



**TERAPATİK REKREASYON FAALİYETLERİNİN DOWN
SENDROMLU ÇOCUKLARIN SOSYAL GELİŞİMİNE ETKİSİ:
ELAZIĞ İLİ ÖRNEĞİ**

Muhammed Ömer BOR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Rekreasyon Yönetimi Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Enes IŞIKGÖZ
NİSAN- 2018**



T.C.
BATMAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
REKREASYON YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**TERAPATİK REKREASYON FAALİYETLERİNİN DOWN
SENDROMLU ÇOCUKLARIN SOSYAL GELİŞİMİNE ETKİSİ:
ELAZIĞ İLİ ÖRNEĞİ**

HAZIRLAYAN
Muhammed Ömer BOR
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Rekreasyon Yönetimi Anabilim Dalı

NİSAN- 2018
BATMAN
Her Hakkı Saklıdır



T.C.
BATMAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TEZ KABUL VE ONAYI

Dr. Öğretim Üyesi M. Enes IŞIKGÖZ danışmanlığında, Muahmmmed Ömer BOR tarafından hazırlanan “Terapatik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların Sosyal Gelişimine Etkisi (Elazığ İli Örneği)” adlı tez çalışması 17/04/2018 tarihinde aşağıdaki jüri üyeleri tarafından oy birliği ile Batman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Rekreasyon Yönetimi Anabilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Başkan

Doç. Dr. H. Murat ŞAHİN




Danışman

Dr. Öğretim Üyesi M. Enes IŞIKGÖZ

Üye

Doç. Dr. Eyüp NACAR

İmza


.....

.....

.....

Yukarıdaki sonucu onaylarım.


Dr. Öğrt. Üyesi Ferhat KORKMAZ
SBE Müdür V.

TEZ BİLDİRİMİ

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

DECLARATION PAGE

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Muhammed Ömer BOR
17.04.2018

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TERAPATİK REKREASYON FAALİYETLERİNİN DOWN SENDROMLU ÇOCUKLARIN SOSYAL GELİŞİMİNE ETKİSİ ELAZIĞ İLİ ÖRNEĞİ

Muhammed Ömer BOR
Batman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Rekreasyon Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Enes IŞIKGÖZ

2018, 61

Jüri:
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Enes IŞIKGÖZ
Doç. Dr.H. Murat ŞAHİN
Doç. Dr. Eyyüp NACAR

Bu araştırma, terapatik rekreasyon faaliyetlerinin down sendromlu çocukların sosyal gelişimine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu Elazığ ilinde Özel Eğitim Sınıflarında öğrenim gören 07-12 yaş arası 69 Down Sendromlu (DS) öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Akçamete ve Avcıoğlu (2005) tarafından geliştirilen “Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek 30 gün ara ile iki defa uygulanmıştır. İlk önce oyun parogramı uygulanmaksızın belirlenen 69 öğrenci grubuna ölçek uygulanmış, daha sonra aynı gruba 30 gün süre ile “Terapatik rekreasyon ile ilgili oyunları içeren 4 ana grupta 36 adet “Özel Eğitim Oyun Programı” uygulanmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma) yanı sıra, ön test ve son test için Paired Samples t-testi ve tek yönlü varyans analizi ANOVA testleri, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için de regresyon analizi yapılmıştır.

Araştırma sonucunda; Down Sendromlu öğrencilere uygulanan terapatik rekreasyon faaliyetlerinin DS çocukların sosyal gelişimi üzerinde etkili olduğu sosyal becerileri değerlendirme Ölçeği uygulanarak görülmüştür. Sosyal gelişime ilişkin becerilerin temel alt boyutları olan; Temel sosyal beceriler, temel konuşma beceriler, ileri konuşma becerileri, ilişkiyi başlatma becerileri, ilişkiyi sürdürme becerileri, gruba iş yapma becerileri, duygusal becerileri, kendini kontrol etme becerileri, saldırgan davranışlarla başa çıkma becerileri, sonuçları kabul etme becerileri, yönerge verme becerileri ve bilişsel beceriler boyutlarında son test ortalamalarının anlamlı olarak yüksek çıktığı görülmüştür. Ayrıca terapatik rekreasyon eğitimi alan özel eğitim öğretmenlerinin terapatik rekreasyon faaliyetleri eğitiminde daha etkili oldukları tespit edilmiştir.

Araştırma sonucu kapsamında, DS çocukların demografik değişkenlerine göre sosyal gelişimlerinde terapatik rekreasyon faaliyetlerinin incelenmesi, DS çocuklar üzerinde yürütülen bu araştırmanın uygulamalı çalışmalarda model olma ya da görsel olarak hareketi izletme yöntemi ile yürütülmesi, özel eğitim verilen kurumlarda terapatik rekreasyon aktiviteleri için uygun alanların (özel park, özel bahçe, salon vb.) oluşturulması araştırmanın bazı önerileri olarak getirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Down Sendromu, Eğitsel Oyun, Spor, Terapatik Rekreasyon, Öğrenci

ABSTRACT

MS THESIS

THE EFFECT OF TERMATIC RECREATION ACTIVITIES ON THE SOCIAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH DOWN SYNDROME ELAZIĞ PROVINCE EXAMPLE

Muhammed Omer BOR

**Batman University Social Sciences Institute
Recreation Management Department**

Advisor: Dr. Lecturer. Member Mustafa Enes İŞIKGÖZ

2018, 61

Jury:

Dr. Lecturer. Member Mustafa Enes İŞIKGÖZ

Assoc. Prof. Dr.H. Murat ŞAHİN

Assoc. Prof. Dr. Eyyüp NACAR

This research was conducted to investigate the effect of therapeutic recreational activities on the social development of children with Down syndrome. The study group is composed of 69 Down Syndrome (DS) students aged 07-12 years who are studying in Special Education Classes in Elazığ. The "Social Skills Assessment Scale" developed by Akçamete and Avcıoğlu (2005) was used as data collection tool in the research. The scale was administered twice with 30-day intervals. First of all, the scale was applied to a group of 69 students who were determined without applying the game paradigm. Then, the same group was applied for 30 days "36 special education play programs" in 4 main groups including games related to therapeutic recreation

While the findings obtained in the research were evaluated, SPSS 22 package program was used for statistical analysis. In the analysis of the data, paired samples t-test and one way variance analysis ANOVA tests for pre-test and post-test as well as descriptive statistical methods (Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation) were performed. Regression analysis was also performed to determine the relationship between variables. As a result of the research; Therapeutic recreational activities applied to students with Down Syndrome have been found to have an impact on the social development of DS children. The basic sub-dimensions of social development skills; Ability to cope with aggressive behaviors, ability to accept results, instructional skills and cognitive abilities, basic social skills, basic speaking skills, advanced speaking skills, relationship skills, associative skills, group work skills, emotional skills, self control skills, The post-test averages were significantly higher than the average of the test results. It has also been found that special education teachers receiving therapeutic recreational training are more effective in the training of therapeutic recreational activities. As a result of the research, it is aimed to investigate the therapeutic recreational activities in the social development according to the demographic variables of the DS children, to carry out this research on the DS children by modeling or visually activating the study in the applied studies and to determine the appropriate areas for therapeutic recreational activities private gardens, lounges, etc.) were introduced as some of the research proposals.

Key Words: Down Syndrome, Educational Game, Sports, Student, Therapeutic Recreation

ÖNSÖZ

“Terapatik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların Sosyal Gelişimine Etkisi” konulu bu tez çalışması süresince bana her türlü yardımda bulunan ve çalışmamın her aşamasında bilgi ve eleştirileriyle bana yol gösteren, bilgilerimin oluşmasında Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Enes IŞIKGÖZ’e, ilgisini ve önerilerini göstermekten kaçınmayan Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Müdürü Sayın Doç. Dr.H. Murat ŞAHİN’e sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tezimin oluşum aşamasında, anketlerin uygulanmasında çok çaba harcayan, bütün özverisi ve anlayışıyla yanımda olan, değerli hocam Özcan YILDIZ’ a teşekkürlerimi sunarım

Çalışmalarım sırasında maddi ve manevi yönden beni her şekilde destekleyen sevgili eşim Zeynep UÇAR BOR’ a ve tezimin son döneminde ailemize katılan minik oğlum Mehmed Akif’e sonsuz sevgilerimi sunarım.

Muhammed Ömer BOR
Batman-2018

İÇİNDEKİLER

TEZ BİLDİRİMİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELER LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	x
SİMGELER ve KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ VE KAYNAK ARAŞTIRMASI	1
1.1.1. Down Sendromu ve Belirtileri.....	2
1.1.1.1. Down Sendromu	2
1.1.1.2. Down Sendromu Belirtileri.....	3
1.1.2. Terapatik Rekreasyon	4
1.1.2.1. Terapatik	4
1.1.2.2. Rekreasyon.....	4
1.1.2.3. Terapatik Rekreasyon	5
1.1.2.3.1. Tanımlayıcı / Ön Aktivite	6
1.1.2.4. Terapatik Rekreasyonun Kullanıcıları	10
1.2.3. Terapatik Rekreasyonun Tarihçesi ve Gelişimi	13
1.2.4. Terapatik Rekreasyonun Yararları	18
1.2.4.1. Psikolojik Yararlar	21
1.2.4.2. Terapatik Rekreasyonun Sosyal Yararları	25
1.2.4.3. Terapatik Rekreasyonun Fiziksel Yararları	25
1.2.4.4. Terapatik Rekreasyonun Bilişsel Yararları.....	26
1.2.4.5. Çalışma Alanları	27
1.2.4.6. Terapatik Rekreasyon: Önemi, Gerekliliği.....	27
1.3. Araştırmanın Problemi	30
1.3.1. Alt Problemleri	30
1.4. Araştırmanın Amacı	31
1.5. Araştırmanın Önemi.....	31
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
2. MATERYAL ve YÖNTEM	32
2. 1. Araştırmanın Modeli	32
2.2. Evren Örneklem	32
2.3. Veri Toplama Araçları	32
2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	33

3. BULGULAR VE TARTIŞMA	34
3.1. Araştırmaya Katılan Down Sendromlu Çocukların Sosyal Gelişim Becerilerinin Alt Temel Boyutlarına İlişkin Öntest ve Son Test Sonuçları.....	34
4. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	43
4.1. Sonuçlar.....	43
4.2. Öneriler	43
KAYNAKLAR	45
EKLER	52
ÖZGEÇMİŞ	61



ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 1.1.	Terapatik Rekreasyon Sürekliliği: Sağlığı Koruma / Sağlığa Teşvik Modeli	6
Çizelge 4.1.	Down Sendromlu Çocukların Temel Sosyal Beceriler Boyutundaki Ön Test ve Son Test Sonuçları.....	34
Çizelge 4.2.	Down Sendromlu Çocukların Temel Konuşma Becerileri Boyutunda Ön Test ve Son Test Sonuçları.....	34
Çizelge 4.3.	Down Sendromlu Çocukların İleri Konuşma Becerileri Boyutundaki Ön Test ve Son Test Sonuçları.....	35
Çizelge 4.4.	Down Sendromlu Çocukların İlişkiyi Başlatma Becerileri Boyutunda Ön Test ve Son Test Sonuçları	35
Çizelge 4.5.	Down Sendromlu Çocukların İlişkiyi Sürdürme Becerileri Boyutunda Ön Test ve Son Test Sonuçları	36
Çizelge 4.6.	Down Sendromlu Çocukların Grupla İş Yapma Becerileri Boyutunda Ön Test ve Son Test Sonuçları	37
Çizelge 4.7.	Down Sendromlu Çocukların Duygusal Beceriler Boyutunda Ön Test - Ön Test. Boyutundaki Ön Test ve Son Test Sonuçları.....	37
Çizelge 4.8.	Down Sendromlu Çocukların Kendini Kontrol Etme Becerileri Boyutundaki Ön Test ve Son Test Sonuçları	38
Çizelge 4.9.	Down Sendromlu Çocukların Saldırgan Davranışlarla Başa Çıkma Becerileri Boyutundaki Ön Test ve Son Test Sonuçları.....	38
Çizelge 4.10.	Down Sendromlu Çocukların Sonuçları Kabul Etme Becerileri Boyutunda Ön Test ve Son Test Sonuçları.....	39
Çizelge 4.11.	Down Sendromlu Çocukların Yönerge Verme Becerileri Boyutunda Ön Test ve Son Test Sonuçları.....	39
Çizelge 4.12.	Down Sendromlu Çocukların Bilişsel Beceriler Boyutunda Ön Test ve Son Test Sonuçları.....	40
Çizelge 4.13.	Özel Eğitim Öğretmenlerinin Terapatik Rekreasyon Eğitimi Alma Değişkeninin Down Sendromlu Çocukların Sosyal Gelişim Becerilerine Etkisi.....	40

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1. Terapatik Rekreasyonun Kullanıcıları	12
---	----



SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devleti
ANOVA	: Tek yönlü varyans analizi
APMR	: Amerikan Sağlık, Beden Eğitimi ve Rekreasyon Derneği
ATRA	: Amerikan Terapötik Rekreasyon Derneği
DS	: Down Sendromu
NART	: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası
NRPA	: Ulusal Rekreasyon ve Park Derneği
NTRS	: Ulusal Terapi Rekreasyon Topluluğu
Ort	: Ortalama
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü



1. GİRİŞ VE KAYNAK ARAŞTIRMASI

Down sendromu, ilk olarak 1866 yılında Langdon Down tarafından “mongolien gerilik” olarak tanımlanmış, kromozomal temeli olduğu ise 1959 yılında Lejeune ve arkadaşlarınca rapor edilmiştir (Down, 1999; Young, 2005). Bütün malformasyon sendromları arasında en iyi bilinen ve en sık görülen sendromdur. Genetik kökenli mental geriliklerin en önemli nedenlerindedir. Mental geriliği bulunan bireylerin %15’i DS (Trizomi 21) tanısı almıştır. Genel olarak Trizomi 21 sendromunun prevalansının 600-800 canlı doğumda bir olduğu bilinmektedir. Ancak, bu prevalans farklı popülasyonlara göre 1/600 ile 1/2000 arasında değişmektedir (Hodapp ve ark., 2006; Rasmussen ve ark., 2006; Gorlin, ve ark., 2001).

Ülkemizde DS prevalansının yaklaşık olarak 1/700 olduğu ve 2000 çocuğun DS doğduğu düşünülmektedir (Tüysüz, 2013). Ülkemizde, yaklaşık olarak 100.000 kişinin DS olduğu tahmin edilmektedir. (Down Sendromu Derneği, 2013). Fransa’da yapılan bir araştırmada Trizomi 21 sıklığı 1/292 olarak belirtilmektedir. Ayrıca ileri yaş annelerden doğan bebeklerde riskin arttığı bilinmektedir.9 Anne adayları, sağlıklı bir bebek annesi olabilmenin hayalini ve sağlıklı bir ailede annelik işlevlerini yerine getirebilmenin umudunu taşırlar (Çavuşoğlu, 2011).

Rekreasyon terimi ülkemizde konu alanındakilerce dahi yeterince bilinmemekte iş tanımı tam yapılmadığı için bu alandan mezun olanlar mağdur olabilmektedir. Yeniden yaratma ve yaşama sevincini karşılayan bu terim çok geniş alana sahip ilgilerle, temelde boş zamanın verimli şekilde değerlendirilmesi ve aktif zamanın ise daha verimli ve zevkli, fiziksel ve ruhsal doyumla geçirilmesini içerir. Kişinin kendisi, doğa ve insanla barışık; ruhsal ve fiziksel olarak sağlıklı, zinde ve canlı; insanca yaşaması sanattır (Çavuşoğlu, 2011).

Bu araştırmanın amacı da terapatik rekreasyon faaliyetlerinin Down Sendromlu çocukların sosyal gelişimine etkisinin, sosyal beceriler bağlamında incelenmesidir. Terapatik rekreasyon faaliyetlerinin özel eğitim gören engelli bireyler üzerinde rehabilite etkisi ve bireylerin sosyal gelişimlerine katkısının ne denli etkili olduğu, özellikle tipik bir engel grubu olarak down sendromlularda terapatik rekreasyon faaliyetlerinin sosyal becerilerini geliştirmelerinde etkisinin olup olmadığının incelenmesi araştırma kapsamında önemli görülmüştür.

Gerek bu araştırmanın ve gerekse alanda yapılan benzer araştırmaların sonuçları olsun, terapatik rekreasyon faaliyetleri kapsamında engelli öğrenci gruplarına uygulanan eğitsel oyunlar, sosyal gelişim faaliyetleri, kazandırılan sosyal becerilerin engelli öğrencilerin sosyal gelişimleri üzerinde etkili ve önemli olduğu görülmüştür.

1.1. Down Sendromu ve Terapatik Rekreasyon

1.1.1. Down Sendromu ve Belirtileri

1.1.1.1. Down Sendromu

Down sendromu insanlarda en sık görülen kromozom anomalisi türüdür. Dünyada yaklaşık olarak 600-800 yenidoğan bebekten biri Down sendromu (DS) ile doğmaktadır (Hodapp ve ark. 2006; Rasmussen ve ark. 2006). Zekâ geriliği yapması ve erken yaşta ölüme neden olması nedeniyle nde gelen toplumsal sorunlardan olan DS olgularının tümü olmasa da önemli kısmı, gebelik döneminde çeşitli tanı yöntemleriyle tanınabilmekte ve ailelere gebeliği devam ettirme ya da sonlandırma seçenekleri sunulabilmektedir (Hall, 2011; Marsk ve ark., 2006).

Yeni doğanlarda kromozom anomalisi görülme sıklığı yaklaşık 1/165'tir (Taner ve ark., 2011). İlk kez 1846'da Edouard Onesimus Segwin tarafından tanımlanan DS 21. kromozomun normalde iki adet bulunması gerekirken üç adet olması ile karakterizedir. DS'nun klinik bulguları ise ilk defa 1866 yılında Langon Down tarafından belirtilmiştir ve daha sonradan mongol terminolajisi yerine DS olarak adlandırılmıştır. Gen zincirinin 21. kromozom halkasında oluştuğundan bu oluşum "Trizomi 21" olarak da adlandırılır (Beşbenli ve ark., 2005). Down Sendromu genetik kökenli zihinsel geriliklerin en önemli nedenlerindedir. Dünyada yeni doğan canlı bebeklerin yaklaşık 1: 700 ile 1: 800'ünde görülmektedir (Neyzi, 2010; Altın, 2011).

Down sendromu ya da eski adlarıyla "mongolizm" veya "mongol bebek" ilk kez 1866 yılında Dr. John Langdon Down tarafından "özel bir tür zekâ geriliği" olarak tarif edilmiş bir sendromdur. Moğol ırkına mensup insanlara çekik gözlülükleriyle benzemeleri nedeniyle Dr. Down bu bebekler için "mongoloid" terimini kullanmış, ancak daha sonra Asyalı bilim adamlarının baskısıyla "mongol" terimi tümüyle terk edilmiştir (Down, 1999; Young, 2005).

Down Sendromu sitogenetik olarak üç tiptedir. Birincisi Regüler tip (serbest trizomi) olan gen zincirinin 21. kromozom halkasında oluştuğundan bu oluşum “Trizomi 21” olarak da adlandırılır ve görülme sıklığı %95’dir. İkincisi Translokasyon tip olan 14. kromozomun translokasyon olmasıyla birlikte görülme sıklığı %4-5’dir. Üçüncüsü Mozaik tip, hücrelerin bir kısmı normal olup 46 kromozoma sahipken, bir kısmı 47 kromozomlu olup görülme sıklığı %1-2’dir (Down, 1999; Young, 2005).

