudan bir gol kaydedilemez.

27. Oyuncuların kenedyenleri; tozluklarının rengini taşımalıdır.

28. Kaleciler ve oyuncular kale vuruşunda veya kendi ceza alanı içinden kullandıkları tüm direkt ve endirekt vuruşlarda topu rakip alana havadan direkt atamazlar. Atarlarsa orta çizgiden rakip takım endirekt serbest vuruşla oyuna başlar.

29. Kaleciler, top oyunda iken, ceza alanı içinden topu; eliyle ayağıyla veya kafasıyla rakip sahaya atabilirler.

30. Taç vuruşundan kendi kalesine direkt gol kaydedilemez, bu durumda oyun Köşe vuruşu ile başlar.

31. Oyunu başlatma ve bitirme yetkisi, uzatma süresi ile ilgili karar, müsabakaya ara

verme, mola ve tatil etme yetkisi Hakeme aittir.

32. Hem hakemin, hem de yardımcı hakemin, karar yetkisi ve disiplin yetkisi vardır.

33. Hakem ve Yardımcı hakem oyun alanında, 3. Hakem yedek kulübeleri önünde görev yapar.

34. Kale ölçüleri: 5 X 2.20 metredir

35. Ceza alanı ölçüleri: 8.m. X 10 metredir.

36. Orta yuvarlağın yarıçapı 6 metredir. Serbest vuruşlarda Baraj mesafesi: 6 metredir (taç vuruşu dahil).

37. Kaleler ve köşe gönderleri seyyar olabilir.

38. Müsabakanın ilk başlangıcında bir takım en az 1 kaleci, 4 Oyuncuyla oyuna başlayabilir. (Toplam 5 kişi)

39. Müsabaka başladıktan sonra takımlardan birinde, herhangi bir sebeple, kadronun 1kaleci, 4 oyuncu altına inmesi (toplamda 4 dört kişi ve altına inmesi) durumda o müsabaka tekrar başlatılamaz.

40. Sakatlık veya ihraç nedeniyle kaleye geçecek kaleci kalmazsa müsabaka tekrar başlatılamaz.

41. İhraç edilen kalecinin yerine bir oyuncu çıkarılır ve yerine varsa yedek kaleci alınır.

42. Ceza alanı içindeki tüm hakem atışları; Ceza alanının, kale çizgisine paralel ön çizgisinin, oyun durduğu andaki topun bulunduğu noktaya en yakın noktasından yapılır.

43. Hücum eden takımın rakip ceza alanı içinde kazandığı endirekt serbest vuruşlar; ceza alanının, kale çizgisine paralel ön çizgisinin üzerinden ve ihlalin olduğu noktaya en yakın noktasından yapılır.

44. Müdafa yapan takımın kendi ceza alanı içinde kazandığı her türlü direkt ve endirekt serbest vuruşlar; ceza alanının herhangi bir yerinden yapılabilir

45. Yerde yatarken veya kayarak topa veya rakibe müdahale tehlikeli hareket kabul edilir ve endirekt serbest vuruşla cezalandırılır. (Yazıcıoğlu 2008,T.B.E.S.F. Ampute Futbol M.H.K. 2011)

2.7.3. Masa tenisi

Masa tenisi paralimpik oyunlar kapsamında yer alan ve en çok tercih edilen

spor dallarından biridir. Masa tenisi popüler bir kapalı ortam aktivitesidir. Çünkü rekabet edilebilir bir hareket oyunudur. Öğrenmesi kolay ve rekreasyonel açıdan eğlenceli bir aktivitedir. Masa tenisi konsantrasyonu reaksiyon hızını, koordinasyonu sağlar ve yetersizliği olan insanların rehabilitasyonunda kullanılabilecek uygun bir aktivitedir (Bayramlar ve Ergun, 2009). Tekerlekli sandalyede ve ayakta olmak üzere iki şekilde oynanmaktadır. Bazı teknik ayrıntılar dışında, masa tenisi kurallarında önemli bir fark yoktur. En önemli iki farktan biri, sporcunun bir eliyle masayı tutmasına izin verilmesidir. İkinci farklılık ise servis atışlarında topun yan çizgiye değmesine izin verilmesidir. Raketin ele bağlanmasına izin verilir. Sporcunun ayakta mı tekerlekli sandalyede mi oynayacağına sınıflamasına göre karar verilir (Kalyon, 1997). Fazla alan gerektirmeyen, ucuz ve öğrenmesi kolay bir spor olduğu için popüler bir aktivitedir. Yeni başlayanlar için rekreasyonel bir aktivite olarak kabul edilir (www.wheelpower.org). Türkiye’de bu alanda 24 takım ve 250 sporcu bulunmaktadır. 1999 yılından beri var olan bir branştır.

2.7.4. Atıcılık

Atıcılık sporu paralimpik bir branştır. İki ana disiplin (tabanca-tüfek) ve 3 ayrı mesafeden (10m.-25m.-50m.) oluşur. Tekerlekli sandalye ile veya ayakta yarışılır. Hem erkeklerin hem de bayanların yarıştığı bir spordur. Amputeler, spinal kord yaralanmaları, serebral palsililer (SP) veya felç geçirenler katılabilir. Türkiye’de 2002 yılında faaliyete geçmiştir (www.paralympic.org Paralimpik Hareket Resmi Web Sitesi).

2.7.5. Tekerlekli sandalye tenisi

Dünya’da ilk defa 1976 yılında spinal kord yaralanması olan Brad PARKS tarafından bulunmuştur. Normal tenis sahası ile aynı ölçüde sahada, aynı raketler ve aynı toplar ile oynanır. Tek farkı topun yerde iki kez sekmesine izin verilmesidir. Kullanılan sandalyeler tekerlekli sandalye basketbolunda kullanılanlarla aynıdır, sadece ön korumaları yoktur (www.itftennis.com). 1998 yılında Uluslararası Tenis Federasyonu (ITF) tekerlekli sandalye tenisini kendi kapsamına alarak, bu dalın uluslararası yapılabilecek sporlar arasına katılmasını sağlamıştır (www.tekerlekli sandalyetenisi.com). Ülkemizde yeni tanınmaya başlanmış bir spor

dalı olmasına rağmen hızla ilerleme kaydetmiştir. Sporcularımız ulusal ve uluslar arası turnuvalara katılmışlardır. Ülkemizde şu anda 6 kulüpte oynanmaktadır.

2.7.6. Okçuluk

Bedensel engelliler için okçuluk yarışmaları ilk defa 1948 yılında Stoke Mandeville Uluslararası Oyunları'nda 2 ülkeden 130 sporcunun katılımı ile yapılmıştır. 1960 Olimpiyatları'ndan beri paralimpik spordur Bedensel engelli okçuluğunda genel olarak 3 sınıf (ARST, ARW1, ARW2) bulunmaktadır. Bunlar; tekerlekli sandalyedeki tetraplajik okçuların veya benzer bedensel engele sahip okçuların yarıştığı ARW1 sınıfı, tekerlekli sandalyedeki paraplejik veya benzer bedensel engele sahip okçuların yarıştığı ARW2 sınıfı ve ayakta ya da sandalyede ok atan okçuların yarıştığı ARST sınıflarıdır. Okçulukta klasik yaylar ve makaralı yaylar olmak üzere 2 farklı yay sistemi bulunmaktadır. Bedensel engelli okçular iki çeşit yarışmaya katılmaktadırlar. Bunlar kapalı salon şampiyonaları ve açık alan şampiyonalarıdır (www.besf.org.tr Bedensel Engelliler Spor Federasyonu Web Sitesi).

2.7.7. Atletizm

Tekerlekli sandalye veya protez kullanan bedensel engellilerin yarıştığı spor dalıdır. İlk kez 1948' de Stok Mandeville Oyunları programına alınmıştır. Daha sonra 1960 Roma Olimpiyatları'nda olimpik spor haline gelmiştir. Yarışma kuralları genellikle Uluslar arası Atletizm Federasyonu'nun belirlediği esaslara dayanır. Fakat mevcut engele göre bazı modifikasyonlar yapılabilir. Tekerlekli sandalye yarışı ilk kez 1952' de Stoke Mandeville Oyunları programına alınmıştır. Hem paralimpik oyunlarda hem de Akdeniz Oyunları'nda en önemli yarışmalardan biri olmuştur. Branşlar pist ve saha grubu olmak üzere iki grupta incelenir. Pist yarışları çeşitli mesafelerdeki koşulardır. Saha yarışları ise atma ve atlama yarışmalarını içerir (Kalyon, 1997). Ülkemizde de giderek popüler olan bir spor dalıdır.

2.7.8. Oturarak voleybol

1956 yılında Hollanda Spor Komitesi tarafından kurulmuştur. 1967'den itibaren uluslar arası oynanmaya başlamıştır. 1978'de ISOD (International Sport Organizations for Disabled) programına bu sporu dahil etmiştir. 1980 yılında 7

takımın katılımı ile Paralimpik Olimpiyat Oyunları'na dahil edilmiştir (www.wovd.com). 10m x 6m bir alanda, alçak file ile oynanır. Amputeler, spinal kord yaralanması, serebral palsisi, polio sekeli ve skolyozu olanlar oynayabilir. Oyuncunun pozisyonu kalçasının bulunduğu yere göre belirlenir. Branşın Türkiye'deki ilk organizasyonu olan Oturarak Voleybol Türkiye Şampiyonası 2009 yılı Nisan ayında Adana' da yapılmıştır (www.besf.org.tr Bedensel Engelliler Spor Federasyonu Web Sitesi).

2.7.9. Yüzme

Bedensel engellilerde yüzme 1960 Roma Paralimpik Olimpiyatlarından beri temel branşlardan biridir. Sydney' de 2000 yılında yapılan olimpiyatlara 62 ülkeden 352 erkek, 216 bayan sporcu katılmıştır. 2008 olimpiyatlarına ise 80 ülke katılmıştır. Olimpiyatlardaki gibi serbest stil, sırtüstü, kelebek, kurbağalama ve karışık stillerde yarışılır. FINA (International Swimming Federation) kurallarının birkaç modifikasyonu söz konusudur. Protez ve yardımcı cihaz kullanmak yasaktır. Sporcunun hangi stillerde yarışacağına ölçümler ile karar verilir. Yarışlar 50 m. havuzda 8 kulvarlı yapılır (www.paralympic.org Paralimpik Hareket Resmi Web Sitesi, www.besf.org.tr Bedensel Engelliler Spor Federasyonu Web Sitesi).

2.7.10. Yelken

1980 yılında engellilerin de yapabileceği bir spor olduğu anlaşılmıştır. 1988 yılında IHSC (International Handicap Sailing Committee) kurulmuştur. Amacı yarışlar organize etmek ve bu spora katılımı arttırmaktır. 1991 yılında Uluslararası Yelken Federasyonu'nun IHSC'yi tanınmasıyla ilk resmi Dünya Engelliler Şampiyonası düzenlenmiştir. 1996 Atlanta Oyunları'nda gösteri sporu olarak yer almıştır. 2000 yılında Paralimpik Oyunlar arasına katılmıştır (www.sailing.org). Türkiye'de ise engelli yelken sporu 8 Mayıs 2007'de ISAF (International Sailing Federation)'a üye olunmasıyla başlamıştır (www.besf.org.tr Bedensel Engelliler Spor Federasyonu Web Sitesi).

2.7.11. Halter

İlk defa 1964 Tokyo Olimpiyatları'nda yer almıştır. Sadece spinal kord

yaralanması olan erkek sporcular katılmıştır. Günümüzde spinal kord yaralanmalarının yanı sıra amputeler, serebral palsililer, işitme engelliler de katılabilmektedir. Bayan sporcuların da katılımı ilk kez 2000 yılında Sydney Olimpiyatları'nda olmuştur. Engelliler halterdeki tek disiplin 'bench press'tir. Sporcu sırtüstü yatar pozisyonudadır, alt ekstremiteler ekstansiyonudadır. Yardım olarak ağırlığı göğüs seviyesine getirir ve sonra yardımsız bir şekilde dirsekler tam ekstansiyona gelene kadar ağırlığı kaldırır (www.paralympic.org Paralimpik Hareket Resmi Web Sitesi, www.besf.org.tr Bedensel Engelliler Spor Federasyonu Web Sitesi).

2.7.12. Bilek güreşi

Bilek güreşi; iki rakibin bilek güreşi masası denilen masanın üzerinde belli bir zaman süresi olmadan ve faul yapmadan hakem gözetiminde rakibin elinin dış yüzeyini bilek güreşi masasının üst yanlarında bulunan pete değdirmek suretiyle rakibi yıkmasıdır. Bedensel engelliler bilek güreşi müsabakaları oturarak yapılmaktadır (Curtis ve Black, 1999, www.besf.org.tr Bedensel Engelliler Spor Federasyonu Web Sitesi).

2.7.13. Badminton

Türkiye'de bedensel engelliler badmintonu 2009 yılı itibariyle başlamış olan yeni bir branştır. Bu branşta uluslar arası alanda Dünya şampiyonaları, Avrupa şampiyonaları ve açık turnuvalar düzenlenmektedir. Badmintonda resmi yarışmalar kapalı alanlarda oynanır. Bu arada rekreasyon amaçlı ve plajlarda da yarışmalar özel şartlarda yapılabilmektedir. Ayakta oynanan bedensel engelli badminton müsabakalarında, badminton kortu 13,40m uzunluğundadır. Genişlik teklerde 5,18 metre çiftlerde ise 6,10 m.dir. Teklerde servis atış alanı çiftlerdekinden daha uzundur ve arka dip çizgiye kadar gider. Sahayı iki eşit parçaya ayıran filenin yüksekliği 155 cm'dir. Ağ gözenekleri 15 mm –20 mm kadardır. Filenin takıldığı direkler, oyun alanı içine dış sınır çizgilerinin üzerine dikilmelidir. Oyun alanı çizgileri beyaz veya sarı renklerle belirgin olarak çizilmelidir. Kalınlığı 4 cm olan bu çizgiler oyun oynanan alanının içinde sayılır. Tekerlekli sandalye ve boyu 1,20 m. altında olan cüceler badminton müsabakalarında teklerde oynar ve müsabakaları

yarım kortta oynanır. Servis çizgisi ile file arası, müsabakanın her anında oyuna dahil değildir (www.besf.org.tr Bedensel Engelliler Spor Federasyonu Web Sitesi).

2.8. Türkiye’de Engelli Federasyonları

8-11 Mayıs 1990 tarihinde Ankara’da yapılan Spor Şurası’nda alınan kararlar doğrultusunda 21 Kasım 1990 tarihinde Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü bünyesinde Türkiye Özürlüler Spor Federasyonu (TÖSF) kuruldu.

Federasyonun kuruluş amacı:

“Özürlü sporcuların gerçekleştirdikleri tüm sportif etkinlikleri bünyesinde toplayıp geliştirmek, bu çalışmaları yurt yüzeyinde yaygınlaştırıp, sporu rehabilitasyonun bir parçası haline getirmek ve uluslar arası etkinliklerde özürlü sporcuya çağdaş yarışma ortamının hazırlanması için gerekli çalışmaları planlamak ve uygulamak.”

TÖSF bünyesinde kuruluşundan itibaren dört ana özürlü grubun faaliyetini bünyesine almıştı:

1. Bedensel Engelliler,
2. Zihinsel Engelliler,
3. İşitme Engelliler,
4. Görme Engelliler,

10 Kasım 1992 tarihine kadar Prof. Dr. Hıfzı Özcan’ın başkanlığındaki federasyon görevine devam etti. Daha sonra başkanlığa Tarık Bitlis geldi. Ardından Perihan Savaş ve yeniden Tarık Bitlis federasyon başkanlığı görevini yürüttüler. 1997 yılında Türkiye Özürlüler Federasyonu’nun adı Türkiye Engelliler Spor Federasyonu (TESF) olarak değiştirildi. 2000 yılında ise Türkiye Engelliler Spor Federasyonu dağıldı ve dört ayrı federasyon oluştu.

2.8.1. Bedensel Engelliler Spor Federasyonu

1990 senesinde kurulan Özürlüler Spor Federasyonunun 2000 senesinde dörde bölünmesi neticesinde kurulan Türkiye Bedensel Engelliler Spor Federasyonu 2006 senesinde özerk yapıya kavuşmuştur. Engelliler spor branşları 2000 senesinde fazla tanınmaz ve bilinmez iken bugün geldiği nokta herkes tarafından bilinmektedir. Başarılı

federasyonlar sıralamasında ilk altı içine giren federasyonun yegane kaynağı engelli sporcular ve kulüplerdir.

Bedensel engelliler spor federasyonu sadece tekerlekli sandalye basketbol'u değil diğer branşlarda da Dünya'da söz sahibi olmaya başlamıştır. 2000-2008 yılları arasında federasyon sporcuları farklı branşlarda yurt içinde ve yurt dışında katılmış olduğu uluslararası faaliyetlerde ülkemiz başarılı bir şekilde temsil edilmiştir.

Yaklaşık 8,5 milyon engelli nüfusa sahip Türkiye'de engelli ve sağlıklı kişi ayırımı yapılmaksızın engelli bireylere spor hizmeti ve faaliyeti sunarak onları topluma kazandırmak ve rehabilite etmek hedeflenmektedir. Küresel entegrasyonlara geçişin sağlandığı bir dönemde engelli bireylere de spor yapma imkanı sağlanması konusu tüm dünyayı meşgul eder bir konu haline gelmiştir. Bundan dolayı Uluslararası Olimpiyat Komitesi (IOC) ve Uluslararası Paralimpik (Engelliler) Komitesi (IPC) arasında varılan antlaşmaya istinaden Olimpiyatlara ev sahipliği yapmak isteyen ülkelerin Engelliler Olimpiyatlarını da organize etmeleri ve her türlü tesis ve organizasyonu olimpiyatların sona ermesini takiben 15 gün içinde 5.000 engelli sporcu için taahhüt etmeleri gerekmektedir.

Uluslararası Paralimpik Komite tarafından belirlenen 19 engelli spor branşından Bedensel engelliler spor federasyonu 13 branşı icra etmektedir. Federasyon 31 Mayıs 2006 tarih ve 26184 sayılı Resmi Gazetede ilanı ile idari ve mali açıdan özerklik yapısı kazanmıştır.

2.8.2. Görme Engelliler Spor Federasyonu

1990 yılında Türkiye Özürlüler Federasyonu kurulmuş ve tüm engelliler bir çatı altına toplanmıştır. 7 Mart 2000 tarihinde; İşitme ve Görme Engelliler Federasyonu olarak ayrı bir federasyon haline getirilmiştir. Avrupa ülkelerindeki yapılanmaya uygun hale getirmek için Bakanlık Makamının 12 Temmuz 2000 tarih ve 05812 sayılı onayları ile Türkiye Görme Engelliler Spor Federasyonu kurularak faaliyetlerine başlamıştır.

Alt yapısı oluşmayan Görme Engelliler Spor Federasyonu Kasım 2000 tarihinde yapılan Federasyon Başkanları seçimine katılamamıştır. Bakanlık Makamının 16.05.2001 tarih ve 5812 sayılı olurları ile ilk Federasyon Başkanlığı ataması yapılarak çalışmalara başlanmıştır. Türkiye Görme Engelliler Spor Federasyonu (TGESF)

Uluslararası Görme Engelliler Birliği (IBSA) ile, Uluslararası Görme Engelliler Satranç Birliği (IBCA) üyesidir.

2.8.3. İşitme Engelliler Spor Federasyonu

2000 yılında kurulan Federasyon Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü çatısı altında çalışmalarını sürdürmektedir. Federasyona bağlı 114 kulüp bulunmaktadır. Türkiye genelinde 1137 kadın, 6745 erkek, 7782 toplam sporcu sayısı bulunmaktadır. İşitme Engelliler Spor Federasyonu her yaştaki sporculara hizmet vermek için müsabakalarını Büyükler, Gençler, Ümitler, Yıldızlar Şampiyonaları şeklinde kategorilere ayırmıştır. Türkiye'deki engelli federasyonlar arasında en fazla sporcu sayısı ve 18 spor branşı ile mini bir Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü durumundadır.

2.8.4. Özel Sporcular Spor Federasyonu (Zihinsel Engelliler Spor Federasyonu)

22/12/2000 tarihli ve Merkez Disiplin Kurulu (MDK)-333 sayılı bakanlık oluru ile kurulan; Türkiye Zihinsel Engelliler Spor Federasyonuna, 3289 sayılı Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğünün Teşkilat ve Görevleri hakkında kanunun ek-9'uncu maddesi hükmü gereğince Başbakanlık Makamınının 22/05/2006 tarihli ve 182 sayılı olurları ile idari ve mali yönden özerklik verilmiştir. Türkiye Zihinsel Engelliler Spor Federasyonu'nun ismi 10.02.2009 tarih ve 27137 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak Türkiye Özel Sporcular Spor Federasyonu olarak değiştirilmiştir.

2.9. Türkiye'de Engellilerle İlgili Politikalar

Türkiye'de, 1950'li yıllara kadar engellilerle ilgili sürdürülen faaliyetler daha çok tıbbi bakım şeklinde olmuştur. Bu dönem içerisinde özörlülerin toplumda yer alma biçimini büyük ölçüde dini inanışlar belirlemektedir. Özörlülere yönelik yardım güdüleri Tanrı sevgisini, sevap kazanma, acıma duyguları ve yardımseverlik arzularına dayanmaktadır. Özörlülük nedenleri, kadere bağlılık kavramı ile tanrısal bir takdir olarak açıklanmaktadır (Karçkay, 2002). Bu nedenle tıbbi bakımın yanı sıra, hayır amaçlı kurulmuş vakıflarda özörlülere yönelik hayır amaçlı faaliyetler sürdürölmüştür.

Türkiye’de 1950’li yıllarda özel eğitimin altyapısını oluşturma çalışmaları başlatıldı. 1951 yılından itibaren özel eğitim uygulanmaya başlandı. Yine aynı yıl Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde ilk körler okulu açıldı. 1951 yılında çıkarılan bir yasa ile daha önce Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan özel eğitim hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığı’na devredilmiştir. Bu hareketin en önemli hatta dönüm noktası sayılabilecek özelliği bu konunun sadece bir sağlık konusu olmadığına farkına varılması ve eğitim boyutunun ağırlık kazanmaya başlamasıdır (I. Özürlüler Şurası, 1999).

1960’lı yıllar toplumsal uyanışın ve kitle hareketinin yaygınlaştığı yıllar olmuştur. Buna paralel olarak özellikle görme özürlüler arasında hareketlenmeler ve hak arama mücadeleleri dikkat çekmektedir. Körler okullarından mezun olup lise ve yüksekokul eğitimini tamamlayan görme özürlülerin sayısı artmaya, görme özürlüler arasında meslek sahibi kişiler artmaya başlamıştır. Bu dönemde özürlülerin eğitilebileceği ve üretken hale geleceği düşüncesi toplumda yayılmaya başlamıştır. 1961 Anayasası’nda “sosyal devlet” ilk kez benimsenmiş ayrıca 1961 Anayasası temel hak ve hürriyetleri geniş ve sistematik bir şekilde düzenlemiştir. Klasik kişi hak ve hürriyetleri ile siyasal haklar genişletilerek güçlendirilmiş, “sosyal haklar ve ödevler” ilk defa sistematik olarak bu anayasada düzenlenmiştir.

1961 Anayasası’nda özürlülerin üretken hale getirilmesi ve özel eğitimi ilişkin maddeler açıkça yer alırken, İlköğretim ve Eğitim Kanunu’na özel eğitimle ilgili hükümler kurulmuş ve yasaya dayanılarak ilk defa “Özel Eğitim Yönetmeliği” çıkarılmıştır.

1960’lı yıllarda özürlülerin rehabilitasyonu konusu ele alınmıştır. 1976 yılında işsiz özürlüleri ve 62 yaş üzerindeki yaşlıları belirli gelire kavuşturan 2022 sayılı yasa çıkarılmıştır. 1971 yılında 1475 sayılı İş Yasası’nda değişiklik yapılarak engellilere % 2 kontenjan tanınmıştır. Böylece 1980’lere kadar özürlülerin eğitimi, rehabilitasyonu, istihdamında ve istihdam edilemeyenlerin belirli bir gelire kavuşturulması yolunda kısmi de olsa bazı ilerlemeler gözlenmiştir.

1982 Anayasası’nda “Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetmeksizin kanun önünde eşittir (Madde 10) hükmü yer almaktadır. Anayasa’da direkt özürlü kelimesi kullanılmamakla birlikte benzeri sebepler kısmına özürlüleri de dahil edebiliriz. Yine devletin temel görevinin sosyal, hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmak olduğu 5. madde de vurgulanmıştır.

Anayasal anlamda devlet, kendisini oluşturan bireylerin “insan haklarına” saygılı olmak ve bu haklara ulaşmada çıkan engelleri de kaldırmak durumundadır. Söz konusu engelleri kaldırırken bir başka ifadeyle toplumda eşitlik sağlanırken eşit olmayan insanların doğuştan gelen ve sonradan ortaya çıkan eşitsizlikleri arasında bir denge oluşturmalıdır. Bu bağlamda, özürllüer de toplumla bütünleşmek “insanlık haysiyetine yararışır bir yaşam seviyesini” talep etmek hakkına sahiptirler. Devletlerde bu kimseler için özel koruyucu önlemleri almalı ve gerekli düzenlemeleri yapmalıdır.

Nitekim; Anayasa Madde 61/2 ye göre “Devlet, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır.” Bu arada Madde 42/7’de devlet, durumları sebebiyle özel eğitime ihtiyacı olanları topluma yararlı kılacak tedbirleri alması gerektiği vurgulanmıştır.

Türkiye’de 1980’li yıllara kadar özürllüelere yönelik düzenlemeler sistemli olmasa da başta Anayasa olmak üzere ulusal mevzuatımızda yer almıştır. Bu süreç içerisinde özellikle özel eğitim ve özürllüelerin istihdamını sağlamaya yönelik, kota yöntemi ile ilgili düzenlemelere gidilmiştir. 1981 yılında, Birleşmiş Milletler’in önerileri dikkate alınarak, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde oluşturulan ve 1985 yılında sürekli kurul şekline dönüştürülen Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu çalışmalarına başlamıştır.

Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu 1997 yılına kadar çalışmalarını sürdürmüş Başbakanlık Özürllüer İdaresi Başkanlığı’nın (ÖİB) kurulmasıyla görevi sona ermiştir.

571 sayılı “Özürllüer İdaresi Başkanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile kurulan Başkanlık’ın amacı, “özürllüelere yönelik hizmetlerin düzenli, etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesini temin etmek için; ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak, özürllüer ile ilgili ulusal politikaların oluşmasına yardımcı olmak, özürllüelerin problemlerini tespit etmek ve bunların çözüm yollarını araştırmaktır (571/KHK, 1997). ÖİB’nin teşkilat ve görevlerinin düzenlenmesi 3.12.1996 tarih ve 4216 sayılı Yetki Kanunu’na dayanılarak, Bakanlar Kurulu’nca 25.03.0997 tarihinde kararlaştırılmıştır. Bu çerçevede, kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak, özürllüerle ilgili ulusal politikanın oluşmasına yardımcı olmak, özürllüelerin problemlerini tespit etmek ve bunların çözüm yollarını araştırmak üzere Özürllüer

İdaresi Başkanlığı'nın kurulmasını öngören 571 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 2. maddesindeki esaslar, Standart Kurallar'ın temel ilkelerini içerecek şekilde düzenlenmiştir.

Özel eğitim hizmetlerinin istenilen nitelik ve nicelikte yaygınlaştırılmaması nedeniyle, Bakanlar Kurulu Kararı ile 06 Haziran 1997 tarih ve 573 sayılı Özel Eğitim Hakkında Kanun Hükmünde Kararname yürürlüğe konulmuştur.