1.1.1.2. Down Sendromu Belirtileri

Down Sendromu sayısız belirtiler ve sağlık sorunları ile ilişkilidir. DS tipik yüz görünümü ile yenidoğan evresinden itibaren her yaşta kolaylıkla tanınabilir. Yenidoğan döneminde boyun ve diğer eklemleri, kasları gevşek olur. Avuç içinde “Simian Hattı” denen enlemesine kalın bir çizgiye rastlanır (Azaklı, 2005; Bilginer, 2002; Neyzi, 2010). Down Sendromundaki minör anomalilerin tanımı Smith, Berg ve Puschel tarafından yapılmıştır. DS’de görülen tipik fenotip özellikler basık yüzle birlikte mikrobrakiosefali, yukarı doğru çekik palpebral fissürler, epikantik kıvrım, normalden küçük ve şekilsiz kulaklar, küçük ve düz burun, küçük ağız yapısı ve buna bağlı dışarı sarkan dil, yumuşak ve düz saçlar, kısa 5 geniş bir boyun, ensede gevşek deri kıvrımları, kısa ve kalın parmaklar, simian çizgisi, klinodaktili, küçük ayaklar ve tabanlarda görülen oluk, hipotoni, normalden kısa boy ve normalin üzerinde kilodur (Pinto ve Schup 2011; Altın 2011).

Down Sendromu, bireylerin fiziksel ve mental gelişimlerinde anlamlı geriliğe neden olan bir durumdur. Mental gerilik, seviyesi değişmekle birlikte her çocukta görülen önemli bir sorundur. Mental gerilik, azalmış motor yeteneğin de önemli sebeplerinden Hipotoni DS görülen önemli bir bulgudur. Yürümeyi, koşmayı, dengeyi olumsuz etkiler. DS’li çocukların çoğu ayakta durmayı, yürümeyi 18 ay-3 yaş arası öğrenir. Çocukluk çağında ve erken gençlik döneminde DS’li bireylerin %50’si obezite sorunu ile karşılaşır (Newberger, 2000; Wapner, 2003).

Bu çocukların büyümeleri yavaş ve kemik yaşları geridir. Bu yüzden düşük büyüme hızı gösterirler (Neyzi, 2010). Tüysüz, Topal ve Öztürk’ün (2012). Türkiye’de yaptığı araştırmaya göre; DS’li kızlarda ergenlik büyüme artışı bir yıl erken başlamakta, ergenlik süresi kısa ve yıllık büyüme oranı yetersiz kalmaktadır. Sonuç olarak Türkiye standartlarında 3.06 standart sapma olmaktadır. DS erkeklerde ergenlik büyüme hızı ve

ergenlik süresinin başlaması normal insanlara göre benzer olmasına rağmen yıllık büyüme oranı; Türkiye standartlarına göre 2.56 standart sapmayla yetersizdir.

Down sendromu konusunda iki şey kesindir; DS kaynağı annebaba değildir, hamilelik öncesi veya sırası olan hiç bir şey çocuğun DS doğmasına yol açmaz. Dünyanın her yerinde, tüm insan ırkında DS mevcuttur ve zamanla ortaya çıkan bir durum değildir. DS insanların, insanoğlunun oluşumundan beri var olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla DS yaşamın doğal bir parçası olarak kabul etmek gerekmektedir (Newberger, 2000; Wapner, 2003). Ancak, DS açısından riskli gruplar bulunmaktadır. Bunlar; 35 yaşından sonra hamile kalanlar, DS bebek doğurma öyküsü olanlar, birinci derecede ailesinde DS bebek doğurma öyküsü bulunanlar, ikili tarama testi yüksek çıkanlar ve üçlü tarama testi yüksek çıkanlardır (Çavuşoğlu, 2011).

1.1.2. Terapatik Rekreasyon

1.1.2.1. Terapatik

Terapatik ve tıbbi açıdan boş zaman kavramı tanımlanabilmektedir. Bu görüşte terapi, sosyal fayda ve kontrol amaçlarıyla boş zaman kullanımı ifade edilmektedir. Bu görüşün önemi boş zaman tutumu ile fiziksel ve psikolojik sağlık arasında bağ kurulmasına olanak sağlamasıdır (Wang, 2008).

Terapatik görüşte, boş zaman kavramının boyutlarıyla ilgili olarak kişileri genellikle sağlıksız varsayan ve boş zaman ile bu sağlık arayışının giderilebileceği amaçlanmaktadır (Wu, 2010). Boş zaman, terapatik olarak nitelendirilmekte ve sağlık konusunda fayda sağlamaktadır, çünkü birincil ve ikincil yaşlanma risklerini azaltabilmekte, stres ile başa çıkmayı kolaylaştırmakta ve hastalıklar ile rahatsızlıkların olumsuz etkilerini önleyebilmektedir (Caldwell, 2005).

1.1.2.2. Rekreasyon

Rekreasyon, bireyin yaşamındaki zorunlu görev ve sorumlulukları içerisindeki bağımlılık zincirinin kırılmasına doğru yönlendirilmiş ve sistemli şekilde planlanmış bir müdahale olmaktadır. Rekreasyon, bireylere yaşamlarında güç ve kontrolleri için enerji, heyecan, coşku gibi ihtiyaçlarını gidermeye yarayan ve yaşamına değer katan, pozitif fırsatlar sağlamaktadır (Kraus, 1998).

Rekreasyon, bedensel ve ruhsal yönden yenilenmek için aktif ya da pasif birçok boş zaman değerlendirme etkinliğinin gerçekleştirilmesini ifade etmektedir (O'Sullivan, 2006). Rekreasyon, bireyi canlandırma, yenileme işlevi görmekte ve bireylerin problemlerini giderme ve hoşça vakit geçirme olanakları yaratmaktadır. Rekreasyon fiziksel bir gelişim ya da bir yapılanmadan daha çok bir anlatımla terapatik rekreasyonu boş zaman aktivitelerinin alışkanlığa dönüşmesi ve yaşam tatminine etki sağlayan, fonksiyonel bir hizmet türü olarak tanımlamak mümkündür (Rothwell ve Piaat, 2006).

1.1.2.3. Terapatik Rekreasyon

Terapatik rekreasyon, farklı rekreasyon aktiviteleri içerisinde yer alan kendine özgü bir tanımı ve yaklaşım kalıpları olan uygulama alanıdır. Bu alan, özel ihtiyaçları olan kişilerin deneyimsel aktiviteler ya da yardım amaçlı müdahaleler ile sağlık durumu, fonksiyonel kapasiteleri ve yaşam kalitesini iyileştirmek ve geliştirmek odaklı rekreasyon aktivitesidir (Carter ve ark., 2003).

Terapatik rekreasyon bireyin yaşamı içerisinde yıllarla birlikte gelen bedensel ve duygusal bozuklukları olan bireylerin tedavisinde aktif rol oynar. Diğer bir anlatımla bireylerin doğumundan yaşlılığına kadar uzanan yaşam süresi ile oluşan çeşitli rahatsızlıkların yaşlılık döneminde ortaya çıkması ile hayata tekrar uyum sağlamalarına yardımcı bir etken olabilmektedir. Terapatik rekreasyon bir bireyin var olan ilgi ve becerilerinin geliştirilmesi yanında, günlük yaşam içerisinde yeni beceriler oluşturabilmesine ve toplumsal işlevsellik kazanmasını sağlar (WHOQOL, 1998; Dustin, 2000).

Terapatik rekreasyon akademik ve terapatik hizmet alanı içerisinde uygulamalı eğitime sahip olan uzmanlar tarafından sağlanır. Bireylerin özel konuları, ilgi ve ihtiyaçları, kapasitelerine göre düzenlenecek aktiviteler ve bunlara cevap verecek nitelikte programlar hedeflenir. Bu kapsamda ilk olarak bireyin hastalık, yaşamsal engeller gibi olumsuz durumlar karşısında kendini toparlaması, yenilemesi ya da sağlığını tehdit eden sorunlara karşı istikrar veya denge oluşturup sağlığını koruması önplanda olurken; aynı zamanda bireyin kendini bulma, kendini gerçekleştirme de boş zaman aracılığıyla sağlığa teşvik olarak algılanabilmektedir. Buna ilave olarak sağlık problemlerini azaltan ve engelleyen aktivite bütünü şeklinde algılanabilmektedir. Sonuç olarak terapatik rekreasyon sadece sağlık odaklı tanımları kapsayan ya da hastalıkları iyileştirme yolu değil, aynı zaman da fiziksel, bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimi ve

bireyin sürdürdüğü yaşamına tam ve bağımsız olarak katılabilmesini sağlamaktadır. Bu kapsamda, terapatik rekreasyon kişilerin yaşamına anlam ve amaç katmaktadır. (WHOQOL, 1998; Dustin, 2000).

Zihin, beden ve duygular birbirleriyle ilişki halinde ve içerisindedir. Bunlardan herhangi birinin işlevsel bozukluğu, diğerlerini de etkiler (Dustin, 2000). Terapatik rekreasyonun başlangıç amacı sağlığı yenileme ve yaşam kalitesini yükseltmede bireylerin boş zaman içerisinde var olan potansiyellerini en iyi seviyede nasıl ve ne şekilde kullanmaları gerekliliğini öğretmeye yardımcı olmaktır. Terapatik rekreasyon sağlığı koruma ve yenilemede bir kişisel gelişim olarak değerlendirilen boş zaman kullanımını ile, bireylere yardım edip, etkinleştirerek gerçeğe uyum ve yaşam içerisinde bir denge oluşumuna destek sağlar (Austin ve Crawford, 2001).

Tanımlayıcı Aktivite	Rekreasyon	Boş Zaman
<ul style="list-style-type: none">• Uzman tarafından yönlendirme• Aktiviteye uyum sağlama• Bireyin kontrolünde değildir.	<ul style="list-style-type: none">• Karşılıklı katılım• Aktiviteye giderek artan uyum• Uzman rolünde azalma• Bireyin rolü genişler• Gerçekleşme eğilimi başlar	<ul style="list-style-type: none">• Kendi kendine gerçekleşme• Birey tamamıyla aktiviteyi kendi seçer• Aktivite ile özgürlük• Kontrol bireyin tek elindedir.

Şekil 1.1. Terapatik Rekreasyon Sürekliliği: Sağlığı Koruma / Sağlığa Teşvik Modeli
Kaynak: (Austin ve Crawford, 2001)

Terapatik rekreasyon hizmetleri engelliler gibi özel durumdaki bireylerin ihtiyaç duyabileceği gereksinimleri karşılamada istikrar ya da devamlılık sağlanmasına yardımcı olarak katkı sağlamaktadır.

1.1.2.3.1. Tanımlayıcı / Ön Aktivite

Bireyler hastalık ya da özel durumlar ile karşı karşıya kaldığında, genelde her zaman ki yaşam aktivitelerinden uzaklaşma, geri çekilme ve yaşamları üzerinde kontrol kaybı meydana gelmektedir. Bu durumdaki bireyler için aktivite, sağlıklarını geri kazanmak için gerekli bir ön koşul olmaktadır. Bireylerin yaşamdan kopmamak ve meşgul olmak adına depresyon ve çaresizlik hissi gibi duyguları aşmak ve durumları

üzerinde kontrol kurmaları için enerjik ve etkin olmaları gerekmektedir. Bireyin yetenek, beceri ve ilgisine etki yapabilecek aktivite önemli olmaktadır (Austin ve Crawford, 2001).

Rekreasyon: Rekreasyon yapıcı sonuçlar ortaya çıkaran aktivitelerin tümünü içermektedir. Bireyler rekreasyon aracılığıyla kendilerini onarabilmekte ve toparlanabilmektedir. Dengelerini yeniden kazanma ve güç arayışlarına, yaşama bağlanmaları, sürdürebilmelerine uyum aracı olarak destek olmaktadır (Austin ve Crawford, 2001).

Boş Zaman: Boş zaman kendini gerçekleştirme anlamında gelip, boş zaman deneyimi yoluyla zorluklara karşı dayanabilmektir. Boş zaman deneyiminin çok boyutlu yapısı, stres ve hoşnutsuzluğa karşı bir dizi pozitif deneyimler içermektedir. Bu konuya ilişkin çalışmalarda (Kelly ve ark., 1987) boş zaman deneyiminin kısa süreli bir deneyim olup, uzun ve kalıcı deneyimlere geçiş için hazırlayıcı bir etmen olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca bireylerin bu deneyime düzenli olarak katılım sağladıklarında eğlence, keyif, zevk, hoşlanma, özgürlük, doğallık, macera, pozitif geri bildirim, pozitif duygu durumları ve birçok pozitif deneyimleri elde etmelerine neden olacağı belirtilmektedir (Lee ve ark., 1994).

Boş zaman deneyimleri, bireyin kendi geleceğini belirleme, içsel motivasyon, hakimiyet ve yeterlilik, öz yeterlilik, güçlenme, zevk ve hoşlanma hislerine neden olan özelliklerdir. Özellikler birey üzerinde kısıtlama, baskı, kusur ve zayıf yönler gibi olumsuz duyguları tolere edebilmeye ve karşı durabilmeye neden olmaktadır. Boş zaman aktivitelerinin deneyimlenmesi ile boş zaman katılımın sağlanması, bireyin tatmin olmasına yol açan etkin bir özellik olmaktadır (Rothwell ve Piaa, 2006).

Boş zaman, bireyin kendisi ve diğer bireylerle olan ilişkisine pozitif yansımaları olan, özgür bir yaşamın eşsiz erdemi olarak düşünülmektedir. Bu yönüyle boş zaman deneyimi, boş zamanın çeşitli alanlarında kullanıldığı gibi terapatik rekreasyon alanında da uygulanmaktadır (Dattilo ve Kleiber, 1993). Terapatik rekreasyon farklı koşullar altında olan bireyler için bu özellikten yararlanarak hizmet vermektedir (Rothwell ve Piaa, 2006).

Terapi niteliği taşıyan boş zaman aktiviteleri ile tutum ve davranışlarında uyum yaşayan bireylerin davranışlarına olumlu kazanım sağlandığına dikkat çekilmektedir (Austin, 2013). Böylece tedavi odaklı boş zaman aktiviteleri, yaşamlarında artan zorluklar ve fırsatlara karşı bireye enerji ve güç veren davranış odaklı pozitif duygu sarmalı olmaktadır. Terapatik rekreasyon terapi, tedavi, boş zaman ve rekreasyon gibi

kavramları bir çatı altında toplayarak, bireylere bağımsız bir yaşam şekli oluşturmaya ve yaşam kalitesini iyileştirmeye yardım etmek amacıyla hizmet veren bir alandır. Özel bireyler için boş zaman aktivitelerine katılım ve sonuç elde etmede gerekli şartların yerine getirilmesi için, tedavi bir hedef olmaktadır (Austin, 2013).

Rekreasyon bireyin kendi tercih ettiği aktivitelerde, belli becerilerini artırmasıyla bireyde başarıma, zevk alma, memnun ve tatmin olma üzerinde subjektif bir etki yaratırken: terapi iyi hislerin kazanımı ile beraber objektif olmaktadır. Çünkü terapiye yönelik aktivitelerin birey için anlam ifade eden bilinçli ve kasten seçilmiş olması gerekmektedir. Bireyin, ihtiyaç duyduğu özelliğine yarar sağlama beklentisi olmaktadır. Terapi ve rekreasyon arasındaki bu bireşim terapatik rekreasyon kavramını somutlaştırmaktadır. Birçok ülkede özel gereksinimli bireylerin boş zaman aktiviteleri ile ilgilenmesinin bireye sağlayabileceği yarar ve faydalarının ne şekilde olabileceğine yönelik konular dile getirilmiş ve ilgilenilmiştir (Trowbridge, 1980).

Yerel yönetim, rekreasyon organizasyonları, hastaneler ve diğer toplum hizmet servisleri ciddi anlamda bu konu üzerine önem verip, harekete geçmişlerdir. Boş zaman aktivitelerinin kullanımını bir terapi olarak değerlendirerek farklı bir yön kazandırmışlardır. Bu çerçevede terapi, toplum normlarının dışında kalan bireyleri tedavi ya da düzeltmeye yönelik bir süreç ve yöntem olarak rekreasyonel aktivitede yerini almıştır (Trowbridge, 1980).

Terapinin yanısıra terapatik rekreasyonun bir unsuru olarak ele alınabilecek tedavi ise genel olarak kişideki olumsuz belirtileri azaltmaya ve hem toplumsal hem de yaşam kalitesini iyileştirmeye yardım eden, çeşitli sağlık disiplinlerinin koordinasyonunu içermektedir. Tedavi genel olarak bireydeki negatif belirtileri azaltmaya ve hem toplumsal hem de yaşam kalitesini iyileştirmeye yardım eden, çeşitli sağlık disiplinlerinin koordinasyonunu içermektedir. Terapatik rekreasyon da bu disiplinler arasında davranışsal bir sağlık hizmetidir (Holcomb ve ark., 1998; Orr, 2010).

Terapatik rekreasyon proaktif bir şekilde hasta, engelli, farklı koşullar altında olan bireylerin fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel fonksiyonunun güçlenmesine teşvik ve süreklilik amacıyla hizmet etmektedir. Peterson ve Gun (1984) terapatik rekreasyon hizmetlerini terapi/ rehabilitasyon, boş zaman eğitimi ve boş zaman katılımı şeklinde üç bölüme ayırmaktadır. Bu bölümler;

Terapi/rehabilitasyon: Terapatik rekreasyon uzmanlarının sağlık hizmetleri çerçevesinde ve tedavi yaklaşımı içerisinde konuyu ele alıp değerlendirmelerini ifade

etmektedir. Terapi-rehabilitasyon odaklı konumda özellikle bireylerin konumlarına, tedavi planlarına, amaçlarına, uygulamalarına, değerlendirilmelerine ve istenilen amaca ulaşmayı ve elde edilen sonuçlara göre sürdürülmesi ya da sonlandırılması, yani bir sürecin önemini vurgulamaktadırlar. Aynı zamanda Carter ve ark. (2003)' da hasta bireyin fonksiyonel yeteneklerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesinin ihtiyacına dikkat çekmişlerdir.

Boş zaman eğitimi: Boş zaman eğitimi için Peterson ve Gunn (1984), boş zaman becerisi, tutum ve bilginin geliştirilmesi üzerine yoğunlaştığını belirtmişlerdir. Bireylerin özellikle boş zaman yaşam alışkanlığı kazanmalarının önemine dikkat çekmişler, boş zaman eğitiminin bireyin özgürlük algısını güçlendirdiği görüşünde görüş birliğine varmışlardır. Bu nednele araştırmacılar, terapatik rekreasyon alanında hizmet verenlerin boş zaman süreçlerini iyi kavramaları ve bireylerin eğitilmelerine önem vermeleri gerektiğini vurgulamışlardır.

Boş zaman katılımı: Peterson ve Gun (1984) boş zaman katılımının organize bir düzen içerisinde bireyin kendisini ifade edebilmek ve eğlenmek, keyif almak için fırsat yarattığını belirtmişlerdir. Bireyler düzenli katılım sağladıklarında psiko-sosyal anlamda yaşamın olumsuzluklarına karşı güç elde edebilecekleri görüşünü savunmuşlardır. Bunun yanı sıra Sneegas (1989) toplumsal katılımın boş zaman yaşam tarzının ayrılmaz bir parçası ve boş zaman tatmini için önemli bir faktör olduğunu vurgulamıştır. Boş zaman katılımının, özel koşullar altında olan bireyler için aktiviteleri seçerek sadece bu bireyleri güçlendirmek değil, aynı zamanda oluşturduğu yaşam stili ile bireyin tatmin olmasına da neden olduğu belirtilmektedir (Lemler, 1998).

Bu görüşlere destek amaçlı olarak terapatik rekreasyonun boş zaman katılım hizmetlerinde özel durum ve duyguları söz konusu olan bireylerin öfke ve stres ile başa çıkma becerisi, problem çözme, rahatlama, iletişim, benlik saygısı, topluma uyum, öz yönetim becerisi, toplum ve sosyal becerilerinin gelişimini sağlamayı içermektedir. Topluma uyum sağlama da psikolojik fonksiyonun yeti ve becerileri, genel sağlık, kişiler arası işlevsellik, iş ve günlük yaşam içerisindeki işlevsel verim ve yaşam kalitesini artırmaya gereksinim duyulmaktadır (Hirschfeld ve ark., 2002).

ATRA hasta, engelli ve özel gereksinimli bireylerin tedavisinde terapinin bir türü olan rekreasyonun, rekreasyonel terapi de anlam içeren, güçlü bir fonksiyonel etki yarattığını vurgulamaktadır. NTRS (National Therapeutic Recreation Society) her iki isimde kullanılabilirliğini, hizmet edilecek bireylerin amaçlarına, hizmet yerleri ve konumlarına göre isimlendirilebileceğini belirtmektedir. Terapatik rekreasyonun da

klirik, özel, toplum hizmet alanlarında yer alabileceği gibi özel bir nitelik taşımayan herhangi bir yerde de özel konumdaki tüm kişilere davranışsal kapasitelerini geliştirmede yardım edebileceğini belirtmektedir. Terapatik rekreasyon, kişilerin amaçlarına yönelik anlamlı faaliyetlere yönlendirme yapabilirken ilgi ve zevklerine uygun faaliyetlere de izin verebilmektedir (Akt: Lin, 2003).

1.1.2.4. Terapatik Rekreasyonun Kullanıcıları

Terapatik rekreasyon hastalıklar, sakatlıklar ya da olumsuz şartlar altında kalan, aynı zamanda ergenlik ve yaşlılık döneminde çeşitli problemler ile karşı karşıya kalıp bunların üstesinden gelmeye çalışan ve normal hayata uyumlu olmaya çalışan bireyleri kapsamaktadır (Austin ve Crawford, 2001).

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastalık ya da engellilere yardımdan daha çok sağlıklı bireyin verim ve gücünde yeterliliğın sağlanmasında da terapatik rekreasyonun kullanılıyor olması görüşüne destek vermiştir (WHO, 2001).

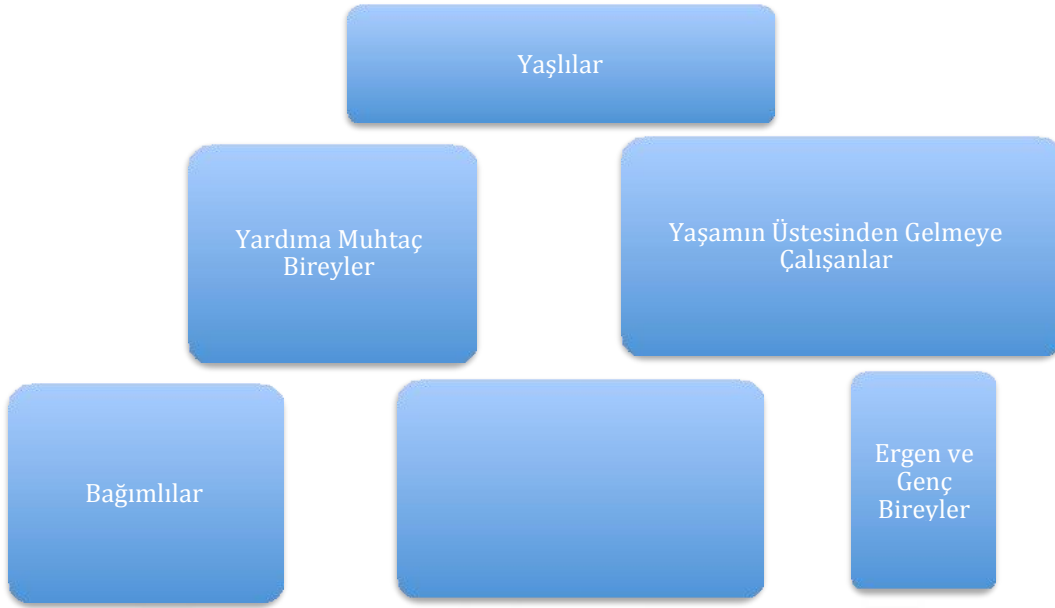
Bireysel güçlenmedeki temel anlayış, bir kişinin yaşamındaki özelemleri, varlığının değeri, umutları ve ilgi alanları gibi pozitif unsurların işlenmesi şeklinde ele alınmaktadır. Bunun yanı sıra yaşlıların ölüm korkusu, kalıcı hastalık, bağımlılık gibi bireyler için zorluk olarak nitelendirilen belirtileri azaltmak, uzaklaştırmak ve iyileştirmek amacıyla da kullanılmaktadır (Carruthers ve Hood, 2007).

Sonuç olarak terapatik rekreasyonda her bir davranışsal problem için belirlenmiş olası aktiviteler vardır. Bu aktiviteler bağımlı, yarı bağımlı ya da bağımsız bireyler için uygun olmakta aynı zaman da sürekli, süreğen, iyileşme gösteren ya da iyileşme dönemindeki hastalar yanında yaşlı kişiler için de uygulanmaktadır (Trowbridge, 1980).

Şekil 1.2’de gösterildiği gibi terapatik rekreasyonun kullanıcıları geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Bu kapsamda kullanıcıları, fiziksel/zihinsel açıdan hasta bireyler, bağımlı bireyler, pediatrik (çocuk, ergen, genç bireyler), yardıma muhtaç bireyler, olağanüstü olaylar sonucunda yaşadıklarının üstesinden gelmeye çalışan bireyler ve yaşlılar olarak sıralamak mümkündür. Fiziksel/zihinsel/bedensel hastalar kullanıcı grubunda: otizm, down sendromu, alzheimer ve dementia gibi zihinsel hastalıklar ile kanser, AIDS, akut ya da süreğen hastalıklar ile kaza ya da hastalık sonucu ya da doğuştan bedensel engelli hastaları içermektedir. Ergen ve genç bireyler ise, ergenlik ve gençlik döneminde başarısızlık, arkadaş gruplarından soyutlanma, özgüven problemi, anoreksiya, bulimia, bireysel kimlik gibi çeşitli yaşanan sendromlar

ile başa çıkmaya çalışan bireyleri ve hiperaktivite, dikkateksikliği yaşayan çocukları kapsamaktadır. Bağımlılar grubu ise alkol, uyuşturucu, tütün ve yeme bağımlılıklarını içerirken aynı zamanda günümüzde sıklıkla karşılaşılan internet ve sosyal medya kullanımı bağımlılıklarını da içermektedir. Yardıma muhtaç bireyler ise, evsizler ve yoksullar gibi çeşitli kurum ya da kişilerin yardımına ihtiyaç duyan bireylerden oluşmaktadır (<https://www.youtube.com/watch?v=EwYSb68R5U0>).

Yaşamın üstesinden gelmeye çalışanlar ise, savaş, doğal afetler yaşayan göçmenler, şiddete maruz kalanlar, mahkûmlar, erken yaşta anne olanlar ve bunların ardından hayata uyum sorunu yaşayan bireyleri kapsamaktadır. Yaşlıları ise üç grupta incelemek mümkündür. İlk grupta çeşitli hastalıklar nedeni ile yatağa bağlı olarak yaşamını sürdüren ve diğer insanların bakımına muhtaç yaşlılar yer almaktadır. Yaşamının büyük bir bölümünü sağlıklı ve kimsenin ihtiyacına gereksinim duymadan yaşayan bireylerin yaşlılık döneminde herhangi bir hastalık nedeniyle yatağa bağımlı hale gelmesi öncelikle bireyin bu durumla yüzleşmesini ve bunun üstesinden gelmesini gerektirmektedir. Bunun yanı sıra yatağa bağlı kalınan dönemde tekrar sağlıklı olmak amacıyla çeşitli terapatik aktivitelere dahil olması mümkündür. İkinci olarak yaşlılık döneminde süreğen ya da akut hastalıklar yaşayan yaşlılar bulunmaktadır. Bu bireyler ise bu hastalıklar ile yaşlılık dönemini daha sorunsuz ve rahat geçirebilmeleri ve bu hastalıkları kabullenmeyi öğrenmek amacıyla aktivitelere katılırlar. Son olarak, herhangi bir hastalığı bulunmayan ancak yaşa dayalı duygusal ve psiko/sosyal uyum sorunu olan ya da emeklilik gibi yeni bir yaşam evresine geçmiş bireyleri kapsamaktadır (<https://www.youtube.com/watch?v=EwYSb68R5U0>).



Şekil 1.2. Terapatik Rekreasyonun Kullanıcıları

(Kaynak: <https://www.youtube.com/watch?v=EwYSb68R5U0>)

Terapatik rekreasyon yukarıda açıklanan, özel gereksinimli bireylerin ilgisine, ihtiyacına ve becerilerine yönelik değerlendirmeleri kapsar. Bireysel özellikler göz önünde bulundurularak, gelişimlerini takip edip, istenilen sonuca ulaşmalarında yardımcı olmaktadır. Terapatik rekreasyon bu tür bireylere özel bir değerlendirme içerisinde hem amaçlı bir müdahale hem de boş zaman alışkanlığı kazanılmasına katkı sağlamaktadır. Amaç, bireyin boş zaman fırsat ve deneyimleri sonucunda boş zaman katılımını sağlamak, birey ile bir bağ oluşturup sürekliliğini kazandırmaktır. Boş zaman katılımı ile bireyde pozitif duygular, yeterlilik, tercih ve seçim yapabilme, özgür olma gibi olumlu özellikler görülebilmektedir (<https://www.youtube.com/watch?v=EwYSb68R5U0>).

Rekreasyon hizmetlerinde de benzer sonuçlar gözlemlense de rekreasyon tüm grupları içerip, bu genel grubun ilgi ve ihtiyaçlarına yönelik hizmet vermektedir. Ancak bu genel grup içerisinde bireyin değişimlerini, resmi ya da biçimsel olarak kontrol edip, değerlendirmeye almaz. Terapatik rekreasyon ise genelden çok özel konumlu bireylerin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurup, bireydeki fark ve gelişim sonuçlarına odaklanmaktadır. Bireyin özelliğine yönelik bedensel ve psikolojik sağlığında ilerleme, düzelme, toparlanma, fonksiyonel kapasitesinde artma, tutum ve davranışlarında pozitif yöne doğru değişim, yaşamda amaç ve anlam bulma gibi olumlu sonuçlar kazandırmaktır. Bireyin yaşamı için etkili olan fonksiyonel kapasitesinde sağlığı

koruma, kullanma ve varoluşsal olarak yaşam kalitesini artırmaya neden olma özelliğini içermektedir (Ross ve ark., 2001).

1.2.3. Terapatik Rekreasyonun Tarihçesi ve Gelişimi

Terapatik rekreasyon konusunda kültürel antropologların antik çağlardaki uygulamaların günümüz aktivitelere uygun bir şekilde gerçekleştirilmesi hakkında aşağıda belirtilen bazı bulguları bulunmaktadır (Austin ve Crawford, 2001).

Mısır kültüründe dans, konser ve sembolik ayinler hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır. Yunan kültüründe Hipokrat'tan başlayarak tıpta sanatsal aktiviteler kullanılmıştır. Kütüphaneler, stadyumlar, tiyatrolar ve sanatoryumlar inşa edilmiştir. Zihinsel engelliler için müzik ile birlikte dans ve jimnastik figürleri kullanılmıştır. Roma kültüründe akıl ve beden sağlığı için oyunlar geliştirilmiştir. Diyet ve egzersizin önemi üzerinde durulmuştur. Sirk ve seyirci aktiviteleri aracılığı ile sosyal sapkınlıkların önüne geçilmeye çalışılmış ve oluşturdukları hastane sistemi ile evdeki tedavi hizmetlerinin başlatıcısı olmuşlardır. Çin kültüründe yaşlılar için derin nefes alma egzersiz teknikleri (T'ai Chi) geliştirilmiştir. Farklı tekniklerle kişilerin zihinsel tedavilerinde önemli yol almışlardır (Chiang ve ark., 2009).

Terapatik rekreasyon ilk olarak Amerikalı tıp uzmanlarının çalışmaları sonucunda ortaya çıkmış ve 1700'lü yılların sonu, 1800'lü yılların başlangıcında Amerikalıların öncülüğü ile Avrupa'da tıbbi uygulama olanağı bulmuştur. Avrupa'da bu uygulamaları başlatan iki önemli isim Fransız Phillipe Pinel (1745-1826) ve İngiliz William Tuke (1732-1822) insana yönelik tedavi hareketinin iki ismi olarak bilinmektedir. Birbirlerinden tamamıyla bağımsız çalışan bu iki öncünün fikir ve programları aynı olmuştur. Üstelik ikisi de o zamanın yenilikçi isimleri İngiliz Psikiyatrist Samuel Hitch ve Amerika Psikiyatri kliniğinin kurucusu Benjamin Rush'u etkileyip, terapatik rekreasyonun ortaya çıkmasına neden olmuşlardır (O'Morrow ve Reynolds, 1985).

1800'lerin sonunda boş zaman ve rekreasyon programları kullanılarak gerçekleştirilen insan yaklaşımlı tedavi yöntemi Avrupa ve Amerika da yoğun olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak yine de zihin hastalığının tedavisinde moral tedavi ve rekreasyon aktivitelerinin ne ölçüde etkili olduğu karanlık yönü olan bir konu olarak düşünülmüştür. 1800'lü yılların başından itibaren Avrupa'da Spa ve termal kaplıcalar aracılığı ile tedavi terapatik rekreasyonun farklı bir kullanım alanı olmuştur. Boş zaman

deneyimi açısından köklü bir medikal rekreasyon olarak yerleşmiştir ve günümüzde de sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak buraya yönlendirilen kişilerin tedavi dışındaki farklı amaçlar için bunları kullanmaları rekreasyon boyutunu daha da ön plana çıkarabilmektedir. Yaşlıların tatillerinde özellikle kaplıcaları daha fazla tercih etmeleri sağlık dışındaki diğer faktörleri ön plana çıkarmak açısından önemli sayılabilir. Ayrıca spa ve kaplıca kullanımının artması boş zaman program ve hizmetlerinin çeşitlenmesine olanak sağlamıştır (Robertson ve Long, 2008).

Terapatik rekreasyonun gelişimine rol oynayan bir başka isim, 1854-1856 yılları arasında Kırım Savaşı esnasında İngiliz hastanesinde çalışan hemşire Florence Nightingale'dir. Nightingale 1855 yılında, hastane içerisinde, askerlerin endişe ve problemlerinden uzaklaşmaları adına müzik, tiyatro, çeşitli oyun aktivitelerine ve kitap okumalarına fırsat veren bir kafeterya kurmuş ve zamanının büyük bir bölümünü rekreasyon programlarının gelişimine adanmıştır. Nightingale'in rekreasyon aktivitelerinin terapatik nitelik taşıma fikri, Amerika'da Birinci ve İkinci Dünya Savaşı dönemlerinde terapatik rekreasyonun önemli görülmesine ve ilerlemesine neden olmuştur (Austin ve Crawford, 2001).

Terapatik Rekreasyon 18. ve 19. yy'larda romantizm ve insancıl kaynaklı bir teori olarak ortaya çıkmıştır. Philippe Pinel, William Tuke ve Florance Nightingale'in insani tedaviyi oluşturmasıyla başlamıştır. Phillippe pinel 1793de parisdeki Bicetre akıl hastanesinde hastaların güneşli odalarda kalmasını, bahçede fiziksel egzersiler ve serbest hareket etmesini yüreklendirmiştir. Pinel bu akıl hastalarının merhamet ve haysiyetle saygıyla muktedir insanlar haline gelebileceğini yetenekli kişiler olduğunu düşünmüş ve onları zincirlerden kurtarmıştır (Akt:Robertso ve Long, 2008).

ABD'de 1800'ler ve 1900'lerin başına kadar boş zaman ve dinlenme kürlerinin psikiyatrik tedaviler açısından önemli olduğu ve akıl sağlığı açısından rekreasyonun yararları vurgulanmıştır. Boş zaman deneyimleri içinde yer alan fiziksel aktivitelerin de tedavileri destekleyici önemli bir etken olduğu gerçeği geniş kabul görmeye başlamıştır. (Dieser ve ark, 2004).

Türkiye'de ise Osmanlılar döneminde Sultan II. Bayezid'in 1484 yılında temelini attığı külliye dört yıl kadar kısa bir süre içinde bitirilerek hizmete açılmıştır. Sitenin mimarının Mimar Hayrettin olduğuna dair görüş birliği vardır. Yüzyıllar boyunca bu külliye tıbbiye öğrencileri yetiştirilmiş, hastalara şifa dağıtılmış ve fukaralar doyurulmuştur. Camisi önemli bir ibadet yeri olmuş, mumhanesinde Edirne'yi aydınlatıcı mumlar dökülmüş ve tabhanelerinde ise misafirler ağırlandı. Darrüşifa

kısmı dönemin en önemli sağlık merkezlerindedir. Zamanla şifahane, ruh hastalarına yönelik hizmet vermeye başlamış ve hastalar, dönemin tıbbi bilgi ve ilaçlarının yanı sıra, su sesi, müzik, güzel kokular ve çeşitli meşguliyetlerle tedavi edilmişlerdir (Robertso ve Long, 2008).

1850'li yıllardan sonra, sadece ruh hastalarının bakıldığı bakımsız bir kurum haline gelmiştir. Buralarda oluşturulan programlar özel gereksinime sahip kişilere boş zaman odaklı toplum eğitimi sağlamıştır. Bu oluşumdan etkilenerek çocuklara ve gazilere yönelik düzenlenen kamplarda rekreasyonel aktiviteler kullanılmış, II. Dünya Savaşı sona erdiğinde terapatik rekreasyon artık bir uzmanlık alanı ve meslek haline gelme yolunda önemli bir yol almıştır (Dieser ve ark, 2004).

Terapatik rekreasyonda felsefik savaşlar (1945-1965): Terapatik rekreasyonun başlangıç tohumlarını tıbbi uygulamalar ve toplumsal sosyal programlar oluştururken, daha sonra örgütsel ve profesyonel hareketlilik ile birlikte terapatik rekreasyon alanındaki gelişmeler hız kazanmıştır. II. Dünya savaşı sonuna gelindiğinde ise terapatik rekreasyon profesyonel bir alan olarak kullanılmaya başlanmıştır. (Daly ve Kunstler, 2006).

1952 yılına gelindiğinde B.E. Phillips ve bir grup uzman tarafından Amerikan Sağlık, Beden Eğitimi ve Rekreasyon Derneği (AAHPER) rekreasyon bölümü içerisinde terapatik rekreasyon bölümünün kurulduğu görülmektedir. 1966-1984 yılları arasında ise terapatik rekreasyonun profesyonelleşmesine yönelik ciddi çalışmalar ve mevzuatların oluşturulmasına ve sertifika onaylı özel uzmanların yetiştirilmesine başlanmıştır (Daly ve Kunstler, 2006).

Amerikan toplumundaki ani değişimler, iki dünya savaşı yaşanması sonucu ortaya çıkan travmatik durumlar sağlık sisteminin ve tedavi kurumlarının iyileştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Savaş gazileri ve özel tedaviye muhtaç grupların sayısının artmasıyla birlikte sosyal ve politik nedenlerden dolayı insan ve sağlık rehabilitasyon merkezlerinin modernleştirilmesi, engellilere ve rehabilitasyona yönelik hukuki altyapının oluşturulması bir gereklilik haline gelmiş ve fonlar oluşturulmuştur. Terapatik rekreasyonun bir meslek haline gelme sürecine, hem klinik hem de toplumsal temelli uygulamalarına liderlik eden kişiler kronolojik olarak aşağıda belirtilmektedir (Austin ve Crawford, 2001).

Savaştan sonra sağlık ve toplumsal boyut açısından rekreasyon ve boş zamanın terapatik değerini araştırmak ve belgelemek için daha doğrudan yaklaşımlar oluşturulmaya başlanmıştır. Menninger ve McColl terapatik rekreasyonun, rekreasyon

ve boş zaman ile doğrudan ilişkili olduğunu, iş terapisi ve eğitsel terapiden farklı olduğunu tartışmaya açmışlardır. Romney ise terapatik rekreasyonun hastane rekreasyonunda olduğu gibi zorunlu bir tedavi süreci olmadığını ve insanların boş zamanlarında yapmak istediklerini yapabilecekleri bağımsız bir program niteliği taşıması gerektiğini belirtmiştir (Robertson ve Long, 2008).