3 Aralık 1999 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk özürülüler şurası gerçekleştirildi. I. Özürülüler Şurası'nın teması "Çağdaş toplum, çağdaş yaşam ve özürülüler" olarak belirlendi. Özürülülerle ilgili tüm kesimleri bir araya getiren ilk ve tek platform olması ve özürülülerle ilgili tüm konuların ilk defa bir arada görüşülmesi ve tartışılması nedeniyle özürülülük açısından önemli bir şura olmuştur.

Türkiye'de özürülülere yönelik mevzuatın yetersiz olması ve yüzlerce yasa, tüzük ve yönetmeliğe dağılmış cümle ve paragrafçıklardan oluşması bu haklara ulaşma olanağını engellemiştir. Bu yasal dağınıklık hizmetlerin etkin ve verimli planlanması ve uygulanmasının önünde engel oluşturmuştur. Özürülülerle ilgili her alanı kapsayan bir bütüncül yasa çıkarılması gereği sonucu 07.07.2005 tarihinde 5378 sayılı "Özürülüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasa bütünlükçü ve kapsamlı olması ve bugüne kadar edinilmeyen birçok hakka işaret etmesi açısından önemlidir.

25-28 Eylül 2005 tarihleri arasında II. Özürülüler Şurası gerçekleştirildi. Şuranın teması "Yerel Yönetim ve Özürülüler" olarak belirlendi. I. ve II. Şura'da alınan kararların benzerliği özürülük alanında uygulamada yaşanan sıkıntılarıda göz önüne sermektedir. İki şura arasında altı yıl geçmiş olmakla birlikte özellikle istihdam ve ulaşılabilirlik ile ilgili aktarılan sorunlar benzerlik göstermektedir. Türkiye'de özürülülere yönelik yasal düzenlemeler; sosyal hukuk devleti anlayışı içerisinde ve pek çok uluslararası sözleşmelerle güvence altına alınmaya çalışılmaktadır. Görüldüğü gibi Türkiye'de özürülü hizmetlerine yönelik hizmetler çoğunlukla devletin kamu kurumları tarafından yürütülmekte, anayasanın ve uluslararası sözleşmelerin izlerini taşımaktadır. Yasalarda eksiklikler olmasına rağmen özürülü hakları açısından önemli gelişmeler olmuştur. Ancak uygulamada önemli sıkıntılar vardır. Toplumda özürülülüğe yönelik

önyargılar, yanlış bilgiler, bilgisizlik ve korku yasaların uygulanmasını ve özürülülerin toplumsal hayata katılımında önemli sorunları beraberinde getirmektedir.

III. Özürülüler Şûrası, 19-23 Kasım 2007 tarihinde Başbakanlık Özürülüler İdaresi tarafından düzenlendi. Şura çalışmalarını 4 ayrı komisyonda sürdürdü. Bu komisyonlar: Bakım Hizmet Türleri, Eğitici ve Bakım Personelinin Eğitimi, Bakım ve Rehabilitasyon Edici Destek Teknolojileri, Bakım Güvence Sistemleri ve Finansmanı Komisyonları şeklindedir.

IV. Özürülüler Şûrası, “İstihdam” gündemiyle 16–20 Kasım 2009 tarihlerinde Ankara’da gerçekleştirildi.

Özürülüler İdaresi Başkanlığının en yüksek danışma kurulu olan Özürülüler Şûrasının beşincisi 03 - 07 Ekim 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Özürülülerle ilgili konularda tetkik ve teklif niteliğinde kararlar almakla görevli olan Şûranın amacı; özürülü ve özürülülük konusunda her türlü görüş ve çözüm önerilerini tartışmak, ulusal politikalara esas olacak ilke ve programlar oluşturmak, kamuoyunun bu konuda bilinçlenmesine katkıda bulunmak, ulusal ve uluslararası alanlardaki görüş, düşünce ve gelişmelerin aktarılmasını, tartışılmasını sağlamaktır.

V. Özürülüler Şûrasının gündemi “Engelsiz Eğitime Doğru” olarak belirlenmiş olup çalışmalar;

Tanılama, yönlendirme ve yerleştirme hizmetleri, Mesleki, teknik ve yaygın eğitim, Özel eğitim okul ve kurumları olarak belirlenmiştir (ozurluveyasli.gov.tr).

2.10. Türkiye’de Engellilerle İlgili Sosyal Politika

Bilindiği gibi “Sosyal Politika”, bir toplumda sosyal sorunları açısından farklılaşma gösteren birtakım nüfus gruplarının fırsat eşitliği, sosyal adalet, sosyal güvenlik gibi gereksinimlerinin insan hak ve özgürlükleri temelinde ve toplumsal bütünleşmeyi göz ardı etmeyecek biçimde bir dizi önlem ve eylem vasıtasıyla gerçekleştirilmesini amaçlar. Maddi yoksunluk, kişiler arası ilişki yoksunluğu, fırsat yoksunluğu, bireysel haklar yoksunluğu vb. sorunlardan etkilenen bu nüfus grupları arasında özürülüler, önemli bir yer kapsamaktadır (I. Özürülüler Şûrası,1999). Bu noktada sosyal olan, her şeyden önce insanla ilgili olandır; ancak insanın tüm sorunları sosyal sorun olarak nitelendirilemez. İnsanın sosyal sorunları iki grupta toplanabilir:

1. İnsanların bedensel ve zihinsel gelişmesi, maddi refahı, tüm yeteneklerini geliştirmesi, tüm olanakların kullanması ile ilgili sorunlar.
2. İnsan doğduğu andan itibaren çeşitli kuruluşlar içinde yer alır, bunlara bağlı olarak yaşar, gelişmesini bu kuruluşlar içinde tamamlar aile, mesleki kuruluşlar gibi. Buda sosyal yapı sorunlarını ortaya çıkarır (www.canaktan.org/politika/refah-devleti/kavram.htm).

Özürülüler politikasının bakış açısı; eğitim, sağlık, istihdam, sosyal güvenlik ve toplumsal yaşama tam katılım gibi temel sorun alanlarında özürülülerin, fırsat eşitliğinden yararlanan bir grubu olarak kabul edilmesidir. Genelde ayrımcılıktan uzak kalıp, özürülülerin kapasitelerini geliştirmek, yaşam koşullarını iyileştirmek, toplumsal gelişmelerden pay almalarını sağlamak bağımsızlaşmalarına destek verecek olanaklardan yararlanmalarını temin etmek, özürülüler politikalarının yadsınamaz sorumluluklarıdır (I. Özürülüler Şurası, 1999).

31. Hükümete kadar hükümet programlarında özürülülerle doğrudan doğruya ilgili bir öngörüde bulunulmamış, genel sağlık ilkeleri ve sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesi ile ilgili öngörülerle yetinilmiştir. Bu hükümet dönemine kadar devletin özürülülerle ilgili doğrudan bir politikası olmamıştır. 31. hükümet (3.11.1967) programında ilk kez doğrudan özürülülerle ilgili bir öngörüde bulunmuş, “sakatların parasız tedavi imkanlarına kavuşturulması” hedeflenmiştir. 1980’li yıllara kadar hükümet programlarında doğrudan özürülülerle ilgili herhangi bir politikaya rastlanılmamış; genel sağlık, sosyal güvenlik sistemlerinin genişlemesi yer verilmiştir. Özürülülüğün bir sağlık sorunu olarak değerlendirildiği bu döneme kadar özürülülerin eğitimi, toplumsal yaşama katılımı, istihdamı ile ilgili düzenlemeler yapılmamıştır. 47. hükümet (15.11.1989) “toplumsal olarak korunması gereken sakatlara yönelik hizmetlerin koordinasyonu ve istihdamı hususlarına ayrı bir önem verilecek” öngörüsünde bulunarak, özürülülerin istihdam sorunlarına yönelmiştir. 48. hükümet ile (30.06.1991) birlikte bu döneme kadarki programlarda özürülüler için gerekli sosyal ve yasal düzenlemelere yönelik çalışmalara ağırlık verilmesi belirtilmiştir.

Hükümetler tarafından özürülülerin ve onların sorunlarının farkına varılması, 80’ li yılların başlarından itibaren. Bu da özürülülerin korunması, bakılması, sosyal güvenlik kapsamında yer almalarının sağlanması, istihdam gibi konularda düzenleme

getirilmesi şeklindedir. Özürlülerin fırsat eşitliğine yönelik değil, yalnızca korumaya yönelik düzenlemeler şeklindedir. 90'lı yıllardan itibaren özürlülerin toplumsal yaşamda yer almalarının ve eğitimlerinin sağlanması, bunun için gerekli tedbir ve desteğin verilmesi üzerinde durulmaya başlanmıştır.

Özürlülük konusu, beş yıllık kalkınma planları (BYKP)'nda "Sosyal Hizmet ve Yardımlar" başlığı altında, özel ilgi grupları içinde yer almıştır.

1. BYKP'ında (1963-1967) özürlülerin sosyal korunma gereksiniminin de diğer gruplarla birlikte acil ve yoğun olduğu vurgulanmış, ancak özürlülere yönelik politikalara ayrıntılı yer verilmemiştir. Mevcut hizmetlerin dağınık ve yetersiz olması nedeniyle, çeşitli kuruluşlar arasında bir işbirliği sağlamak amacıyla Sosyal Hizmetler Kurumu'nun kurulması gerektiği planda yer almış olmasına rağmen, bu gerçekleştirilememiştir. 2. BYKP'ında (1968-1972) özürlülerin eğitimi ile ilgili sıkıntılar belirtilmiştir. 1475 sayılı İş Kanunu'nun 1971 yılında kabul edilmesiyle, Kanunu'nun 25. maddesi uyarınca sakatların istihdamını düzenleyen bir tüzük çıkarılmıştır. 3. BYKP (1973-1977) döneminde, özürlüleri de kapsayan önemli bir düzenleme olarak değerlendirilebilecek 2022 sayılı yasa 1977 yılında yürürlüğe girmiştir.

5. BYKP'nda (1985-1989) 1981 yılında Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu, 1982 yılında Türkiye Sakatları Koruma Vakfı kurulmuştur. 6. BYKP'nda (1990-1994) sağlığın korunması ve geliştirilmesi için eğitim üzerinde durulmuş, özürlülerin fırsat eşitliğinin sağlanmasında eğitimin önemi vurgulanmıştır. Yine özürlülerin istihdam süreçlerinde yaşadığı sorunların ortadan kaldırılması için sorun giderici önlemlerin alınması amaçlanmıştır. 7. BYKP'nda (1996-2000) sosyal hizmet ve yardımlara ihtiyaç duyan grupların tespitinin yapılması ve bu alanda faaliyet gösteren kamu ve özel kuruluşların kullanacağı ortak kriter ve standartların oluşturulması, sosyal yardımlarda ortak kriter oluşturma ve kaynakların etkin kullanımı amacıyla ilgili kuruluşların işbirliğiyle mevzuat çalışmasının başlatılması kararlaştırılmıştır. Bu plan döneminde Özürlüler İdaresi Başkanlığı kurulmuştur (I. Özürlüler Şurası, 1999). 8. BYKP'nda (2001-2005) özürlü bireylerle ilgili veri tabanının oluşturulması, özürlülüğün önlenmesi ve erken tanınmasına yönelik programların daha etkin ve yaygın hale getirilmesi, hizmetlere ulaşılabilirliği, özel eğitimde okullaşma oranının % 10 yükseltilmesi, rehabilitasyon hizmetlerinde dünya standartlarına ulaşılabilmesi,

sosyal güvencesi olmayan ailelere yönelik sosyal yardım hizmetlerinin geliştirilmesi ve bölgeler arası eşitsizliğin giderilmesi hedeflenmiş, uzun vadede ise uygulanabilir bir sosyal plan oluşturulması hedeflenmiştir. 2007-2013 yıllarını kapsayan 9. BYKP'de özürlü bireylerin eğitimi, aktif işgücüne katılımı, sosyal güvenliği, sağlık hizmetleri gibi konular ağırlıklı olarak yer almaktadır. Özürhükümlerinin ekonomik ve sosyal hayata katılımlarının artırılmasına yönelik, sosyal ve fiziki çevre şartları iyileştirilmesi, özel eğitim imkanları ve çalışma ortamının özel olarak düzenlendiği korumalı işyerlerinin geliştirilmesi kararlaştırılmıştır (<http://plan9.dpt.gov.tr/>).

Türkiye'de Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar oluşturulan engellilerle ilgili politikalar ve bu politikaların günümüze yansıyan uygulamaları temel ilkeler açısından yukarıda kısaca özetlenmiştir. Türkiyede engellilerle ilgili faaliyetler politik yönden ele alınırsa, engelli bireyleri rekreatif faaliyetlere yönlendirme yada spor yapmalarına ilişkin sosyal aktivitelere katılmaları yönünde pek fazla çalışma görülmemektedir. (www.soturkey.com). Sağlık çağımız tıp hizmetlerinin her alanında uygulanan tedavi amaçlı rehabilitasyon, gereğinde tıbbi bir yöntem olarak engelli olmayanlara da uygulanmaktadır. Engelli kişiye bağımsız bir yaşam kazandırılması, rehabilitasyon çalışmaları ile sağlanabilir. Rehabilitasyon uygulamalarında ise daha çok Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımlamaları dikkate alınmaktadır. Engelli rehabilitasyonunda tüm engellileri aynı tanımlamalarda birleştirmek yanlış sonuçlara neden olabilmektedir.

Özetle; engelli yada sakat terimlerinin günlük yaşamda kullanılması ve sosyal boyutları, onların medikal rehabilitasyon alanındaki karşılıklarıyla karıştırılmamalıdır (Çöndü, 1997).

2.10.1.Engellilerle ilgili uluslararası normlar

Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 20.12.1993 tarihinde yapılan 48. toplantısında 48/96 sayılı kararla kabul edilen sakatlar için fırsat eşitliği konusunda standart kurallar, eşit katılım için ön koşullar, hedef alanlar ve yürütme önlemleri içermekte olup, rehabilitasyon başlıklı 3. kural olarak belirtilmiştir. Bu kurala göre; "Devletler engellileri, kendi kendilerine yeterlilik ve fonksiyonellik konusunda optimum bir seviyeye çıkarmak ve onların bu durumda kalmalarını sağlamak için rehabilitasyon hizmetlerini şart koşmalıdır" denilmektedir. Devletler, tüm engel

grupları için ulusal rehabilitasyon programları geliştirmelidirler. Bu tür programların, engellilerin doğal bireysel ihtiyaçlarını gidermeye yönelik olmalarının yanı sıra, tam katılım ve eşitlik prensibi üzerine dayandırılmalıdır. Söz konusu programların zeka eviyesini yükseltici eğitimler, engellilere ve ailelerine danışmanlık hizmetleri, kendine güvenin geliştirilmesi, ihtiyaç halinde değerlendirme ve rehberlik hizmetleri gibi geniş alanı olmalıdır. Bu programlara, çok ağır ya da birkaç türden engeli olanları da kapsayacak şekilde, rehabilitasyon ihtiyacı olan tüm engelliler kabul edilmelidir.

Bütün rehabilitasyon hizmetleri, engellinin yaşadığı yerdeki bölgesel kuruluşta verilmelidir. Engellilerin ve ailelerinin eğitilmiş öğretmenler, rehberler ya da danışmanlar olarak rehabilitasyona aktif katılımları için teşvik edilmeleri şarttır. Devletler rehabilitasyon programlarının oluşturulmasını ya da değerlendirilmesini, engellilerle ilgili kuruluşlardan verilen bilir kişi raporuna göre yapmalıdır.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne ek, 3447 sayılı 09.12.1975 tarihli Engellilerin Hakları Bildirgesi'nin 6. maddesi; "Engelli kişiler, tıbbi, psikolojik ve fonksiyonel tedavi haklarına, düzgün hayat standardı hakkına sahiptirler. Engelli kişinin yetenek ve becerilerini en yüksek düzeye çıkaracak ve onların sosyal beraberliklerini hızlandıracak diğer bütün faaliyetler bu maddenin kapsamına dahildir" hükmünü içermektedir (www.soturkey.com).

2.10.2.Engellilerle ilgili Türkiyedeki mevzuat

Türkiye'de de engelliler eşit haklara sahiptir. Ulusal mevzuatta engellilerin mesleki rehabilitasyon ve mesleki eğitimine ilişkin çeşitli hükümler bulunmaktadır. T.C. Anayasa'sının 42. maddesinde, 'Kimse eğitim ve öğretim hakkından yoksun bırakılamaz. Devlet, durumları sebebiyle eğitime ihtiyacı olanları topluma faydalı kılacak tedbirleri, 61. maddesinde 'Devlet, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlamak için tedbirler alır, ifadeleri yer almaktadır. 27.5.1983 tarih ve 2828 sayılı SHÇEK (2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu) Kanununun 30.05.1997 tarih ve 572 Sayılı KHK ile değiştirilen mesleki rehabilitasyon ve mesleki eğitim ile ilgili madde 9/b bendine göre" Engelli ve yaşlıların tespiti, korunması, bakımı, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını

sağlamak üzere gerekli hizmetleri yürütmek" olarak belirtilmektedir. (www.soturkey.com).

2.10.3.Türkiye’de Engelli bireylerin rehabilitasyonu

Rehabilitasyon, engelli kişinin fizyolojik, anatomik ve çevresel limitasyonları içerisinde mümkün olan en üst fonksiyonel, psikososyal ve mesleki bağımsızlığa ulaştırılması olarak tanımlanmaktadır. Engelli kişilerin rehabilitasyonu bir ekip çalışması gerektirir. Rehabilitasyon üç aşamada gerçekleşmektedir (Özçelik, 1998).

a. *Tıbbi Rehabilitasyon*; Bu süreç içinde asıl amaçlanan, engelli kişinin fiziksel kapasitesini arttırarak onun, günlük yaşamda mümkün olabilen maksimum fonksiyonel bağımsızlığa ulaşmasını sağlamaktır. Türkiye’de mevcut rehabilitasyon merkezleri, toplam yatak kapasitesi açısından ihtiyacı karşılamakta yetersizdir. 1994 yılı verilerine göre fizik tedavi rehabilitasyon merkezlerinin sayısı 4 (İstanbul, Bolu, Ankara, Kastamonu) olup, yatak kapasitesi 775'dir. Sağlık Bakanlığına bağlı diğer hastanelerde bulunan fizik tedavi bölümlerindeki servis yatakları ile bu sayı, 2389’ a çıkmaktadır. Üniversiteler ve özel merkezler bu gereksinimin az bir bölümünü karşılasa da, verilen hizmetin kalitesi; kapasite, kadro ekipman yetersizliği nedeniyle düşüktür.

b. *Sosyal rehabilitasyon*; çevre ve sosyal, kültürel etkinliklerle ilgili binalardaki mimari engellere yönelik çalışmalar yapılmalı, engellinin sosyal ve rekreasyonel aktivitelere katılımı desteklenmelidir. Rekreasyon ek aktiviteleri için engellilerin rahatlıkla gidebilecekleri spor kulüpleri ve diğer sosyal kulüpler tasarlanmalıdır. Tıbbi ve mesleki rehabilitasyonda olduğu gibi sosyal rehabilitasyonda ekip çalışmasını gerektirmektedir. Engellilerin rekreatif faaliyetlere katılımı özellikle sporda kulüpler düzeyinde olmaktadır. Tesislerden yararlanmaları bu şekilde artmaktadır. Zaten antrenör vb. olmadan hareketlerin uygulanması ve öğrenimi zor olmaktadır. Zorluğun en önemlisi mimari yapının elverişsizliğidir. Mesela soyunma dolapları, pota yüksekliği gibi vb. araç gereçlerin kullanılmasında yardımcıya ihtiyaç duyulmasıdır (Özçelik, 1998).

c. *Mesleki rehabilitasyon*; engellinin istihdamından önce;

- Tıbbi yönden engelli kişinin stabil olması
- Yapacağı işi tolere edebilecek enduransa sahip olması
- Çalışmaya psikolojik olarak hazır olması
- Ulaşım probleminin ve çevrede mimari engellerin olmaması, gereklidir.

Engellilerin istihdamında sorumlu devlet kuruluşu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş ve İşçi Bulma Kurumu'dur. T.C Anayasasının 61. maddesi, "Devlet, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır. Bu amaçla gerekli teşkilat ve tesisleri kurar ve kurdurur" demektedir. Engelli kişi terimi; görme, işitme konuşma veya fiziksel engelliler, mental retardasyon ve bunların birlikte görülmesiyle oluşan multipli engelliler olarak sınıflandırılır.

Rehabilitasyon, ayrıca bireyin yeterli eğitim olanaklarından yaralanabilmesi, meslek sahibi olması yani sosyal ve ekonomik olarak bağımsızlaşması ile gerçekleşir. Engellilerle ilgili sağlıklı politikaların oluşturulması için öncelikle Türkiye' deki toplam engelli sayısının bilinmesi gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütünü tahminlerine göre %10-12'nin üstünde olması beklenen engelli oranı, 1985 nüfus sayımına göre % 4,83 olarak tespit edilmiştir. Bu durum, gerçeklerden oldukça uzaktır (www.soturkey.com).

2.10.4.Türkiye’de Engellilerin Eğitimi

Özel eğitim hizmetleri 1924'den 1950'ye kadar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı iken aynı yıl Milli Eğitim Bakanlığı'na (MEB) bağlanmıştır. 1950'den 1980'e kadar ilköğretim Genel Müdürlüğü ihtiyaçların artması sonucu 30.4.1992 tarih ve 3797 sayılı kanunla Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur, 23011 sayılı Resmi Gazete ile son esaslar belirlenmiştir (Okul İçi Beden Eğitimi ve İzcilik Dairesi Başkanlığı, Beden Eğitimi Öğretmeninin Ders İçi ve Ders Dışı Çalışma Rehberi, 1997). Engelliler, özel eğitim kapsamı içinde ele alınır. Özel eğitime gereksinim duyan çocuklar, çok değişik özellikleri olan bir gruptur. Bunlar kendi içlerinde, beden özellikleri, uyum özellikleri, zihin özellikleri ve öğrenme güçlüğü yönünden 4 ana grupta toplanabilirler. Bu bağlamda özel eğitimin amacı; özel eğitim gerektiren bireylerin eğitimi ihtiyaçlarını en iyi bir şekilde karşılayarak onları

toplumla bütünleştirmek ve meslek sahibi yapmaktır (Kalyon, 1997) Türkiye'deki özel eğitim hizmetleri, engel gruplarına göre oluşturulmuş özel eğitim okullarında yürütülmektedir. Özel eğitim gerektiren öğrencilerin kaynaştırma olarak tanımlanan, normal okullarda akranlarıyla birlikte eğitim görmelerine de önem verilmektedir. Türkiye'de halen görme, işitme, ortopedik, zihinsel engelliler, süregen hastalığı olanlar, uyum güçlüğü olanlar, dil ve konuşma güçlüğü olanlar, üstün ve özel yetenekliler olmak üzere 7 ayrı gruba yönelik okul ve kurumlarda eğitim hizmetleri verilmektedir.

Özel eğitim gerektiren bireylerin eğitimlerinin erken çocukluk döneminde başlatılması ve bu çocuklar için okul öncesi eğitimin zorunlu hale getirilmesi, 573 sayılı KHK' nin en önemli düzenlemeleri arasında yer almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2009 yılına ait adrese dayalı nüfus kayıt sistemi (ADNKS) sonuçlarını 25 Ocak 2010 tarihinde açıkladı. İçişleri bakanlığı nüfus ve vatandaşlık idaresi genel müdürlüğü tarafından gerçekleştirilen 2009 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre 31 Aralık 2009 tarihi itibarıyla Türkiye nüfusu 72.561.312 kişi olarak belirlendi (<http://www.tuik.gov.tr>). Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği orana göre, Türkiye'deki "çağ" nüfusunun %14'ünü özel eğitim gerektirenler oluşturmaktadır. Özel Eğitim Genel Müdürlüğü'nün 1997 verilerine göre Türkiye'de öğrenim çağındaki 3-16 yaş grubun içerisindeki engellilerin sayısı 2,5 milyon olarak tahmin edilmektedir. Buna göre mevcut okullaşma oranı %3 civarındadır. Bu oranın ilk planda % 10'a çıkarılması amaçlanmaktadır (Kalyon, 1997).

Özel eğitimle ilgili temel ilkeler şunlardır:

- Özel eğitim, genel eğitimin ayrılmaz bir parçasıdır.
- Özel eğitim gerektiren çocuk, özel durumuna bakılmaksızın hizmetlerden yararlandırılır.
- Özel eğitime erken başlamak esastır.
- Eğitim çocuğun yakınına götürülmelidir.
- Genel mesleki eğitimleri ile rehabilitasyonlarının kesintisiz sürdürülmesi esastır.
- Kaynaştırma için gerekli tedbirler alınır.
- Özel eğitim gerektiren çocukların okul öncesi eğitim, ilköğretim, ortaöğretim, mesleki eğitim ve yaygın eğitim hizmetleri MEB'nca planlanır, ilgili kuruluşlarca yürütülür (Atay, 1999).

a. Okul Öncesi Eğitim: Özel gereksinimli çocukların kaynaştırma programına katılmaları için en uygun dönem okul öncesi dönemdir. Erken çocukluk dönemlerinde eğitimin temel amacı, her çocuğun gelişimini kendi koşullarında en yüksek düzeye ulaştırmak ve güçlendirmektir. Okul öncesi programlar ise çocukların bireysel farklılıklarının müfredatla bağdaştırabilen programlardır. Okul öncesi programlarda ilköğretim programlarından farklı olarak, derslerden çok duyuşal keşifler, ifade becerileri ve aktif katılım önemlidir. Okul öncesi dönemdeki çocuklar, doğal, açık, samimi ve meraklıdır. Birbirlerine ön yargı olmadan yaklaşır. Arkadaşlıklarını spontan olarak kurarlar. Soruları doğal bir meraklılığı gösterir, samimi cevap verildiğinde farklı olan arkadaşlarını kolayca kabul ederler. Onların bu özellikleri, özel gereksinimli akranları ile daha iyi etkileşimde bulunmalarına ve sosyal entegrasyona yardımcı olur (Atay, 1999).

b. Temel Eğitim; Sosyal kabul görme bir gereksinim ve gelişim kuralıdır. Engelli öğrencilerin toplum dışına itilmesi yerine topluma daha kolay kaynaşmaları, bütün eğitim imkanlarından sonuna kadar faydalanmaları ile mümkündür. Engelli çocuklar içinde, okullarda uygulanan eğitim çocukların bireysel farklılıkları, engel grupları, yetenek ve ilgi düzeyleri belirlenecek şekilde düzenlenmesi için çalışmaktadırlar. Fakat rekreatif yönlendirme yolu mesleki nitelik taşımaktadır. Okul öncesi ve temel eğitimle ilgili sorunlarda; ailelerin böyle bir eğitim hakkını bilmemeleri, belirli saatlerde kısıtlı kalması, değerlendirmede araç, uzman yetersizliği ve birey sayısının tam olarak bilinmemesi gösterilebilir (Atay, 1999).

c. Özel Eğitimde Kaynaştırma: Öğretmen sınıftaki diğer öğrencilere yeni arkadaşlarına nasıl davranmaları gerektiği anlatmalı onları bireysel farklılıkları hakkında bilgilendirmeli, birlikte öğrenme için güdülemeli ve engelli arkadaşlarına karşı olumlu tutumlar kazanmalarına yardımcı olmalıdır. Eğer öğretmenin yeterli tecrübe ve bilgisi yok ise, bu konuda istenilene ulaşmakta problemler ortaya çıkar. (Atay, 1999).

d. Engellilerin Mesleki Eğitimi; Engelli bireyler, çocukluktan başlayıp ergenlik

döneminin sonuna kadar geçen süre içinde bir mesleğe karar verme konusunda bazı engellerle karşı karşıyadır. Bu engeller, bireyin özünden/engelinden kaynaklandığı gibi, bireyi mesleğe hazırlayan uygun programların olmayışından da kaynaklanabilir. MEB tarafından 1993 yılında yayımlanan bir genelge ile özellikle kırsal kesimdeki engelliye ulaşabilmek ve onun mesleki eğitimini sağlayabilmek için bir çalışma başlatılmıştır. Bu olanaktan bir buçuk yıl içinde 4000 engelli yetişkin yararlanmıştıdır (Atay, 1999). Mesleki eğitimle ilgili uluslar ve ulusal normlar ise, Türkiye tarafından 389 tarih ve 3581 sayılı kanunla onaylanan Avrupa Sosyal Şartı'nın engellilerin mesleki rehabilitasyon ve mesleki eğitimine ilişkin maddeleri aşağıda belirtilmiştir; çalışma hakkı başlıklı 1. maddenin 4. fıkrası; "Uygun mesleğe yönlentmeyi, eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerini sağlamayı veya geliştirmeyi taahhüt ederler". Hükmünü içermektedir. Mesleki eğitim başlıklı 10. maddenin 1. fıkrası; "Gerektiğinde engelliler dahil herkese çalıştıran ve çalışanların örgütlerine danışarak teknik ve mesleki eğitim olanağı sağlamayı taahhüt ederler" hükmünü içermektedir. 14.6.1973 tarih ve 1739 sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu'nun 8. Maddesi, " Özel eğitime ve korunmaya muhtaç çocukları yetiştirmek için özel tedbirler alınır" hükmünü içermektedir (Bilir, 1986). İİBK (İşçi ve İş Bulma Kurumu) İşgücü Yetiştirme Geliştirme Yönetmenliğinin Resmi Gazete'de yayımlanan maddesi, (madde 27) "sakatlara mesleki nitelikler kazandıracak onların iş bulmalarını kolaylaştırmak ve kendi işini kurarak geçimlerini sağlamalarına yardımcı olmak üzere, kurumca kayıtlı olanlar arasında oluşturulacak gruplara, sakatlık türleri de dikkate alınarak, çalışabilecekleri işlere uygun mesleklerde kurslar düzenlenebilir" hükmünü içermektedir (Bilir, 1986).