Boş zaman odaklı terapatik rekreasyon aslında hastane rekreasyonunun özel bir ilgi alanı haline gelmesinden sonra felsefik olarak daha detaylı ele alınmaya başlanmıştır. Hastane rekreasyonunun tedavi etkisini tamamlayıcı unsur olarak düşünülmüştür. Meyer, rekreasyon ve beden eğitimi programlarının tıp ve sağlık programları yerine kullanılması gerektiğini söyleyerek, "I am rec-re-a-tor first" sloganının öncüsü olmuştur (James, 1998).

1950'li yıllarda terapatik rekreasyon ile bağlantılı olabilecek kurumların oluşturulması ile ilgili çalışmalar yoğunluk kazanarak rekreasyonel terapi kavramı ön plana çıkarılmaya çalışılmıştır. Bu dönemde AAHPER ve NART kurularak rekreasyonun tedavideki rolü belirgin hale getirilmiştir. Terapi tekniği olarak boş zaman ve rekreasyonun felsefede de benimsenmesi sonucunda terapatik rekreasyon kavramsal olarak kullanılmaya başlanmıştır (James, 1998).

Terapatik Rekreasyonun Hayalî Yıllar (1966-1984): 1965'te beş organizasyon birleştirilerek NRPA kurulmuştur. Organizasyonların etkin olması lobi faaliyetlerinin etkinliğini ve boş zaman ile ilgili alanların farklı şekillerde kullanılması ve terapatik rekreasyon faaliyetlerinin profesyonelleşmesinin de önünü açmıştır. Bu dönem terapatik rekreasyon programlarının sağlayacağı faydaların teorik açıdan ele alınarak buna bağlı yasal düzenlemelerin altyapısını oluşturmaya olanak sağlamıştır. Önemli sayılabilecek bir gelişme de toplum temelli terapatik rekreasyon yaklaşımı yerine bu dönemde insanlara yeni rekreasyon fırsatları oluşturmaya yönelik bütünleşik rekreasyon yaklaşımı ön plana çıkmıştır. Bu yaklaşımda hizmet üç şekilde sağlanmaktadır: (James, 1998)

- 1-Topluma yeniden entegre edilme (hastaneden eve)
- 2-Topluma entegre edilme (boşzaman katılımları ile destek)
- 3-Toplumu geliştirme (binalar inşa etmek, özel eğitimler vermek, özel olimpiyatlar (engelliler) düzenlemek).

Bu yıllarda terapatik rekreasyon sertifika programları düzenlenerek özel uzmanlar yetiştirilmeye başlanmıştır.

Terapatik Rekreasyonun Bölümleşme Yılları (1985- Günümüz): 1966-1984 yılları arasında terapatik rekreasyon önemli gelişmeler gösterse de rekreasyon terapi yaklaşımları ile boş zaman odaklı yaklaşımlar arasındaki anlaşmazlıklar devam etmiştir. 1985 ve sonrası dönemde terapatik rekreasyonun klinik hizmetler içerisindeki faydaları ve insan sağlığı üzerindeki olumlu katkılarını vurgulayan birçok araştırma yapılmış ve yine aynı dönemde terapatik rekreasyon tarihinde önemli yeri olan ATRA ve NTRS kurulmuştur. Bu iki kuruluşun ortak amacı özel ihtiyaç grubundaki bireylerin sağlığı, kendilerini iyi hissetmeleri ve bağımsızlıklarını kazanmalarındır. Kuruluşlar bireylerin tedavisi ve terapilerinde terapatik rekreasyonun eğlenceli, keyifli bir ortam ve ürün olarak kullanılabilceğini vurgulamışlardır (Robertson ve Long, 2008).

Terapatik rekreasyon felsefesinin oluşturulması ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. 1980'li yılların sonunda ATRA ve NTRS kuruluşlarının üyeleri Terapatik rekreasyon felsefesinin oluşumundaki karışıklıkları önlemeye yönelik teorik çalışmalar yaparak kendileri açısından konuyu incelemişler ancak ayırmayı önleyememişlerdir. Farklı felsefeler olarak terapatik rekreasyonun sadece sağlık alanında ve tedavide kullanılması gerektiği ya da toplumsal boyutta sosyal açılardan da insanlara faydalı olabileceği konuları ön plana çıkmaktadır. Genelde terapatik rekreasyonun insanların sağlıklı ve iyi olması amaçlarına hizmet ettiği düşünüldüğünde daha geniş bakış açısının olması gerektiği de göz ardı edilmemelidir (Austin ve Crawford, 2001).

1980'lerde Meyer, terapatik rekreasyonun iki alt uzmanlığı kapsadığını ve bunların terapistlik ile özel rekreatörlük olduğunu belirtmiştir. Bu uzmanlıkların birbirinden bağımsız farklı amaçları, iş tanımları ve yapıları olduğunu açıklamıştır. Meyer terapatik rekreasyonun amaçları ve felsefik yaklaşımına katkı olarak birbirini izleyen dört pozisyon olduğunu: birinci ve ikinci Pozisyonlarda kurumlar arasındaki tarihi anlaşmazlıkların yüzeysel olarak incelendiğini, üçüncü ve dördüncü pozisyonda ise ortak amaçların ortaya konulması gereken atılımların olması gerektiğini belirtmiştir (Robertson ve Long, 2008).

Terapatik rekreasyonun tedavi ve rekreasyon hizmetleri olarak iki fonksiyonun bulunduğu ATRA tarafından kabul edilmektedir. Terapatik rekreasyon ile ilgili kalitatif ve kantitatif araştırmalar sonucu ortaya çıkan görüşler bölümleşmenin durumunu ve terapatik rekreasyonunun faydalarını belirleme açısından bu dönemde önem kazanmıştır. Çalışmalar sonucunda terapatik rekreasyonun: psikolojik, sosyal, bilişsel,

fiziksel sağlık ve iyi olma ile ilgili etkilerinin olduğu saptanmış ve yararlarına dikkat çekilmiştir (Robertson ve Long, 2008).

1.2.4. Terapatik Rekreasyonun Yararları

Terapatik rekreasyonda temel yarar “sağlık, sağlıklı yaşam ve sağlıklı birey” olarak tanımlanabilir. WHO 1947 yılında, sağlığın tanımına farklı bir bakış ağısı getirmiştir. Sağlık sadece hastalığın tedavisi ve iyileştirilmesi değil fiziksel, zihinsel ve sosyal konumda tam olarak iyi olma hali olarak belirtilmektedir. Sağlıklı olmak fiziksel sağlığı, duygusal yönden iyi olmayı ve sosyal uyumu kapsayan çok yönlü bir olay olarak nitelendirilmiştir. Bu duruma geniş bir bakış açısından bakıldığında sağlık hizmeti sadece hastalık, sakatlık, engelli vb. zorluklara karşı mücadele değil aynı zamanda bireyin genel iyi olma hali ve yaşam kalitesinin artışına yönelik de olmaktadır. Sağlıklı yaşam, bireye sorumlulukları içerisinde yaşam tarzındaki davranış şekli ile olumsuz duygu ve düşüncelerden, kötü alışkanlıklardan uzak kalabilmeyi yaşam stiline uyumlu hale getirildiği, terapi hali kazandıran, sağlığı teşvik eden bir yaklaşımdır (Stumbo ve Peterson, 2010).

İyi olma hali fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel anlamda yüksek düzeyde sağlıklı olma durumu olarak tanımlanmaktadır (Carruthers ve Hood, 2004). Terapatik rekreasyon alanı başlangıçta hastalık, engelli ve diğer özel koşul ve konumlarından kaynaklı boş zaman sorunu olan bireylere yardımcı olmak için oluşturulmuştu. Günümüzde birçok farklı alanlardaki uzmanlar ve akademik çalışmalar boş zamanın sağlık ve terapatik olarak tanımlanmasında yalnızca klinik yaklaşımı iğermediği görüşünü desteklemektedirler (Hutchinson ve ark., 2006).

Bu gün boş zaman çalışma alanları ve terapatik rekreasyon, boş zaman aktivitelerine katılım ile pozitif yararlarına destek değil, aynı zamanda boş zaman katılımıyla ortaya çıkan olumsuzlukları engellemek amacıyla da hizmet etmektedir. İnsan yaşamında koruyucu faktörler ve risk faktörleri arasında bir denge oluşumu olduğu düşünölmüştür. Sağlık boyutuyla ilişkisinde koruyucu olarak hareket eden boş zaman katılımı önerilmekte, boş zaman ve sağlık fonksiyonu ilişkisi içerisinde de terapatik rekreasyon ortak bir kullanım olarak görölmektedir. Boş zaman etkinliklerine katılım ve koruyucu faktörler; bireyin kendi özelinde tercih ettiği ilginç ve anlamlı aktiviteler, sosyal destek, toplumsal kabul ve arkadaşlık için boş zaman, boş zaman katılımı ve değerlendirilmesi ile ilgili öz yeterlilik, boş zaman aktiviteleri ve

deneyimleri ile ölü zamanda mücadele, boş zaman da kendini tanıma ve kontrol ile ilgili özellikler olarak belirtilmektedir (Stumbo, 2001).

Birey kendisiyle özdeşleştirdiği, anlam ifade ettiği ve hoşlandığı bir etkinliğe katılımla, yaratıcılığa ve kendini ifade edebilmeye fırsat yaratabilmektedir. Aktivite katılımının bireyin sağlıklı ve iyi olmasında, yaşama uyum sağlamasında önemli bir koruyucu faktör olarak hizmet ettiği düşünülmektedir (Seligman ve Peterson, 2003).

Tüm diğer terapilerde olduğu gibi terapatik rekreasyon içerisindeki terapide de iyi olmanın psikolojik gücü, pozitif duyguları yoğunlaştırma ve deneyimleri artırma şeklinde değerlendirilmekte, bireyin yenilenme ve canlanmasına etki etmektedir (Seligman ve Peterson, 2003). İyi olma hali yüksek olan bireyler, pozitif duygu ve deneyimlerini birleştirerek yaşama daha fazla tutunma eğilimi göstermektedirler. İyi olma halini güçlü tutmaya yarayan bu kaynakların (fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel) gelişimi, pozitif bir yaşam için anlamlı bir bağ oluşturmakta, pozitif yaşamda etkili olan iyi olma halini optimal düzeyde tutmaya ve geliştirmeye destek veren terapatik rekreasyon hizmetlerinin de önemini artırmaktadır (Vaillant, 2002). Bu çerçevede yaşama anlam katan değerlerin korunmasında ve bireye pozitif duygu katan deneyimlerin sağlanmasında, terapatik rekreasyon boş zaman aktiviteleri ile bireyin iyi olmasında etken bir rol oynayan hizmet olarak görülmektedir (Carruthers ve Hood, 2007).

İyi olmak, bireyin kendini gerçekleştirme, canlı ve en uygun işlevsel halde kalmaya neden olarak, mutluluk kavramına yol açmaktadır. Mutluluk, bilişsel, duygusal ve davranışsal verimi etkileyerek, bireyin haz ve zevk almasına neden olmakta ve bireyin kendini ödüllendirici bir ilişki içerisinde bularak, iyi olmada önemli olmaktadır (Carruthers ve Hodd, 2007). Pozitif deneyimler içerisinde paylaşılan eğlence, zevkler ve başarı bireyin yaşamını değiştiren düşünce ve hareketlere ya da kendisi için değer katacak beklentilere, mutlu olmaya teşvik niteliğinde olmaktadır (Ashby ve ark., 1999). Birden fazla esaslara ayrılabilen mutluluk kavramı, yapılan gözlemler sonucunda sağlıklı olmak ve öznel iyi olmak temeline dayanmaktadır. Yaşam hakkında olumlu inançlar, yaklaşımlar ve ulaşılabilen amaçlar iyi olmaya ve beraberinde tatmin olmaya yol açmaktadır (Cohn ve ark., 2009).

Ruhsal anlamda iyi olma halinin, bireye genel anlamda (fiziksel, bilişsel ve sosyal) iyi olmaya yönelik denge sağladığı ifade edilmiştir. Boş zaman aktivitelerinin zaman ve ortam özgürlüğü sunması, bireyin kendisiyle kalması, özüne inmesi, yüzleşmesine yardımcı deneyimler olduğu savunulmaktadır. Ruhsal anlamda iyi olmayı

teşvik eden boş zaman aktivitelerinin olumsuz olay ve düşünceler karşısında mücadele etmeyi, yaşamın yoğun karmaşasından daha çok yaşamın temel, günlük kısmına odaklanılmasını kolaylaştırmada etken olduğu belirtilmiştir (Heintzman, 2000).

İyi olma halinin yanı sıra terapatik rekreasyon hizmetleri ve uygulamaları bireye özel bir program kapsamında hem amaçlı bir müdahale hem de boş zaman alışkanlığı edinilmesine katkı sağlamaktadır. Çünkü boş zaman fırsat ve deneyimler sonucunda boş zaman katılımının sağlanması, birey ile bir bağ oluşturulup boş zaman alışkanlığı kazandırılmasına yol açmaktadır. Boş zaman katılımı ile bireyde pozitif duygular, yeterlilik, tercih ve seçim yapabilme, özgür olma gibi olumlu özellikler görülebilmektedir (Kunstler ve Daly, 2010).

Boş zaman, bireyin yaşamında kendisine özgürlük hissini veren bir olgu olarak düşünülmektedir. Çoğu insan kendi özgür iradesi ile tercih ettiği ve doğal olarak ilginç bulduğu, zevk verdiği etkinliklere katılımıyla meşgul olup, içsel motivasyonunu gerçekleştirmektedir. İçsel motivasyon, bireylerin her gün alışagelmış rutin yaşam tarzından ve sorumluluklarından kaçma, katılım gösterdiği çevredeki diğer insanlarla kaynaşma, paylaşım sağlama, sosyal etkileşim elde etmek şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyin kendi üzerindeki enerji verici davranışların dahili ödüllendiricisi, tatmin edilmesi olarak nitelendirilmektedir. Buna benzer bir bakış bireylerin kararlılık, farkındalık ve rekabet hissettikleri uygulamalara karşı içsel olarak daha fazla motive olabildiklerini belirtmiştir (Stumbo ve Peterson, 2010).

Birey bu durumda içsel tatmine ulaşacaktır. Yani sorunlarla başa çıkabilme, yeterlilik ve hâkimiyet duygusu, öğrenme, kendini tanıma ve keşfetme, gayret, rahatlama ve dinlenme olgularını kazanmış olabilecektir. Bu özelliklerin kazanılmasında, anlam ve amaç içeren boş zaman aktiviteleri önemli bir araç oluşturmakta ve birey üzerinde olumlu gelişmelere ulaşmada temel oluşturabilmektedir (Iwasaki ve Mannel, 2000).

Rekreasyon hizmetlerinde de benzer sonuçlar gözlemlense de rekreasyon tüm grupları içerip, bu genel grubun ilgi ve ihtiyaçlarına yönelik hizmet vermektedir. Ancak bu genel grup içerisinde bireyin değişimlerini, resmi ya da biçimsel olarak kontrol edip, değerlendirmeye almaz. Terapatik rekreasyon ise genelden çok özel konumlu bireylerin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurup, bireydeki fark ve gelişim sonuçlarına odaklanmaktadır. Bireyin özelliğine yönelik fiziksel ve psikolojik sağlığında ilerleme, düzelme, toparlanma, fonksiyonel kapasitesinde artma, tutum ve davranışlarında pozitif

yöne doğru değişim, yaşamda amaç ve anlam bulma gibi olumlu sonuçlar kazandırmaktadır (Ross ve ark., 2001).

Terapatik rekreasyon sorunlu davranışların tedavisi hallerinde teknik bir ekibin amaçlı çalışmalarına, rekreasyon aracılığıyla özel bireylerin beceri ilgi ve görevlerini geliştirmeyi ve kalıcı olmayı sağlayarak yardım etmektedir (Slyvester ve ark., 2001). Çeşitli özel durumdaki (zihinsel ve fiziksel hastalık, sakatlık, suçlu, madde bağımlısı, şiddete maruz kalanlar, uyum problemi çeken çocuklar ve yaşlılar ve diğerleri vb.) bireylerin yaşam kalitesini geliştirmek ve korumak için özellikle boş zaman ve rekreasyona dayalı tedavi amacı güden profesyonel bir hizmet olarak terapatik rekreasyon tercih edilmektedir. Terapatik rekreasyon kapsamlı bir bakımın ayrılmaz bir parçası olarak, boş zaman fırsatlarına olanak tanıyarak, insanların sağlıklarını, fonksiyonel kapasitelerini ve ihtiyacı olan yaşam düzeylerini geliştirmeye yönelik kullanılmaktadır (Mc Lean ve Yoder, 2005).

Bu çerçevede amaç terapatik faydayı sağlamaktır. Terapatik fayda, bireylerin özelliğine göre, tedavi ve terapisine destek sağlama fiziksel, ruhsal ve zihinsel fonksiyon kapasitelerini geliştirmek amacı olarak tanımlanabilir. Bu çerçevede terapatik rekreasyon, bireyin motivasyonunu sağlamak, sağlığına yarar sağlayacak aktivitelerle destek olup, yeni ilgi alanları yaratıp, olumsuz düşüncelerden uzaklaştırmaya yardımcı olmaktadır. Bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal ve zihinsel fonksiyon kapasitesini geliştirilmesi ve bireyin günlük yaşama uyumlanması sürecinde, olumlu bir bakış açısıyla meşgul edilmesi amaçlanmaktadır (Rensvold ve ark., 1957).

1.2.4.1. Psikolojik Yararlar

Terapatik rekreasyon özel durumdaki bireylerin içinde yaşadığı sıkıntıları ile baş edebilmesine, yaşamındaki engelleri aşması ve mücadele etmesine, diğer bireyler ile olan ilişkisine uyum sağlaması ve olumlu düşünmesine “uygulamaları” ile psikolojik anlamda yardımcı olmaktadır (Wozencroft ve ark. 2012). Çünkü aktiviteler esnasında becerilerin kullanılması ve etkinleştirilmesi bireyin kendine olan güveninin artmasına, kendi ile barışık olmasına, sosyal olma durumuna destek olmaktadır. Olumlu özellikler kazanmış bireyin negatif duygu durumuna girmesi zorlaşmaktadır (Vella ve ark., 2013).

Ayrıca terapatik rekreasyon, boş zaman aktivite çeşitleri ile özel konumdaki bireye psikolojik olarak olumlu bakmaya yönelik, kendi davranışlarını kontrol edebilme (özerklik), zevk duyma, keyif alma duygularını başarabilmede katılımcılara destek olma

amacıyla hizmet vermektedir. Keyif alma, zevk duyma ya da eş değer ifade olarak eğlenme önemli derecede bireyin psikolojisine yansiyarak, pozitif olmayı etkilemektedir (Dattilo ve ark., 1998).

Ek olarak boş zaman aktiviteleri psikolojik yönden iyi olmada çok önemli bir rol oynamaktadır. Çünkü bu aktiviteler bireylere, yaşamdaki ihtiyaç ve değerlerin anlamını kavramaya olanak sağlamaktadır. Boş zaman aktivitelerine katılım bireylerde sosyal ilişkiler, pozitif duygular hissetme, yeni deneyimler, ek beceriler ve bilgilenme gibi özelliklerin oluşumuna neden olmaktadır (Zganec ve ark., 2011).

Boş zaman aktivitesi olarak müzik ve mizahın bireylerin anksiyet durumunu azaltmada, ruh halini iyileştirmede işlevsel olarak eş değer oldukları belirtilmektedir. Bireylerin boş zaman aktivitelerine katılımlarıyla rahatlama ve bunun sonucu olarak kendini dışa yansıtabilmek, kendi düşüncelerini oluşturabilmek, kendi iç dünyasına inebilmek ve yüzleşebilmek şeklinde gelişimlerine olumlu bir katkı sağlandığı belirtilmektedir (Zganec ve ark., 2011).

Bireyin boş zaman deneyimleri ile olumsuz yaşam olaylarını aşabilmesi ve ruhunun yeniden doğmasına yardımcı olabilmek ana amaç olmaktadır. Bu ifadeye dayanarak, boş zamanda anlamlı rahatlamanın terapatik bir fayda olarak değerlendirilmesi mümkündür (Caldweel, 2004). Halk sağlığı perspektifinden ele alınmış bir çalışmada boş zaman aktiviteleri akıl hastalıklarını engelleme, akıl sağlığını yükseltme ya da akıl sağlığına teşvik aracı olarak tanımlanmıştır. Ayrıca özellikle yoksul koşullar içerisinde yaşayan kadınların boş zaman aktivitelerine katılımlarının koruyucu bir faktör niteliğinde olduğu öne sürülmüş, stres ile başa çıkma ve boş zaman ilişkisinin anlamlı olduğu da tespit edilmiştir (Ponde ve Santana, 2000).

Boş zaman aktiviteleri ayrıca bireylerin kendini kontrol ve sorunlarla başa çıkma yetilerini de geliştirebilmektedir. Kendini kontrol edebilme bir bireyin yaşamında kendi öz iradesi ile seçim ve kararlar almasında etkili olmaktadır. Bununla birlikte Deci ve Ryan (1985) bireyin düşüncelerini özgürce ifade edebilme, görüşlerinde esneklik, ortama kolay uyum sağlama, harici etki ve girişimlerden bağımsız olarak hareket edebilme niteliklerinin kazanılacağını ileri sürmüştür. Boş zaman katılımlarının bireye kendisiyle kalmasını yani özgürlük algısını uyandıran ve özgürlüklerini kendi davranışlarını kontrol etmede kullanabilmeyi öğreten, önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (Akt:Dattilo ve ark.,1998).

Kendi özünü kavrama, kendine güven ve engelleri ortadan kaldırmayı sağlamaktadır. Genel psikolojik sağlığa yaptığı yararların yanı sıra kaygı, stres ve

depresyonu azaltmaktadır (Daly ve Kunstler, 2006). Diğer bir anlatımla düzenli olarak boş zaman aktivitelerine katılım psikolojik ve fiziksel sağlığı olumlu yönde etkilemekte yaşamın olumsuzluklarına karşı oluşan kaygı ve anksiyet durumunu azaltıp, depresyondan uzak kalmalarına neden olmakta ve stres ile başa çıkmayı kolaylaştırmaktadır (Vella ve ark., 2013).

Terapatik rekreasyonun yaygın kullanım alanlarından önemli bir tanesi özel gruplardır. Terapatik rekreasyon programları ve uygulamaları, özel gruptaki bireylerin günlük yaşam becerilerinin geliştirilmesi, temel bilişsel ve sosyal becerilerinin kazanılması, toplum içerisinde yaşama uyum sağlayacak şekilde kullanılmasına yardım sağlama özelliği vardır (Frisch, 2006).

McLean ve Yoder (2005) terapatik rekreasyonun sosyo-psikolojik açıdan önemli bir destek sağladığını, duyguların kontrolünde kapsamlı bir fayda sunduğunu belirtmişlerdir. Özellikle bireylerdeki uyum bozukluğu, can sıkıntısı, pasiflik, anksiyete ve depresyon gibi problemlerini azaltacak ya da ortadan kaldıracak aktivitelerin pozitif psikolojik etki yaratma potansiyellerini vurgulamışlardır. Pozitif psikoloji bireyin kapasitesi, karakteri, erdem ve mutluluğunda terapatik uygulamaların etkisine odaklanmaktadır (Akt: Frisch, 2006).

İnsanların hastalığı ya da sıkıntısına karşı sağlığını yerine getirme de optimal fonksiyonlarının kullanımına teşvik etmektedir. Linley ve Joseph (2004) pozitif psikolojinin terapatik rekreasyon ile olan etkileşimini sağlığı daha iyiye doğru yönlendirme ve yapılandırma algısı olarak ifade etmişlerdir. Terapatik uygulamanın etkili içeriği, insanları ruhsal anlamda güçlendirmede terapilerin etkisini yaygınlaştırmaktır. Terapi niteliği taşıyan boş zaman aktiviteleri ile tutum ve davranışlarında uyum yaşayan bireylerin davranışlarına olumlu kazanım sağlanıldığına dikkat çekilmektedir (Austin, 2013).

Böylece tedavi odaklı boş zaman aktiviteleri, yaşamlarında artan zorluklar ve fırsatlara karşı bireye enerji ve gç veren davranış odaklı pozitif duygu sarmalı oluştırmaktadır. Bireylerin ozitif duygu, gç ve inançlarını üst düzeye çıkarmak, yaşamlarından zevk almayı başarabilmelerine yardımcı olabilecektir. Bireylerin belli dönemlerde tek başına psikolojik sıkıntılar ile baş edememesi, terapinin önemli bir odak noktası olmaktadır. Geleneksel olarak terapatik müdahaleler insanların birçok problemlili davranışlarının engellenmesi ve negatif enerjilerinin pozitive dönüştürülmesinde bireyin varlık gücünü, değerini artırma ve geliştirme amaçlı olmaktadır (Frisch, 2006).

Pozitif psikoloji ve beraberindeki sosyal sonuçlar ile kimlik kazanımı arasındaki ilişki araştırıldığında pozitif bir duruşun, şimdi ve geleceğe yönelik bireye çok daha optimistik olmayı ve yüksek benlik saygısı kazandırdığına dikkat çekilmiştir (Marcia, 1993). Arzu edilen pozitif duruşun gelişiminde terapatik rekreasyon hizmetlerinin desteği ve etkisi olmakta, gözlemlenen sonuçlara göre de bireye bir çok yararı olmaktadır. Optimal sağlık ruhsal anlamda iyi olmak, olumlu ilişkiler kurabilmek, yaşamın anlam ve amacını kavrama yetisini kazanmak, boş zamanı verimli kullanmak ve hoşlandığı aktivitelere katılımı içermektedir (Andel, 1998).

Araştırmacılar psikolojik ve sosyal anlamda en uygun bir görünüş sayesinde (pozitif kimlik kazanımı) sağlığın değerini bilme, benlik saygısı, kişiler arası ilişkide samimiyet ve yüksek ölçüde tatmin olma duygusunun sergileneceğini belirtmişlerdir (Baumeister, 1995; Meeus, 1996). Böylece olumlu kimlik kazanımı ya da pozitif bakış ile duruş optimal sağlık ve iyi olmada terapatik rekreasyon için önemli bir terapi amacı taşımaktadır (Austin, 1998).

Pozitif bir tutum, iyi olma hali ve kişisel gelişime katkısıyla bireyin toplum içerisinde hislerini kontrol edebilme, daha çabuk konsantrasyon olabilme, niteliklerini değerlendirebilme özelliklerini güçlendirerek, çevreyle uyumunu kolaylaştırmaktadır. Bu uyuma önemli bir destek boş zaman deneyimlerinden gelmekte ve özellikle katılımın sürekliliği ve akıcılığı sağlandığında hoşlanma, eğlenme, keyif alma duygularının yoğunluğu bireyin ruhsal anlam da rahatlamasına neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak bireyde bir öz denetim yetisinin arttığı ve diğer fonksiyonel kapasitelerin gelişimine de yarar sağladığı vurgulanmıştır (Dattilo ve ark., 1998).

Ciddi ruh sağlığı hastalıklarına maruz kalmış bireylerin psikolojik fonksiyonlarına yönelik yapılan terapatik rekreasyon araştırmalarında bazı araştırmacılar olumlu sonuçlar bildirmişlerdir. Bu sonuçlar içerisinde boş zaman aktivitelerine katılım ile aktivitelere ilgi artışı, bağımsız yaşam becerilerinde gelişme ve sosyal yanlı davranışlarda olumlu gelişmelerin gözlemlendiğini belirtmişlerdir (Corrigan ve ark., 1993).

Rekreasyon aktivitelerinin ruh sağlığı bozuk bireylerde ankisiyete ve depresyonda azalma, öz yeterlilik ve benlik saygısı üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Kelsey ve ark., 1997). Tedavi esnasında öfke ve stres ile başa çıkma, rahatlama, problem çözme, iletişim, benlik saygısı ve toplumsal uyum gibi müdahaleler sıklıkla kullanılmıştır (Orr, 2010).

1.2.4.2. Terapatik Rekreasyonun Sosyal Yararları

Sosyal yetenek, sosyalleşmeyi, birlikte çalışmayı ve kişiler arası etkileşimi artırarak, uygunsuz davranışları azaltır (Daly ve ark., 2006). Boş zaman deneyimleri, özel durumda olan bireylere var olan ve yeni edinebileceği becerilerini öğrenme, arkadaşlıklarını geliştirme, kendini tanımaya yardımcı olma ve toplumsal yaşamın bir parçası olma fırsatı vermektedir (Dattilo ve Schleien, 1994).

Bireyin yaşamında iyi olmaya etken sosyal içerik, önemli bir yön olmaktadır. Terapatik rekreasyon uygulamalarında boş zaman aktivitelerine katılım, bireyin bu yönünü zenginleştirmeye bir çok fırsat yaratmaktadır. Bireye, takım çalışması, işbirliği, dayanışma, kendi yetenek ve becerilerinden yararlanmaya imkân tanımaktadır. Sosyal etkileşim becerilerini uygulayarak sosyal iletişim kurma ve sürdürülebilir, stresi kontrol edebilme yeteneği geliştirmektedir (Phan, 2011).

Sosyal destek, sosyal birliktelikle yaşam, toplumsal tatmin ve toplumda öz yeterlilik hislerini yoğunlaştırmaktadır. Kendine güven duyma, kendi kendini savunma ve bireysel saygınlığı geliştirmekte, arkadaşlık bağlarını güçlendirip, yalnız kalma duygusundan kurtulup, etkileşim ve paylaşım içerisinde olmayı sağlamaktadır (Austin ve Crawford, 2001).

1.2.4.3. Terapatik Rekreasyonun Fiziksel Yararları

Fiziksel aktiviteler, bireyin fiziksel işlevselliğini artırarak, hareketsiz yaşamın birey üzerindeki olumsuzluklarını azaltıp birtakım, fizyolojik rahatsızlıkların sürecini yavaşlatmakta ve düzeltebilmektedir (Lynn ve ark., 2008).

Fiziksel boş zaman aktivitelerine katılım ile kardiovasküler hastalıkların ve koroner kalp hastalığının görülme sıklığı arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlı bireylerde düzenli yürüyüşlerin kardio respiratuar uygunluğu geliştirdiği, pozitif yönde destek sağladığı saptanmıştır. Fizyolojik yararların yanı sıra kemik yoğunluğu, esneklik, hareketlilik kabiliyeti ve kassal güç gibi sağlık göstergelerini artırmaktadır. Sigara, alkol, uyuşturucu gibi kötü yaşam stili alışkanlıklarından ve sinir, öfke, kaygı ve depresyon gibi olumsuz duygu durumlarından uzaklaştırmaktadır. Bireye özgürlük, bağımsızlık algısı, kendini denetleyebilmek ve kendine güven gibi olumlu duyguların kazanılmasına yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla genel sağlık durumunu iyileştirmek,

geliştirmek ve bireyin yaşam tatmini ve yaşam kalitesi algısına anlamlı bir şekilde katkı sağlamaktadır (Stumbo ve Peterson, 2010).

Ek olarak fiziksel engelli kalma riskini, dolaşım ve solunum rahatsızlıkları riskini azaltmaktadır. Genel sağlığı iyileştirme, güçlü, dayanıklı ve esnek bir görünüm elde etme, dinç ve enerjik olmayı sağlamada da etken olmaktadır (Leitner ve Leitner, 2004).

1.2.4.4.Terapatik Rekreasyonun Bilişsel Yararları

Bireylerin yaşam içerisindeki tüm olay ve kavramlara yönelik ilgisini optimum düzeyde tutmak bilgi, anlama, kavrama ve öğrenme gibi bilişsel yeteneklerini kullanabilmek önemli bir fonksiyonel özellik olabilmektedir. Sağlıklı ve iyi olmada, bilişsel yetenekler tüm bireylerin yaşamlarında önemli bir fonksiyon olurken, farklı koşullardaki bireyler için de yaşama uyum sağlamada etkin olmaktadır. Bu anlamda terapatik rekreasyon, bireyde karıştırma, oryantasyon bozukluğu, odaklanma, unutkanlık, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon gibi bilişsel yeteneklerin yetersizliğinde çeşitli boş zaman aktivitelerinin kullanımı ile destek olmaktadır (Daly ve ark., 2006).

Manoux ve ark (2003) çalışmalarında boş zaman aktivitelerine katılım ile bilişsel fonksiyon arasında pozitif bir korelasyon bulunduğunu göstermiştir. Özellikle informal kültürel bilgileri öğrenmenin, kitap okumanın, gezi ve seyahatlerin, kültürel olgu içeren yerlerin ziyaretlerini içeren boş zaman aktiviteleri üzerine yapılan incelemede boş zaman katılımının kişisel gelişimi etkilediğini, sosyal ve toplumsal katılımı desteklediğini belirtmişlerdir. Ayrıca bilişsel gelişimin sosyal katılımı güçlendirdiğine yönelik görüşler de bulunmaktadır (Akt:Caldweel, 2005).

Terapatik rekreasyon hizmetinin önceki yapılan yorumlara da dayanarak, bireyin yaşamı içerisinde iyi olmaya etkisi olduğu ve sağlığı güçlendirme konumunda potansiyel bir etki sağladığı kabul edilmiştir. Bireyin fiziksel, psikolojik, zihinsel ve sosyal konumundaki rahatsızlık ya da olumsuzlukların engellenmesinde ve sağlığının korunmasında ve güçlenmesinde boş zaman aktivitelerinin önemli katkı sağladığı da araştırmalarda belirtilmektedir (Wilhite ve ark., 1999).

Birey kendi hayatı içerisinde fiziksel, zihinsel, duygusal, vb. kaynaklarındaki (fonksiyonel kapasite) değişimin farkındalığı ile sağlığını artırma ya da geliştirme de davranış ve alışkanlıklarını değiştirip, yaşama ve topluma uyum sağlama önemli bir gereksinim olmaktadır (Baltes ve Baltes, 1990).

1.2.4.5. Çalışma Alanları

Terapötik Rekreasyon, çok sayıda uygulama alanını kapsamaktadır. Bunlar; sağlıklı yaşam merkezleri, anlık bakım hizmetleri, yaşlı ve bakım merkezleri, engelli ve özürlü bakım alanları, yetişkin günlük bakım alanları, destekli yaşam olanakları, geliştirici öğrenme merkezleri, özel ve halka ait medikal ve psikolojik destek sağlık merkezleri, uzun süreli ve yatılı bakım olanakları, mental sağlık merkezleri, park ve rekreasyon departmanları, okullarda özel eğitim programları, stres bakım üniteleri, sağlık turizmi merkezleri, halk okulları, üniversiteler, yurtlar ve huzurevleridir (Ayçeman, 2015).

Terapötik Rekreasyon öğrencisi yukarıdaki çalışma alanlarında deneyim edinmek, staj yapmak, proje çalışmaları yapmak ve meslek edinmek üzere çalışır. Konu ve alan ile ilgili diğer bölümler, kurum ve kuruluşlar öğrencinin neyi, nerede ve nasıl öğreneceğine yardımcı olur (Ayçeman, 2015).

1.2.4.6. Terapatik Rekreasyon: Önemi, Gerekliliği

Uygarlığın ve teknolojinin gelişmesi bir taraftan yaşamı kolaylaştırırken, diğer taraftan bedensel etkinliklerin önemli ölçüde azalmasına neden olmakta ve buna paralel olarak çok çeşitli rahatsızlıklara zemin hazırlamaktadır. İnsanlar, modern çağımızın stresli yaşam biçiminin getirdiği sıkıntılardan kurtulmak, sağlıklı bir beden, beyin ve ruh bütünlüğüne sahip olmak için çeşitli arayışlara ve tercihlere başvurumaktadırlar. Bu tercihlerin başında doğal sağlığı korumak ve sağlıklı yaşam sürmek için spor, egzersiz, beslenme, inanç ve çeşitli doğal terapiler gelmektedir. Bu tercihler, insanın kendisini sağlıklı ve zinde hissetmesini sağlayan ve kimyasal yaşantının yol açtığı olumsuz etkilerden uzak durma tercihleridir. Burada esas olarak gücümüzü oluşturan bedensel, zihinsel ve ruhsal sağlık, temiz hava, su, yiyecek, ışık, çevre, sosyal ortam, düşünce, inanç, amaç gibi unsurlar yer alır (Ayçeman, 2015).

Stresli yaşam biçimi, sağlığı tehdit eden etkenlerin hızla artması ve sağlık giderlerinin yüksek olması gibi nedenler insanları doğal yaşama, doğal terapilere, ekonomik yollara ve özellikle sosyal içerikli ve bireye değer veren yöntemlere yöneltmektedir. İnsanların doğal yaşama ve doğal terapilere geçmişten olan bağlılıklarının ve ilgilerinin son zamanlarda giderek artmasına paralel olarak yeni terimler ve yeni felsefik kavramlar da ortaya çıkmaktadır. Örneğin, son yılların popüler

kavramı haline gelen wellness terimi günümüzde her ne kadar net anlaşılmasa da kullanılmakta ve yaşamımıza girmiş bulunmaktadır. Wellness genellikle akıllara “hasta olmama” ile ilgili düşüncelerden çok, kişinin fiziksel, psikolojik ve ruhsal açıdan tamamıyla iyi ve formda olma düşüncesini savunur. Sağlıklı ve zinde olma yargısı ayrıca bireylerin hayatlarını kaliteli bir biçimde idame edebilmeleri amacı üzerine inşa edildiği birçok modern, geleneksel, alternatif programlar ve yaşam biçimi tercihleri ile iç içe geçmesine neden olmuştur (Ayçeman, 2015).

Vücut bir bütün olduğuna göre, bütünü sağlıklı işlemesi, parçaların ve farklı sistemlerin bir uyum içerisinde olmalarını gerektirir. Yani, hem beden tüm organları ve sistemleri hem de yaşamın bütün farklı unsurları uyum içinde olmalı ve bütünlüğün ahengini yaratmalıdır. Günümüzde, bunu elde etmenin en iyi tercihleri arasında doğal yollardan bireyleri terapi etmek, bireye uygun yaşam biçimini benimsemesi yolunda yardımcı olmak, kendi kendine sağlıklı yaşamı öğretmek ve boş zamanlarını aktif geçirmesi konusunda bilinçlendirmek ya da öncülük etmek gibi yöntemler uygulanabilir. Ayrıca, günümüzün popüler kavramı olan wellness anlayışı ve yaşam biçimini benimsetmek. Bu konuda Terapötik Rekreasyon uzmanları önemli bir misyonu üstlenmektedirler (Ayçeman, 2015).

Literatürde çoğunlukla terapatik rekreasyon ve rekreasyonel terapi kavramları aynı anlamı ifade etmekte ve genellikle birbiri yerine sıklıkla kullanılmaktadır (Frye, 2011). Ancak bazı araştırmacılar bu iki kavramı birbirinden ayırt edebilmek amacıyla “kuvvet, dikkat, temel sosyal beceriler ya da duygusal durum” gibi fonksiyonel yetenekleri dikkate alıp, bireydeki bu özellikleri geliştirmek için boş zaman aktivite katılıma anlamlı vurgu yapmışlardır. Bu bağlamda rekreasyonel terapinin, terapatik rekreasyonun özel bir şekli olarak kullanıldığını ifade etmişlerdir. Yani terapatik rekreasyon boş zamanın etkinliğini artırma, yayma ve kullanımında daha geniş, kapsamlı olarak kullanılmaktadır. Bu iki terimin anlamlık bir yer değişiminin söz konusu olabileceği görüşü savunulurken, rekreasyon terapisinin özel bir klinik hizmeti olduğu görüşü de benimsenmektedir (Robertson ve Long, 2008).