İş ve İşçi Bulma Kurumu, ülke genelinde her yıl 15-20 kurs düzenleyebilmekte ve 300-350 engelliye kısa süreli mesleki eğitim verebilmektedir. 1978-1998 yılları arasında toplam 330 kurs açılmış ve 4692 engelli vatandaş bu kurslardan faydalanmıştır. Kurslar, genel aşağıdaki mesleklerde düzenlenmiştir.

- Bilgisayar operatörlüğü
- Örgü makine işçiliği
- Mücevher işçiliği
- Seramik süslemeciliği
- El ve makine dikişçiliği

- Çorap ve örgü makine işçiliği
- Ciltçilik
- Ayakkabı tamirciliği
- Daktilografi
- Telefon santralı operatörlüğü
- Ambalaj işçiliği
- Matbaa işçiliği

İş ve İşçi Bulma Kurumu (İİBK) nun Ankara'da bir mesleki rehabilitasyon merkezi bulunmaktadır. Burada, yılda iki dönem halinde 80 civarında engelliye, konfeksiyon, trikotaj, gümüş işlemeciliği, seramik el sanatları dallarında mesleki eğitim verilmektedir. İİBK' nin 1998 yılında öz kaynağından engellilerin mesleki eğitimi için ayırabilmiş olduğu meblağ, 101.650.000.000 TL' dir. Kuruma kayıtlı engellilerin %75'inin herhangi bir mesleğinin olmadığı dikkate alınacak olunursa, engellilere yönelik bu hizmeti yeterli görmek mümkün değildir.

Görüldüğü gibi engellilerin rekreatif etkinliklere genelde katılımı mesleki yönde gerçekleşmektedir. Yapılan el örgüsü gibi şeyleri bireylerin maddi kazanç için yapmaları etkinliklerin rekreatif özelliğini kaldırmaktadır. O halde engelliler için rekreatif faaliyetler daha geniş kapsamlı ele alınmalıdır. (Bilir, 1986).

2.10.5.Türkiye’de Engelli İstihdamı

Engellilerin istihdamında öncelikle kabul edilmesi gereken konu, engellilerin sağlam insanlara göre istihdam edilmeye daha çok ihtiyaç duymalarıdır. Batı dünyasında engelliler için 19. yüzyılda gelişen ilk hizmetler, kurumsal bakım ve eğitime dayanmakta ve daha çok özel kurumlar aracılığıyla yürütülmekteydi. Dünyada, nüfusun giderek artması sonucu kaynakların kullanım biçimi, daha önce var olan nedenlerin bir bakıma değişerek artmasına sebep olmuştur. Örneğin, trafik kazaları (%30), tarımsal kazalar (%20), ev kazaları (%18), iş kazaları ve meslek hastalıkları (%10), spor kazaları (%10) hava su ve besin kirlenmeleri, sanayileşen ve kentleşen toplumlarda ortaya çıkarak yeni tür engellilere neden olmuştur. Sayıları ülke nüfuslarının % 10 oranında olan engellilerin engelleri dışında kalan bedensel ve zihinsel yeteneklerini kullanamamaları, ülke ekonomisine bir yük olarak değil her toplum için kaybedilmiş ekonomik değerler olarak görülmelidir. Çünkü iyi bir

düzenleme ile engellilerin kendilerine uygun işlerde çalıştırılmaları durumunda, engellilerin emeğinden en az sağlam kişiler kadar faydalanmak mümkün olabilmektir. Bu yüzden engellilerin işe yerleşmeleri sonucu iktisadi hayatta ortaya çıkan olumlu görünüş, engellilerin istihdam dışı kalmaları durumunda önemli ekonomik kayıplara neden olabilir. Çağdaş demokrasi anlayışına göre şekillenen toplumlarda, insanların fakir, cahil, engelli, genç, yaşlı, kadın ya da erkek biçiminde nitelendirilmesi onların haklarını kullanmalarını engellememektedir. Diğer taraftan bir ülkenin kalkınmışlığı ve sosyal açıdan gelişmişliğini belirlemede aranan ölçütler sadece demir çelik üretimi veya eğitime ayrılan pay değildir. Hastalara, engellilere ve yaşlılara yapılan yardım ve verilen hizmetler ile engellilerin istihdam oranları da artık önemli ölçütlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Tüm bu açıklamaların genel çerçevesine baktığımızda anlıyoruz ki, günümüz devletlerinin çağdaş uygulamaları eğer "sosyal devlet" ve "hukuk devleti" anlayışı içinde yapılıyorsa; engellilere ilişkin sorunların başında gelen istihdam sorunu çözüme kavuşturulmalıdır. Engellilerin istihdamına ilişkin hükümlerin yer aldığı temel yasalar ise, 1475 sayılı İş kanunu ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunudur. Şu andaki yasalar çerçevesinde kamu ve özel sektörde engelli çalıştırma zorunluluğu % 3 olarak uygulanmaktadır. Terör eylemleri nedeniyle şehit olan ve çalışamayacak derecede malul kalan kamu görevlileri ile er ve erbaşların yakınlarından malul olup da çalışabilir durumda olanların istihdamı ile ilgili olarak 50 ve daha fazla işçi çalıştıran işyerleri, % 2 oranında çalışabilir durumda malul çalıştırmakla yükümlü kılınmıştır. Engellilerin istihdamı konusunda temel istatistiksel rakamlar iş ve işçi bulma kurumu istatistiklerine dayanmaktadır. 1997 yılı sonu itibariyle 1177 kamu ve 6961 özel sektörde olmak üzere toplam 8138 olan engelli işçi kontenjan sayısı % 27.62'lik bir artışla 1998 yılı sonunda 1063 kamu, 9323 özel sektör olmak üzere toplam 10386'ya yükselmiştir. Aralık 1998 tarihi itibariyle iş ve işçi bulma kurumuna kayıtlı engellilerden 1410 kamu, 5441 özel sektörde olmak üzere toplam 6851 kişi işe yerleştirilmiştir (www.soturkey.com/engellilerarastirmasi).

2.11. Sporun Engelliler İçin Önemi

Spor engelli bireyin kendi kararlarını verme yeteneğini geliştirerek, bağımsızlık duygusunun artmasına yardımcı olur. Engelli bireyin sahip olduğu

sosyal çevreyi geliştirir ve iletişim becerilerinin artmasını sağlar. Engelli bireyin kendi beceri ve yeteneklerine olan inancını artırarak, özgüven gelişimine yardımcı olur. Engelli bireyin sahip olduğu engel nedeniyle yaşadığı psikolojik gerginlik ve bunun sonucu oluşan sosyal sorunları aşmasında önemli rol oynar. Engelli bireyin kendini toplumdan soyutlamasını engeller ve hayata bağlamasına yardımcı olur (Ortopedik Özürlüler Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Aile Eğitim Rehberi, 2007). Spor kişilere özrüyle mücadele etmeyi ve özrünü azaltmayı öğretir. Spor ile kendi kendine sınırlarını aşma gücü olduğunu fark eder. Dolayısıyla her türlü sportif etkinliğin yapılmasıyla bedensel kayıpların önemli ölçüde giderilme olanağı vardır (Kalyon, 2001). Sportif etkinlikler sonucu engelli birey rahatlar, iyi vakit geçirir ve eğlenir. Sporun zihinsel ve fiziksel kapasitede sağladığı gelişme ile motor, denge, el-göz koordinasyonunda sağladığı iyileşme engellinin eğitiminde ve rehabilitasyonunda olumlu etkiler yapar. Engelli bireyin aktivitelerde sergilediği performans kişilik gelişimine yardım ederken toplum tarafından engelli olmanın ötesinde sporcu olarak kabul görmesini sağlar.

Engelli bireyin entelektüel kapasitesi ve problem çözme yeteneği artar.

Spor, engellinin ailesi tarafından yeteneklerinin farkına varılarak kabul görmesini sağlar (Ortopedik Özürlüler Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Aile Eğitim Rehberi, 2007). Bazı spor dalları kol kaslarının gelişmesine yardım ederek kendilerine bakma konusunda bağımsızlık kazanmalarını teşvik eder. Spor aktivitelerine katılmak kendini önemseme duygusunun yeniden kazanılmasına, pozitif mental davranışların ve tekrar sosyal hayata entegrasyonuna yardımcı olur (www.delineticiler.net,2009).

2.12. Kalite Kavramı

2.12.1. Kalitenin tanımı

Kalite farklı kişiler tarafından çeşitli tanımları yapılmış bir kavramdır. Bu çeşitlilik kalitenin hemen hemen her alanda kullanılan bir terim olmasından kaynaklanmaktadır. Yine de bu tanımlamalar genel itibariyle birbirine yakın ya da benzerdir. Crosby'e göre kalite, bir ürünün gerekliliklerine uygunluk derecesidir. (Crosby, 1979). - Juran'a göre kalite, kullanıma ve standartlara uygunluktur (Juran,

1997). Gürbüz'e göre dinamik bir yapıya sahip olan kalite, ürünün, hizmetin, insanların, süreçlerin, çevrenin ve müşterilerin beklenti veya ihtiyaçlarını karşılması veya geçmesidir (Çimen ve Gürbüz, 2007). Şimşek'e göre kalite, bir mamul veya hizmetin önceden belirlenen standartlara uygunluk göstermesi olarak tanımlanmaktadır. Bütün işletme ve hizmet alanlarında kalite işletmelerin daha fazla kar etmeleri için değil, varlıklarını sürdürebilmeleri için zorunlu hale gelmiştir (Şimşek, 2007).

Yukarıdaki tanımlamalar da göz önüne alındığında, kalite, en genel anlamıyla amaçlara uygunluk olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım hem hizmet hem de üretim sektörünü içine alan çok genel bir anlam içermektedir. Daha sonra kalite kavramı daraltılarak kullanıma uygunluk şeklinde ifade edilmiştir. Bu tanımın içerisine daha net bir kelime eklenerek kalite, bir malı veya hizmeti eksiksiz üretmektir şeklindeki klasik tanımına ulaşılmıştır. Ancak, "eksiksiz" sıfatlaması görece bir sözcük olduğundan, yine istenilen tanıma ulaşamamış ve günümüz rekabet koşullarına göre yeniden tanımlanmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bugün kalite üretilen mal veya hizmetin müşterinin isteklerine uygunluk derecesi olarak tanımlanmaktadır (Karlı, 1997).

Verimlilik

En genel anlatımıyla, üretim sürecine sokulan çeşitli faktörlerle (girdiler) bu sürecin sonunda elde edilen ürünler (çıktılar) arasındaki ilişkiyi ifade eden verimlilik, savurganlıktan uzak, kaynakları en iyi biçimde değerlendirerek üretmek demektir. Bundan dolayı teknik anlamda verimlilik, "üretilen mal ve hizmet miktarı ile bu mal ve hizmet miktarının üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki oran" olarak tanımlanır ve genellikle bu ölçü, çıktı/girdi olarak formüle edilir. Ancak, ekonominin dışındaki alanların da giderek daha çok incelemeye tabi tutulması ve ülkelerin gündemlerinin ön sıralarında yer alır hale gelmesi sonucu, verimlilik tanımında da değişiklik gözlenmeye başlanmıştır. Verimlilik denince artık, elde edilen ürün ve hizmetin kalitesini yükseltme, çevreyi ve doğal yapıyı koruma, çalışanlara en iyi yaşam ve çalışma koşullarını sağlama ve bu arada birim girdi başına üretim miktarını artırma çabaları birlikte düşünülmektedir. Toplam verimlilik anlayışı içinde ise verimliliği, çeşitli üretim ve çevre faktörleriyle teknolojik, ekonomik ve örgütsel yeteneklerin bir bileşimi olarak tanımlamak mümkündür. Verimlilik çoğu işletmede kullanılabilirlik kolaylığından ve

basit bir ölçüt olması nedeniyle yaygın şekilde kullanılan bir performans ölçütüdür. (Yükçü ve Atağan,2009)

2.12.2. Yaşam kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı ile ilgili olarak bir takım anlayış farklılıkları gözlenmektedir. Bu farklılıklar kalite ile ilgili bazen sağlık algılaması bazense sosyal algılamının ön plana çıkmasından kaynaklanmaktadır. Çünkü kimi araştırmacılara göre yaşam kalitesi sosyal durumu ifade etmekte iken kimilerine göre ise sağlık için başkalarına bağımlı olmama kavramlarıyla ifade edilmektedir.

Yaşam kalitesi ilk kez 1939'da Thorndike tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" ile tanımlanmıştır. Hoernquist; yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda doyum sağlama ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır (Bilgin ve ark., 1985). Genel olarak "kalite" iyiliğin bir derecesidir. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içeren geniş bir kavramdır. Mendola ve pelligrini yaşam kalitesini" bireyin algıladığı bedensel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum" olarak tanımlarken Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları şeklinde tanımlamıştır (Baydur, 2010).

Yaşam kalitesi kavramı sezgi ile anlaşılmasına karşın sosyal bilimciler, sağlık hizmetleri çalışanları ve klinisyenler için tanımlaması zordur. Bu kavram bilimsel makale yazarları tarafından önceleri sıklıkla açık tanımlı yapılmaksızın kullanılmıştır. Ancak günümüzde yaşam kalitesinin açık bir şekilde tanımlanması gerektiği savunulmaktadır (Ganz,1994).

Yaşam kalitesini tanımlayacak pek çok kelime kullanılmaktadır. Dolayısıyla bu durum kelimelerin kullanımında bazı sorunlar oluşturmaktadır. Birincisi, yaşam kalitesinin tek bir anlam içermemesi, ikincisi ise kelimelerin çağrıştırdığı anlamlardan kaynaklanmaktadır (Kırdök, 2005). Yaşam kalitesi, bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumudur. Bir çok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yaşamın "iyi" olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan yaşamdan keyif alması sayılabilir. Herhangi bir hastalık sonucu gelişen ağrı ve ağrının yol açtığı fonksiyonel kısıtlanmalar, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarının yardımını gerektirir ve kişinin yaşam kalitesini azaltır. Yaşam kalitesi;

yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik ve sosyal iyilik bileşenlerinden oluşmaktadır (Baysal, 1991, Bowling, 1998).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini, “bireyin, gerek kültürel içinde bulunduğu ortamın değer yargıları, gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri doğrultusunda, yaşamda kendi durumunu algılama biçimi” olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesinin belirlenmesinde, bireyin kişisel durumu, sorunlarıyla başa çıkma yolları, inançları, emosyonel ve sosyo-kültürel durumu temel faktörler olarak ele alınmaktadır (International Classification of Functioning, Disability, and Health. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2001).

Mc Daniel ve Bach, yaşam kalitesinin dört temel özelliğinden bahsetmektedirler (Arslan ve Gökçe-Kutsal, 1999):

- a) Dinamik özelliği (zaman içinde değişim gösterebilmesi),
- b) Çok boyutluluk,
- c) İnteraktif olması (bireyler ve çevre ile oluşan etkileşimden etkilenmesi),
- d) Bireyin beklentileri ve yaşamdaki olaylara uyum göstermesi.

2.12.3. Yaşam kalitesi ile ilgili kavramlar

Sağlık Durumu, Sağlık Algılaması

Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık ile ilişkili farkındalık bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel bir değerlendirmedir. Söz gelimi insanların bir kısmı daha fazla kronik hastalık nedeniyle sorun yaşarken kendilerini sağlıklı hissetmekte, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi bulunmazken bile kendilerini hasta olarak görmektedirler (Muldoon ve ark., 1998, Wilson ve Cleraly, 1995).

Fonksiyonel Durum

Fonksiyonel durum, bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için, günlük aktivitelerini yerine getirmedeki yeterliliğidir (Muldoon ve ark., 1998, Leidy, 1994). İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki fonksiyonları içermektedir (Wilson ve Cleraly, 1995). Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişi kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabilir (Flanagan, 1978).

Ruhsal Durum

Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere verilen duygusal cevaptır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, sağlık ile ilgili farkındalığını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır (Fries ve Singh, 1996, Wilson ve Cleraly, 1995, Anderson, 1995, Moody ve ark., 1990).

Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK)

SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, zihinsel ve sosyal alanı ifade eder. SİYK ölçütleri, sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (Wilson ve Cleraly, 1995, The Whoqol Group : What quality of life. World Health Forum, 1996, Fidan ve ark., 2003). Genel olarak SİYK değerlendirmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (Ware , 1994, Tesla ve Nackley, 1994).

Yaşam kalitesi, bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumudur. Birçok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yaşamın ”iyi” olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan yaşamdan keyif alması sayılabilir. Herhangi bir hastalık sonucu gelişen ağrı ve ağrının yol açtığı fonksiyonel kısıtlanmalar, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarının yardımını gerektirir ve kişinin yaşam kalitesini azaltır. Yaşam kalitesi; yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik ve sosyal iyilik bileşenlerden oluşmaktadır (Baysal, 1991, Bowling, 1998). Yaşam kalitesi, yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır. Yaşam kalitesi kavramı içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunur (Benner, 1985, Ziller, 1975). Bunun dışında klinisyenler yaşam kalitesi konusunda olumlu görüş bildirirken, günlük uygulamalarına pek yansıtmadıkları da bilinmektedir (Fitzpatrick ve Et, 1992).

Bireyin yaşamında kendisi için önemli olan alanlarda doyum ve mutluluğu, yaşam kalitesi olarak değerlendirilmektedir. Birçok çalışmada “yaşam doyumu”

veya “öznel iyilik durumu” olarak bilinen kavram, toplam yaşam kalitesi olarak adlandırılmaktadır. Yaşamın zenginlik ve ödüllendirme, mutluluk ve ağrı gibi birçok yönü yaşam kalitesini etkilemektedir (World Health Organisation, 1958, Fries ve Singh 1996, Cooley, 1998).

2.12.4. Yaşam Kalitesi Alanları

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre yaşam kalitesinin alanlarının değerlendirildiği maddeler aşağıda sıralanmıştır (Whoqol Group, 1996).

Fiziksel Sağlık

- Ağrı, rahatsızlık
- Enerji, halsizlik, yorgunluk
- Uyku, dinlenme

Psikolojik Durum

- Pozitif düşünceler
- Düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon
- Beden imajı ve dış görünüş
- Negatif düşünceler

Bağımsızlık Düzeyi

- Hareket edebilme
- Günlük yaşam aktiviteleri
- İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma
- Çalışma kapasitesi

Sosyal İlişkiler

- Kişisel ilişkiler
- Sosyal destek
- Seksüel aktivite

Çevresel Özellikler

- Fiziksel güvenlik
- Ev çevresi
- Finansal kaynaklar
- Sağlık ve sosyal bakıma ulaşabilme ve kalite

- Yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı
- Fiziksel çevre (Hava kirliliği, gürültü, trafik iklim)

Maneviyat İle İlgili Özellikler

- Ruhsal / dinsel / kişisel inançlardır.

2.12.5. Yaşam kalitesini etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelerken yaşam kalitesini tanımlamada oluşan farklılığın burada da karşımıza çıktığını görmekteyiz. Bu durum ise bu alanda çalışan kişilerin farklı açılardan yaklaşımlarından doğmaktadır. Örneğin sosyal bilimler alanında çalışanlar daha çok psikolojik ve sosyal iyilik hali üzerinde dururken; tıp bilimi ise biyolojik, psikolojik ve klinik sonuçlar açısından değerlendirme yapmaktadır (Arslan ve Gökçe-Kutsal, 1999). Dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyen faktörlerde de farklılıkların görülmesi doğaldır (Eyigör, www.geriatri.org).

Yaşam kalitesini etkileyen faktörleri şu şekilde ifade edebiliriz.

Bireysel Özellikler: Cinsiyet, yaş ve doğuştan getirilen bazı kalıtsal özellikler

Sosyal Değişkenler: Toplumun sosyal desteğini gösteren değişkenlerdir. Kişinin kendini güvende hissetmesi, yaşadığı toplumda izolasyona maruz kalmaması, saygınlığının sağlanması gibi çok geniş değişkenleri içermektedir.

Ekonomik Değişkenler: Kişinin emeklilik döneminde insani koşullarda yaşamını sürdüreceği düzeyde geçimini sağlayacak bir gelir varlığı ve bu gelirin sürekliliğidir.

Psikolojik, Moral Değişkenler: Kişinin genel mutluluk ve doyum duygularının yer aldığı değişkenlerdendir.

Çevresel Değişkenler: Kişini yaşadığı fiziksel çevrenin, kişinin hareket kabiliyetini ve sağlık durumunu iyileştirici şekilde düzenlenmesi yaşam kalitesini olumlu derecede etkilemektedir (Keskinoglu, 2010).

2.12.6. Engellilerde Yaşam kalitesi ve spor

Yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalara bakıldığında spora katılımın engelli bireylerde yaşam kalitesini geliştirdiği yönünde pek çok çalışma olduğu görülürken (Santiago ve Coyle, 2004, Ploeg ve ark., 2008, Devine, 2004) Türkiye’de bu tür çalışmaların oldukça az olduğu dikkati çekmektedir. Sağlıklı bireyler ile kıyaslandığında engelli bireylerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu

düşünülmektedir.

Fiziksel aktivitelere katılım ve boş zaman aktivitelerinin yaşam kalitesini arttırdığı bilinen bir gerçektir. Engelli bireylerin fiziksel ve günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizlikleri spora katılımı da etkilemektedir. Evinde bile bağımsız olamayan bir engelli dışarı çıkmak ya da spor yapmak için yeterli gücü ve cesareti kendinde görememektedir. Groff ve arkadaşlarının 18 yaş üstü 483 SP si' li hasta ile yaptıkları çalışmada (Groff, 2009) spora katılımın, yaşamdan zevk alma, iyi hissetme, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme gibi aktiviteleri olumlu etkilediği bulunmuştur. Spora katılımı yüksek olan engellilerin yardımcı alet kullanma becerileri gelişmekte ve spor yapmayanlara göre daha sağlıklı olmaktadır. Spor ve rekreasyonel aktiviteler yaşam kalitesini artırırken engelli bireylerin topluma entegrasyon süreçlerinde nelere ihtiyaç olduğunun farkına varılmasını da sağlar. (Devine, 2004). Devine, boş zaman aktivitelerine katılan 14 engelli birey ile yaptığı çalışmada sosyal kabulün karakteristiklerinin insanlar arası rahat ve keyifli iletişim, bir gruba dahil olma duygusu ve eşit statüde ilişki kurma fırsatı olduğunu saptamıştır. Spor ve rekreasyonel aktiviteler tüm bunlara olanak tanıyan konulardır. Spor yapan bireylerin sosyal kabulü artacağı için sosyal izolasyonları azalmaktadır. Boş zaman aktivitelerinin insanları birbirine bağlama, engeli olan ile olmayan arasında köprü kurma rolü vardır. Yeteneklere yoğunlaşılır ve ortaklıklara odaklanılır. Kişinin engeline değil de rekreasyonel aktivitedeki hedefe odaklanılır. Emosyonel durum alt grubu pek çok çalışmada vurgulanmıştır. Muraki ve arkadaşları (Muraki ve ark., 2000). 169 erkek spinal kord yaralanmalı olgu üzerinde yaptıkları çalışmada, spora katılımın yüksek olduğu durumlarda depresyonun düşük olduğunu bulmuştur. Yine aynı çalışma egzersiz sıklığı arttıkça egzersizin psikolojik faydalarının da arttığını belirtmektedir. Bu, sporun fiziksel faydaları ile de bağlantılı olabilir. Fiziksel kapasite arttıkça bağımsızlık artar ve psikoloji düzelir.

Spora katılım engelli bireyi sosyal açıdan desteklediği için sosyal izolasyonu azaltmakta, bağımsızlığı arttırarak emosyonel durumu düzeltmekte ve fiziksel aktivite oranını da arttırmaktadır.

2.13. Depresyon

Günümüz toplumlarında insanlığın fizyolojik ve psikolojik sağlığını tehdit

eden olumsuzluklar da artış gözlenmektedir. Bu olumsuzluklardan biri de depresyondur. Depresyon çocukluk, gençlik, olgunluk ve yaşlılık gibi yaşamın her döneminde ortaya çıkabilen, oldukça önemli ruhsal bir hastalıktır. Önemsenmeyip tedavi edilme yoluna gidilmediği takdirde daha ciddi patolojik sorunlara sebebiyet verebilecek bir rahatsızlıktır. Depresyon için tamamen psikolojik bir rahatsızlık demek de tam anlamıyla doğru olmasa gerek. Çünkü depresyonun psikolojinin yanında sosyal, fizyolojik ve fiziksel olguları da içerdiğini göz ardı etmemek gerekmektedir. Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması ve kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (Çevik ve Volkan, 1993).

Depresyon, üzüntü ve enerji azalmasının yanısıra kaygı, yorgunluk ve umutsuzluk gibi durumların belirginlik kazandığı patolojik bir durum (Gürün, 1991) olup, motor hareketlerde yavaşlama ve engellenme ile birlikte keder durumudur (Koptagel,1985).

Günümüzde, depresyon o kadar yaygındır ki, bazen psikiyatri alanının soğuk algınlığı olarak tanımlandığı olur. Hepimiz hayatımızın bir döneminde az da olsa bir miktar depresyon yaşarız. Yaklaşık her 100 erkeğin ikisinin ve her 100 kadının dördünün, belli bir zamanda depresif rahatsızlık geçirme olasılığı vardır (Blackburn, 1992).

Ruhsal bozukluklar alanında depresyon kadar sık ve yaygın görülen, hakkında pek çok araştırma yapılan ve yeni tedavi olanakları yaratılan bir hastalık yoktur. Son araştırmalar, toplum içinde depresyonların toplumun %20'sini etkilediğini göstermektedir. Depresyon sık görülmesi, yüksek kronikleşme eğilimi ve intihar riski nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (Gabbard, 1995).

Depresyon; normal, geçici, anlık bir emosyondan bir hastalığın herhangi bir belirtisi ya da tam anlamıyla bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınmaya kadar birçok şeyi kapsayabilen bir kavram olarak kullanılabilir. Bazen günlük düş kırıklıklarının bir yansıması, doğal yaşantı, bir uyum yanıtı veya insan varlığının ölümle yüzyüze geleceği ontolojik durumuna evrensel bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Bazı varoluşsal (egzistansiyel) krizler ağır depresyonu tetikleyebilir. Çoğu afektif dalgalanmalar normaldir, göreceli olarak iyi, geçici ve geri dönüşlüdür (Karasu, 1990).