Bu hizmetin özel bir değerlendirmeyi ve tedavi süreçlerini kapsadığı, yüksek bir eğitim seviyesi, bilgi ve deneyim gerekliliği vurgulanmaktadır. Rekreasyonel terapinin farklı bir tamamlayıcı süreç ve tedavi yöntemi kullanarak, diğer geleneksel terapilerle koordineli olarak kullanıldığı da ifade edilmektedir. (Robertson ve Long, 2008).

Terapatik rekreasyonun öncülerinden Jane Addams’dır. Addams, E.G. Starr ve M. Keyser ile birlikte 1889 yılında, Şikago’da, yardıma muhtaç, yoksul, evsiz ve madde

bağımlısı bireylerin ihtiyaçlarının giderilmesine ve sosyal yaşamlarının desteklenmesine yönelik hizmetler sunan bir bakım evi açmıştır. Addams ayrıca bireylerin kendilerini iyi hissetmeleri ve tedavilerinde boş zaman ve rekreasyonu kullanarak yardımcı olmaya çalışmış ve rekreasyon programları, tesis ve donanımlarında çeşitlilik yaratmıştır. Jane Addams kamu rekreasyonu açısından öncü sayılsa da özel ihtiyaç sahiplerinin iyi olmalarının ve sağlıklarının rekreasyon ve boş zaman aktiviteleri yoluyla iyileştirilebileceğini savunması nedeniyle terapatik rekreasyonun da öncüsü sayılmaktadır (Akt:Dieser ve ark., 2004).

Sorunlara sağlıktan çok toplumsal ve sosyal boyutlardan yaklaşması Nightingale'den farkı olmuştur. 1900'dan günümüze kadar uzanan ABD de göçmenlerin topluma uyum sağlaması, evsizlerin ve fakir olanların ihtiyaçlarının karşılanması, eğitilmesi ve topluma kazandırılmasına yönelik evler oluşturulmuştur. Bu evlerde verilen eğitimler ve rekreasyona yönelik boş zaman aktiviteleri terapatik rekreasyonun sosyal boyutları olduğunu da göstermek açısından iyi bir örnektir (Robertson ve Long, 2008).

Paul Haun, 1940-1950'li yıllarda yazıları ve sunumları ile hasta psikolojilerinin terapatik yöntemlerle düzeltilebileceğini belirterek, rekreasyon uygulamalarını ilk destekleyenlerden olmuştur. Carl Menninger, Menninger kliniklerinin kurucusu, rekreasyon aktivitelerinin tedavideki olumlu etkileri üzerine açıklamalar yaparak desteklemiştir. Ethel Kennedy, özel olimpiyatların yapılmasına öncülük etmiştir. Akıl hastalarının toplumsal temelli tedavilerinde rekreasyonun yaygınlaştırılmasına yardımcı olmuştur. Howard Rusk, fiziksel rehabilitasyonda bireysel ve grup rekreasyonunun tedavide direkt ve pozitif etkisinin bulunduğunu belirtmiştir. Rekreasyonun kendi içerisindeki özel hizmet alanı olan terapatik rekreasyon, bireylerin yaşam kalitelerini elde etmede, rekreasyonla tedavi yöntemini benimseyen bir hizmettir. Diğer bir anlatımla terapatik rekreasyonu boş zaman aktivitelerinin alışkanlığa dönüşmesi ve yaşam tatminine etki sağlayan, fonksiyonel bir hizmet türü olarak tanımlamak mümkündür (Akt: Rothwell ve Piaat, 2006).

Uygulanma şekline göre ise terapatik rekreasyon profesyonel uzmanlar eşliğinde, fiziksel, zihinsel ya da duygusal sorun yaşayan kişilere aktiviteler yardımıyla, tıbben onaylanmış tedavi maksatlı uygulanan bir yöntemdir (Dustin, 2000).

Bu yöntem bireyin yaşam stili ve kimliğinin önemli bir seviyesine, olumlu bir değişim üretme ve katmayı amaçlamaktadır. Terapatik rekreasyon akademik ve terapatik hizmet alanı içerisinde uygulamalı eğitime sahip olan uzmanlar tarafından

sağlanır. Bireylerin özel konumları, ilgi ve ihtiyaçları, kapasitelerine göre düzenlenecek aktiviteler ve bunlara cevap verecek nitelikte programlar amaçlanır. Bu kapsamda ilk olarak bireyin hastalık, yaşamsal engeller gibi olumsuz durumlar karşısında kendini toparlaması, yenilemesi ya da sağlığını tehdit eden sorunlara karşı istikrar veya denge oluşturup sağlığını koruması ön planda olurken; aynı zamanda bireyin kendini bulma, kendini gerçekleştirme de boş zaman aracılığıyla sağlığa teşvik olarak algılanabilmektedir (Rothwell ve Piaat, 2006).

1.3. Araştırmanın Problemi

Terapötik rekreasyon faaliyetlerinin DS çocukların sosyal gelişimine etkisinin olup olmadığı bu araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır. Aşağıda temel probleme bağlı olarak bu araştırmanın alt problemleri verilmiştir;

1.3.1. Alt Problemleri

- 1) Uygulanan Terapötik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların Temel Sosyal Becerilerine olumlu etkisi var mı?
- 2) Uygulanan Terapötik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların Temel Konuşma Becerileri olumlu etkisi var mı?
- 3) Uygulanan Terapötik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların İleri Konuşma Becerilerine olumlu etkisi var mı?
- 4) Uygulanan Terapötik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların İlişkiyi Başlatma Becerilerine olumlu etkisi var mı?
- 5) Uygulanan Terapötik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların İlişkiyi Sürdürme Becerilerine olumlu etkisi var mı?
- 6) Uygulanan Terapötik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların Grupla İş Yapma Becerilerine olumlu etkisi var mı?
- 7) Uygulanan Terapötik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların Duygusal Becerilerine olumlu etkisi var mı?
- 8) Uygulanan Terapötik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların Kendini Kontrol Etme Becerilerine olumlu etkisi var mı?
- 9) Uygulanan Terapötik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların Saldırgan Davranışlarla Başa Çıkma Becerilerine olumlu etkisi var mı?

- 10) Down Sendromlu Çocukların Sonuçları Kabul Etme Becerileri Boyutunda olumlu etkisi var mı?
- 11) Uygulanan Terapatik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların Yönerge Verme Becerileri Boyutunda olumlu etkisi var mı?
- 12) Uygulanan Terapatik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların Bilişsel Beceriler Boyutunda olumlu etkisi var mı?
- 13) Özel Eğitim Öğretmenlerinden Terapatik Rekreasyon Eğitimi Alan Öğretmenlerin Down Sendromlu Çocukların Sosyal Gelişim Becerilerine Etkisi var mı?

1.4. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; terapatik rekreasyon faaliyetlerinin Down Sendromlu çocukların sosyal gelişimine etkisinin, sosyal beceriler bağlamında incelenmesidir.

1.5. Araştırmanın Önemi

Terapatik rekreasyon faaliyetlerinin özel eğitim gören engelli bireyler üzerinde rehabilite etkisi ve bireylerin sosyal gelişimlerine katkısının ne denli etkili olduğu, özellikle tipik bir engel grubu olarak down sendromlularda terapatik rekreasyon faaliyetlerinin sosyal becerilerini geliştirmelerinde etkisinin olup olmadığının incelenmesi araştırma kapsamında önemli görülmüştür.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma 2016-2017 Eğitim- Öğretim Yılı Elazığ İlinde Özel Eğitim Sınıflarında öğrenim gören 7-12 yaş grubu Down Sendromlu Öğrenci Grubu ve bu öğrenci grubu ile uygulama çalışmasına katılan özel eğitim öğretmenlerinin görüşleri ile sınırlıdır.

2. MATERYAL ve YÖNTEM

2. 1. Araştırmanın Modeli

Tez çalışmasında, araştırma amaçlarına uygun olarak genel tarama modelinden yararlanılmıştır (Şenduran ve Donuk, 2009; Güzel ve ark., 2009; Okutan ve ark., 2010; Karataş ve ark., 2011; Arslan ve ark., 2011). Tarama modeli, geçmişte gerçekleşmiş bir durumu 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 çalışılmaktadır (Yıldız ve Tüfekçi, 2010; Arslan ve ark., 2011). Genel tarama modelleri, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacıyla evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir (Yıldız ve Tüfekçi, 2010). Bu çalışmada genel tarama modeliyle terapötik rekreasyon aktivitelerine katılımın down sendromlu çocukların sosyal uyumlarına etkileri belirlenmeye çalışılmıştır.

Terapötik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların Sosyal Gelişimine Etkisini belirlemeyi amaçlayan bu araştırma, betimsel bir nitelik arz etmektedir.

2.2. Evren Örneklem

Araştırmanın evrenini; 2016-2017 güz döneminde Elazığ ilinde Özel Eğitim Sınıflarında eğitim gören Down Sendromlu çocuklardan oluşmaktadır. 2017-2018 öğretim yılı güz döneminde Elazığ İl Milli Eğitim Müdürlüğünden alınan bilgiye göre, Elazığ ili Özel Eğitim Sınıflarında toplam 472 down sendromlu öğrenci, Araştırmanın örneklemini ise ulaşılabilirlik ve gönüllük, veli onayları esas dikkate alınarak evrenden seçilen 69 down sendromlu öğrenci oluşturmaktadır. Oyun programının uygulanması için gerekli izinler alınmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Akçamete ve Avcıoğlu (2005) tarafından geliştirilen “Sosyal Becerileri Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. **(EK-1)**. Ölçek, iki bölümden oluşup ilk bölümünde çocukların demografik özelliklerini belirlemeye

yönelik 7 soru, ikinci bölümü ise “Beceri Eğitimi Programı/Sosyal Beceri Eğitimi Aktivitelerini içeren 12 temel boyut, 69 alt boyut olmak üzere toplam 76 sorudan oluşmaktadır. Ölçek Likert tipli olup; (5) Her zaman Yapar, (4) Çok sık yapar, (3) Genellikle yapar, (2) Çok az yapar, (1) Hiçbir zaman yapmaz şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçek sonuçları $5.00-1.00 = 4.00/5=0,8$ puanlık bir genişliğe dağılmıştır. Bu genişlik beşe bölünerek ölçeğin kesim noktalarını belirleyen düzeyleri belirlemiştir. Buna göre; 1.00-1.79 puan aralığı, "Hiçbir zaman yapmaz", 1.80-2.59 puan aralığı “Çok az yapar”, 2.60-3.39 puan aralığı “Genellikle yapar”, 3.40-4.19 puan aralığı " Çok sık yapar " ve 4.20-5.00 puan aralığı ise " Her zaman Yapar " olarak değerlendirilmektedir.

Ölçek 30 gün ara ile iki defa uygulanmıştır. İlk önce oyun programı uygulanmaksızın belirlenen 69 öğrenci grubuna öğretmen görüşleri dikkate alınarak ölçek uygulanmış, daha sonra aynı gruba 30 gün süre ile “Terapatik rekreasyon ile ilgili oyunları içeren 4 ana grupta 36 adet “Özel Eğitim Oyun Programı” uygulanmıştır (<http://ozelegitimsitesi.gen.tr/egitsel-oyunlar.html>). Oyun programı çeşitli aktivitelerden oluşmaktadır. Bu aktiviteler; Daire Oyunları, Çizgide Oynanan Oyunlar, Alan Oyunları ve Sınıf İçi Oyunlar olmak üzere dört ana oyunlardan oluşmaktadır. Bu ana oyunlar altında da 36 faaliyet yer almaktadır (**EK-2**).

DS 69 çocuğunun öğretmenlerine çocuklar hakkındaki görüşleri sorulmuş ve öntest olarak adlandırılmıştır. Terapatik rekreasyon faaliyetleri içinde çeşitli oyunlar ve aktiviteler içeren oyun programına katılan DS çocukların öğretmenlerine verilen önermelerle ilgili görüşlerini, çok olumludan çok olumsuzu kadar sıralanan seçeneklerden önem derecelerine göre ifade etmeleri istenmiştir ve Sontest olarak adlandırılmıştır. Son test aşamasında uygulanan ölçeğin hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 13 temel alt boyutta 0,81-0,95 arasında çıkmıştır. Ölçeğin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

2.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra, ön test ve son test için bağımlı örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA)’nden, değişkenler arasındaki ilişkinin etkisini belirlemek için de regresyon analizinden yararlanılmıştır.

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

3.1. Araştırmaya Katılan Down Sendromlu Çocukların Sosyal Gelişim Becerilerinin Alt Temel Boyutlarına İlişkin Ön Test ve Son Test Sonuçları

Araştırmaya katılan down sendromlu çocukların sosyal gelişim becerilerinin alt temel boyutlarına ilişkin ön test ve son test sonuçları aşağıdaki çizelgede sunulmuştur.

Çizelge 3.1. Down Sendromlu Çocukların Temel Sosyal Beceriler Boyutundaki Ön Test ve Son Test Sonuçları

	N	Ort ±Ss	Ort Fark	t	p
Temel Sosyal Beceriler (Ön Test)	68	2,12±0,79			
Temel Sosyal Beceriler (Son Test)	68	2,5±0,61	-0,44	-7,44	0,00

Temel Sosyal Beceriler Boyutu Ön Test Sonucu 2,1244±0,79941 Son Test Sonucu 2,5701±,61225, Ortalama Fark : -0,44570, t: -7,446, p:0,000 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan terapatik rekreasyon faaliyetlerin DS çocukların temel sosyal beceriler boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturduğunu gösterir. Temel sosyal beceriler boyutunda DS çocukların uygulanan terapatik rekreasyon faaliyetleri sonucunda temel sosyal becerilerinde artış olduğu gözlenmiştir.

Alan yazın incelendiğinde benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Özokçu (2007) çalışmasında, özür dileme, yardım isteme, başladığı işi zamanında bitirme becerilerini zihinsel yetersizlikten etkilenmiş bireylere kazandırmada doğrudan öğretim yaklaşımına dayalı sosyal beceri öğretim programının etkili olduğunu göstermiştir.

Çizelge 3.2. Down Sendromlu Çocukların Temel Konuşma Becerileri Boyutunda Ön Test ve Son Test Sonuçları

	N	Ort ±Ss	Ort Fark	t	p
Temel Konuşma Becerileri Ön Test	68	2,15±0,92			
Temel Konuşma Becerileri Son Test	68	2,70±0,86	-,551	-7,03	0,00

Temel Konuşma Becerileri Boyutu Ön Test Sonucu 2,1544±0,922 Son Test Sonucu 2,7059±0,860, Ortalama Fark : -0,55147, t:-7,03, p:0,000 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan terapatik rekreasyon faaliyetlerin DS çocukların temel konuşma becerileri boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturduğunu göstermektedir. Temel konuşma beceriler boyutunda DS çocukların, uygulanan terapatik rekreasyon

faaliyetleri sonucunda temel konuşma becerilerinde artış olduğu gözlenmiştir. Oyunun, çocukların iletişim ve dil becerilerinin gelişimi açısından katkı sağladığı ve çocuğun oyun oynarken sözlü ve sözsüz olarak gösterdiği davranışların, çocuğun iletişim becerilerini zenginleştirdiği de bilinmektedir (Önder, 2005).

Çizelge 3.3. Down Sendromlu Çocukların İleri Konuşma Becerileri Boyutundaki Ön Test ve Son Test Sonuçları

	N	Ort ±Ss	Ort Fark	t	p
İleri Konuşma Becerileri Boyutu Ön Test	68	1,81±0,62			
İleri Konuşma Becerileri Boyutu Son Test	68	2,31±0,58	-,494	-8,82	0,000

İleri Konuşma Becerileri Boyutu Ön Test Sonucu 1,817±0,620 Son Test Sonucu 2,3118±0.582, Ortalama Fark : -0.4941, t:-8,827, p:0,000 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan Terapatik Rekreasyon faaliyetlerin DS Çocukların ileri konuşma becerileri boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturduğunu gösterir. İleri konuşma beceriler boyutunda DS çocukların, uygulanan terapatik rekreasyon faaliyetleri sonucunda ileri konuşma becerilerinde artış olduğu gözlenmiştir. Bazı araştırmalarda da benzer sonuçların olduğu gözlenmiştir.

Çocuklar akran ilişkileri sayesinde, bilişsel beceriler, empati kurma, bir gruba katılma, ilişki başlatma ve sürdürme, iletişim, yakınlık ve güvenden kaynaklanan sorunları çözme becerilerini ve işbirliği yapmayı öğrenirler. Böylece diğer insanlarla uyum içinde yaşamak için gereken sosyal becerileri akran ilişkileri sayesinde kazanmış olurlar (Erwin, 2000 ; Çetin ve ark., 2001).

Çizelge 3.4. Down Sendromlu Çocukların İlişkiyi Başlatma Becerileri Boyutunda Ön Test ve Son Test Sonuçları

	n	Ort ±Ss	Ort Fark	t	p
İlişkiyi başlatma Becerileri Boyutunda Ön Test	68	2,08±0,90			
İlişkiyi başlatma Becerileri Boyutunda Son Test	68	2,35±0,6	-,27059	-4,205	0,05

İlişkiyi Başlatma Becerileri Boyutu Ön Test Sonucu 2,088±0,907 Son Test Sonucu 2,3588±0.658, Ortalama Fark : -0.2705, t:-4,205, p:0,000 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan terapatik rekreasyon faaliyetlerin DS çocukların ilişkiyi başlatma becerileri boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturduğunu gösterir. İlişkiyi başlatma boyutunda DS çocukların, uygulanan terapatik rekreasyon faaliyetleri sonucunda ilişkiyi başlatma becerilerinde artış olduğu gözlenmiştir.

Cowell ve İsmail (1970), sosyalleşme, sosyal yapı ve gelişim, sosyal bütünleşme, anti-sosyal davranış ve saldırganlık, aktivite tercihi, kişilik, gibi özellikleri test ettikleri araştırmada rekreasyon, spor, oyun gibi aktivitelerin söz edilen özellikler üzerinde olumlu değişimlere neden olduğunu tespit etmişlerdir.

Çocuklar anne-babaları, başka yetişkinler, kardeşleri ve akranları gibi diğer insanlarla çeşitli ilişkiler kurarlar (Erwin, 2000). Akran ilişkileri bebekliğin altıncı ayından itibaren başlamaktadır. Bu aydan itibaren bebekler birbirlerine dokunarak, hareketlerini izleyerek, taklit ederek ilişki başlatırlar (Çetin ve ark., 2001). Akranlarla kurulan ilişkiler eşitlik ve güç düzeyleri bakımından benzerlik taşıdığından akran ilişkilerinden çocuklar birbirlerine karşılıklı yarar sağlarlar (Erwin, 2000).

Çocuklar akran ilişkileri sayesinde, bilişsel beceriler, empati kurma, bir gruba katılma, ilişki başlatma ve sürdürme, iletişim, yakınlık ve güvenden kaynaklanan sorunları çözme becerilerini ve işbirliği yapmayı öğrenirler. Böylece diğer insanlarla uyum içinde yaşamak için gereken sosyal becerileri akran ilişkileri sayesinde kazanmış olurlar (Erwin, 2000 ; Çetin ve ark., 2001).

Çizelge 3.5. Down Sendromlu Çocukların İlişkiyi Sürdürme Becerileri Boyutunda Ön Test ve Son Test Sonuçları

	N	Ort ±Ss	Ort Fark	t	p
İlişkiyi Sürdürme Becerileri Ön Test	68	2,06±0,79			
İlişkiyi Sürdürme Becerileri Son Test	68	2,32±0,65	-,0264	-4,332	0,000

İlişkiyi Sürdürme Becerileri Boyutu Ön Test Sonucu 2,0637±0,793 Son Test Sonucu 2,3284±0,652, Ortalama Fark : -4.332, t:-4,332, p:0,000 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan terapatik rekreasyon faaliyetlerin DS çocukların ilişkiyi sürdürme becerileri boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturduğunu gösterir. İlişkiyi sürdürme becerileri boyutunda DS çocukların, uygulanan terapatik rekreasyon faaliyetleri sonucunda ilişkiyi sürdürme becerilerinde artış olduğu gözlenmiştir. Nitekim akran ilişkileri bebekliğin altıncı ayından itibaren başlamaktadır. Bu aydan itibaren bebekler birbirlerine dokunarak, hareketlerini izleyerek, taklit ederek ilişki başlatırlar (Çetin ve ark., 2001). Akranlarla kurulan ilişkiler eşitlik ve güç düzeyleri bakımından benzerlik taşıdığından akran ilişkilerinden çocuklar birbirlerine karşılıklı yarar sağlarlar (Erwin, 2000). Çocuklar akran ilişkileri sayesinde, bilişsel beceriler, empati kurma, bir gruba katılma, ilişki başlatma ve sürdürme, iletişim, yakınlık ve güvenden kaynaklanan sorunları çözme becerilerini ve işbirliği yapmayı öğrenirler. Böylece diğer insanlarla

uyum içinde yaşamak için gereken sosyal becerileri akran ilişkileri sayesinde kazanmış olurlar (Erwin, 2000 ; Çetin ve ark., 2001).

Çizelge 3.6. Down Sendromlu Çocukların Grupla İş Yapma Becerileri Boyutunda Ön Test ve Son Test Sonuçları

	N	Ort ±Ss	Ort Fark	t	p
Grupla İş Yapma Becerileri Ön Test	68	1,96±0,70	-0,726	-14,342	0,000
Grupla İş Yapma Becerileri Son Test	68	2,68±0,61			

Grupla İş Yapma Becerileri Boyutu Ön Test Sonucu 1,9622±0,793 son Son Test Sonucu 2,3284±0.652, Ortalama Fark : -4.332, t:-4,332, p:0,000 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan Terapatik rekreasyon faaliyetlerin DS çocukların grupla iş yapma Becerileri Boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturduğunu gösterir. Grupla iş yapma becerileri boyutunda DS çocukların, uygulanan terapatik rekreasyon faaliyetleri sonucunda grupla iş yapma becerilerinde artış olduğu gözlenmiştir. Alan yazın incelendiğinde; Sucuoğlu ve Özokçu (2004) kaynaştırma öğrencilerinin sosyal becerilerinin değerlendirilmesi konulu çalışmalarında, kaynaştırma öğrencilerinin, sadece sınıf ortamında bulunarak ve akranları ile etkileşime girerek sosyal becerileri edinemedikleri; bu nedenle kaynaştırma uygulamalarının yararını artırmak ve sosyal becerilerin gelişimini sağlamak için, sosyal beceri öğretimi yapılmasının gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Çetin ve ark., 2001 gelişen akran ilişkileri sayesinde çocuklar, bilişsel becerileri, empati kurmayı, bir gruba katılmayı ve işbirliği yapmayı öğrendiklerini, böylece diğer insanlarla uyum içinde yaşamak için gereken sosyal becerileri akran ilişkileri sayesinde kazanmış olduklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 3.7. Down Sendromlu Çocukların Duygusal Beceriler Boyutundaki Ön Test ve Son Test Sonuçları

	N	Ort ±Ss	Ort Fark	t	p
Duygusal Beceriler Ön Test	68	1,80±0,744	-0,7451	-11,207	0,000
Duygusal Beceriler Son Test	68	2,54±0,452			

Duygusal Becerileri Boyutu Ön Test Sonucu 1,803±0,744 Son Test Sonucu 2,549±0.452, Ortalama Fark : -4.332, t:-4,332, p:0,000 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan Terapatik Rekreasyon faaliyetlerin DS çocukların duygusal becerileri boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturduğunu gösterir. Duygusal becerileri boyutunda DS çocukların, uygulanan terapatik rekreasyon faaliyetleri sonucunda duygusal becerilerinde artış olduğu gözlenmiştir. Rippe ve ark. (1988), egzersizin biliş, algılama,

iş davranışı, uyku, sosyal davranış, duygulanım, kişilik ve benlik kavramı üzerindeki etkilerini gözden geçirerek bu kavramların önemini vurgulamışlardır.

Çocukların sosyal becerileri yetişkinlerin onlara karşı davranışlarını da şekillendirmektedir. Sosyal açıdan daha girişken olan çocuklara çevresi tarafından daha çok zaman ayrılır ve dikkat yöneltilir. Sosyal eğilimi daha az olan çocukların ise daha çok zamana ve ilgiye ihtiyaçları bulunur. Ancak çoğu zaman yetişkinler çocukların sosyal yönden bilinçlenmeye ve sosyal farklılıklara karşı duyarlı olmaya ne kadar erken başladıklarının farkına varmazlar (Kansu ve Beceren, 2004).

Çizelge 3.8. Down Sendromlu Çocukların Kendini Kontrol Etme Becerileri Boyutundaki Ön Test ve Son Test Sonuçları

	N	Ort ±Ss	Ort Fark	t	P
Kendini Kontrol Etme Becerileri Ön Test	68	2,07±0,680			
Kendini Kontrol Etme Becerileri Son Test	68	2,35±0,487	-,28431	-4,215	0,00

Kendini Kontrol Etme Becerileri Boyutu Ön Test Sonucu 2,0735±0,680 Son Test Sonucu 2,3578±0,487, Ortalama Fark: -4,215, t:-4,215, p:0,000 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan terapatik rekreasyon faaliyetlerin DS çocukların kendini kontrol etme becerileri boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturduğunu gösterir. Kendini kontrol Etme becerileri boyutunda DS çocukların, uygulanan terapatik rekreasyon faaliyetleri sonucunda kendini kontrol etme becerilerinde artış olduğu gözlenmiştir. Nitekim Cowell ve İsmail (1970) sosyalleşme, sosyal yapı ve gelişim, sosyal bütünleşme, anti-sosyal davranış ve saldırganlık, aktivite tercihi, kişilik, gibi özellikleri test ettikleri araştırmalarında, rekreasyon, spor, oyun gibi aktivitelerin söz edilen özellikler üzerinde olumlu değişimlere neden olduğunu tespit etmişlerdir.

Ayrıca gelişen akran ilişkileri sayesinde çocuklar, bilişsel becerileri, empati kurmayı, bir gruba katılmayı ve işbirliği yapmayı öğrenirler. Böylece diğer insanlarla uyum içinde yaşamak için gereken sosyal becerileri akran ilişkileri sayesinde kazanmış olurlar (Çetin ve ark., 2001).

Çizelge 3.9. Down Sendromlu Çocukların Saldırgan Davranışlarla Başa Çıkma Becerileri Boyutundaki Ön Test ve Son Test Sonuçları

	N	Ort ±Ss	Ort Fark	t	P
Saldırgan Davranışlarla Basa Çıkma Becerileri Ön Test	68	1,90±0,74			
Saldırgan Davranışlarla Basa Çıkma Becerileri Son Test	68	2,22±0,53	-,32353	-4,081	0,00

Saldırgan Davranışlarla Başa Çıkma Becerileri Boyutu Ön Test Sonucu $1,9044 \pm 0,743$ Son Test Sonucu $2,2279 \pm 0,53$, Ortalama Fark : $-4,081$, $t: -4,081$, $p: 0,00$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan terapötik rekreasyon faaliyetlerin DS çocukların saldırgan davranışlarla başa çıkma becerileri boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturduğunu gösterir. Saldırgan davranışlarla başa çıkma becerileri boyutunda DS çocukların, uygulanan terapötik rekreasyon faaliyetleri sonucunda saldırgan davranışlarla başa çıkma becerilerinde artış olduğu gözlenmiştir. Denham ve Weisberg, (2005) araştırmalarında sosyal ve duygusal gelişimin desteklendiği eğitim ortamlarında çocuklarda saldırganlık, anksiyete ve anti sosyal davranışlarda azalma olduğunu belirtmektedirler.

Çizelge 3.10. Down Sendromlu Çocukların Sonuçları Kabul Etme Becerileri Boyutunda Ön Test ve Son Test Sonuçları

	N	Ort \pm Ss	Ort Fark	t	p
Sonuçları Kabul Etme Becerileri Ön Test	68	$1,88 \pm 0,67$	-0,372	-5,401	0,00
Sonuçları Kabul Etme Becerileri Son Test	68	$2,25 \pm 0,69$			

Sonuçları Kabul Etme Becerileri Boyutu Ön Test Sonucu $1,882 \pm 0,671$ Son Test Sonucu $2,255 \pm 0,696$, Ortalama Fark : $-0,372$, $t: -5,401$, $p: 0,000$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan terapötik rekreasyon faaliyetlerin DS Çocukların Sonuçları kabul etme becerileri boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturduğunu gösterir. Sonuçları kabul etme becerileri boyutunda DS çocukların, uygulanan terapötik rekreasyon faaliyetleri sonucunda sonuçları kabul etme becerilerinde artış olduğu gözlenmiştir. Araştırmalarda, çocukların akran ilişkileri sayesinde, bilişsel becerileri, empati kurma, bir gruba katılma, ilişki başlatma ve sürdürme, iletişim, yakınlık ve güvenden kaynaklanan sorunları çözme becerilerini ve işbirliği yapmayı öğrenerek, böylece diğer insanlarla uyum içinde yaşamak için gereken sosyal becerileri akran ilişkileri sayesinde kazanmış oldukları görülmüştür (Erwin, 2000 ; Çetin ve ark., 2001).

Çizelge 3.11. Down Sendromlu Çocukların Yönerge Verme Becerileri Boyutundaki Ön Test ve Son Test Sonuçları

	N	Ort \pm Ss	Ort Fark	t	p
Yönerge Verme Beceriler Ön Test	68	$2,25 \pm 1,00$	-0,250	-2,183	0,00
Yönerge Verme Beceriler Son Test	68	$2,50 \pm 0,84$			

Yönerge Verme Becerileri Boyutu Ön Test Sonucu $2,257\pm 1,002$ Son Test Sonucu $2,507\pm 0,843$, Ortalama Fark : $-0,250$, $t:-2,183$, $p:0,000$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan terapatik rekreasyon faaliyetlerin DS çocukların yönerge verme becerileri boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturduğunu gösterir. Yönerge Verme becerileri boyutunda DS çocukların, uygulanan terapatik rekreasyon faaliyetleri sonucunda yönerge verme becerilerinde artış olduğu gözlenmiştir.

Johnson-Glenberg ve Chapman (2004) Down Sendromlu bireylerin yaşları büyüse de annelerinin sözcük dağarcığını zenginleştirmek amaçlı aktiviteleri kullanmaya devam ettiklerini, uygun cevapları alamadıklarında ise düzeltme veya nesneleri kendilerinin isimlendirmesi yoluyla model olduklarını bulmuşlardır.

Çizelge 3.12. Down Sendromlu Çocukların Bilişsel Beceriler. Boyutundaki Ön Test ve Son Test Sonuçları

	N	Ort \pm Ss	Ort Fark	T	p
Bilişsel Beceriler Ön Test	68	$1,69\pm 0,52$	-,47549	-6,333	0,00
Bilişsel Beceriler Son Test	68	$2,17\pm 0,47$			

Bilişsel Beceriler Boyutu Ön Test Sonucu $1,6961\pm 0,527$ Son Test Sonucu $2,1716\pm 0,843$, Ortalama Fark : $-0,475$, $t:-6,333$, $p:0,000$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar yapılan terapatik rekreasyon faaliyetlerin DS çocukların bilişsel beceriler boyutunda anlamlı bir farklılık oluşturduğunu gösterir. Bilişsel becerileri boyutunda DS çocukların, uygulanan terapatik rekreasyon faaliyetleri sonucunda bilişsel becerilerinde artış olduğu gözlenmiştir. Emecen (2011) zihin engellilere sosyal becerilerin kazandırılmasında doğrudan öğretim ve bilişsel süreç yaklaşımlarının karşılaştırılması konulu çalışmasında, doğrudan öğretim yaklaşımının sosyal becerilerin kazandırılmasında daha etkili olduğu, sosyal becerilerin kazandırılmasında, toplam öğretim süresi ve yanlış tepki sayısı açısından doğrudan öğretim yaklaşımının daha verimli olduğu sonucunu gözlemiştir.

Çizelge 3.13. Özel Eğitim Öğretmenlerinin Terapatik Rekreasyon Eğitimi Alma Değişkeninin Down Sendromlu Çocukların Sosyal Gelişim Becerilerine Etkisi

		N	Ort	Ss	t	P	Farklılığın Kaynağı		
Temel Sosyal Beceriler	Evet	6	3,0000	,99941	1,833	,071			
	Hayır	62	2,5285	,55670					
Temel Konuşma Beceriler	Evet	6	3,1667	,90370	1,365	,177			
	Hayır	62	2,6694	,84782					
İleri Konuşma Beceriler	Evet	6	2,6000	,77974	1,275	,207			
	Hayır	62	2,2839	,56050					
İlişkiyi Başlatma Becerileri	Evet	6	2,8667	,84538	2,022	,047	Evet		
	Hayır	62	2,3097	,62482					
İlişkiyi Sürdürme Beceriler	Evet	6	3,2778	,96992	4,153	,000	Evet		
	Hayır	62	2,2419	,53958					
Grupla İş Yapma Beceriler	Evet	6	3,1905	,95902	2,154	,035	Evet		
	Hayır	62	2,6406	,55704					
Duygusal Beceriler	Evet	6	2,3889	,34427	-,868	,388			
	Hayır	62	2,5591	,46664					
Kendini Kontrol Etme Becerileri	Evet	6	2,7778	,99256	2,279	,026	Evet		
	Hayır	62	2,3172	,40117					
Saldırgan Davranışlarla Başa Çıkma Becerileri	Evet	6	2,1667	,68313	-,255	,800			
	Hayır	62	2,2258	,52929					
Sonuçları Kabul Etme Becerileri	Evet	6	3,2222	,95839	3,953	,000	Evet		
	Hayır	62	2,1828	,57791					
Yönerge Verme Becerileri	Evet	6	3,5833	1,43759	3,522	,001	Evet		
	Hayır	62	2,4274	,68411					
Bilişsel Becerileri	Evet	6	2,2778	1,09882	,558	,579			
	Hayır	62	2,1613	,39919					
		Anova				Regresyon Analizi			
		Kareler toplam	Kareler orta	F	P	R	B	t	p
Temel Sosyal Beceriler		23,899	0,362	3,358	0,071	0,220	-0,471	-1,833	0,071
Temel Konuşma Beceriler		47,930	0,726	1,866	0,177	0,166	-0,497	-1,365	0,177
İleri Konuşma Beceriler		22,204	0,336	1,625	0,207	0,155	-0,316	-1,275	0,207
İlişkiyi Başlatma Becerileri		27,388	0,415	4,090	0,047	-0,557	-0,275	-2,022	0,047*
İlişkiyi Sürdürme Beceriler		22,464	0,340	17,246	0,00	0,455	-1,036	-4,153	0,000*
Grupla İş Yapma Beceriler		23,527	0,356	4,641	0,035	0,256	-0,550	-2,154	0,035*
Duygusal Beceriler		13,876	0,210	0,754	0,388	0,106	-0,170	-0,868	0,388
Kendini Kontrol Etme Becerileri		14,743	0,223	5,195	0,026	0,270	-0,461	-2,279	0,026*
Saldırgan Davranışlarla başa çıkma Becerileri		19,422	0,294	0,065	0,800	0,031	0,059	0,255	0,800
Sonuçları Kabul Etme Becerileri		24,965	0,378	15,625	0,000	0,438	-1,039	-3,953	0,000*
Yönerge Verme Becerileri		38,882	0,589	12,407	0,001	0,398	-1,158	-3,522	0,001*
Bilişsel Becerileri		15,757	0,239	0,311	0,579	-0,116	0,209	-0,558	0,579

Öğretmenlerin terapatik rekreasyon eğitimi alma değişkeninde ilişkiyi başlatma becerileri boyutunda eğitim alan öğretmenlerin ortalama puanı 2.8667 ± 0.8453 , eğitim almayan öğretmenlerin ortalama puanı 2.309 ± 0.624 , $t:2.022$, $p:0.047$ olarak görülmüştür. Bu sonuçlara göre eğitim alan öğretmenlerin verdikleri terapatik rekreasyon faaliyetleri eğitiminde anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür.

Öğretmenlerin terapatik rekreasyon eğitimi alma değişkeninde ilişkiyi sürdürme becerileri boyutunda eğitim alan öğretmenlerin ortalama puanı 3.277 ± 0.969 , eğitim almayan öğretmenlerin ortalama puanı 2.241 ± 0.539 , $t:4.153$, $p:0.000$ olarak görüldü. Bu sonuçlara göre eğitim alan öğretmenlerin verdikleri terapatik rekreasyon faaliyetleri eğitiminde anlamlı bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir.

Öğretmenlerin terapatik rekreasyon eğitimi alma değişkeninde grupla iş yapma beceriler boyutunda eğitim alan öğretmenlerin ortalama puanı 3.190 ± 0.959 , Eğitim almayan öğretmenlerin ortalama puanı 2.640 ± 0.557 , $t:2.154$, $p:0.035$ olarak görüldü. Bu sonuçlara göre eğitim alan öğretmenlerin verdikleri terapatik rekreasyon faaliyetleri eğitiminde yine anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür.

Öğretmenlerin terapatik rekreasyon eğitimi alma değişkeninde kendini kontrol etme becerileri boyutunda eğitim alan öğretmenlerin ortalama puanı 2.777 ± 0.992 , Eğitim almayan öğretmenlerin ortalama puanı 2.317 ± 0.3172 , $t:2.279$, $p:0.026$ olarak görüldü. Bu sonuçlara göre eğitim alan öğretmenlerin verdikleri terapatik rekreasyon faaliyetleri eğitiminde anlamlı bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir.

Öğretmenlerin terapatik rekreasyon eğitimi alma değişkeninde sonuçları kabul etme becerileri boyutunda eğitim alan öğretmenlerin ortalama puanı 3.222 ± 0.958 , Eğitim almayan öğretmenlerin ortalama puanı 2.182 ± 0.577 , $t:3.953$, $p:0.000$ olarak görüldü. Bu sonuçlara göre eğitim alan öğretmenlerin verdikleri terapatik rekreasyon faaliyetleri eğitiminde anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür.

Öğretmenlerin terapatik rekreasyon eğitimi alma değişkeninde yönerge verme becerileri boyutunda eğitim alan öğretmenlerin ortalama puanı 3.583 ± 1.437 , Eğitim almayan öğretmenlerin ortalama puanı 2.427 ± 0.684 , $t:3.522$, $p:0.001$ olarak görüldü. Bu sonuçlara göre eğitim alan öğretmenlerin verdikleri terapatik rekreasyon faaliyetleri eğitiminde anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür. Alan yazında benzer çalışmalara rastlanılmamıştır.

4. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

4.1. Sonuçlar

DS çocuklara uygulanan terapötik rekreasyon faaliyetlerinin DS çocukların sosyal gelişimi üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Sosyal gelişime ilişkin beceriler temel alt boyutları olan; Temel sosyal beceriler boyutunda, temel konuşma becerileri boyutu, İleri konuşma becerileri boyutunda ilişkiyi başlatma becerileri boyutunda, ilişkiyi sürdürme becerileri boyutunda, grupta iş yapma becerileri boyutunda, Duygusal becerileri boyutunda, kendini kontrol etme becerileri boyutunda, Saldırgan davranışlarla başa çıkma becerileri boyutunda, sonuçları kabul etme becerileri boyutunda, yönerge verme becerileri boyutunda ve bilişsel beceriler boyutunda son test ortalamalarının yüksek çıktığı görülmüştür.