Depresyon, bebeklikten yaşlılığa; hayatın her döneminde olur. Bebeklikte, hastanede yatırılan bebeklerde anne yoksunluğuna bir tepki olarak anaklitik (Annenin çocuktan ayrı kalmasıyla oluşan depresyon) depresyon, gençlik döneminde intihar riski yüksekliği ve karmaşık belirtilerle birlikte, erişkin ve yaşlılık döneminde de yine kendilerine özgü değişik belirtilerle ortaya çıkar. (Carlson ve Kashani, 1988).

Depresyon oldukça yaygın bir hastalıktır. Herhangi bir zamanda depresif belirtiler gösterenlerin oranı yaklaşık %15-20'dir. Bu oran içinde yer alanların en az %12'sinin yaşamlarında herhangi bir zamanda tedavi gerektirecek kadar ağır depresyonlu olduğu saptanmaktadır. Yetişkin nüfusun yaklaşık % 20'si yaşamlarının bir döneminde depresif bir hastalık geçirmeye yatkındır (Weissman ve Klerman, 1980). Yapılan çalışmalar, yüksek prevalans hızının yanı sıra, depresyonun son 25 yılda 10-20 kat arttığını göstermektedir (Hagnell ve ark., 1982). Depresyonlu hastalar psikiyatri servislerinde yatan hastaların yaklaşık %75'ini oluşturmaktadır (Fennell ve ark., 1989). Türkiye'de bu oranının biraz daha düşük olduğu söylenebilir.

Bir depresyon atağının ortaya çıkması için her zaman çok etkileyici ani bir olayın olması gerekmez. Bazen çok basit sayılabilecek duygusal durumlar da bunu tetikleyebilir. Depresyon, yetişkinlerde ve çocuklarda sık görülen duygu durum bozukluğudur. Depresyon duygu, düşünce ve davranışı etkileyen, tedavi edilmediği takdirde aylar, yıllar bazen de ömür boyu süren (Tekin ve ark., 1996) bir durumdur. Bu anlamda depresyon normal, geçici, anlık bir duygudan, bir hastalığın herhangi bir belirtisi ya da tam anlamıyla bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınmaya kadar birçok şeyi kapsayabilen bir kavram olarak kullanılabilir.

(Yüksel,2001). Genellikle basite indirgenip çok önemsenmeyen üzeri sürekli kapatılan duygu durumları belirli bir noktadan sonra yaşamı olumsuz etkileyen karmaşıklığa sürükleyebilir. Derin üzüntülü bir duygu durum içinde, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir durum ortaya çıkabilir (Sharon ve Judith, 1997).

Bu rahatsızlıklar genellikle kişinin normal işlev görmesini engelleyici ve acı vericidir. Bu acı yalnızca hastayı değil, hastanın yakın çevresini de etkiler. Öte yandan yarattığı iş gücü kaybı ile ekonomik açıdan ciddi bir yük getirmektedir (veritaspsikiyatri.net, 2011). Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilgi azalması ve kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik kaygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (Güler, 2006).

Epidemiyolojik verilere göre, ortalama olarak her ülkede genel nüfusun %20–30’unda depresif belirtilere rastlanmakta, %10–15’inde ise bu belirtiler hekim desteği gerektirecek düzeydedir. Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı kadınlarda %20–26, erkeklerde ise %8–12 ‘dir ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde en sık karşılaşılan ruhsal sorun depresyondur (Bahar ve Taşdemir, 2008). Majör Depresif Bozuklukluğun Türkiye’de görülme sıklığı kadınlarda %10–25, erkeklerde ise %5–15 arasındadır. Türkiye’de yapılan araştırmalarda da depresyon oranı kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur (Doğan, 2000). Kadınlarda en çok 35–45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmektedir (Öztürk, 2001). Cinsiyet farklılığının getirdiği bedensel ve hormonal özelliklerin kadınlarda daha sık görülmesini kadınları depresyona daha yatkın kıldığı düşünülebilir. Ayrıca kadınların erkeklere oranla duygusal sorunlarından daha kolay söz edebilmeleri de etkenlerden biri olabilir (Bahar ve Taşdemir, 2008).

Depresyonun nedenlerine ilişkin çalışmalar günümüzde özellikle moleküler biyoloji ve beyin görüntüleme teknolojilerindeki gelişmeler sayesinde oldukça yol kat etmiştir. Ancak depresyonun etiyolojisi halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Bunun nedeni depresyonun belirli bir hastalık olmaktan çok, bir sendrom olması, farklı alt gruplarının olması ve oluşumunda çoğul etkenlerin rol alması olabilir Depresyonun

nedenleri ile ilgili çok sayıda hipotez öne sürülmüştür. Genel görüş ise depresyonun nedenlerinin çoğul etkenli olduğudur. Çoğu olguda genetik, biyolojik ve psiko-sosyal etkenlerin birbirleriyle etkileşmesi olasıdır (Yemez ve Alptekin, 1998).

2.13.1. Depresyon teriminin günümüz psikiyatrisindeki anlamları:

Normal bir duygulanım olarak Depresyon:

Yaşamın her döneminde her insanda rastlanabilecek normal bir duygu halini anlatır. Günlük dildeki karşılığı ile depresyon, insanın kendisi için önem taşıyan bir şeyini yitirdiği zaman yaşadığı hüznün durumudur. Üstelik depresif duygulanım normal bir insanın yaşantısında çok sık bir şekilde ortaya çıkabilir. Üzüntü, moralsizlik, bıkkınlık, hayal kırıklığı gibi depresyonla bağlantılı durumlar insanların günlük yaşamları içinde sık sık karşılaştığı durumlardır (Türkçapar, 2009).

Ruhsal Bir Belirti Olarak Depresyon:

Psikiyatride depresyon günlük yaşamın üzgün geçtiği, hüznün ve mutsuzluğun egemen olduğu normal dışı bir duygu durumunu anlatmak için kullanılır. Depresyon bu anlamıyla bir belirtidir ve birçok rahatsızlığa eşlik edebilir. Psikiyatri kliniğine bu yakınmayla başvuran hastaların çoğu tam bir depresif atağın özelliklerini taşıyor olabilir ya da başka bir ruhsal rahatsızlığa tutulmuş olabilir. Depresif belirtiler başta psikiyatrik bozukluklar olmak üzere birçok nörolojik ve medikal hastalığa eşlik edebilir. Depresif belirti olarak ortaya çıkan durumlar bazen kişilerin sosyal çevrede yaşamış olduğu olaylara verdiği bir tepki de olabilmektedir (Türkçapar, 2009).

Psikiyatrik Bir Hastalık Olarak Depresyon:

Depresyon, daha önceleri melankoli de denen, belli bir grup belirti kalıbıyla giden ve bazen döngüsel bir nitelik gösteren bir ruhsal rahatsızlıktır. Depresif rahatsızlıklar bugünkü sınıflamalarda tek bir bozukluk şeklinde görülmemekte ve farklı anksiyete olarak sınıflandırılmaktadır (Türkçapar, 2009).

2.13.2. Depresyonun nedenleri

Depresyonun oluşumuna sebep olan birçok sebep vardır. Burada sadece bazılarını

yönelik olarak kısaca bilgi verilecektir.

Biyolojik Nedenler:

-Biyokimyasal nedenler: Noradrenalin ve seratoninin azalması veya artmasına göre depresyon ya da mani durum ortaya çıkmaktadır.

-Hormon bozuklukları: Depresyonlu hasalarda hipofizden aşırı ACT salgılanmakta, bu adrenal bezlerden çok fazla kortizol salınımına neden olmakta ve depresyon ortaya çıkmaktadır.

-Kalıtsal yatkınlık

Psikolojik- psikodinamik Nedenler:

Çeşitli yaşam olayları, kişinin sosyal statüsünü sarsan olaylar depresyona neden olabilmektedir (Alper, 1999). Depresyonun etyolojisini açıklamaya yönelik çalışmalarda risk etkenleri üzerinde ayrıntılı olarak durulmaktadır. Hastalığın ortaya çıkmasında tek bir risk etkeni sorumlu tutulmamakta, genetik yapının, çevreyle olumsuz etkileşim ve bunun zamanlaması önemli bulunmaktadır. Ailesel yatkınlık, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyinin düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar, 18–44 yaşlar arasında olmak, işsiz ve bekar olmak, düşük sosyoekonomik durum depresyon için risk etmeni olarak görülmektedir (Yemez ve Alptekin, 1998). Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel (ekinsel) konumu, kadını depresyona yatkın kılmaktadır. Sinir ve hormon dizgeleri arasında yakın bir etkileşimin olması, kadına özgü hormonların etkilerinin davranışlarına yansımaya neden olmaktadır. Kadına anne olma donanımını sağlayan üreme dizgesi, kadına zaman zaman sorun yaratabilmektedir. Adet görme, gebelik, lohusalık, emzirme, menopoza, doğum kontrol hapı kullanımı kadında ruhsal hastalığı hazırlayıcı etkenler olabilmektedir. Ancak kadınların depresyona duyarlı oluşlarından birtakım biyolojik etkenler sorumlu tutuluyor olsa bile, psikososyal etkenlerin daha etkili olduğu düşünülmektedir (Body ve Weissman, 1981).

Güç yaşam olayları ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Yaşam olayları bireyin sorunlarla başa çıkma becerisini geliştirecek düzeyde gerçekleştiğinde benliğin güçlenmesine olanak sağlarken, aşırı şiddette ve başa çıkılmaz olduğunda ruhsal dengeyi sarsarak ruhsal hastalıkların gelişmesine neden olabilmektedir. Olumsuz yaşam olayları ile depresyon arasında ilişki olduğunu

ve depresyonun başlamasından önce olumsuz yaşam olaylarının sık görüldüğünü bildiren çok sayıda çalışma yapılmıştır. Yaşam olaylarının tek başına klinik bir depresyona yol açmadığı, ama diğer etkenlerle etkileşerek depresyonun gelişiminde rol oynadığı belirtilmiştir. Yaşam olaylarının etkilerinin birey için öznel olduğu ve bu etkilerin bireyin ona yüklediği anlam, başa çıkma becerisi ve toplumsal destekleriyle yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (Ünal ve Özcan, 2000).

Bireyin olayı tanımlamasını ve değerlendirmesini, ona olumlu ya da olumsuz bir değer yüklemesini bilişsel etkenler sağlar. Yaşam olaylarının simgesel anlamları, erken yaşantılarla olduğu kadar, toplumsal süreçler tarafından da belirlenir. Bu süreçler kişiliğin gelişiminde, toplumsal destek sağlanmasında, toplumsal becerilerin kazanılmasında bireylere ayrı olanaklar sunmaktadır. Bu ayrılıklar da ister istemez psikopatolojinin gelişmesine yansımaktadır. Depresyonun gelişmesinde sorumlu tutulan etkenlerden biri de bedensel hastalıklar ve bunların sağaltımıdır. Levenson ve arkadaşları (2005), genel hastanelerde yatan hastaların %22–33'ünde, ayaktan hastaların ise %6–20'sinde depresif belirtiler saptamışlardır.

Klinik bakımdan tanı koyduracak şiddette depresyon bedensel hastalığı olanlarda ortalama %15 oranında görülmektedir ki, bu da depresyon için yaşam boyu hastalanma riskine yakındır. Bu durum, bedensel hastalığın depresyon için bir neden olmaktan çok, ortaya çıkarıcı bir etken olduğunu göstermektedir. Depresyona yatkınlık zemini olanlarda bedensel hastalık, hormonal, metabolik ya da sistemik bozukluklar gibi organik etkenlerin yanında, beden imgesinde, kendilik saygısında, kimlik duygusunda, çalışma gücünde, toplum ve aile ile ilişkilerinde olumsuz değişiklik gibi yaşam olayları da major depresyona yol açabilmektedir (Rodin ve Voshart, 1986). Ayrıca günümüzde pek çok farklı hastalıklar için doktorlar tarafından tedavi için verilen ilaçların yan etkilerine bağlı olarak depresyon olayları gelişebilmektedir.

Depresyonun kendisi de olumsuz yaşam olaylarını tetikleyerek, belirtilerin süregelenleşmesine ya da yinelenmesine neden olmaktadır. Buna örnek olarak depresyondaki bireylerin kişilerarası ilişkileri bilişsel olarak çarpıtmaya yatkın oldukları için toplumsal destekten yoksun kalmaları gösterilebilir. Diğer insanların tepkilerine aşırı duyarlılık gösterdikleri için onlarla çatışabilir ya da kendilerini toplumdan yalıtabilirler. Depresyonda iken etkinlikler azaldığı için işlerini kaybedebilirler. Bu da

benlik saygılarını zayıflatarak ve işlevselliklerini azaltarak depresyonun süregelenleşmesine ya da yinelemesine yol açabilir (Andersan ve Winokur, 1979).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında pek çok alanda olduğu gibi biyolojik psikiyatride de önemli adımlar atılmıştır. Çeşitli sebeplerden dolayı kullanılan antidepresan ilaçların insan organizması ve beyin üzerindeki etkilerinin araştırılmasına hız verilmiştir. Başta sodyum ve potasyum olmak üzere, elektrolit dengesizlikleri, nörofizyolojik değişiklikler, otonom sinir sisteminin işleyiş bozukluğu, gonadlar, tiroid, adrenal korteksi, hipofiz ve hipotalamusta birtakım bozukluklara sebebiyet verdiği öne sürülmüştür. Son yıllarda yapılan araştırmalarda daha çok merkezi ve periferik sinir sisteminde nörotransmitter olarak rol oynayan biyolojik amillerdeki nörokimyasal değişiklikler üzerinde durulmuştur (Savaşır ve Şahin, 1997). Dolayısıyla ilaç kullanımlarının bundan sonraki süreçte kontrol altında gerçekleştirilmesi farklı olumsuzluklara sebebiyet verilmemesi açısından önemlidir.

2.13.3. Depresyonda Sık Görülen Belirti ve Bulgular

Bilişsel Bozukluklar

Bilişsel belirtilerin en belirgin özelliği düşüncelerdeki olumsuzluklardır. Bireyin benlik saygısı ve kendine olan güveni olumsuz bir biçimde etkilenmiştir. Zihinsel işlev yavaşlamadığı halde dikkatini yoğunlaştırma güçlüklerinden şikâyet edebilir. Kişi kendine, çevreye ve geleceğe umutsuz gözle bakmaya başlar. Herkese yük olduğunu düşünür, görev ve sorumluluklarını yerine getiremediğini düşünerek suçluluk duyar (Öçalan, 2003).

Duygusal Belirtiler

Duygusal bozukluklar sınıfında bulunan depresyonun belirtilerinin en yoğun olduğu boyutlardan birisi duygusal boyuttur. Duygusal açıdan bu rahatsızlığın anahtar belirtisi çökkün duygusal durumdur. Bu durum çoğu zaman çökkünlük, keder, umutsuzluk, çaresizlik, düş kırıklığı ya da hüznün olarak tanımlanır. Bu duygu olağan mutsuzluk duygusundan nitelik olarak oldukça farklıdır. Elem, keder, hüznün ve hastanın ağırlaştığı duygusu aşağı yukarı bütün depresyonlarda görülen ortak belirtilerdendir (Işık,1991). Bu durumdaki bireylerin gün içinde duygu durumları da sürekli değişiklik gösterir. Sabah saatleri ile akşam saatleri arasında duygu yoğunluğu açısından her hangi bir nedene bağlı olmayan farklılıklar yaşanabilir (Sadock ve ark., 2007).

Davranışsal Belirtiler

Depresif hastalarda çoğu kez toplumsal geri çekilme ve fizik etkinlikte azalma izlenir. Ağır depresyonlu hastalarda bu azalma öyle ileri derecede olabilir ki, hasta kamburu çıkmış bir biçimde oturur ve taş gibi bir yüz ifadeyle yere bakarak ve alçak bir ifadeyle konuşur. Her davranışı aşırı çabayı gerektirir ki bu duruma psikomotor retardasyon adı verilirken, diğer taraftan ellerini ovuşturma, aktiflik, odanın içinde durmadan gezme, sürekli muhalefet, karşı çıkma durumu ve huzursuzluk içinde olanlar ise psikomotor ajitasyon (Işık, 1991) adı verilen bir durum içinde yer alır. Bireyin günlük yaşam aktivitelerinde oldukça isteksiz kendine zarar verici eylemler içersinde bulunma ve bedensel bakım ve görünümünde bakımsızlığın ön plana çıktığı durumlar gözlenebilir.

Depresyonla birlikte hareketlerde bir azalma, yavaşlık ve isteksizlik oluşur. Yeni bir davranışı başlatma ya da sürdürme konusunda birey ilgisiz ve güçsüzdür. Depresyondaki birey, alçak sesle ve tekdüze konuşur. Her davranışı aşırı bir çabayı gerektirebilir. Mimiklerde azalma, yürüyüşünde yavaşlama olabilir (Sadock ve ark., 2007).

Fizyolojik Belirtiler

Başlıca fiziksel belirtiler iştah azalması, yorgunluk, enerji kaybı ve uyku bozuklukları şeklindedir (Öçalan, 2003). Uyku bozuklukları, depresyonun evrensel bir belirtisidir (hastaların %90'ında insomnia görülür) ve genellikle bildirilen ilk belirtiler arasındadır. Depresyonda hem uykusuzluk (insomnia) hem de aşırı uyuma (hipersomni) şeklinde uyku bozukluğu görülebilmekle birlikte, uykusuzluk daha fazla görülmektedir. Uykuya dalmama, uykuyu sürdürememe ya da sabahları erken ve yorgun uyanma şeklinde uyku problemleri yaşanır (Işık, 1991). İştah çok azalır ve fark edilebilir düzeyde kilo kaybına yol açar. Depresyona bağlı olarak iştahı kesilen hastalar daha önce zevk aldıkları yiyeceklerden artık zevk almaz olurlar. Ancak zorlayarak, kendilerine tatsız tuzsuz gibi gelen bu yiyecekleri yemeye gayret ederler. Nadiren iştah da görülebilir. Aşırı iştah durumunda, birey sanki içindeki bir boşluğu doldurmak istercesine sürekli yiyebilir. Depresyondaki bireylerin sık sık yakındıkları kabızlık ise, az yemek yeme ve su içmeye bağlı olabileceği gibi, etkinlik düzeyindeki azalmaya bağlı olarak da ortaya çıkabilir.

Cinsel istek kaybı erkek hastalarda libido erkeklerde genellikle libidonun ve cinsel etkinliğin azaldığı ya da tümüyle ortadan kalktığı görülür. Ayrıca ereksiyon problemi ortaya çıkabilir. Kadın hastalarda ise cinsel isteksizlik olsa bile cinsel işlev yerine getirilebilir. Erkek hastalarda cinsel etkinliğin yerine getirilemiyor oluşu hastanın kendine olan özgüvenini de etkiler. Ayrıca bu hastalarda antidepresan ilaçlara bağlı olarak sertleşme ve orgazm sorunları sık görülür. Bu belirtilerin başka bir bedensel hastalıktan dolayı ya da başka bir ruhsal hastalıkla ilgili olmaması da gerekmektedir (Sadock ve ark., 2007).

3.MATERYAL VE METOD

Bu bölümde; araştırmanın modeli, araştırma evreni ve örnekleme, araştırma ile ilgili verilerin toplanması ve verilerin analiz işlemleri ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Türkiye’de spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin yaşam kalitelerini ve buna bağlı olarak depresif durumlarını ve nedenlerini araştırarak, çözüm yolları üretmektir.

3.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezler

Bu araştırmada, mevcut durumu ortaya çıkartmayı amaçlayan betimsel ve ilişkisel taramaya yönelik bir yöntem kullanılmıştır. Betimsel tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez. İlişkisel tarama modelleri ise; iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir (Karasar, 2003).

Bu araştırma modeline ilişkin olarak Türkiye’de spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin yaşam kaliteleri ve depresyon düzeylerine bağlı olarak geliştirilen ve test edilecek hipotezler aşağıda sıralanmıştır:

H₁:Ampute bireylerin yaşam kaliteleri ve depresyon düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki vardır.

H₂:Ampute sporcu ve sedanterlerin yaşlarına göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃:Ampute sporcu ve sedanterlerin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₄:Ampute sporcu ve sedanterlerin medeni durumlarına göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₅:Ampute sporcu ve sedanterlerin yaşantı ortaklığı bakımından yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₆:Ampute sporcu ve sedanterlerin ikamet ettikleri yerlere göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₇:Ampute sporcu ve sedanterlerin çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₈:Ampute sporcu ve sedanterlerin gelir durumlarına göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₉:Ampute sporcu ve sedanterlerin gelir durumlarını algılama düzeylerine göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₁₀:Ampute sporcu ve sedanterlerin özel otomobile sahip olma durumlarına göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₁₁:Ampute sporcu ve sedanterlerin engelli oldukları uzuvlarına göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₁₂:Ampute sporcu ve sedanterlerin engel sebeplerine göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₁₃:Ampute sporcu ve sedanterlerin engelli olma sürelerine göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₁₄:Ampute sporcu ve sedanterlerin engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma durumlarına göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₁₅:Ampute sporcu ve sedanterlerin sinema ve tiyatroya gitme sıklıklarına göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₁₆:Ampute sporcu ve sedanterlerin herhangi bir kulüp ya da derneğe üye olma durumlarına göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H₁₇: Ampute bireylerin yaşam kalitelerini algılama düzeyleri ile yaşam kalitesi toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı farklılık vardır.

H₁₈: Ampute bireylerin genel sağlık hoşnutluk düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmada, öncelikle araştırma evrenini oluşturabileceğine inanılan bir dağılım gözetmek kaydıyla Ankara, İstanbul, İzmir, Antalya, Samsun, Konya, Gaziantep, Malatya, Kayseri illerinde futbol oynayan ampute bireyler ile çeşitli engelli derneklerinden spor yapmayan ampute bireylere ulaşılmış ve toplam 250 denek üzerinde anket uygulaması yapılmıştır. Bu çalışmada 18 yaş altı ve kadın ampute bireyler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

Araştırma kapsamına giren ve ampute süper liginde futbol oynayan ampute bireylere ulaşılarak araştırmaya katılmak isteyenlere anket uygulanmıştır. Bu araştırmaya katılan ampute sporcu sayısı 120 dir. Bu 120 ampute sporcu anketlerinden bazıları eksik ve hatalı bulunduğundan 87 tanesi değerlendirmeye alınmıştır. Spor yapmayan ampute bireyler için ülkemizdeki çeşitli engelli dernek ve kuruluşlarında spor yapmayan 130 ampute bireye de anket uygulanmış ve bunların 126 sı değerlendirmeye alınmıştır. Dolayısıyla değerlendirme ve yorumlar 213 anket üzerinden yapılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması Yöntemi

Araştırma ile ilgili belirlenen amaçlara ulaşabilmek için gerekli olan veri toplama aracı olarak Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi anketi ile Beck depresyon anketi (Ek 2 ve Ek 3) kullanılmıştır. Buna göre: Türkiye’de Ankara, İstanbul, İzmir, Antalya, Samsun, Konya, Gaziantep, Malatya, Kayseri illerinde ampute süper liginde futbol oynayan bireyler ile çeşitli engelli derneklerinde ve engelli kuruluşlarında spor yapmayan ampute bireylere ulaşılmış ve gayeli örneklem yapılarak toplam 250 kişiye anket uygulanmıştır.

3.4.1. Spor Yapan ve Yapmayan Ampute Bireylerin Özellikleri

Anketin birinci bölümünde, araştırmacı tarafından geliştirilen “Kişisel Bilgi Formu” yer almaktadır. Bu bölümde, araştırmada inceleme konusunun bağımsız değişkenlerini oluşturan spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin özelliklerine (yaş,

eğitim durumu medeni durum, yaşam ortaklığı, ikamet yeri, çalışma durumu, gelir durumu, gelir durumunu algılama düzeyi, özel otomobile sahip olma, engelli uzuv, engel sebebi, engelli olma süresi, engel sonucu başkasına bağımlı olma, sinema ve tiyatroya gitme sıklığı ve herhangi bir kulüp veya derneğe üyelik) ilişkin sorular bulunmaktadır.

3.4.2.Spor Yapan ve Yapmayan Ampute Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Dünya Sağlık rgt (DSÖ) 1980’den beri yaşam kalitesini lme ve değerlendirmek için çalışmalar yapmaktadır. Bu amaçla kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmaya olanak veren geniş kapsamlı bir yaşam kalitesi leği (Dünya Sağlık rgt Yaşam Kalitesi-WHOQOL) geliştirmiştir. Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu 100 soruluk WHOQOL-100 ve bunlardan seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BRIEF oluşturulmuştur. WHOQOL-BRIEF’in Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik alışması Fidaner ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. WHOQOL-BRIEF, birisi genel algılanan yaşam kalitesi, diğerleri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soru ile birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır.

Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BRIEF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmiştir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, psikolojik, sosyal, evre ve ulusal evre alan puanları hesaplanmıştır. WHOQOL-BRIEF uygulandıktan sonra 0-20 puan üzerinden hesaplanan fizik, psikolojik, sosyal, evre ve ulusal evre alan puanlarında, puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir. Ölçek kendini değerlendirme amaçlıdır.

3,4, 26 ve 27. sorular olumsuz sorulardır. Bu nedenle bu sorulara verilen cevapların puanları olumlu sorular ile aynı yönde skor hesaplamak için 6’dan çıkarılarak ham puan hesaplanır. Global skor için evre alanındaki 7 sorunun toplam puanı alınarak 7’ye bölünür (Fidaner ve ark. 1999).

WHOQOL-BRIEF alt ölçekleri ve her alt leği kapsayan sorular aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. WHOQOL-BRIEF alt ölçekleri ve sorular

Alanlar	Sorular
Fiziksel Alan	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
Ruhsal Alan	5, 6, 7, 11, 19, 26

Sosyal Alan	20, 21, 22
Çevre + Kültürel Alan	8, 9, 12, 13,14, 23, 24, 25, 27

Tablo 2. Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları

Boyutlar	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Fiziksel Alan	7	,84
Ruhsal Alan	6	,82
Sosyal Alan	3	,70
Çevre + Kültürel Alan	9	,80
Ölçeğin Tamamı	27	,93

Yapılan güvenilirlik testi sonucunda yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına ve ölçeğin toplamına ait Cronbach's Alpha değerleri Tablo 2'de verilmiştir.

Kalaycı (2006)'ya göre alfa katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği şu şekilde yorumlanır;

- ,00 \leq α < ,40 ise ölçek güvenilir değildir,
- ,40 \leq α < ,60 ise ölçek güvenilirliği düşük,
- ,60 \leq α < ,80 ise ölçek oldukça güvenilir ve
- ,80 \leq α < 1,00 ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Buna göre sosyal alanla ilgili alt boyuta ait güvenilirlik derecesi oldukça güvenilir ($0.60 \leq \alpha < 0.80$), diğer alanlara ait alt boyutların ve toplamda ölçeğin güvenilirlik derecesi ise yüksek düzeyde güvenilirdir ($0.80 \leq \alpha < 1$).

3.4.3.Spor Yapan ve Yapmayan Ampute Bireylerin Depresyon Düzeyleri

Ölçeğin özgün formu Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır (Beck ve ark. 1961, Beck ve ark. 1988). Beck Depresyon Envanteri'nin 1961 ve 1978 tarihlerine ait iki versiyonu vardır. Her iki versiyon da Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmada Hisli (1988, 1989) tarafından uyarlanan 1978 versiyonu kullanılmıştır. Beck Depresyon Envanteri formunda 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir.

Beck depresyon ölçeğinden alınan puana göre “depresyon” olasılıkları 10 puan altı ; Psikiyatrik muayene ile depresyon tanısı konma olasılığı var ama çok düşük

10-16 puan ; Psikiyatrik muayene ile depresyon tanısı konma olasılığı var 16 puan ve üstü ; Psikiyatrik muayene ile depresyon saptanma olasılığı ortalama % 80, depresyonu olan bir bireyin 16 ve altında puan alma olasılığı ortalama % 30 24 puan ve üstü ; Psikiyatrik muayene ile depresyon tanısı konma olasılığı yüksektir.

Tablo 3. Beck depresyon ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri

	Madde Sayısı	Cronbach’s Alpha
Beck Depresyon	21	,90

Yapılan güvenilirlik testi sonucunda Beck depresyon ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri Tablo 3’de verilmiştir. Buna göre ölçeğin güvenilirlik derecesi yüksek düzeyde güvenilir çıkmıştır ($0.80 \leq \alpha < 1$).

3.5.Verilerin Analiz Yöntemi

Anketlerin tamamı yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Sonuçta, toplam 250 anketten 213 anket değerlendirmeye alınmış ve veriler SPSS 17.0 programı ile analiz edilmiştir.

Öncelikle, spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin genel özelliklerine ilişkin verilerin tanımlayıcı istatistiklerine yer verilmiş ve bulgular frekans tablolarında gösterilmiştir. İkinci olarak, araştırma anketinde yer alan yaşam kalitesi ve beck depresyon ölçeklerinin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde temel bileşenler ve döngüsel faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Ölçeklerde yer alan soruların en yüksek faktör yüklerinin alt bölümlerine göre dağılımları değerlendirilmeye çalışılmıştır. Verilerin faktör analizine uygunluğu Bartlet testi ile araştırma grubunun büyüklüğünün uygunluğu ise Keiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ile anketin iç tutarlığı her alt bölüm için hesaplanan Cronbach’s alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin, yaş, eğitim durumu medeni durum, yaşam ortaklığı, ikamet yeri, çalışma durumu, gelir durumu, gelir durumunu

algılama düzeyi, özel otomobile sahip olma, engelli uzuv, engel sebebi, engelli olma süresi, engel sonucu başkasına bağımlı olma, sinema ve tiyatroya gitme sıklığı ve herhangi bir kulüp veya derneğe üyeliğin yaşam kalitesi depresyon düzeylerine ilişkin puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek için Kruskal-Wallis H- testi ve Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Uygulanan Kruskal Wallis H-Testi sonucunda, çeşitli değişkenler açısından spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin puan ortalamaları arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı fark bulunan gruplarda; tespit edilen farkların nereden kaynaklandığını ve hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için de Statistica paket programından “Mann-Whitney U” testi kullanılmıştır.

3.5.1.Normal Dağılıma Uygunluk

Verilerin analizine geçmeden önce, uygun analiz türünün belirlenmesi amacıyla, depresyon ve yaşam kalitesine ilişkin ölçeklerden elde edilen puan dağılımlarının normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Willks testi kullanılarak belirlenmiştir.

3.5.2.Yaşam Kalitesi Ölçeği Normallik Analizi

Araştırmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek için yapılan Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Willks testi sonuçlarına göre verilerin normal dağılıma uymadığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sonuçlar Tablo 4’de görülmektedir.

Tablo 4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Willks testi sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilks	
	İstatistik	p	İstatistik	p
Yaşam Kalitesi Toplam Puanı	,073	,008*	,986	,037**

* $p<0,01$ ** $p<0,05$

3.5.3.Beck Depresyon Ölçeği Normallik Analizi

Araştırmada kullanılan beck depresyon ölçeğinden elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek için yapılan Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Willks Testi sonuçlarına göre verilerin normal dağılıma uymadığı tespit

edilmiştir ($p < 0.001$). Bu nedenle, parametrik olmayan test yöntemlerini kullanmak gerekmektedir.

Tablo 5. Beck Depresyon Ölçeği Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilks testi sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilks	
	İstatistik	P	İstatistik	p
Beck Depresyon Toplam Puanı	,124	,000*	,909	,000*

* $p < 0,001$

4.BULGULAR

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen veriler ve analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 6. Genel bireysel özellikler

	f	%
Grup		
Aktif Sporcu (Ampute Futbolcu)	87	40,8
Sedanter	126	50,2
Toplam	213	100
Yaş		
18-45 Genç	198	93
46- 74 Orta Yaş ve yaşlı	15	7
Toplam	213	100
Eğitim Durumu		
İlköğretim I. Kademe	53	24,9
İlköğretim II. Kademe	30	14,1
Lise	99	46,5
Üniversite	31	14,5
Toplam	213	100
Medeni Durum		
Evli	73	34,3
Bekâr	140	65,7
Toplam	213	100
Yaşam Ortaklığı		
Yalnız	18	8,5
Anne-baba ile birlikte	128	60,1
Arkadaş grubuyla birlikte	17	8
Eşle birlikte	50	23,4
Toplam	213	100
İkamet		
Köy	12	5,6
Kasaba	9	4,2
İlçe Merkezi	42	19,7
İl Merkezi	55	25,8
Büyük şehir Merkezi	95	44,6
Toplam	213	100

Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğu (%93) 18-45 yaş grubunda yer almakta ve genç olarak nitelendirilmektedir. Dağılıma eğitim durumu açısından

bakıldığında, en yüksek oranların lise (%46,5) ve ilköğretim I. kademedede (%24,9) yığıldığı görülmektedir. Diğer yandan örnekleme bekarlar (%62,4) evlilerin (%34,3) yaklaşık iki katına yaklaşmaktadır. Yaşam ortaklığı değişkeninde en çarpıcı bulgu %60 nispetinde anne- baba ile birlikte yaşama olarak görülmekte, yalnız yaşayanlar ise tüm deneklerin sadece %8,5'ini oluşturmaktadır. Yine örnekleme oluşturan bireylerin büyük kısmı büyük şehir (%44,6), il ve (%25,8) ve ilçe merkezinde (%19,7), çok azı ise köy ve kasaba (%9,8) yerleşim yerinde yaşamaktadır (Tablo 6).

Tablo 7. Ekonomik durum

	f	%
Çalışma Durumu		
Tam zamanlı	94	44,1
İşsiz	93	43,7
Öğrenci (Kısmi zamanlı)	19	8,9
Serbest meslek	7	3,3
Toplam	213	100
Gelir Durumu		
0-750 TL.	126	59,2
751-1500 TL.	58	27,2
1501-3000 TL.	27	12,7
3001 TL. ve üzeri	2	0,9
Toplam	213	100
Gelir Durumunu Algılama Düzeyi		
Kötü	71	33,3
Orta	94	44,1
İyi	47	22,1
Çok İyi	1	0,5
Toplam	213	100
Özel Otomobil Sahibi Olma Durumu		
Var	38	17,8
Yok	175	82,2
Toplam	213	100

Tablo 7’de de görüldüğü gibi işsiz ampute bireylerin oranının (%43,7) öğrenci ve serbest mesleklerde dikkate alındığında çalışan ampute bireylere (%44,1) oranla daha yüksek seviyelerdedir. Gelir durumu baz alındığında düşük gelire sahip ampute bireylerin oransal büyüklüğü (%59,2) göze çarpmaktadır. Deneklerin büyük çoğunluğunun düşük gelir seviyesine sahip olmalarına karşın gelir durumunu algılama bakımından orta düzeyde algılama oranı (%44,1), kötü olarak algılayan(%33,3)

bireylerden yüksek bulunmuştur. Ayrıca deneklerin büyük bir çoğunluğunun (%82,2) özel otomobillerinin olmadığı anlaşılmıştır.

Tablo 8. Engellilik özellikleri

	f	%
Sahip Olunan Engelli Uzuv		
El	7	3,3
Kol	18	8,5
Ayak	115	54
Bacak	73	34,2
Toplam	213	100
Engel Sebebi		
Doğum Öncesi	70	34,9
Hastalık	44	20,7
Kaza	84	39,4
Diğer	15	7
Toplam	213	100
Engelli Olma Süresi		
0-5 yıl	7	3,3
6-10 yıl	27	12,7
11-15 yıl	30	14,1
16-20 yıl	46	21,6
20 yıl ve üstü	103	48,3
Toplam	213	100
Engellilik Sonucu Başkasına Bağımlılık Durumu		
Evet	25	11,7
Hayır	188	83,3
Toplam	213	100

Tablo 8’de sahip olunan engelli uzva göre yapılan incelemede ampute bireylerin çoğunun (%54) ayak ve (%34,2) bacak ampute oldukları anlaşılmaktadır. Engelli olma sebepleri açısından bakıldığında örneklemin %34,9’ unun doğum öncesi, %39,4’ünün ise kaza sonucu engelli oldukları görülmektedir. Ampute bireylerin engelli oldukları süre dikkate alındığında büyük bir çoğunluğunun 10 yıldan fazla bir süredir engelli oldukları söylenebilir. Çalışmada sevindirici olarak, amputelerin büyük kısmının (%83,3) engellilikleri sebebiyle başkasına bağımlı olmadıkları anlaşılmaktadır. Buna karşın başkasına bağımlı yaşam sürdüren bireylerin oranı %11,7’yi bulmaktadır.

Tablo 9. Sosyal aktivite özellikleri

	f	%
Sinema ve Tiyatroya Gitme Sıklığı		
Haftada bir	7	3,3
İki haftada bir	10	4,7
Arada bir	93	43,7
Yılda birkaç defa	35	16,4
Hiçbir zaman	68	31,9
Toplam	213	100
Herhangi Bir Sosyal Kulüp veya Dernek Üyeliği		
Kulüp üyesi	51	23,9
Dernek üyesi	54	25,4
Herhangi bir kulüp veya derneğe üye değil	108	50,7
Toplam	213	100

Araştırmaya katılan ampute bireylerin yarıya yakını (%43,7) arada bir sinema ve tiyatroya gittiklerini belirtmekle birlikte deneklerin önemli kısmının (%31,9) hiçbir zaman sinema ve tiyatroya gitmedikleri anlaşılmaktadır. Söz konusu etkinliklere sürekli (her hafta) gidenlerin oransal dağılımı ise sadece %3,3 nispetinde kalmaktadır. Diğer yandan ampute bireylerin herhangi bir sosyal kulüp ve derneğe üye olmama oranları (%50,7), kulüp (%23,9) ve dernek (%25,4) üyelikleri toplamından daha yüksektir.

4.1.Ampute Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon

Tablo 10. Ampute bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasındaki korelasyon

Spearman's Rho	N	r	p
	213	-,665	,000*

*p<0.001

Tablo 10'da ampute bireylerin toplam yaşam kalite puanları ve toplam depresyon puanları arasındaki korelasyon ilişkisi verilmiştir. Bu duruma göre toplam 213 ampute bireyin yaşam kalitesi ile depresyon durumu arasında negatif yönde 0,665 lik bir ilişki belirlenmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

4.2.Ampute Bireylerin Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 11. Ampute sporcu ve sedanterlerin yaşam kalitesi puanları

	N	Ranklar Ortalaması	Ranklar Toplamı	Z	P
Sporcu	87	138,25	12028,00	-6,152	,000*
Sedanter	126	85,42	10763,00		

* p<0,001

Tablo 11’de ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin ampute sedanterlerin değerlerinden istatistiksel olarak p<0,001 anlamlılık düzeyinde yüksek olduğu yapılan analiz sonucunda belirlenmiştir.

4.3.Ampute Bireylerin Yaşam Kalitesi Toplam Alan Puanları İle İki Genel soru Arasındaki Korelasyon

Tablo 12. Ampute bireylerin yaşam kalitesi tüm alan puanları ile iki genel soru puanları(YKS1, YKS2) arasındaki korelasyon

Spearman’s Rho	N	r	P
YKS1	213	,593	,000*
YKS2	213	,601	,000*

*p<0.001

Ampute bireylerin yaşam kalitesi tüm alan toplam puanları ile yaşam kalitesi ölçeği genel soru 1 arasında r=,593 ve p<0,001 seviyesinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı şekilde Genel soru 2 ile de r=,601 ve p<0,001 seviyesinde bir fark tespit edilmiştir (Tablo 12).

4.4.Ampute Bireylerin Depresyon Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 13. Ampute sporcu ve sedanterlerin depresyon puanları

	N	Ranklar Ortalaması	Ranklar Toplamı	Z	P
Sporcu	87	91,93	7997,5	-2,970	0,003*
Sedanter	126	117,41	14793,5		

* p<0,01

Tablo 13’te ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin ampute sporcuların depresyon düzeyinden istatistiksel olarak p<0,01 anlamlılık düzeyinde yüksektir. Ampute sedanterler daha depresiftir.

4.5.Ampute Bireylerin Yaşam Kalitesi Ve Depreyon Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından Kruskal Wallis-H Ve Mann Whitney-U Testi Sonuçları.

Tablo 14. Ampute sporcu ve sedanterlerin yaşlarına göre yaşam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P
Sporcu	18-45 Yaş	84	44,63	1,494	,222
	46-74 Yaş	3	26,5		
Sedanter	18-45 Yaş	114	64,25	1,164	,559
	46-74 Yaş	12	60,20		

(p>0,05)

Tablo 14'te hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin yaşam kalitesi toplam puanlarının yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı anlaşılmaktadır. (p>0,05).

Tablo 15. Ampute sporcu ve sedanterlerin yaşlarına göre depresyon düzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P
Sporcu	18-45 Yaş	84	43,69	,368	,554
	46-74 Yaş	3	52,67		
Sedanter	18-45 Yaş	114	63,05	,509	,775
	46-74 Yaş	12	70,45		

Tablo 15'te hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin depresyon düzeylerinin yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır(p>0,05).

Tablo 16. Ampute sporcu ve sedanterlerin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	İlköğretim I. Kademe	8	36,31	5,528	,137	-
	İlköğretim II. Kademe	8	30,88			
	Lise	51	43,69			
	Üniversite	20	53,13			
Sedanter	İlköğretim I. Kademe	45	43,19	38,487	,000**	1-3**
	İlköğretim II. Kademe	22	47,89			1-4**
	Lise	48	83,37			2-3**
	Üniversite	11	91,23			2-4**

** p<0,01

Tablo 16’da ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin eğitim durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin İlköğretim I. kademe ile Lise mezunu, İlköğretim I. kademe ile Üniversite mezunu, İlköğretim II.kademe ile Lise mezunu ve İlköğretim II. kademe ile Üniversite mezunu grupları arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi de artış göstermektedir

Tablo 17. Ampute sporcu ve sedanterlerin eğitim durumlarına göre depresyon düzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	İlköğretim I. Kademe	8	46,81	5,056	,168	
	İlköğretim II. Kademe	8	61,31			
	Lise	51	43,19			
	Üniversite	20	38,03			
Sedanter	İlköğretim I. Kademe	45	80,49	22,378	,000**	1-3**
	İlköğretim II. Kademe	22	70,66			1-4*
	Lise	48	45,68			2-3**
	Üniversite	11	57,45			2-4**

* $p<0,05$ ** $p<0,001$

Tablo 17’de ampute sporcuların depresyon düzeylerinin eğitim durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin İlköğretim I. kademe ile Lise mezunu ($p<0,01$), İlköğretim I. kademe ile Üniversite mezunu, İlköğretim II.Kademe ile Üniversite mezunu ($p<0,05$) ve İlköğretim II. Kademe ile Lise mezunu ($p<0,01$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça ampute sedanterler açısından depresyon seviyesinde bir azalma gözlenmektedir.

Tablo 18. Ampute sporcu ve sedanterlerin medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Evli	38	45,80	,950	,622	-
	Bekâr	47	43,18			
	Dul	2	29,00			
Sedanter	Evli	35	78,11	8,112	,017*	1-2**
	Bekâr	86	57,34			
	Dul	5	67,20			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 18’de ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin medeni durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin evli ve bekar grupları arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Evli ampute sedanterlerin yaşam kalite düzeyleri bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 19. Ampute sporcu ve sedanterlerin medeni durumlarına göre depresyon düzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Evli	38	38,97	2,708	,258	-
	Bekâr	47	47,79			
	Dul	2	50,50			
Sedanter	Evli	35	48,43	8,868	,012*	1-2**
	Bekâr	86	70,01			
	Dul	5	57,10			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 19’da ampute sporcuların depresyon düzeylerinin medeni durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin evli ve bekar grupları arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Tabloya (19) göre bekar ampute sedanterlerin depresyon puanları evlilere göre daha yüksektir. Dolayısıyla depresyon düzeyleri de yüksektir.

Tablo 20. Ampute sporcu ve sedanterlerin yaşantı ortaklığı bakımından yaşam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Yalnız	7	35,43	2,962	,398	-
	Anne-Baba ile Birlikte	42	41,23			
	Arkadaş Grubuyla birlikte	14	45,43			
	Eşle Birlikte	24	50,52			
Sedanter	Yalnız	11	65,05	11,026	,012*	2-3**
	Anne-Baba ile Birlikte	86	56,82			
	Arkadaş Grubuyla birlikte	3	88,50			
	Eşle Birlikte	26	82,06			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 20’de ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin yaşantı ortaklığı bakımından yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark gorulmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yasam kalitesi toplam puan degerlerinin anne-baba ile birlikte yasayan ile arkadas grubuyla yasayanlar arasinda $p<0,01$ duzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gorulmektedir. Arkadas gruplarıyla birlikte yasayan ampute sedanterlerin yasam kalitesi duzeyleri aileleriyle birlikte yasayan ampute sedanterlerden daha iyi olduğu anlasılmaktadır.

Tablo 21. Ampute sporcu ve sedanterlerin yasanti ortakligi bakımından depresyon duzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Yalnız	7	59,64	7,034	,071	-
	Anne-Baba ile Birlikte	42	48,04			
	Arkadaş Grubuyla birlikte	14	37,57			
	Eşle Birlikte	24	36,13			
Sedanter	Yalnız	11	61,18	11,621	,009*	2-4*
	Anne-Baba ile Birlikte	86	70,30			
	Arkadaş Grubuyla birlikte	3	58,17			
	Eşle Birlikte	26	42,62			

* $p<0,01$

Tablo 21’de ampute sporcuların depresyon duzeylerinin yasanti ortakligi bakımından yapılan karşılastırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gorulmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon duzeylerinin anne-baba ile birlikte yasayan ile eşle birlikte yasayan grupları arasında $p<0,01$ duzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

Tablo 22. Ampute sporcu ve sedanterlerin ikamet ettikleri yerlere göre yasam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Köy	2	47,50	9,249	,055	-
	Kasaba	1	29,00			
	İlçe	15	34,13			
	İl	18	33,72			
	Büyük Şehir	51	50,69			
Sedanter	Köy	10	45,00	17,268	,002**	1-5*
	Kasaba	8	35,19			2-4*
	İlçe	27	50,50			2-5**
	İl	37	68,32			3-4*
	Büyükşehir	44	76,77			3-5**

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 22’de ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin ikamet ettikleri yerlere göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin Köy ile Büyükşehir merkezi ($p<0,05$), Kasaba ile İl merkezi ($p<0,05$), Kasaba ile Büyükşehir merkezi ($p<0,01$), İlçe merkezi ile İl merkezi ($p<0,05$) ve İlçe merkezi ile Büyükşehir merkezi ($p<0,01$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 23. Ampute sporcu ve sedanterlerin ikamet ettikleri yerlere göre depresyon düzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Köy	2	35,00	3,107	,540	-
	Kasaba	1	84,00			
	İlçe	15	45,83			
	İl	18	41,03			
	Büyük Şehir	51	44,08			
Sedanter	Köy	10	89,05	24,627	,000**	1-4*
	Kasaba	8	95,31			1-5**
	İlçe	27	76,96			2-4**
	İl	37	60,20			2-5**
	Büyük Şehir	44	46,42			3-5**

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 23’te ampute sporcuların depresyon düzeylerinin ikamet ettikleri yerlere göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin Köy ile İl merkezi ($p<0,05$), Köy ile Büyükşehir merkezi ($p<0,05$), Kasaba ile İl merkezi ($p<0,01$), Kasaba ile Büyükşehir merkezi ($p<0,01$) ve İlçe merkezi ile Büyükşehir merkezi ($p<0,01$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir.

Tablo 24. Ampute sporcu ve sedanterlerin çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Tam Zamanlı	57	49,28	10,333	,016*	1-2*
	İşsiz	19	34,50			1-4*
	Öğrenci	9	39,33			
	Serbest Meslek	2	4,75			
Sedanter	Tam Zamanlı	37	87,97	20,695	,000**	1-2**
	İşsiz	74	52,35			1-4*
	Öğrenci	10	77,25			
	Serbest Meslek	5	49,50			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 24’de ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin çalışma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında tam zamanlı ile işsiz ($p<0,05$) ve tam zamanlı ile serbest meslek ($p<0,05$) grupları arasında, ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin çalışma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında ise tam zamanlı ile işsiz ($p<0,01$) ve tam zamanlı ile serbest meslek ($p<0,05$) grupları arasında yapılan analiz ile anlamlı farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 25. Ampute sporcu ve sedanterlerin çalışma durumlarına göre depresyon düzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Tam Zamanlı	57	41,09	3,750	,290	-
	İşsiz	19	50,08			
	Öğrenci	9	53,00			
	Serbest Meslek	2	28,75			
Sedanter	Tam Zamanlı	37	44,70	16,490	,001**	1-2**
	İşsiz	74	73,60			
	Öğrenci	10	53,90			
	Serbest Meslek	5	72,30			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 25’de ampute sporcuların depresyon düzeylerinin çalışma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin çalışma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında tam zamanlı ile işsiz ($p<0,01$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Tam zamanlı çalışan bireylerin depresyon seviyeleri daha düşüktür.

Tablo 26. Ampute sporcu ve sedanterlerin gelir durumlarına göre yaşam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	0-750 TL.	31	42,84	3,679	,298	-
	751-1500 TL.	36	39,94			
	1501-3000 TL.	18	52,56			
	3001 TL üzeri	2	58,00			
Sedanter	0-750 TL.	95	57,60	12,676	,002**	1-2*
	751-1500 TL.	22	74,64			1-3**
	1501-3000 TL.	9	98,28			
	3001 TL üzeri	-	-			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 26’da ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin gelir durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark gorulmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yasam kalitesi toplam puan degerlerinin 0-750 TL ile 751-1500 TL ($p<0,05$) ve 0-750 TL ile 1501-3000 TL ($p<0,01$) gruplari arasinda istatistiksel olarak anlamlı farklar vardir. Gelir seviyesi dustukce yasam kalite duzeylerinde bir dususun olduğu gozlenmektedir.

Tablo 27. Ampute sporcu ve sedanterlerin gelir durumlarına göre depresyon duzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P
Sporcu	0-750 TL.	31	45,05	1,994	,574
	751-1500 TL.	36	44,54		
	1501-3000 TL.	18	38,94		
	3001 TL üzeri	2	63,50		
Sedanter	0-750 TL.	95	67,33	4,282	,118
	751-1500 TL.	22	52,52		
	1501-3000 TL.	9	49,94		

($p>0,05$)

Tablo 27’de hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin depresyon duzeylerinin gelir durumlarına göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 28. Ampute sporcu ve sedanterlerin gelir durumlarını algılama duzeylerine göre yasam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Kötü	18	37,50	7,848	,049*	1-3*
	Orta	46	40,85			2-3*
	İyi	22	54,14			2-4*
	Çok İyi	1	83,00			
Sedanter	Kötü	53	46,76	21,227	,000**	1-2**
	Orta	48	71,29			
	İyi	25	84,02			
	Çok İyi	-	-			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 28’de ampute sporcuların yasam kalitesi toplam puan degerlerinin gelir durumlarını algılama duzeylerine göre yapılan karşılaştırmalarında kötü ile iyi, orta ile iyi ve iyi ile çok iyi gruplari arasinda $p<0,05$ düzeyinde, ampute sedanterlerin yasam kalitesi toplam puan degerlerinin gelir durumlarını algılama duzeylerine göre yapılan karşılaştırmalarında ise kötü ile orta gruplari arasinda $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel farklılıklar tespit edilmiştir.

Tablo 29. Ampute sporcu ve sedanterlerin gelir durumlarını algılama düzeylerine göre depresyon düzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Kötü	18	52,17	2,859	,414	-
	Orta	46	43,30			
	İyi	22	38,82			
	Çok İyi	1	43,00			
Sedanter	Kötü	53	72,93	11,621	,003**	1-3**
	Orta	48	63,88			
	İyi	25	42,78			2-3**
	Çok İyi	-	-			

* p<0,05 ** p<0,01

Tablo 29’da ampute sporcuların depresyon düzeylerinin gelir durumlarını algılama düzeylerine göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin gelir durumlarını algılama düzeylerinin kötü ile iyi ve orta ile iyi grupları arasında $p<0,01$ düzeyinde kayda değer anlamlılık bulunmuştur.

Tablo 30. Ampute sporcu ve sedanterlerin özel otomobile sahip olma durumlarına göre yaşam kalitesi puanları

Grup	Değişken	N	Ranklar Ortalaması	Ranklar Toplamı	Z	P
Sporcu	Var	20	47,98	1295,5	-.987	,324
	Yok	67	42,21	2532,5		
Sedanter	Var	11	83,86	922,5	-	,049*
	Yok	115	61,55	7078,5		

* p<0,05 ** p<0,01

Tablo 30’da ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin özel otomobile sahip olma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerleri arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlılık saptanmıştır.

Tablo 31. Ampute sporcu ve sedanterlerin özel otomobile sahip olma durumlarına göre depresyon düzeyleri

Grup	Değişken	N	Ranklar Ortalaması	Ranklar Toplamı	Z	P
Sporcu	Var	20	36,37	982,00	-1,895	,058
	Yok	67	47,43	2846,00		
Sedanter	Var	11	56,58	623,5	-,649	,516
	Yok	115	64,15	7377,5		

$p>0,05$

Tablo 31’de hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin depresyon düzeylerinin özel otomobile sahip olma durumlarına göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 32. Ampute sporcu ve sedanterlerin engelli oldukları uzuvlarına göre yaşam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	El	4	33,00	3,089	,378	-
	Kol	15	47,93			
	Ayak	44	46,94			
	Bacak	24	37,98			
Sedanter	El	3	99,33	9,370	,025*	1-4* 3-4*
	Kol	3	89,33			
	Ayak	71	68,00			
	Bacak	49	53,20			

* $p<0,05$

Tablo 32’de ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin engelli oldukları uzuvlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin el ile bacak ve ayak ile bacak grupları arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır.

Tablo 33. Ampute sporcu ve sedanterlerin engelli oldukları uzuvlarına göre depresyon düzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P
Sporcu	El	4	61,63	4,655	,199
	Kol	15	33,87		
	Ayak	44	44,43		
	Bacak	24	46,60		
Sedanter	El	3	53,17	4,377	,224
	Kol	3	35,67		
	Ayak	71	60,25		
	Bacak	49	70,54		

$p>0,05$

Tablo 33’de hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin depresyon düzeylerinin engelli oldukları uzuvlarına göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 34. Ampute sporcu ve sedanterlerin engel sebeplerine göre yaşam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P
Sporcu	Doğum Öncesi	24	47,78	2,588	,460
	Hastalık	8	52,44		
	Kaza	38	41,74		
	Diğer	17	38,04		
Sedanter	Doğum Öncesi	43	53,72	7,105	,069
	Hastalık	36	61,71		
	Kaza	46	73,49		
	Diğer	1	89,00		

p>0,05

Tablo 34’de hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin yaşam kalitesi puanlarının engel sebeplerine göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 35. Ampute sporcu ve sedanterlerin engel sebeplerine göre depresyon düzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Doğum Öncesi	24	41,07	2,259	,520	-
	Hastalık	8	34,50			
	Kaza	38	46,62			
	Diğer	17	47,96			
Sedanter	Doğum Öncesi	43	75,92	8,491	,037*	1-3**
	Hastalık	36	61,44			
	Kaza	46	53,77			
	Diğer	1	51,00			

p<0,05 ** p<0,01

Tablo 35’de ampute sporcuların depresyon düzeylerinin engel sebeplerine göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken (p>0,05), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin doğum öncesi ile kaza grupları arasında p<0,01 düzeyinde farklılığın olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 36. Ampute sporcu ve sedanterlerin engelli olma sürelerine göre yaşam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P
Sporcu	0-5 yıl	5	41,50	1,404	,844
	6-10 yıl	12	47,75		
	11-15 yıl	14	46,43		
	16-20 yıl	26	39,50		
	21 yıl ve üstü	30	45,68		
Sedanter	0-5 yıl	2	79,75	,736	,947
	6-10 yıl	15	63,63		
	11-15 yıl	16	64,81		
	16-20 yıl	20	66,83		
	21 yıl ve üstü	73	61,83		

Tablo 36'da hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin yaşam kalitesi puanlarının engelli olma sürelerine göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel analiz sonucunda kayda değer ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 37. Ampute sporcu ve sedanterlerin engelli olma sürelerine göre depresyon düzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P
Sporcu	0-5 yıl	5	43,30	2,158	,707
	6-10 yıl	12	44,79		
	11-15 yıl	14	44,79		
	16-20 yıl	26	48,96		
	21 yıl ve üstü	30	39,13		
Sedanter	0-5 yıl	2	41,00	,911	,923
	6-10 yıl	15	64,87		
	11-15 yıl	16	63,38		
	16-20 yıl	20	61,25		
	21 yıl ve üstü	73	64,48		

Tablo 37'de hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin depresyon düzeylerinin engelli olma sürelerine göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 38. Ampute sporcu ve sedanterlerin engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma durumlarına göre yaşam kalitesi puanları

Grup	Değişken	N	Ranklar Ortalaması	Ranklar Toplamı	Z	P
Sporcu	Bağımlı	7	36,79	257,5	-,789	,430
	Bağımlı Değil	80	44,63	3570,5		
Sedanter	Bağımlı	18	47,81	860,5	-1,970	,049*
	Bağımlı Değil	108	66,12	7140,5		

* $p<0,05$

Tablo 38'de ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma durumlarına yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma durumlarına göre gruplar arasında $p<0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 39. Ampute sporcu ve sedanterlerin engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma durumlarına göre depresyon düzeyleri

Grup	Değişken	N	Ranklar Ortalaması	Ranklar Toplamı	Z	P
Sporcu	Bağımlı	7	53,71	376,00	-1,064	,287
	Bağımlı Değil	80	43,15	3452,00		
Sedanter	Bağımlı	18	87,58	1576,50	-3,026	,002**
	Bağımlı Değil	108	59,49	6424,50		

* p<0,05 ** p<0,01

Tablo 39’da ampute sporcuların depresyon düzeylerinin engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma durumlarına yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken (p>0,05), ampute sedanterlerin ya depresyon düzeylerinin engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma durumlarına göre gruplar arasında p<0,01 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir.

Tablo 40. Ampute sporcu ve sedanterlerin sinema ve tiyatroya gitme sıklıklarına göre yaşam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Haftada Bir	5	41,90	5,453	,244	-
	İki haftada bir	6	48,58			
	Arada bir	42	49,60			
	Yılda birkaç defa	20	38,30			
	Hiçbir zaman	14	34,14			
Sedanter	Haftada Bir	2	86,25	29,681	,000**	2-5**
	İki haftada bir	4	99,63			3-5**
	Arada bir	51	79,71			4-5*
	Yılda birkaç defa	15	64,80			
	Hiçbir zaman	54	44,31			

* p<0,05 ** p<0,01

Tablo 40’da ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin sinema ve tiyatroya gitme sıklıklarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken (p>0,05), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin sinema ve tiyatroya gitme sıklıklarına göre yapılan karşılaştırmalarında iki haftada bir ile hiçbir zaman (p<0,01), arada bir ile hiçbir zaman (p<0,01) ve yılda birkaç defa ile hiçbir zaman (p<0,05) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ortaya çıkmıştır.

Tablo 41. Ampute sporcu ve sedanterlerin sinema ve tiyatroya gitme sıklıklarına göre depresyon düzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Haftada Bir	5	60,70	8,469	,076	-
	İki haftada bir	6	37,58			
	Arada bir	42	37,56			
	Yılda birkaç defa	20	53,38			
	Hiçbir zaman	14	46,07			
Sedanter	Haftada Bir	2	67,50	14,863	,005**	3-4* 3-5**
	İki haftada bir	4	36,50			
	Arada bir	51	50,64			
	Yılda birkaç defa	15	72,17			
	Hiçbir zaman	54	75,09			

* p<0,05 ** p<0,01

Tablo 41’de ampute sporcuların depresyon düzeylerinin sinema ve tiyatroya gitme sıklıklarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken (p>0,05), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin sinema ve tiyatroya gitme sıklıklarına göre yapılan karşılaştırmalarında arada bir ile yılda birkaç defa (p<0,05) ve arada bir ile hiçbir zaman (p<0,01) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır.

Tablo 42. Ampute sporcu ve sedanterlerin herhangi bir kulüp ya da derneğe üye olma durumlarına göre yaşam kalitesi puanları

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	X ²	P	Fark Olan Gruplar
Sporcu	Kulüp üyesi	46	41,49	8,957	,011**	1-3** 2-3**
	Dernek Üyesi	18	34,22			
	Kulüp veya derneğe üye değil	23	56,67			
Sedanter	Kulüp üyesi	5	60,60	7,681	,021*	2-3*
	Dernek Üyesi	36	77,72			
	Kulüp veya derneğe üye değil	85	57,65			

* p<0,05 ** p<0,01

Tablo 42’de ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin herhangi bir kulüp ya da derneğe üye olma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında kulüp üyesi ile kulüp veya derneğe üye olmayan ve dernek üyesi ile kulüp veya derneğe üye olmayan (p<0,01) grupları arasında, ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin herhangi bir kulüp ya da derneğe üye olma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında ise dernek üyesi ile kulüp veya derneğe üye olmayan (p<0,05) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ortaya

çıkıştır. Kulüp veya derneğe üye olan sedanter amputelerin yaşam kaliteleri olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ampute sporcularda ise tam tersi bir durum sözkonusudur.

Tablo 43. Ampute sporcu ve sedanterlerin herhangi bir kulüp ya da derneğe üye olma durumlarına göre depresyon düzeyleri

Faktör	Değişken	N	Sıra ortalaması	\bar{X}^2	P
Sporcu	Kulüp üyesi	46	45,73	2,017	,365
	Dernek Üyesi	18	47,61		
	Kulüp veya derneğe üye değil	23	37,72		
Sedanter	Kulüp üyesi	5	79,10	4,147	,126
	Dernek Üyesi	36	53,75		
	Kulüp veya derneğe üye değil	85	66,71		

Tablo 43'te hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin depresyon düzeylerinin herhangi bir kulüp ya da derneğe üye olma durumlarına göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Ampute bireylerin depresif durumları ile dernek veya kulüp üyeliği arasında kayda değer bir fark olmadığı görülmektedir.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin yaşam kalitesi ölçeği puanları; bazı değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğine ait bulgular tartışılmıştır.

▪ **Ampute Sporcu Ve Sedanterlerin Bazı Demografik Değişkenler Açısından Yaşam Kaliteleri**

Çalışma sonucunda ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin ampute sedanterlerin değerlerinden istatistiksel olarak $p<0,01$ anlamlılık düzeyinde yüksek olduğu buna karşılık ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin ampute sporcuların depresyon düzeylerinden istatistiksel olarak $p<0,01$ anlamlılık düzeyinde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Muraki ve arkadaşları (2000). 169 erkek spinal kord yaralanmalı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, spora katılımın yüksek olduğu durumlarda depresyonun düşük olduğunu bulmuşlardır.

Yaşam kalitesi arttıkça depresyon düzeyi düşmekte, yaşam kalitesi düştükçe depresyon seviyesi yükselmektedir. Güler (2006), hastalar üzerinde yaptığı çalışmada depresyon ve yaşam kalitesinin yakın ilişkili olduğunu, yaşam kalitesi azalan hastalarda fiziksel, duygusal, ve sosyal iyilik halinin de olumsuz yönde etkilendiğini tespit etmiştir. Depresyonun yaşam kalitesini, yaşam kalitesinin de depresyonu yüksek oranda etkilediğini söylemek mümkündür. Bu da bizim çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Yine Schwenk ve ark. (2007), Amerikan futbolcular üzerinde yaptığı çalışmada yaşam kalitesi alt boyutları olan fiziksel hareketlilik, ekonomik durum ve sosyal yaşamın, depresyona maruz kalmış emekli profesyonel futbolcularda azaldığı yönünde çalışma sonuçları bulmuştur. Araştırmacı çalışmasında emekli futbolcuların yaşam kalitelerini orta seviyede, depresyon düzeylerini hafif şiddette bulmuş, emekli futbolcuların depresyon düzeyleri arttıkça yaşam kalite puanlarının da düştüğünü tespit etmiştir.

Öte yandan ampute sporcu ve ampute sedanterlerin yaş, gelir durumu, engelli uzuvları, özel otomobile sahip olma gibi kriterler açısından yaşam kaliteleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Ayrıca ampute sporcuların medeni durum, çalışma durumları, ikamet yerleri, engel sebebi ile başkalarına bağımlı kalma, sinema ve tiyatroya gitme ile eğitim durumları ve yaşam ortaklığı kriterleri açısından da yaşam kaliteleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yukarıda belirtilen özellikler

bakımından anlamlı fark bulunamamasının sebebi; genel yaşam kalitesi algı düzeyleri (YKS1) ve genel sağlık hoşnutluğu düzeylerinin (YKS2) yaşam kalitesi toplam puanları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan bazı çalışmalarda genç hastaların yaşam kalitesi puanlarının yaşlı hastalardan daha yüksek olduğunu belirlenmiştir (Fujisawa ve arkadaşları 2000; Balaska ve arkadaşları 2006). Humar ve arkadaşları (2003) ve Ponton ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmalarda yaş kriteri bakımından bireylerin yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmadığını ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar, Humar ve arkadaşları (2003) ve Ponton ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin İlköğretim I. kademe ile Lise mezunu, İlköğretim I. kademe ile Üniversite mezunu, İlköğretim II. Kademe ile Lise mezunu ve İlköğretim II. Kademe ile Üniversite mezunu grupları arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ampute sedanter İlköğretim I. Kademe ve II. Kademe mezunlarının yaşam kalite düzeyleri, Lise ve Üniversite mezunlarının düzeylerinden daha düşük seviyede oldukları görülmüştür. Bu durum sedanter amputelerde eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesinin de yükseldiğinin, eğitim seviyesi düştükçe yaşam kalitesinin de düştüğünü göstermektedir. Ones ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu çalışmada; öğrenim durumu ile yaşam kalitesinin ilişkisine bakıldığında eğitim seviyesi düştükçe yaşam kalitesi algısının da düştüğü bulunmuştur.

Ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin evli ve bekar grupları arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Evli ampute sedanter bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin bekârlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çok çalışmada evli bireylerin yaşam kalitesi bekar ve dul olgulara göre daha yüksek bulunmuştur (Topçu ve Bölüktaş 2012; Yıldırım 2006; Ögütmen ve arkadaşları 2006). Peter ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada evli olmanın en önemli yaşam kalitesi belirleyicileri arasında olduğu belirtilmiştir.

Ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin anne-baba ile birlikte yaşayan ile arkadaş grubuyla yaşayan grupları arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Anne-Baba ile yaşayan ampute sedanterlerin yaşam kalitesi düzeyleri arkadaş grubu ile yaşayanlara göre daha düşük

düzye de bulunmuştur. Topçu ve Bölüktaş (2012), Anne-Babasından ayrı yaşayan bireylerin birlikte yaşayanlara nazaran daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Aile ortamında yaşayan bireyler aileleri tarafından korumacı bir yaklaşımla karşılaştıkları, arkadaş grupları ile birlikte yaşayan bireylerde ise daha fazla özgür ve kendi başına ve bağımsız hareket edebilme yaşam kalitesi anlamında farklılıklara sebebiyet vermiş olabilir.

Ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin ikamet ettikleri yerlere göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin Köy ile Büyükşehir merkezi ($p<0,05$), Kasaba ile İl merkezi, ($p<0,05$) kasaba ile büyükşehir merkezi ($p<0,01$), ilçe merkezi ile il merkezi ($p<0,05$) ve İlçe merkezi ile büyükşehir merkezi ($p<0,01$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Koçoğlu ve Akın (2009) yapmış oldukları çalışmada yaşam kalitesinin fiziksel ve mental sağlık bileşenleri bakımından köy-ilçe, köy-il ve ilçe-il'de yaşayan bireyler arasında anlamlı bir fark tespit etmişlerdir. Buna göre ilçe ve ilde yaşayanların yaşam kaliteleri köyde yaşayanlardan daha yüksek düzyede bulunurken, aynı zamanda il'de yaşayanların ilçede yaşanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar, Koçoğlu ve Akın'ın (2009) sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin çalışma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında tam zamanlı ile işsiz ($p<0,05$) ve tam zamanlı ile serbest meslek ($p<0,05$) grupları arasında, ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin çalışma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında ise tam zamanlı ile işsiz ($p<0,01$) ve tam zamanlı ile serbest meslek ($p<0,05$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Erdem ve Ergüney (2005) memur ve işçi olarak çalışan bireylerin yaşam kalitesi puanlarını, ev hanımlarının yaşam kalitesi puanlarından daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmada tam zamanlı çalışsan ampute sporcu ve sedanterlerin işsiz ve serbest meslek ile uğraşan ampute bireylere göre yaşam kalitesi puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Tam zamanlı çalışan ampute bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olmasının sebepleri; düzenli, belirli bir işe sahip olmaları ve daha fazla sosyal ilişkiler içerisinde bulunmalarından kaynaklanmaktadır.

Ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin gelir durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin 0-750 TL ile 751-1500 TL ($p<0,05$) ve 0-750 TL ile 1501-3000 TL ($p<0,01$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Buradan da anlaşılacağı gibi ampute sedanterler de maddi olanaklar yükseldikçe yaşam kalitesi düzeyleri de buna paralel olarak artmaktadır.

Aylık gelir ve yaşam kalitesinin bütün alanları ve toplam yaşam kalitesi puanlarında pozitif bir korelasyon Erdem ve Ergüney'in (2005) çalışmasında tespit edilmiştir. Hastaların aylık geliri arttıkça yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar yükselmektedir. Maddi sorunların pek çok sorunları beraberinde getirdiği, hastalık durumuna uyumu olumsuz yönde etkilediği, maddi yeterliliğinde birçok olanakları beraberinde getirdiği ve bunun yaşamdan doyum bulmayı olumlu yönde etkileyebileceği ifade edilmektedir (Erdem ve Ergüney 2005).

Yapılan çoğu çalışmalarda (Eski 1999, Pınar 1994, Bergner 1989) maddi yeterliliğin yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir.

Ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin gelir durumlarını algılama düzeylerine göre yapılan karşılaştırmalarında kötü ile iyi, orta ile iyi ve iyi ile çok iyi grupları arasında $p<0,05$ düzeyinde, ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin gelir durumlarını algılama düzeylerine göre yapılan karşılaştırmalarında ise kötü ile orta grupları arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Gelir durumunu iyi olarak algılayan ampute sporcu ve sedanterlerin yaşam kalitesi düzeyleri de buna paralel olarak daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Yukarıda da belirtildiği gibi aylık gelir seviyesi yükseldikçe bir çok imkanları elde etme ve yaşamdan zevk alma oranı da doğru orantılı olarak yükselmektedir.

Ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin özel otomobile sahip olma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerleri arasında $p<0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir. Ampute sporcu bireylerin özel otomobile sahip olma ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmamasının sebeplerinden bazıları; gelir düzeyleri

arasında bir fark olmaması, düzenli olarak spor yapmaları, sosyal ilişki düzeylerinin yüksek oluşu sayılabilir. Ampute sedanter bireylerde ise gelir düzeyleri arasında fark olması, düzenli olarak spor yapmamaları ve sosyal ilişki düzeylerindeki zayıflıktan dolayı özel otomobile sahip olma ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark oluşturmaktadır. Bu ise ampute sedanter bireyler arasında yaşam kalitesini artırıcı bir kriter olarak algılanmaktadır.

Ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin engelli oldukları uzuvlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin el ile bacak ve ayak ile bacak grupları arasında $p<0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Ampute sedanter bireylerde bacak ekstremitesi eksikliği onların yaşam kalitesi düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Demet ve ark. (2003) 'da 539 kişi ile gerçekleştirdiği çalışmasında üst ve alt ekstremitte ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmada üst ekstremitte amputasyonu olan kişiler çoğunlukla fiziksel sakatlık, ağrı ve enerji düzeyi puanları yönünden alt ekstremitte amputasyona sahip olanlardan daha iyi sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerine sahip olduklarını belirlemiştir. Bu da yukarıda belirtilen sonuçlar ile paralellik göstermektedir. Özellikle alt ekstremitte de gelişen yetersizliklerin hastaların ulaşım ve mobilite gibi güçlükleri daha fazla yaşamalarına sebebiyet verdiği söylenebilir.

Hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin yaşam kalitesi puanlarının engel sebeplerine göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Yapılan bu çalışmada ampute sporcu ve sedanterlerin engel sebebi ne olursa olsun bu sebebin engelli olma gerçeğini değiştirmedığı ve buna bağlı olarak da yaşam kalitesini etkilemediği söylenebilir.

Hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin yaşam kalitesi puanlarının engelli olma sürelerine göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Yukarıda da belirtildiği gibi engel sebebi ne olursa olsun engelli olma gerçeğini değiştirmedikten ve engelli olma sebeplerinin büyük bir çoğunlukla (Tablo 8) doğum öncesi sebep dolayısı ile meydana gelmesi engelli olma süreleri açısından yaşam kalitesi anlamında da belirgin bir farkın oluşmamasını sağlamış olabilir.

Ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma durumlarına yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma durumlarına göre gruplar arasında $p<0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir. Birey engel durumu nedeniyle toplumsal rollerini tam olarak yerine getiremez. Böylece başkalarından farklı olma hâli, başkalarına bağımlı yaşamak zorunda kalma, dolayısıyla engellilik durumu ortaya çıkar (Kilimcioğlu Güler ve Kadioğlu, 2003). Bu durumun da onların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Ampute sporcularda düzenli olarak spor yapmaları nedeniyle başkalarına bağımlı olma hali oldukça düşük seviyededir. Bu sebeple ampute sporcular arasında engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma durumu ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark görülmemektedir. Ampute sedanterlerin düzenli olarak spor yapmamaları ve sosyal yaşam rollerini tam olarak yerine getirememeleri nedeniyle ifade edilen kriter açısından yaşam kalitesi toplam puanları bakımından fark oluşmasına sebep olabilir.

Ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin sinema ve tiyatroya gitme sıklıklarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin sinema ve tiyatroya gitme sıklıklarına göre yapılan karşılaştırmalarında iki haftada bir ile hiçbir zaman ($p<0,01$), arada bir ile hiçbir zaman ($p<0,01$) ve yılda birkaç defa ile hiçbir zaman ($p<0,05$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Bu çalışmada ampute sporcuların tamamının lisanslı sporcu olmaları nedeniyle belli oranda gelire sahip olduklarını söyleyebiliriz. Bundan dolayı sosyal yaşamda sinema ve tiyatro gibi etkinliklere katılımları yaşam kalitesi anlamında önemli bir farklılık ortaya koymazken, ampute sedanterlerin sabit gelirlerinin olmayışı ve gelirler arasındaki farktan dolayı sosyal yaşamlarındaki sinema ve tiyatroya gitme gibi etkinliklere katılma düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. Sinema ve tiyatroya gitme gibi sosyal etkinliklerde bulunan ampute sedanterlerin yaşam kalitesi puanları gitmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 40).

Ampute sporcuların yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin herhangi bir kulüp ya da derneğe üye olma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında kulüp üyesi ile

kulüp veya derneğe üye olmayan ve dernek üyesi ile kulüp veya derneğe üye olmayan ($p<0,01$) grupları arasında, ampute sedanterlerin yaşam kalitesi toplam puan değerlerinin herhangi bir kulüp ya da derneğe üye olma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında ise dernek üyesi ile kulüp veya derneğe üye olmayan ($p<0,05$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir.

▪ **Ampute Sporcu ve Sedanterlerin Bazı Değişkenler Açısından Depresyon düzeyleri**

Bu bölümde spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin Beck depresyon ölçeği puanları ile bazı bireysel değişkenler arasındaki ilişkilere ait bulgular tartışılmıştır.

Sporcu ve sedanterlerin depresif durumları incelendiğinde, sporcu amputelerin depresyon düzeylerinin eğitim durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin İlköğretim I. kademe ile lise mezunu ($p<0,01$), İlköğretim I. kademe ile üniversite mezunu, İlköğretim II.kademe ile lise mezunu ($p<0,05$) ve İlköğretim II. kademe ile üniversite mezunu ($p<0,01$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Eğitim seviyesi ile depresyon seviyesi arasında ters yönlü bir ilişki göze çarpmaktadır. Eğitim seviyesi yükseldikçe depresyon seviyeleri düşmekte. eğitim seviyesi düştükçe de depresyon seviyelerinde artış gözlenmektedir. Yapılan çalışmaya paralel olarak Gözüyeşil ve arkadaşları (2008)'nın Gebelerin eğitim durumları ile depresyon düzeylerini gösteren çalışmalarında fakülte ve yüksek okul mezunu gebelerde depresyon ortalamasının ilköğretim mezunu ve ortaokul mezunu olanlara göre daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Yine Birsen Altay ve Gonca Üstün (2012)'ün yaşlılarla ilgili yapılan çalışmalarında, yaşlıların eğitim durumlarının yükseldikçe depresyon risklerinin azaldığını bulmuşlardır.

Ampute sporcuların depresyon düzeylerinin medeni durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin evli ve bekar grupları arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Aydoğan ve arkadaşları (2012), kanserli hastaların hasta grubu ve kontrol grubunda yapmış oldukları çalışmalarında medeni durum, yönünden depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığını belirtmişlerdir. Buna paralel olarak, Bayrak (2010)

da emekli profesyonel futbolcuların medeni hallerine açısından, depresyona ilişkin puan ortalamalarının arasında herhangi bir anlamlı farklılaşmaya rastlamamıştır. Ancak, Altay ve Üstün (2012) yaptıkları çalışmada medeni durumun depresyon düzeyini etkilediğini tespit etmişlerdir. Yaşlıların medeni durumları ile depresyon riski arasındaki ilişki incelendiğinde; dul ve boşanmış yaşlıların depresyon riski evli yaşlılara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bu sonuç çalışmadaki ampute sedanterlerin sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Bekar ve dul ampute sedanterlerin depresyon puanları evli olan ampute sedanter bireylerin depresyon puanlarından daha yüksek seviyelerde bulunmuştur (Tablo 19).

Ampute sporcuların depresyon düzeylerinin yaşantı ortaklığı bakımından yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin anne-baba ile birlikte yaşayan ile eşle birlikte yaşayan grupları arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Tablo 21 den de anlaşılacağı gibi anne-babayla yaşayan ampute sedanterlerin depresyon oranları eşile birlikte yaşayan ampute sedanterlerin depresyon oranlarından daha yüksek seviyelerdedir. Aile ile yaşamının ampute bireylerin daha depresif olmaları incelenmesi gereken bir konudur. Çünkü bireylerin aile ortamında daha rahat edebilecekleri düşünülürken bulgular bunun tam tesisi nitelikte çıkmıştır. Dolayısıyla ailenin engelli bireylere aşırı korumacı yaklaşımı, dur sen bırak ben yaparım anlayışı engelli bireyleri iyice pasifize ederek yaşamın onların yanında iken sıkıcı olmasına sebebiyet veriyor olabilir. Bu durum da engelli bireyler için arkadaş gruplarını veya eşi daha popüler kılıyor olabilir. Yaşam kalitesi bakımından yapılan karşılaştırmada aile ile yaşayan ampute sedanter bireylerin düşük yaşam kalitesi puanları depresyon düzeylerini de olumsuz etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Anne-baba-ergen arasındaki ilişki ile ergen-akran ilişkisi tamamen farklıdır. Bu nedenle gençlerin kendi akranlarıyla arkadaşlık ilişkileri kurması ve arkadaş grupları oluşturması yetişkinler tarafından doğal karşılanmalı onun psikososyal gelişimi açısından bunun gerekli olduğu bilinmelidir.

Birey, ergenlik dönemiyle beraber yavaş yavaş ailesinden uzaklaşıp arkadaş ya da akran gruplarıyla daha fazla beraber olmaya başlar. Yaşadığı psikolojik sorunları kendi yaşlılarıyla paylaşmak istemesinin yanında, ailesinin eleştirisi ve müdahalelerinden kurtulma çabası, ergeni kendi yaşlılarıyla bir araya getirir. İlk yıllarda bu bir araya

gelişler genellikle aynı cinsten arkadaşlarla olurken sonraki yıllarda ise yerini ayrı cinsten arkadaşlıklara bırakır. Bu yaşlardaki kız ve erkek arkadaşlıklarının ise gençlerin kendilerini ve karşı cinsi tanımaları ve olayları farklı bakış açılarına göre değerlendirebilme yeteneğine sahip olmaları noktasında önemlidir.

Arkadaş grubu, bireyin toplumsallaşmasına katkıda bulunurken onun eşitlikçi toplumsal ilişkiler kurmasına, sadakat ve cesaret gibi duygularının gelişmesine, toplumda yasak olarak kabul edilen konuları özgürce tartışabilmesine, kendine güven duymasına, başkalarıyla iş birliği yapmayı öğrenmesine ve gelişimine katkıda bulunabilecek oyun vb. faaliyetlere katılmasına yardımcı olur (MEB 2011).

Ampute sporcuların depresyon düzeylerinin ikamet ettikleri yerlere göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin Köy ile İl merkezi ($p<0,05$), Köy ile Büyükşehir merkezi ($p<0,05$), kasaba ile il merkezi ($p<0,01$), kasaba ile büyükşehir merkezi ($p<0,01$) ve ilçe merkezi ile büyükşehir merkezi ($p<0,01$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Buna göre köy ve kasabada yaşayan ampute sedanterlerin depresyon seviyeleri yüksek bulunurken, il ve büyükşehirde yaşayan ampute sedanterlerin depresyon seviyeleri daha düşük seviyede olduğu görülmüştür. Bu durumun ortaya çıkmasında köy ve kasaba ortamında yaşayan bireylerin çevre şartlarının ampute bireylere göre dizayn edilmemiş olması veya ihtiyaç olunan sosyal yaşam olanaklarına ulaşımındaki yoksunluğun sebep olduğu düşünülebilir. Yaşam için gerekli ve elzem olan imkanlara uzaklık bireyleri sıkıntıya sokup depresyon seviyelerinin yükselmesine sebebiyet verebileceği düşünülmektedir. Özdel ve arkadaşları (2002) Üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında, yaşanılan yerleşim yeri ve depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında, depresif belirtilerin görülme oranının en fazla köy ve kasabada yaşayanlarda olduğunu belirtmişlerdir.

Ampute sporcuların depresyon düzeylerinin çalışma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin çalışma durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarında tam zamanlı ile işsiz ($p<0,01$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. İşsiz ampute sedanterlerin depresyon düzeyleri tam zamanlı çalışan ampute sedanterlere göre daha yüksek seviyelerdedir. Günümüz şartları açısından değerlendirdiğimizde işsizlik başlıbaşına bir problem oluşturmakta bu

da insanları olumsuz duygusal durumlara itmektedir. Yüksel (2003) Çalışma yaşamını güçlüklerine karşın, çalışmak insanların psikolojik sağlıklarını ve gönenclerini olumlu yönde etkilediğini. Çalışmak kişinin, bir işe yaradığı, toplumda statüsünün olduğu, emeğini değerlendirdiği duygusunu yaşamasına olanak sağladığını belirtmektedir. İşsiz kişilerin daha depresif ve tekrar istihdam edilmeleri durumunda ise daha az depresif oldukları saptanmıştır. İşsizlerin duygu durumunu tanımlamaya yönelik yapılmış bir başka çalışmada, (Tiggemann ve Winefield, 1984) işsiz bireylerin çalışan bireylere göre daha sıkıntılı ve yalnızlık çektiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada işsizlerin kendilerine ve topluma kızgınlık duydukları ve işsizlerin çalışanlara göre daha depresyonlu oldukları görülmüştür.

Hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin depresyon düzeylerinin gelir durumlarına göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Eren (2007) yapmış olduğu çalışmada doğum sonrası depresyon düzeylerini incelediği bireylerde gelir durumuna göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığını tespit etmiştir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar Eren (2007)'nin sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Aylık gelir durumuna göre ampute sporcu ve sedanterlerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmaması ampute sporcularda gelir durumu dağılımının birbirine yakın olmasından, sedanterlerde ise genelde yığılmanın düşük ve orta gelir seviyesi grubunda olmasından ve her iki grupta da yüksek gelir seviyesine sahip bireylerin yok denecek kadar az olmasından kaynaklanabilir.

Ampute sporcuların depresyon düzeylerinin gelir durumlarını algılama düzeylerine göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin gelir durumlarını algılama düzeylerinin kötü ile iyi ve orta ile iyi grupları arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Ampute sporcuların depresyon düzeylerinin gelir durumlarını algılama düzeylerine göre anlamlı farklılık göstermemesi yukarıda da ifade edildiği gibi sporcularda gelir durumu dağılımının birbirine yakın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer taraftan, ampute sedanter bireylerin depresif durumlarında gelir durumlarını algılama düzeyleri bakımından gelir düzeylerini orta düzeyde ve kötü olarak algılayan bireylerin depresyon puanları gelir düzeylerini iyi olarak algılayan bireylerden istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ampute sedanterlerde gelir durumu bakımından yığılma genelde düşük ve orta düzeydedir. Bu da bireylerin gelir düzeylerini orta düzeyde ve kötü olarak algılamalarına sebebiyet vermektedir. Gelir durumunu iyi olarak algılayan ampute sedanterlerin sayısı ise oldukça azdır (Tablo 27). Gelir yetersizliği belirli hizmetlere ve olanaklara ulaşma ve onları elde etme imkanı vermediğinden, depresyon düzeylerinin de buna bağlı olarak yükseldiği düşünülebilir.

Tablo 31 'de hem ampute sporcu hem de ampute sedanter bireylerin depresyon düzeylerinin özel otomobile sahip olma durumlarına göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Her iki grupta da grupların kendi içindeki gelir dağılımlarının birbirine yakın olması, sporcu ampute bireylerin gelir durumlarını algılama düzeyleri arasında fark olmaması, ampute sedanter bireylerin ise yaşamlarını büyük oranda başkalarına bağımlı olarak sürdürmeleri nedeniyle yukarıda ifade edilen kriter bakımından depresyon düzeyleri arasında anlamlı farkın oluşmamasına sebebiyet verdiği düşünülmektedir.

Ampute sporcu ve ampute sedanter bireylerin depresyon düzeylerinin engelli oldukları uzuvlarına göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Üst ve alt ekstremitte yetersizliği dolayısıyla her iki grupta da depresyon seviyeleri anlamında kayda değer bir ilişki gözlenmemiştir.

Ampute sporcuların depresyon düzeylerinin engel sebeplerine göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin doğum öncesi ile kaza grupları arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Sedanter amputelerin doğum öncesi engelli olan bireyleri ile kaza sonucu engelli olan bireyleri arasında doğum öncesi engelli olan ampute sedanterlerin aleyhine yüksek seviyede depresyon tespit edilmiştir. Bununla birlikte hastalık sonucu engelli olan sedanter amputelerin depresyon puanları da yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür. Çağlayan ve ark. (2012)'da çalışmalarında tekerlekli sandalye basketbol bölgesel liginde oynayan sporcuların depresyon düzeylerinin bazı değişkenler (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslek, sahip oldukları kardeş sayısı, engellik düzeyleri ve engellerinin oluşma zamanları) açısından incelemişlerdir. Çalışma sonucunda yukarıda belirtilen değişkenlere göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığını tespit etmişlerdir.

Ampute sporcu ve ampute sedanter bireylerin depresyon düzeylerinin engelli olma sürelerine göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Çalışma sonuçlarını destekler nitelikte Hacıhasanoğlu ve arkadaşları (2010) yapmış oldukları çalışmalarında hastalık süresinin uzaması ile hastaların depresyon ve anksiyete puan ortalamasının arttığı, ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığını belirlenmiştir. Bu durumun yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzerlik gösterdiğini. ayrıca yapılan bir çok çalışmada da hastalık süresinin depresyon puanını anlamlı olacak şekilde etkilemediği bildirilmiştir.

Ampute sporcuların depresyon düzeylerinin engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma durumlarına yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma durumlarına göre gruplar arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir. Tablo 39'a göre, başkalarına bağımlı yaşadıklarını ifade eden ampute sedanterlerin sayıları bağımlı olmadıklarını ifade edenlere oranla az sayıda olmalarına rağmen depresyon seviyeleri oldukça yüksek bulunmuştur. Başkalarına bağımlılık, kendi başına ihtiyaçlarını karşılayamama, insanlara yük olduğunu düşünme gibi duyguların kişileri depresyona sevk edebileceği düşünülmektedir.

Ampute sporcuların depresyon düzeylerinin sinema ve tiyatroya gitme sıklıklarına göre yapılan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken ($p>0,05$), ampute sedanterlerin depresyon düzeylerinin sinema ve tiyatroya gitme sıklıklarına göre yapılan karşılaştırmalarında arada bir ile yılda birkaç defa ($p<0,05$) ve arada bir ile hiçbir zaman ($p<0,01$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmektedir. Bulgularımızdanda anlaşılacağı gibi ampute bireylerin sinema ve tiyatroya gitme oranları oldukça düşüktür. Muhtemelen içinde buldukları durum ve var olan engelleri bu gibi sosyal yaşantı imkanlarından yararlanmalarını engellemektedir.

Ampute sporcu ve ampute sedanter bireylerin depresyon düzeylerinin herhangi bir kulüp ya da derneğe üye olma durumlarına göre karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kulüp ve dernek üyeliğinin ampute bireylerde yaşam kalitesi anlamında anlamlılık

gözenirken,depresyon düzeyleri arasında her iki gurup içinde kayda değır anlamlılık görölmemiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Türkiye’de spor yapan ve yapmayan ampute bireylerin yaşam kaliteleri ile buna bağlı olarak depresif durumlarını ve nedenlerini araştırarak, çözüm yolları üretmek üzere yapılan bu çalışmada anket yöntemiyle 213 ampute bireylerden toplanan veriler aşağıda kısaca özetlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğu (%93) 18-45 yaş grubunda yer almakta ve genç olarak nitelendirilmektedir. Dağılıma eğitim durumu açısından bakıldığında, en yüksek oranların lise (%46,5) ve İlköğretim I. Kademedede (%24,9) yığıldığı görülmektedir. Diğer yandan örnekleme bekarlar (%62,4) evlilerin (%34,3) yaklaşık iki katına yaklaşmaktadır. Yaşam ortaklığı değişkeninde en çarpıcı bulgu %60 nispetinde anne- baba ile birlikte yaşama olarak görülmekte, yalnız yaşayanlar ise tüm deneklerin sadece %8,5’ini oluşturmaktadır. Yine örnekleme oluşturan bireylerin büyük kısmı büyük şehir (%44,6), il ve (%25,8) ilçe merkezinde (%19,7), çok azı ise köy ve kasaba (%9,8) yerleşim yerinde yaşamaktadır. İşsiz ampute bireylerin oranı (%43,7) öğrenci ve serbest mesleklerde dikkate alındığında çalışan ampute bireylere (%44,1) oranla daha yüksek seviyelerdedir. Gelir durumu baz alındığında düşük gelire sahip ampute bireylerin oransal büyüklüğü (%59,2) göze çarpmaktadır. Deneklerin büyük bir çoğunluğunun düşük gelir seviyesine sahip olmalarına karşın gelir durumunu algılama bakımından orta düzeyde algılama oranı (%44,1), kötü olarak algılayan (%33,3) bireylerden yüksek bulunmuştur. Ayrıca deneklerin büyük bir çoğunluğunun (%82,2) özel otomobillerinin olmadığı anlaşılmıştır. Sahip olunan engelli uzva göre yapılan incelemede ampute bireylerin çoğunun (%54) ayak ve (%34,2) bacak ampute oldukları anlaşılmaktadır. Engelli olma sebepleri açısından bakıldığında çoğunun doğum öncesi (%34,9) ve kaza (%39,4) sonucu engelli olduklarını bildirmişlerdir. Ampute bireylerin engelli oldukları süre dikkate alındığında büyük bir çoğunluğunun 10 yıldan fazla bir süredir engelli oldukları anlaşılmaktadır. Ayrıca, deneklerin büyük bir kısmı (%83,3) engellilikleri sebebiyle başkasına bağımlı olmadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan ampute bireylerin büyük bir çoğunluğunun (%31,9) hiçbir zaman sinema ve tiyatroya gitmedikleri ve her hafta sinema ve tiyatroya gidenlerin

sayısının çok az olduğu (%3,3) tespit edilmiştir. Herhangi bir sosyal kulüp veya derneğe üye olmayan amputelerin oldukça fazla olduğu(%50,7) da görölmektedir.

Araştırmaya konu olan ampute sporcu ve sedanterlerin yaşam kalitesi düzeylerinin, depresyon puanlarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Spor yapan ampute bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri, sedanter ampute birelere göre daha yüksektir. Buna bağlı olarak spor yapan ampute bireylerin depresyon düzeyleri de sedanter ampute bireylere göre daha düşük seviyededir. Yaşam Kalitesi düzeyi arttıkça ters orantılı olarak depresyon düzeyi azalmaktadır.

- Ampute sporcu ve sedanterlerin yaş kriterine göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında bir farklılık bulunamamıştır.
- Ampute sporcuların eğitimi durumu kriterine göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında bir fark yoktur. Ampute sedanterlerin eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında bir farklılığına rastlanmıştır. Eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesi artmakta ve depresyon düzeyleri azalmaktadır.
- Ampute sporcuların medeni durum değişkenine göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında bir fark yok iken, ampute sedanterlerde evli ve bekar ile dullar arasında anlamlılık bulunmuştur. Evli ampute sedanterlerin yaşam kaliteleri yükselirken bekar ve dulların yaşam kaliteleri düşmektedir. Aynı şekilde evli sedanterlerin depresyon düzeyleri bekar ve dullara göre daha düşük düzeydedir.
- Yaşam ortaklığı kriteri bakımından ise ampute sporcu bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında bir fark yoktur. Ampute sedanter bireylerde ise hem yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında söz konusu kriter bakımında bir fark bulunmuştur. Aile ile birlikte yaşanay ampute sedanter bireylerin depresyon düzeyleri daha yüksek, yaşam kaliteleri de daha düşüktür.
- Ampute sedanter bireylerin ikamet ettikleri yerlere göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinde kaydadeğer bir ayrım bulunmuştur. Buna göre köy ve kasabada yaşan ampute sedanterlerin yaşam kaliteleri il ve büyükşehirde yaşanlara göre düşük, depresyon düzeyleri ise yüksektir. Ampute sporcularda ise yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ile ikamet ettikleri yerlere göre bir fark yoktur.

- Ampute sporcu bireylerin çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında bir fark bulunurken depresyon düzeyleri bakımından bir fark yoktur. Tam zamanlı çalışan ampute sporcu bireylerin yaşam kaliteleri daha yüksektir. Ampute sedanter bireylerin çalışma durumu ile yaşam kaliteleri ve depresyon düzeyleri arasında bir farklılık vardır. Tam zamanlı çalışan bireylerin yaşam kalitesi yüksek, depresyon düzeyleri düşüktür.
- Gelir durumuna göre ampute sporcularda yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri arasında bir farklılık yoktur. Ampute sedanterlerde ise gelir seviyesi düşüğe yaşam kalitesi de düşmektedir.
- Ampute sporcu ve sedanterlerin gelir durumunu algılama düzeyleri ile yaşam kaliteleri arasında bir fark vardır. Gelirini yüksek olarak algılayan bireylerin yaşam kalitesi de yüksek düzeydedir. Ampute sedanterlerde ise gelir seviyesini düşük olarak algılayan bireyleri depresyon seviyeleri yüksektir.
- Ampute sedanterlerin özel otomobile sahip olma kriterine göre yaşam kalite düzeylerinde bir anlamlılık vardır. Özel otomobile sahip olan bireylerin yaşam kaliteside yüksektir.
- Engelli olunan uzuvlar bakımından sedanter amputelerin bacak eksikliği dolayısı ile yaşam kaliteleri daha düşüktür. Ancak depresyon düzeyleri arasında bir fark yoktur.
- Engel sebeplerine göre yapılan mukayesede, ampute sporcularda yaşam kalitesi ve depresif durumları bakımından bir anlamlılık bulunmamıştır. Ancak ampute sedanterlerin doğum öncesi engelli olanlarında depresyon seviyeleri yüksektir.
- Ampute sporcu ve sedanterlerin engelli oldukları süre bakımından yaşam kaliteleri ve depresyon seviyelerinde kayda değer bir anlamlılık yoktur.
- Engel sebebiyle başkalarına bağımlı olma ile yaşam kalitesi ve depresyon arasında sadece sedanter amputelerde anlamlı ilişki vardır. Başkalarına bağımlı olduğunu ifade eden bireylerin yaşam kaliteleri düşük, depresyon seviyeleri ise yüksektir.
- Belirli zaman aralıklarıyla sinema ve tiyatroya giden ampute sedanterlerin yaşam kaliteleri yüksek, depresyon seviyeleri düşük iken, hiçbir zaman sinema ve tiyatroya gitmediklerini ifade eden ampute sedanterlerde ise yaşam kalitesi düşük, depresyon seviyeleri yüksektir.

- Herhangi bir kulüp veya derneğe üye olan ampute bireyler ile üye olmayanlar arasında yaşam kalitesi anlamında farklılıklar bulunmaktadır. Herhangi bir dernek veya kulübe üye olanların yaşam kaliteleri olmayanlara oranla daha yüksek seviyededir. Ancak depresyon seviyeleri anlamında herhangi bir farklılık yoktur.
- Yaşam kalitelerini ve genel sağlık durumlarını algılama durumları ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki sözkonusudur. Ampute sporcu ve sedanterler için olumlu yaşam algısı ve genel sağlık algısı yüksek yaşam kalitesi anlamına gelmektedir

Öneriler:

- ❖ Engelli bireylerin yaşam kaliteleri ve depresyon düzeylerinin istenilen düzeylere ulaşması için uygun sportif etkinliklere ağırlık verilmelidir.
- ❖ Yaşam kalitesinin yükseltilmesinde bekar ve dul ampute bireylerin evliliğe teşvikiyle ve psikolojik destek hizmetlerinin yardımıyla daha kaliteli yaşam düzeyine ulaşılabilir.
- ❖ Yapılacak çalışma ve projelerle ampute bireylerin eğitim seviyelerinin yükseltilmesi için kurslar düzenlenebilir.
- ❖ Ampute bireylerin topluma uyumu, toplumla bütünleşmesi, teknolojik yönden gelişmelerinin sağlanması ve istihdama uygun eğitim verilmesi gerekmektedir.
- ❖ Engelli bireylerin toplumsal soyutlanma ve ayrıma maruz kalmamaları için kamu kurum ve kuruluşlarının yanısıra özel sektörlerde de istihdamı yönünde yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
- ❖ Engelli bireylerin sosyal yaşantı içersinde aktif rol almalarına olanak sağlayacak, fiziksel çevre düzenlemelerinin yurt genelinde şehir merkezlerinden kırsal alanlara doğru yaygınlaştırılması gerekmektedir.
- ❖ Engelli bireylerin sosyo kültürel faaliyetler kapsamında boş zamanlarını aktif ve olumlu bir şekilde değerlendirmelerine imkan verecek rekreasyon alanlarının oluşturulması gerekmektedir.

- ❖ Dünyadaki örneklerinden yola çıkarak kurumsal yardım ve bireysel danışmanlık hizmetleri verecek kurumlar, üniversitelerde ilgili bölümler, engelli dernek ve kulüpler kendi içinde araştırılmalıdır.
- ❖ Gerek yazılı gerekse görsel kitle iletişim araçları, engelli bireylerin sosyal toplum içerisinde olumlu anlamda anlayışın geliştirilmesi için daha etkin çalışmalar yapılmalıdır.
- ❖ Düzenli sportif aktivitenin, yaşam kalitesini, diğer psikolojik değişkenleri olumlu yönde etkilediği gerçeğinden hareketle ampute bireylerin bu gibi faaliyetlere katılımı teşvik edilmelidir.
- ❖ Düzenli sportif etkinliklerle bedensel rahatlamının yanısıra ruhsal açılarından da inanç eksenli rehabilitasyon ve terapi uygulamalarına ağırlık verilmelidir.
- ❖ Üniversite ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokullarında özel engelli öğrenci sınıfları ve müfredatları oluşturulmalıdır.
- ❖ Türkiye' de her ilde engellilere yönelik spor tesisleri kurulmalıdır veya engellilerin mevcut spor tesislerinden faydalanabilmeleri için düzenlemeler yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Alper Y. Bütün yönleriyle depresyon. Gendaş, 1999, 35-38
- Anderson DM, Wozencroft A. Adolescent girls' involvement in disability sport: a comparison of social support mechanisms. *Journal of Leisure Research*.2008; 40(2):183-207.
- Anderson KL. The Effects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life. *Nurse Res Health*.1995; 18:547.
- Anderson NC, Winokur G. Secondary depression familial, clinical and research perspectives. *Am J Psychiatry*, 1979; 136: 62-66
- Anonim, T.C. Başbakanlık, ÖZİDA, I. Özürlüler Şurası: Özürlülerle İlgili Yönetim ve Örgütlenme; Özürlülerle İlgili Sosyal Politika Yönetim ve Örgütlenme Komisyon Raporu, 1999
- Anonim, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı; Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı Matbaası, 2002
- Anonim, Ortopedik Özürlüler Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Aile Eğitim Rehberi, 2007
- Altay B, Üstün G. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Yaşlı Hastalarda Depresyon Riski ve Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Etkisi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 3,Sayı: 2,Nisan 2012,s108-115*
- Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 1999;(4)2:173-178
- Atay M. İşitme Engelli Çocukların Eğitiminde Temel İlkeler. İstanbul, Özgür Yayınları.1999; 30.
- Atay M. Engelli bireylerin benlik gelişiminde spor etkinliklerinin önemi. Antalya Uluslararası Engellilerde Spor Sempozyumu Bildiri Kitabı, GSGM Spor Eğitim Dairesi Başkanlığı Yayınları:1995; 97-100.
- Aydın M, Engellilerde Spor Ders Notları,Kocaeli Üniversitesi Gazanfer Bilge Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğretim Görevlisi, s.10, Kocaeli,2005
- Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Borazan E, Kömürcü Ş, Koçak N, Özet A, Sağlam K, Öztürk B. Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi, *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2012;16(2):55-60

- Bahar A, Taşdemir HS. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik yüksekokulu Dergisi, 2008; (11) 2: 9-17
- Balaska A, Moustaffellos P, Gourgiotis S, Pistolas D, Hadjiyannakis E, Vaugas V. And Drakopoulos S. "Changes in Health-Related Quality of Life in Greek Adult Patients Year After Successful Renal Transplantation", Experimental and Clinical Transplantation, 2006,2:521-524.
- Banerjee SN. Lower extremity amputations: In: Basmajian JV, Banerjee SN, eds. Clinical decision making in rehabilitation efficacy and outcomes. Newyork: Churchill Livingstone1996:153-170
- Baysal ÜS. Depresyonlu hastalarda yaşam kalitesi algısının araştırılması. Yayınlanmamış Klinik Psikoloji Programı. İzmir, Uzmanlık Tezi. 1991;
- Baydur H. İş sağlığı ve yaşam kalitesi. 3. ulusal sağlıkta yaşam kalitesi kongresi, İzmir, 2010; 82-84.
- Bayramlar K, Ergun N. Engelli masa tenisi oyuncularında yaşam kalitesinin değerlendirmesi. Türkiye Klinikleri. 2009; 1(1):53-57.
- Bilir Ş. Özürlü Çocuklar ve Eğitimleri. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölümü.1986; 8.
- Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı; Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı Matbaası. Ankara, 2002.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961; 4: 53-63.
- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review 1988; 8: 77- 100.
- Bedensel ve Zihinsel Özürlülerin Sorunları İçin Çağdaş Çözümlere Doğru İlk Adım, 1996
- Benner P, Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. Advances in Nursing Science, special issue: Quality of Life.1985; 8:1-14.
- Bergner M, Quality of life, health status and clinical research. Medical Care. 1989,27(3): 148-155.
- Bekiroğlu MS, Peyzaj Düzenlemelerinde Özürlülerin Kullanımlarıyla İlgili Sorunların Saptanması, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul. 1998

- Bilgin N, Ergenç A, Timurcanday ÖN. Bireylerde algılanan şekliyle yaşam kalitesi. E.Ü..Edebiyat Fakültesi Yayını Seminer. Bornova, 1985; 4:157-69.
- Blackburn, Ivy, M, Depresyon, Remzi Kitabevi İstanbul: 1992. s.14-15
- Bowling, A, Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement scales.2nd ed. Buckingham: Open University Pres. 1998.
- Body JH, Weissmann MM, Epidemiology of affective disorder: a reexamination and future directions. Arch Gen Psychiatry , 1981;38:1039-1046.
- Brouwer, J, Ludeke W. Felsefi Açıdan Engellilerde Spor. Antalya Uluslararası Engellilerde Spor Sempozyumu Bildiri Kitabı. T.C. Başbakanlık GSGM Spor Eğitim Dairesi Başkanlığı. Ankara,1997; 1:11-17.
- Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. Am J Psychiatry 1988;145:1225.
- Classification International du Fonctionnement du Handicap et de la Santé, Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé, 22 mai 2001.
- Chiang T, Effects of a therapeutic recreation intervention within a technology-based physical activity context on the social interaction of male youth with autism spectrum disorders, Indiana University, 2003
- Cooley ME, Quality of Life in persons with nonsmall cell lung cancer. A concept analysis, 2nd ed, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. 1998; 151.
- Cooper RA, Quatrano LA, Axelson PW, Harlan W, Stineman M, Franklin B, Research on physical activity and health among people with disabilities: a consensus statement. Journal of Rehabilitation Research and Development. 1999; 36 (2):142-54.
- Curtis KA, Black K, Shoulder pain in female wheelchair basketball players. Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy. 1999; 29:225-231.
- Crenshaw AH, Campbell's Operative Orthopaedics, St.Louis: Mosby Company, 1992;667-721.
- Crosby P. Quality is Free. New York, McGraw-Hill. 1979;13.
- Crawford, J.L., and Stodolska, M., Constraints Experienced by Elite Athletes with Disabilities in Kenya, with Implications for the Development of a New Hierarchical Model of Constraints at the Societal Level. Journal of Leisure Research, 2008, 40 (1), 128-156.
- Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyolojisi. Depresyon Monografileri Serisi3. 1993. p.109-122.

- Çağlayan HS, Kırimoğlu H, Çetin M Ç, Yılmaz M, Tekerlekli Sandalye Basketbol Bölgesel Liginde Oynayan Sporcuların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, I. International Physical Education and Sports Congress for Disabled Persons, Konya, Mayıs 2012, s.24
- Çevik A, Koruç Z, Gürsel F, Engelli ve Engelli Olmayan Bireylerde Farklı Orandaki Hedef Artışının Performans Üzerine Etkisi. Öz-Veri Dergisi. 2008; 5(2), 1267-278
- Çimen Z, Gürbüz B, Spor Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Alp Yayınevi, Ankara, 2007, s: 23,122-123.
- Çöndü A, Beden Eğitimi ve Sporda Özel Öğretim Yöntemleri. Ankara, Nobel Yayınevi. 1997;74.
- Demirel H, <http://www.sbt.hacettepe.edu.tr/index.php?pid=1444&lang=en&publish=4&action=10000> Erişim Tarihi:13.09.2012
- Devine MA, Being a doer instead of a viewer: The role of inclusive leisure contexts in determining social acceptance for people with disabilities. Journal of Leisure Research. 2004; 36(2):137-159.
- Demet K, Martinet N, Guillemin F, Health related quality of life and related factors in 539 persons with amputation of upper and lower limb. Disabil Rehabil. 2003;25:480-486
- Dillingham TR, Pezzin EL, McKenzie EJ. Limb amputation and limb deficiency:Epidemiology and recent trends in the United States. Southern Medical Journal. 2002; 95(8): 875-883.
- Doğan A, “Görme Engellilerin Rehabilitasyonunda Beden Eğitimi ve Spor”, M.Ü. doktora programı semineri, İstanbul 1990.
- Doğan O, Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygudurum Bozuklukları, 2000;1:29-38.
- Durstine JL, Painter P, Franklin BA, Morgan D, Pitetti KH, Roberts SO. Physical activity for the chronically ill and disabled. Sports Medicine. 2000; 30 (3), 207-219.
- Ege R, Sakatlar ve Sakatlıklar. Ankara Büyükşehir Belediyesi Yayınları. 1993;12.
- Ege R, Ayak ve ayak bileği sorunları. Ankara Türkiye Rehabilitasyon Vakfı. 1997;1057-1069.
- Eichsteadt CB, Lavay BW, Physical Activity for Individuals with Mental Retardation Campaign, Illinois 1995, 47.
- Enç M, Çağlar D, Özsoy Y, Özel Eğitime Giriş, Ankara Üniv. Eğitim Fakültesi Yayınları No:95, Sevinç Matbası, Ankara, 1981

- Erdil M, Toplum bilimsel Açıdan Engellilik Sorunsalı, <http://www.toplumvesiyaset.com/yaziOku.php?id=1503>, 2007, Erişim:10 Ekim 2012
- Erdem N, Ergüney S, Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005,Cilt: 8, Sayı: 3, 1-9.
- Eren Tİ, Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007,s. 29.)
- Ersoy Ö, Avcı N, İşitme özürülüler, özel gereksinimli olan çocuklar ve eğitimleri. İstanbul, 2000;21-54.
- Ergun N, Baltacı G, Spor Yaralanmalarında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Prensipleri.2. Baskı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Yayınları. 2006.
- Esdaille SA, Greenwood KM, A comparison of mothers' and fathers' experience of parenting stress and attributions for parent child interaction outcomes. Occup Ther Int, 2003 10:115-126.
- Eyigör S, Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Erişim: <http://www.geriatri.org>. 16.09.2011
- Fennell MJV, Depression K Hawton, PM Salkovskis, J Kırk, DM Clark (eds). Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide. New York: Oxford University Pres; 1989. p.169, 234
- Fernhall B, Heffernan K, Jae YS, Hedrick B. Health implications of physical activity in individuals with spinal cord injury: a literature review. Spring, Journal of Health and uman Services Administration. 2008; 465-502.
- French D, Hainsworth J, 'There aren't any buses and the swimming pool is always cold!': obstacles and oppurtunities in the provision of sport for disabled people. Managing Leisure,2001, 6: 35-49.
- Fidan D, Ünal B, Demiral Y, Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. Sağlık ve Toplum.2003; 3:3-8.
- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark., Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 1999, 7:5-13.
- Fitzpatrick R, Et AL, Quality of life measures in health care. Applications and issues in assessment. BMJ.1992; 305:1074-1077.

- Flanagan JC, A research approach to improving our quality of Life. Am J Psychocol.1978; 33:138.
- Fries JF, Singh G, The hierarchy of patient outcomes. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2nd ed. Philadelphia, Lippincott- Raven Publishers.1996; 33.
- Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, Arakawa S, Hamami G, Matsumoto O. Kamidona S, "Assessment of Health-Related Quality of Life in Renal Transplant and Hemodialysis Patients Using the SF-36 Health Survey", rology, 2000,56:201-206.
- Gabbard GO, Mood disorders: Psychodynamic etiology. HI Kaplan, BJ Sadock (eds).Comprehensive Textbook of psychiatry. 6 ed. Baltimore: Williams and Wilkins Comp;1995. p.1116-23
- Ganz PA, Long-range effect of clinical trial intervention on quality of life Cancer Supplement. 1994; 74 (9): 2620-23.
- Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş, Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,2008, Cilt:3, Sayı:9 ,s 39-62
- Groff DG, Lundberg NR, Zabriskie RB. Influence of adapted sport on quality of life:perceptionsofathletes with cerebral palsy.Disability Rehabilitation, 2009; 31(4):318-326.
- Grundy D, Swain A. ABC of Spinal Cord Injury. London, BMJ Books.2002.
- Güler D, Mastalji, yaşam kalitesi ve depresyon. Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal ve Araştırma Hastanesi, Aile hekimliği, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2006: 64-65
- Gür A, Özürlülerin Sosyal Yaşama Uyum Süreçlerinde Sportif Etkinliklerin Rolü, Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları/16, Ankara,2001.
- Gürün OA, Psikoloji Sözlüğü. İstanbul: 1991 İnkılap Kitabevi. s.30
- Güven N, "Özürlü Çocuklar ve Eğitimleri" (Ed. Şule Bilir). Hacettepe Üniversitesi Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölümü. Ankara, 1986
- Güzel R, Uysal F, Oğuz H, Dursun E, Dursun N, Orkun S. ve diğerleri. Tıbbi Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevi. 2004.
- Graham KZ, MacKenzie EJ, Patti LE, Traviso, TG, Brookmeyer R. Estimating the prevalence of limb loss in the United States: 2005 to 2050. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2008; 89: 422-429.

- Groff DG, Lundberg NR, Zabriskie RB. Influence of adapted sport on quality of life:perceptions of athletes with cerebralpalsy. Disability Rehabilitation. 2009; 31(4):318-326.
- Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S, Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010: 9(3),s.213-214
- Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Ojeajo L. Are we entering an age of melancholy? Depressive illness in a prospective epidemiological study over 25 years, the Lundby tudy, Sweden, Psychol Med 1982;12:279-89.
- Hisli N, Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi 1988; 6(22):118-122.
- Hisli N, Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7(23):3-13
- Horner PJ, Gage FH, Regenerating the damaged central nervous system. Nature, 2000,407: 963-970,
- Humar A, Denny R, Matas AJ, and Najarian JS, "Graft and Quality of Life Outcomes in Older Receptients of a Kidney Transplant", Experimental and Clinical Transplantation, 2003,2:69-72.
- Işık E, Duygulanım bozuklukları depresyon ve mani. Boğaziçi Yayınları, 1191
- International Classification of Functioning, Disability, and Health. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2001
- Jacobs PL, Nash MS, Modes, benefits and risks of voluntary an delectrically induced exercise in persons with spinal cord injury. The Journal of Spinal Cord Medicine, 2001,24(1): 10-18.
- Johnson RL, Gerhart KA, McCray J, Menconi JC, Whiteneck GG, Secondary conditions following spinal cord injury in a population-based sample. Spinal Cord. 1998; 36:45-50.
- Juran JM, QC Cirscler in the West. Tokyo, 1997.
- Kalaycı Ş, SPSS Uygulamaları, Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yay. Ankara,2006.s:405
- Kalyon TA. Özürlülerde Spor. Ankara, Bağırhan Yayınevi. 1997; 14
- Kalyon TA, Amputelerde Spor Etkinlikleri. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı. 2001; 2(1):55-58.

- Karacan I, Koyuncu H, Pekel O, Sümbüloğlu G, Kirnap M, Dursun, Kalkan A, Cengiz A, Yalınkılıç A, Ünal HI, Nas K, Orkun F, Tekeoğlu I. Traumatic spinal cord injuries in Turkey. A Nation wide epidemiological study. *Spinal Cord*. 2000; 38(11):697-01.
- Karasar N, Bilimsel araştırma yöntemleri. Nobel Yayınları, Ankara, 2003;87
- Karasu TB, Toward a clinical model of psychotherapy for depression. An integrative and selective treatment approach. *Am J Psychiatry* 1990;147:269-78.
- Karçkay K, Toplumsal Bir Kimlik Olarak Özürlülük, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Uzmanlık Tezi, 2002, 13-41
- Karslı MD, Teknik eğitimin yönetimi ve kalite. *Eğitim Yönetimi*,1997; 2:207-218.
- Keskinöğlü P. Yaşam Kalitesini Etkileyen Nedenler, 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, 2010;109-112
- Kınalı G, Zihin Engellilerde Beden-Resim-Müzik Eğitimi. Farklı Gelişen Çocuklar. İstanbul, (Ed: A. Kulaksızoğlu), Epsilon Yayınları. 2003; 244.
- Kırdök E, Trafik kazası ile yaralanmış kişilerin yaşam kalitesinin incelenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2005; 7
- Kilimciöğlü Güler E, Kadioğlu S, Medikososyal bir kavram olarak sakatlık. Uluslar arası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı, Cilt 2, 2003: 655-662.
- Kinne S, Patrick LD, Doyle DL. Prevalance of secondary conditions among people with disabilities. *American Journal of Public Health*. 2004; 94(3), 443-445.
- Kjaer M, Why exercise in paraplegia? *British Journal of Sports Medicine*, 2000, 34 (5), 322-323.
- Koptagel G, Psikiyatri, Psikosomatik-Psikoterapi, Arkadaş Tıp Kitapları Serisi, Sermet Matbaası. Kırklareli, 1985s.306
- Koçoğlu D, Akın B, Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2009,2 (4), 145-154.
- Kuru E, Türkiye ve Kazakistan'lı Spora Katılımcı Erkek Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik İhtiyaçlarının Karşılaştırılması. *Bilig*. 2004; 30:203-233.
- Kuru E, Baştuğ G, Bayan ve erkek futbolcuların psikolojik ihtiyaçlarının cinsiyet değişkenine göre incelenmesi. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2006; 3:117-126.

- Leidy NK, Functional status and the forward progress of merry go- rounds. Toward a coherent analytical framework. *Nurse Res* , 1994,43:196.
- Lockette KF, Keyes AM. Coniditoning with physical disabilities. *Rehabilitation Institute of Chicago*. 1994.
- Lund ML, Lexell J. Perceived participation inlife situation in persons with late effect polio. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008; 40:659-664.
- Levenson LJ, ve arkadaşları, *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically III*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC, ISBN: 2005,1-58562-127-7.
- Medland J, and Ellis-Hill C, Why do able-bodied people take part in wheelchair sports? *Disability and Society*, 2008,23(2): 107-116.
- Metin B, *Sporu Bırakmış Profesyonel Futbolcuların Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi*, Ondokuz mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Doktora tezi, 2010,s.82
- MEB, *Gençlerde Uyum Problemleri, Aile ve Tüketici Hizmetleri*, Ankara, 2011,9-10
- Miller AC, Gordon RM, Daniele RJ, Stress, appraisal and coping in mothers of disabled and nondisabled children. *J Pediatr Psychol*, 1992,17:587-605.
- Moody L, MCcormick K, Williams A. Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysem. *J Behav Med*.1990; 13:297.
- Mcdonald JW, Sadowski J. Spinal cord injury. *Lancet*, 2002; 417-425.
- Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are Quality of Life measurements measuring? 1998; *BMJ*.316:542.
- Muraki S, Tsunawake N, Hiramatsu S, Yamasaki M. The effect of frequency and ode of sports activity on the psychological status in tetraplegics and paraplegics. *Spinal Cord*. 2000; 38(5); 309-314.
- Murphy NA, Carbone PS. Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation, and physical activities. *Pediatrics*. 2008; 121(5):1057-1061.
- Neumann DA, Polio: Its impcat on the people of the United States and the emerging profession of physical therapy. *Journal of Orthopaedic&Sports Physical Therapy*. 2004; 34(8):479-492.
- O'Connor DL, Young MJ, Saul MJ. Living with paraplegia. *Health and Social Work*.2004; 29(3):207-218.

- Okul İçi Beden Eğitimi ve İzcilik Dairesi Başkanlığı, Beden Eğitimi Öğretmeninin Ders İçi ve Ders Dışı Çalışma Rehberi, 1997
- Ones K, Yılmaz E, Çetinkaya B, Çağlar N. Quality of life for patients post-stroke and the factors affecting it. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease* 2005;14(6):261-66.
- Ortopedik Özürlüler Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Aile Eğitim Rehberi. Ankara, 2007.
- Öçalan S. Çevik kuvvet polisinin iş stresi ve depresyon düzeyinin azaltılmasında grupla psikolojik danışmanın etkisi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara,2003;38
- Öğütmen B, Yildirim A, Sever MS, Bozfakioğlu S, Ataman R, Erek E, Cetin O. ve Emel, A. "Health-Related Quality of Life After Kidney Transplantation in Comparison Intermittent Hemodialysis, Peritoneal Dialysis and Normal Controls", *Transplantation Proceedings*, 2006,38:419-421.
- Öner B, Yılmaz S, Anne ve Baba Gözüyle "Çocuk Eğitimi" Bir Sosyal Temsil Ön Çalışması. Adana, 2001,Kriz Dergisi. 9(1): 39.
- Öncül R, Özel Eğitim Sözlüğü, Karatepe Yayınları, Ankara, 1989.
- Özsoy Y, Özyürek M, Eripek S. Özel eğitime muhtaç çocuklar özel eğitime giriş. Ankara, Karatepe Yayınları. 2002.
- Özsoy Y, Özel Eğitime giriş. Ankara, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Ders Notları. 1971;49.
- Özer SD, Engelliler için beden eğitimi ve spor. Ankara, Nobel Yayın-Dağıtım. 2001; 4-21.
- Özçelik İ, Özel Eğitim Alanı ve Özürlü Olma Durumu. Ankara, Fon Matbaası. Ankara, 1998; 36.
- Özdel L, Bostancı M, Özdel O, . Oğuzhanoğlu N K. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:155-161)
- Özgür İ, Engelli Çocuklar ve Özel Eğitim, Karahan yayınları. Ankara, 2004.
- Öztürk O, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Kitapevleri, Ankara. 2001
- Peter K, Warren S, Madill H. Quality of life of stroke survivors. *Quality of Life Research* 1999;8:293-301.

- Pınar R, Diabetes Mellitus' lu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniv. Sağl. Bil.Enst. İstanbul. 1994
- Ponton P, Rupolo GP, Marchini F, Feltrin A, Perin N, Mazzoldi MA, Giacon B, Baldan N, Rigotti P. "Quality-of-Life Change After Kidney Transplantation", Transplantation Proceedings, 2001,33:1887-1889.
- Radyo Televizyon Üst Kurulu, Özürlülerin Televizyon İzleme/Dinleme Eğilimleri Araştırması Derinlemesine Mülakat İçerik Analizi, Kamuoyu Yayın Araştırmaları ve Ölçme Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2007,s.8
- Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill: an overview. Am J Psychiatry,1986;143: 696-705.
- R.Saim Dalbay, Özürlü yakınlarının özörlölere yönelik sosyal politikalara ilişkin beklentileri ve memnuniyet dereceleri (Isparta örneği), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2009;1-12.
- Ruddell JL, Shinew KJ. The Socialization Process for Women with Physical Disabilities. Journal of Leisure Research. 2006; 38(3):421-444.
- Santiago M, Coyle C. Leisure-time physical activity and secondary conditions in women with physical disabilities. Disability Rehabilitation, 2004; 26(8):485-494.
- Savaşır I, Şahin HN. Bilişsel davranışçı terapilerde değerlendirmede sık kullanılan ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997;23-38
- Schwenk TL, Gorenflo DW, Dopp RR, Hipple E.depression and pain in retirement Professional football players. Medicine&Science in Sport& Exercise, 2007;(4) 39: 606-611
- Seekins T, Clay J, Ravesloot C A. Descriptive study of secondary conditions reported by a population of adults with physical disabilities served by three independent living centers in a rural state. Journal of Rehabilitation. 1994; 47-51.
- Sevilay E, Miyokart Enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi.Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniv. Sağl. Bil.Enst. Ankara,1999.
- Seyyar A. Sosyal Siyaset Açısından Özürlölöğe Karşı Mücadele. Türdav yayınları. İstanbul.2001:23.)
- Schwab ME, Bartholdi D. Degeneration and regeneration of axons in lesioned spinal cord. Physiol. Rev. 76,1996, 319-370.
- Sharp MU, Social problems of the young disabled. British Medical Journal.1955; 15,163.

- Sharon M, Judith M. Diagnosing and treatment major depression among people with cancers. *Cancer Nursing*. 1997;20(3): 168-177
- Slater D, Meade MA. Participation in recreation and sports for persons with spinal cord injury: review and recommendations. *NeuroRehabilitation*. 2004;19(2), 121-129.
- Sadock BJ, Kaplan IH, Sadock V. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3. Cilt, Çeviri: Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitapevi, Ankara, 2007; 2064-2087
- Şener G, Erbahçeci F. *Protezler*. Ankara, H.Ü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokul Yayınları. 2001.
- Şimşek MŞ, *Yönetim ve Organizasyon*. 9. Baskı, Konya, Adım Ofset&Matbaacılık. 2007; 375-390.
- Tasiemski T, Kennedy P, Gardner BP, Taylor N. The association of sports and physical recreation with life satisfaction in a community sample of people with spinal cord injuries. *NeuroRehabilitation*. 2005;20(4):253-265.
- Tekin G, Amman MT, Tekin A. Serbest zamanda yapılan fiziksel egzersizin üniversite öğrencilerinin depresyon ve atılganlık düzeylerine etkisi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 1996; 6(2): 75-83
- Tesla MA, Nackley JF. *Methods for Quality of Life Studies*. *Public Health*.1994; 15:535.
- Tiggemann M, Winefield AH. "The Effects of Unemployment on the Mood, Self-esteem, Locus of control, and depressive affect of schoolleavers", *Journal of Occupational Psychology*, 1984,57,33-4
- T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, I. Özürlüler Şurası çağdaş toplum, çağdaş yaşam ve özürlüler komisyon raporları genel kurul görüşmeleri, Ankara,1999, 71-83
- T.C. Başbakanlık, ÖZİDA, I. Özürlüler Şurası: Özürlülerle İlgili Yönetim ve Örgütlenme; Özürlülerle İlgili Sosyal Politika Yönetim ve Örgütlenme Komisyon Raporu, Ankara, 29.11-02.12.1999, s.74. (aktaran Dalbay 2009: 36
- T.C. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye’de Sağlığa Bakış*. Ankara, 2007.
- Topçu S, Bölüktaş RP. İnmeli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, *Yeni Tıp Dergisi*, 2012,29(3):159-164
- Türkçapar H, *Klinik uygulamada bilişsel-davranışçı terapi:Depresyon*, Ankara, HYB Basım Yayın.,2009; 1-2.
- Türk Standartları Enstitüsü, 1991

T.B.E.S.F. AMPUTE FUTBOL M.H.K. 2011

Usta H, Bedensel Özürlü Olmanın Sebepleri (görme-işitme ve ortopedik özürlüler), Milli Eğitim Basımevi, İstanbul, 1992,s113)

Ünal S, Özcan E, Depresyonda Hazırlayıcı ve Ortaya Çıkarıcı Etkenler, Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000;(1)1: 41-45.

Ünlü S, İşitme Engelli Çocukları Olan Ailelerin Uzaktan Öğretim İle Öğretilmesi, Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir, 1987,s.21

Van der Ploeg, H.P., Streppel, K.R., van der Beek, A.J., van der Woude, L.H., van Harten, W.H.,van Mechelen, W. Underlying mechanisms of improving physical activity behavior after rehabilitation. International Journal of Behavioral Medicine, 2008,15 (2), 101-108

Veritas, BeyinBilimleri.Depresyon.http://www.veritaspsikiyatri.net, 2010

Yağmurlu MF, Yağmurlu B, Yılmaz M. Orthopaedic disability and socioemotional functioning. Pediatrics International. 2009; 51(5):637-644.

Yakut Y, Karaduman A, Erbahçeci F, Şener G. Üst extremitte amputeleri. Artroplastik Artroskopik Cerrahi 1994; 9:67-70.

Yazıcıoğlu K, Taskaynatan MA, Güzelküçük U, Tuğcu I. Effect of playing football (soccer) on balance, strength and quality of life in unilateral below-knee amputees. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 2007; 86:800-805.

Yazıcıoğlu K,. "The Rules of Amputee Football". In Amputee Sports for Victims of Terrorism, Edited by: Centre of Excellence Defence against Terrorism. 94-99, IOS Press Ankara,2008:. Centre of Excellence - Defence Against Terrorism, Ankara, Turkey, Amputee Sports for Victims of Terrorism.

Yelnik A, Laffont I. The psychological aspects of polio survivors through their life experience. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. December,2009.

Yemez B, Alptekin K. Depresyon Etiyolojisi. Psikiyatri Dünyası, 1998; (2)1: 21-25)

Yetim A, Sosyoloji ve Spor. Trabzon, Topkar Matbaacılık. 2005; 119.

Yıldırım A, "The Importance of Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life After Renal Transplantation", Transplantation Proceedings, 2006,38:2831-2834.

Yiğiter K, Erbahçeci F. Amputelerde Fizyoterapi, Tidy's Physiotherapy, Porte SB (ed), Butterworth Heineman, Philadelphia, 2003. Yakut E, Kayıhan H (eds.), Feryal Matbaacılık. 2008.

- Yükçü S, Atağan G, Etkinlik, etkililik ve verimlilik kavramlarının Yarattığı karışıklık, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 23, Sayı: 4,Erzurum, 2009.s.4
- Yüksel İ, İşsizliğin Psiko-Sosyal Sonuçlarının İncelenmesi (Ankara Örneği), C.Ü.İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 4, Sayı 2,Ankara, 2003,s.21-35
- Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar, Çizgi Tıp Yayınevi, 2. Baskı, Ankara.2001
- Ziller RC, Self-other orientations and quality of life. Social Indicators Research. 1975; 1:301-27.
- Wu SK, Williams T, Factors influencing sport participation among athletes with spinal cord injury. Medicine and Science in Sports and Exercise, 2001,33 (2), 177-182.
- Ware JE, The Status of health assesment 1994. An Rev PubHealth.1995; 16:327.
- Wetterhahn KA, Hanson C, Levy CE. Effect of participation in physical activity on body image of amputees. American Journal of Physical Medicine. 2002; 81:194-201.
- Weissman MM, Klerman GL. Psychiatric nosology and Midtown Manhattan study.Arch GenPsychiatry 1980;37:229-30.
- WHO: Disability, prevention and rehabilitation. Technical Report Series. Geneva, World Health Organization. 1981;668.
- Whoqol Group. What is quality of life? World Health Forum, 1996; 17 (4):354-56.
- Wilson IB, Cleraly PD. Linking clinical variables with health related quality of life. Jama. 1995;59.
- Winkler W, Epidemiology and surgical principles of arm amputation. Helv Chir Acta 1988; 54 (6):755-761.
- World health organisation, The first ten years of the World Health Organisatoon. Geneva, 1958.
- 3289 sayılı “Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğünün Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun” 21 Mayıs 1986 tarih ve 19120 sayılı Resmi Gazete.
- <http://www.annelik.org/index.php104>Erişim:12.08.2012
- <http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/kavram.htm>.Erişim:13.09.2011

<http://www.ozida.gov.tr/aratirma/projeler/kamuoyuarastirmasi/oztemelgos.htm>,2012.

<http://www.soturkey.com>, 29.10.2012.

<http://www.plan9.dpt.gov.tr/10.09.2012>

<http://www.wovd.com>,15.08.2012

<https://www.sgm.gov.tr/Sayfalar/default.aspx>Eriřim:18.12.2012

<http://www.paralympic.org> 10.09.2012

<http://www.sailing.org>.Eriřim:02.07.2012

<http://www.delinetciler.net/>,Eriřim:26-05-2009.

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=>Eriřim:28.11.2012

<http://www.besf.org.tr> Bedensel Engelliler Spor Federasyonu Web Sitesi
Erişim:02.08.2012

<http://www.wheelpower.org> Erişim:02.07.2012

<http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/> erişim:06.04.2012

<http://www.itftennis.com> Erişim:25.08.2012

<http://www.tekerleklisandalyetenisi.com> Erişim:02.07.2012

<http://www.iwbf.org> Uluslar arası TS Basketbol Resmi Web Sitesi Erişim:17.07.2012

<http://www.ozida.gov.tr> T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi web sitesi
Erişim:10.09.2012

<http://www.delinetciler.net/forum/diger-spor-dallari/65182-engellilerde-spor-engelli-sporu-engelli-poruhakkinda.html#post210867>, (26-05-2012).

<http://www.post-polio.asso.fr> Erişim:13.10.2012

<http://www.ozida.gov.tr> T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi web sitesi
Erişim:02.06.2012

<http://www.polioeradication.org> Küresel Polio Eredikasyonu Girişimi web sitesi
Erişim:09.09.2012

<http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/kavram.htm> Erişim:09.09.2012

<http://www.plan9.dpt.gov.tr/> Erişim:09.11.2012

<http://www.veritaspsikiyatri.net>, Erişim:2011

EKLER

Ek 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı: Bu “Kişisel Bilgi Formu” ve ekteki sorular, yapılacak olan bir araştırmaya veri toplamak amacıyla düzenlenmiştir. Çalışmaya katılım tamamen isteğe bağlıdır. Sorulara içtenlikle yanıt vermeniz çalışma sonucunun geçerliliği bakımından çok önemlidir. Bu çalışmada kullanılacak bilgilerin size ait olduğu sadece araştırmacılar tarafından bilinecek, çalışma içerisinde kimliğiniz tamamen gizli tutulacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Kaç yaşındasınız:

2. Eğitim durumunuz.

- a) İlköğretim 1. Kademe(1-5) b) İlköğretim 2. Kademe(6-8)
c) Lise d) Üniversite e) Lisansüstü

3-Kendinize gelir getirmek için çalıştığınız bir işiniz varmı?

- a)Evet b)Hayır c)Öğrenciyim d)Diğer(belirtiniz).....

4- Aylık ortalama geliriniz kaç TL dir.(belirtiniz).....

5-Gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?

- A)Kötü b)Orta c)İyi d)Çok iyi

6. Medeni haliniz.

- a) Evli b) Bekâr

7. Engel Durumunuz.

- El Kol Ayak Bacak

8. Engel Sebebiniz

- a) Doğum Öncesi b) Hastalık c) Kaza d)Diğer (Belirtiniz).....

9. Kaç yıldan beri engellisiniz?.....

10. Aşağıdakilerden hangisi sizi tanımlar, lütfen işaretleyiniz.

- a) Yalnız yaşıyorum
b) Ailemle birlikte yaşıyorum
c) Arkadaş grubuyla birlikte yaşıyorum
d) Evliyim, eşimle birlikte yaşıyorum

11-Nerede ikamet ediyorsunuz?

- a)Köy b)Kasaba c)İlçe d) Şehir e)Büyükşehir

12-Spor yapıyor musunuz?

- a)Evet düzenli olarak b)Arada bir b)Hayır

13-Hangi mekânlarda spor yapıyorsunuz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a)Kapalı alanlarda b)Açık alanlarda c) Stadyumlarda
d)Diğer(belirtiniz).....

14-Sinema veya tiyatroya ne sıklıkta gidersiniz

- a)Haftada bir b)İki haftada bir c)Arada bir d)Yılda birkaç defa e)Hiç

15-Herhangi bir sosyal kulüp veya derneğe üye misiniz?

- a)Kulübe üyeyim b)Derneğe üyeyim c)Herhangi bir kulüp veya derneğe üye değilim.

16- Engel durumunuz sizi başkasına bağımlı kılıyor mu? a)Evet b)Hayır

17-Binek otomobiliniz var mı? a)Evet b)Hayır

Ek 2. YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Çok	Kötü	Orta	İyi	Çok
1- Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiç	Az	Orta	Çok	Aşırı
2- Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.	Hiç	Az	Orta	Çok	Aşırı
3- Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4- Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5- Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6- Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
7- Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8- Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9- Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5
Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.	Hiç	Az	Orta	Çok	Tamamen
10- Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11- Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12- Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13- Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14- Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
15- Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5
16- Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17- Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18- İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19- Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20- Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21- Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22- Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23- Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24- Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25- Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26- Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5
	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Aşırı
27- Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Ek 3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1	<ul style="list-style-type: none">0- Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.1- Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.2- Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.3- O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2	<ul style="list-style-type: none">0- Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.1- Gelecek hakkında karamsarım.2- Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.3- Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3	<ul style="list-style-type: none">0- Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.1- Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.2- Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.3- Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4	<ul style="list-style-type: none">0- Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.1- Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.2- Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.3- Her şeyden sıkılıyorum.
5	<ul style="list-style-type: none">0- Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.1- Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.2- Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.3- Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6	<ul style="list-style-type: none">0- Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.1- Cezalandırılabilirim hissediyorum.2- Cezalandırılmayı bekliyorum.3- Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7	<ul style="list-style-type: none">0- Kendimden memnunum.1- Kendi kendimden pek memnun değilim.2- Kendime çok kızıyorum.3- Kendimden nefret ediyorum.
8	<ul style="list-style-type: none">0- Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.1- Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm2- Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.3- Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
9	<ul style="list-style-type: none">0- Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.1- Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.2- Kendimi öldürmek isterdim.3- Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10	<ul style="list-style-type: none">0- Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.1- Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.2- Çoğu zaman ağlıyorum.3- Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

11	<ul style="list-style-type: none"> 0- Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim. 1- Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum. 2- Şimdi hep sinirliyim. 3- Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
12	<ul style="list-style-type: none"> 0- Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim. 1- Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum. 2- Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim. 3- Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
13	<ul style="list-style-type: none"> 0- Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum. 1- Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. 2- Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum. 3- Artık hiç karar veremiyorum.
14	<ul style="list-style-type: none"> 0- Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum. 1- Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor. 2- Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum. 3- Kendimi çok çirkin buluyorum.
15	<ul style="list-style-type: none"> 0- Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. 1- Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor. 2- Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor. 3- Hiçbir şey yapamıyorum.
16	<ul style="list-style-type: none"> 0- Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum. 1- Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum. 2- Her zamankinden 1–2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum. 3- Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17	<ul style="list-style-type: none"> 0- Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum. 1- Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum. 2- Yaptığım her şey beni yoruyor. 3- Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18	<ul style="list-style-type: none"> 0- İştahım her zamanki gibi. 1- İştahım her zamanki kadar iyi değil. 2- İştahım çok azaldı. 3- Artık hiç iştahım yok.
19	<ul style="list-style-type: none"> 0- Son zamanlarda kilo vermedim. 1- İki kilodan fazla kilo verdim. 2- Dört kilodan fazla kilo verdim. 3- Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
20	<ul style="list-style-type: none"> 0- Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor. 1- Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor. 2- Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor. 3- Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
21	<ul style="list-style-type: none"> 0- Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim. 1- Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim. 2- Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim. 3- Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Mehmet YAZICI

Doğum Yeri: Akçaabat-Trabzon

Doğum Tarihi: 10.09.1972

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce,

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl): Lisans (Marmara Üniversitesi BESYO, 1995)

Yüksek Lisans(Marmara Üniversitesi BESYO,1998)

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Atatürk Üniversitesi Erzincan Eğitim Fakültesi, 1995-2006

Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 2006-

İletişim Bilgileri:

Posta: Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Beden Eğitimi ve Spor Bölümü,

Yanlızbağ Yerleşkesi, Erzincan

e-Posta: mehmet_yazici@hotmail.de - myazici@erzincan.edu.tr

Tel: 0446 224 00 89 Dahili: 40246

Cep: 0533 778 07 53