Öğretmenlerin terapötik rekreasyon eğitimi alma değişkeninde ise İlişkiyi başlatma becerileri boyutunda, ilişkiyi sürdürme becerileri boyutunda, grupta iş yapma beceriler boyutunda, kendini kontrol etme becerileri boyutunda, sonuçları kabul etme becerileri boyutunda, yönerge verme becerileri boyutunda eğitim alan öğretmenlerin verdikleri terapötik rekreasyon faaliyetleri eğitiminde anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür. Terapötik rekreasyon eğitimi alan özel eğitim öğretmenlerinin terapötik rekreasyon faaliyetleri eğitiminde daha etkili oldukları tespit edilmiştir.

Gerek bu araştırmanın ve gerekse alanda yapılan benzer araştırmaların sonuçları olsun, terapötik rekreasyon faaliyetleri kapsamında engelli öğrenci gruplarına uygulanan eğitsel oyunlar, sosyal gelişim faaliyetleri, kazandırılan sosyal becerilerin engelli öğrencilerin sosyal gelişimleri üzerinde etkili ve önemli olduğu görülmüştür.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıda ki öneriler geliştirilmiştir.

4.2. Öneriler

- 1- DS çocuklar üzerinde yürütülen bu araştırma farklı engel grupları üzerinde yürütülebilir.
- 2- DS çocukların bazı demografik değişkenlerine göre sosyal gelişimlerinde terapötik rekreasyon faaliyetlerinin etkisi ve önemi incelenebilir.
- 3- Terapötik rekreasyon faaliyetlerinin DS çocuklar üzerinde etkisine ilişkin özel eğitim öğretmenlerinin çeşitli demografik değişkenlerine göre görüşleri incelenebilir.

- 4- DS çocuklar üzerinde yürütülen bu araştırmanın uygulamalı çalışmalarda model olma ya da görsel olarak hareketi izletme yöntemi ile tekrarlanabilir.
- 5- DS çocuklar oyun esnasında oturma ve yürüme gibi denge ve kuvvet gerektiren beceriler konusunda destek uygulama çalışmaları ile bir başka araştırma yapılabilir.
- 6- Özel eğitim verilen kurumlarda terapatik rekreasyon faaliyetleri için uygun alanların (özel park, özel bahçe, salon vb.) mekanların artırılması araştırma sonuçlarına katkı sağlanabilir.
- 7- Kamu ve gönüllü kuruluşların engelli çocukların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden gelişimlerini sağlayacak sportif organizasyonlar ve özel eğitsel oyunlar düzenlenebilir.
- 8- DS çocuklara sahip olan ailelerin, çocuklarını terapatik fiziksel aktiviteleri yapmaya yönlendirilebilir.

KAYNAKLAR

- Ashby, F., Isen, A., Turken A., 1999, A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition, *Psychological Review*, 106, 529-550.
- Austin, D.R., 2013, *Therapeutic Recreation: Processes and Techniques*, 7th. Edition, Sagamore Publishing, Urbana.
- Austin, D.R., Crawford M.E., 2001. *Therapeutic Recreation: An Introduction*, 3th. Edition, Allyn & Bacon, Boston.
- Ayçeman, N., 2015, Terapötik Rekreasyon veya Rekreasyon Terapisi Nedir? Akdeniz Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor YO. 2015.
- Baltes, P.B., Baltes M.M., 1990, Selective optimization with compensation. In P. B. Baltes, M. M. Baltes (Eds.) (1-34), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Baumeister, R.F., Leary, M.R., 1995, The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation, *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Caldwell, L.L., 2005, Leisure and health: Why is leisure therapeutic?, *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(1), 7-26.
- Carruthers, C.P., Hood, C.D., 2004, The Power of the Positive: Leisure and Well-Being, *Therapeutic Recreation Journal*, 38(2), 225-245.
- Carruthers. C.P., Hood, C.D., 2007. Building a life of meaning through therapeutic recreation: The leisure and well-being model part I, *Therapeutic Recreation Journal*, 41(4), 276-297.
- Cowell, Cc. ve İsmail, A. (1970). Relationships between social and physical factors: In Morgan, W.P. (Ed.), *Contemporary readings in sport psychology* p.357-361.
- Chiang, L.M., Cebula, E., Lankford S.V., 2009. Benefits of Thai Chi Chuan for Older Adults: Literature Review, *World Leisure Journal*, 51(3), 184-196.
- Corrigan, P., Liberman R., Wong, S., 1993, Recreational therapy and behavior management on inpatient units: Is recreational therapy therapeutic?, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(10), 644-646.
- Çavuşoğlu, H., 2011, Çocuk Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Basımevi, 5-6.
- Çetin, F., Alpa Bilbay, A. ve Albayrak Kaymak, D. (2001), Araştırmadan Uygulamaya Çocuklarda Sosyal Beceriler Grup Eğitimi, Epsilon Yayıncılık, İstanbul.
- Daly, F.S., Kunstler, R., 2006, *Introduction to Recreation and Leisure*, Human Kinetics, NewYork.

- Dattilo, J., Kleiber, D., Williams, R., 1998, Self-Determination and Enjoyment Enhancement: A Psychologically-Based Service Delivery Model for Therapeutic Recreation, *Therapeutic Recreation Journal*, Fourth Quarter, 258-271.
- Dattilo, J., Schleien, S.J, 1994, Understanding leisure services for individuals with mental retardation, *Mental Retardation*, 32(1), 53-59.
- Dieser, R.B., Harkema, R.P., Kowalski, C., Ijeoma O., Poppen L.L., 2004. The portrait of a pioneer: A look back at 115 years of Jane Adams' work at Hull- House-her legacy still lives on, *Park and Recreation*, 39,9, 128-137.
- Down, J.L., 1999, The man and the message. *Downs Syndrome Research and Practice*, 1999, 6: 19-24.
- Down Sendromu Derneği. Down sendromu nedir. <http://www.downturkiye.com/down-sendromu-nedir>. 19 Şubat 2013.
- Dustin, J.C., 2000, Therapeutic recreation treats depression in the elderly, *Home Health Care Services Quarterly*, 18, 2, 79-90.
- Denham, S. and Weisberg, R. P. (2005). A Blueprint for the Promotion of Pro-Social Behavior in Early Childhood. *Social-Emotional Learning in Early Childhood*. 13–51.(Edit: Elda Chesebrough, Patricia King, Martin Bloom, Thomas P. Gullotta). Publisher: Springer-Verlag, New York.
- Emecen, D. D. (2011). Zihin Engellilere Sosyal Becerilerin Kazandırılmasında Doğrudan Öğretim ve Bilişsel Süreç Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 11(3), 1403-1419.
- Erwin, P. (2000), Çocukta ve Ergenlikte Arkadaşlık, (Çev. Osman Akınhay), Alfa Yayıncılık, İstanbul.
- Frisch, M., 2006. *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*, Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Gorlin, R.J, Cohen, M.M., Hennekam, R.C., 2001, *Syndromes of the Head and Neck*, 4th ed. New York, Oxford University Press, 2001: 35-41.
- Hall, J.G., 2011, Chromosomal Clinical Abnormalities. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 19th ed. Saunders, Elsevier, 384-387.
- Heintzman, P., 2000, Leisure And Spiritual Well-Being Relationships: A Qualitative Study, *Society and Leisure*, 23(1), 41-69.
- Hirschfeld, R., Dunner, D., Keitner, G., Klein, D., Koran, L., Kornstein, S., Keller, M., 2002, Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination, *Psychiatry*, 51, 123-133.

- Hodapp, R.M., Urbano, RC, So, SA., 2006, Using an epidemiological approach to examine outcomes affecting young children with down syndrome and their families. *Downs Syndrome Research and Practice*, 10: 83-93.
- Holcomb, W., Parker, J., Leong, G., Thiele, J., Higdon, J., 1998, Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients, *Psychiatric Services*, 49 (7), 929-935.
- <https://www.youtube.com/watch?v=EwYSb68R5U0> (Erişim tarihi: Ekim, 2014)
- [https://www.google.com.tr/search?q=down+sendromu+g%C3%B6rseller&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwi9soTv6YHaAhXoCJoKHby2BekQsAQIJg&biw=1366&bih=613#imgrc=1IpjbEirImTcKM:\(ErişimTarihi:14Mart2018\)](https://www.google.com.tr/search?q=down+sendromu+g%C3%B6rseller&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwi9soTv6YHaAhXoCJoKHby2BekQsAQIJg&biw=1366&bih=613#imgrc=1IpjbEirImTcKM:(ErişimTarihi:14Mart2018))
- [https://www.google.com.tr/search?q=down+sendromu+g%C3%B6rseller&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwi9soTv6YHaAhXoCJoKHby2BekQsAQIJg&biw=1366&bih=613#imgrc=frztBtLYjdzGPM:\(ErişimTaihi:14Mart2018\)](https://www.google.com.tr/search?q=down+sendromu+g%C3%B6rseller&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwi9soTv6YHaAhXoCJoKHby2BekQsAQIJg&biw=1366&bih=613#imgrc=frztBtLYjdzGPM:(ErişimTaihi:14Mart2018))
- [https://www.google.com.tr/search?q=terapatik+rekreasyon+ile+ilgili+foto&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=8YSQo6RBbBSocM%253A%252CvFK15O_17cUalM%252C_&usg=__usi3hOfql2s3BZLKcSo9CHD1stM%3D&sa=X&ved=0ahUKEwj3O_L2ILaAhWnYJoKHW3CBb8Q9QEILjAB#imgrc=8YSQo6RBbBSocM:\(ErişimTarihi:14Mart2018\)](https://www.google.com.tr/search?q=terapatik+rekreasyon+ile+ilgili+foto&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=8YSQo6RBbBSocM%253A%252CvFK15O_17cUalM%252C_&usg=__usi3hOfql2s3BZLKcSo9CHD1stM%3D&sa=X&ved=0ahUKEwj3O_L2ILaAhWnYJoKHW3CBb8Q9QEILjAB#imgrc=8YSQo6RBbBSocM:(ErişimTarihi:14Mart2018))
- <http://ozelegitimsitesi.gen.tr/egitsel-oyunlar.html> (Erişim Tarihi 06.07.2017)
- Hutchinson, S.L., LeBlanc, A., Booth, R., 2006. More than “just having fun”: Reconsidering the role of enjoyment in therapeutic recreation practice, *Therapeutic Recreation Journal*, 40(4), 220-240.
- Iwasaki, Y., Mannell, R.C., 2000. Hierarchical Dimensions of Leisure Stress Coping, *Leisure Science*, 22, 163-181.
- Johnson-Glenberg, M. C. ve Chapman, R. S. (2004). Predictors of parent-child language during novel task play: a comparison between typically developing children and individuals with down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 225-238.
- Kelly, J.R., Steinkamp, M.W., Kelly, J.R., 1987. Later-life satisfaction: Does leisure contribute?, *Leisure Sciences*, 9, 189–200.
- Kelsey, M., Coursey, R., Selby, P., 1997. Therapeutic adventures outdoors: A demonstration of benefits for people with mental illness, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 61-73.
- Kraus, R., 1998. *Recreation And Leisure in Modern Society*, 5th. Edition Jones and Bartlett Publishers, Boston/London.
- Kunstler, R., Daly, F.S., 2010, *Therapeutic Recreation Leadership and Programming*, Human Kinetics, NewYork.

- Kansu, N. ve Beceren, E. (2004), "Erken Çocukluk Döneminde Sosyal Beceriler", Çoluk Çocuk Dergisi, Temmuz 2004).
- Lee, Y., Dattilo, J., Howard, D., 1994, The complex and Dynamic Nature of Leisure Experience, *Journal of Leisure Research*, 26,(3), 195- 211.
- Lemler, R.S., 1998, *Therapeutic Recreation Services and Native American Clients:A qualitative study*, Unpublished doctoral dissertation, The university of New Mexico Albuquerque, New Mexico.
- Lin, S.T., 2003. *The Study of the Relationships Among Leisure Participation, Leisure Satisfaction, and Life Satisfaction for Older Adults in Taipei, Taiwan*, Unpublished doctoral dissertation, The University of the Incarnate Word, School of Graduate Studies.
- Linley, P., Joseph, S., (Eds.), 2004, *Positive psychology in practice*, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lynn, F.C., Hunkin, J.L., Kato, B.S., Richards, J.B., Gardner, J.P., Surdulescu, G.L., Kimura, M., Lu, X., Tim D., Aviv, A., 2008, The Association Between Physical Activity in Leisure Time and Leukocyte Telomere Length, *Arch. Intern. Med.*,168 (2), 154- 158.
- Manoux, A.S., Richards, M., Marmot, M., 2003. Leisure activities and cognitive function in middle age: evidence from the Whitehall II study, *Journal of Epidemiology and Community Health*,57(11), 907-913.
- Marcia, J.E., 1993, The status of the statuses: Research review. In J. E. Marcia, A. S. Waterman, D. R. Matteson, S. L. Archer, J. L. Orlofsky (Eds.), *Ego identity: A handbook for psychosocial research* (22-41), USA: Springer-Verlag.
- Marsk, A., Grunewald, C., Saltvedt, S., Valentin, L., Almstrom, H., If nuchal translucency screening is combined with first-trimester serum screening the need for fetal karyotyping decreases. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 2006, 85: 528-538.
- McLean, D.D., Yoder, D.G., 2005. *Issues in Recreation and Leisure*, Human Kinetics, NewYork.
- Newberger, D.S., 2000, Down syndrome: prenatal risk assess mentand diagnosis. *American Family Physician*. 62: 825-838.
- O'Morrow, G.S., Reynolds, R., 1985. *Problems, Issues and Concepts in Therapeutic Recreation*, Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall Inc.
- O'Sullivan, E.L., 2006. *An Introduction to Recreation and Leisure*, Human Kinetics, NewYork.
- Okutan, B., Karakaya, K., Demirci, G., Orçan, B., Erdemirci, S., Bitik, H., 2010, *Ölçme ve Değerlendirme, İhtiyaç Yayıncılık*, Ankara.

- Orr, E.M., 2010. *The Effects of Recreational Therapy on The Psychosocial Functioning of An Inpatient Behavioral Health Population*, Unpublished Ms. thesis, The Faculty of the Department of Recreation and Leisure Studies, East Carolina University.
- Öz, F., 2002, Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme, *Kriz Dergisi*, 10 (2): 17-28.
- Özgülven, İ.E., 1994, *Psikolojik Testler*, Yeni Doğu Matbaası. Ankara.
- Öztürk, S., Seyhan, K., 2005, Konaklama İşletmelerinde Sunulan Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi İle Ölçülmesi, *Turizm Araştırmaları Dergisi*, 16 (2), 170-182.
- Özokçu, O. (2007). Birlikte eğitim ortamlarındaki zihin engelli öğrencilere sosyal becerilerin kazandırılmasında doğrudan öğretim yönteminin etkililiğinin incelenmesi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- Öztürk, Y., Türkmen, F., 2006, Turizm İşletmelerinin Kriz Dönemlerinde Uyguladıkları Pazarlama Stratejilerine Yönelik Bir Araştırma, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 74-95.
- Önder, A. (2005). Okul öncesi çocukları için eğitici drama uygulamaları. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları Ltd. Ş
- Peterson, C., Gunn, S., 1984. *Therapeutic Recreation Program Design*, Second Edition, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall Inc.
- Phan, J., 2011, *The Impact of Therapeutic Recreation Through Ropes Courses and Teambuilding Activities*, Unpublished bachelor project, The Faculty of the Recreation, Parks, Tourism, & Administration, California Polytechnic State University, San Luis.
- Ponde, M.P., Santana, V.S., 2000. Participation in leisure activities: is it a protective factor for women's mental health?, *Journal of Leisure Research*, 32 (4), 457-472.
- Rasmussen, S.A., Wong, L.Y., Correa, A., Gambrell, D., Friedman, J.M., 2006, Survival in infants with Down syndrome, Metropolitan Atlanta, 1979-1998. *The Journal of Pediatrics*, 806-812.
- Rippe, J. M., Ward, A., Porcari, J. P. ve Freedson, P. S. (1998). Walking for health and fitness. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2720-2724.
- Rensvold, V., Hill, B.H., Boggs, E.M., Meyer, M.W., 1957, Recreation in the Age of Automation, *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, September, 313,87-91.
- Robertson, T., Long, T., 2008, *Foundations of Therapeutic Recreation*, Human Kinetics.

- Ross, J.E., Ashton-Shaeffer, C., 2001, Therapeutic recreation practice models, *In N.J. Stumbo (Ed.), Professional issues in therapeutic recreation*, Champaign, IL: Sagamore Publishing.
- Rothwell, E., Piat, J., 2006, Evaluation of an Outpatient Recreation Therapy Treatment Program for Children with Behavioral Disorders, *Therapeutic Recreational Journal*, 40(4), 241-254.
- Seligman, M., Peterson, C., 2003. Positive clinical psychology. In L. Aspinwall & U. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (305-317), American Psychological Association, Washington DC.
- Slyvester, C., Voelke, J.E., Ellis, G.D., 2001. *Therapeutic Recreation Programming: Theory and Practice*, State College, PA Venture Publishing, USA.
- Sneegas, J.J., 1989. *The Relationship of Perceived Social Competence to Leisure Participation, Leisure satisfaction and life Satisfaction in Older Adults*, Unpublished doctoral dissertation, Urbana.
- Sucuoğlu, B., & Özokçu, O. (2004). Kaynaştırma öğrencilerinin sosyal becerilerinin değerlendirilmesi. 14. Ulusal Özel Eğitim Kongresi'nde sunulmuş bildiri, Bolu.
- Stumbo, N., Peterson, C.A., 2010. *Therapeutic Recreation Program Design: Principles and Procedures*, Pearson, 5th Edition, San Francisco.
- Şenduran, F., Donuk, B., 2009. Beden Eğitimi Öğretmenleri ve Akademisyenlerin Olimpiyat Oyunları Hakkındaki Görüşleri, *Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 20 (2), 41-51.
- Trowbridge, R., 1980. *Therapeutic Recreation: A Conceptual Criticism*, Preston Institute of Technology, Melbourne.
- Tüysüz, B., 2012. Türkiye'de 2 Bin Çocuk Down Sendromlu Doğuyor. <http://www.hastane.com.tr/saglik/turkiyede-2-bin-cocuk-down-sendromludoguyor.html>. Erişim Tarihi 19 Şubat 2013
- Ural, A., Kılıç, İ., 2006. *Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi*, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Vaillant, G., 2002. *Aging well*, Little Brown and Company, Boston.
- Wang, C-C, 2008. *Leisure participation, leisure motivation and life satisfaction for elders in public senior resident homes in taiwan*, Unpublished doctoral dissertation, The University of the Incarnate Word, School of Graduate Studies.
- Wapner, R., Thom, E., Simpson, J.L., Pergament, E., Silver, R., 2003, First trimester screening for trisomies 21 and 18. *The New England Journal of Medicine*, 349: 1405-1413.

- WHOQOL (Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü) Group, 1998, Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment, *Psychological medicine*, 28(03), 551-558
- Wilhite, B., Keller, M.J., Caldwell, L., 1999. Optimizing Lifelong Health and Well-Being: A Health Enhancing Model of Therapeutic Recreation, *Therapeutic Recreation Journal*, Second Quarter, 98-108.
- Wozencroft, A.J., Waller, S.N., Hayes, G.L., Brown L.Y, 2012. Spirituality and the therapeutic recreation practitioner: Exploring the implications for practice and research, *Journal of the Christian Society for Kinesiology and Leisure Studies*, 2(1), 41-53.
- Wu, C.H., 2010. *The relationships among leisure participation, leisure satisfaction, and emotional intelligence among elementary school teachers in Northern Taiwan*, Unpublished doctoral dissertation, University of Incarnate World, School of Graduate Studies.
- Yıldız, S.M., Tüfekçi, Ö., 2010. Fitness Merkezi Müşterilerinin Hizmet Kalitesine Yönelik Beklenti Ve Algılarının Değerlendirilmesi, *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13(2), 1-11,
- Young, ID., 2005, *Medical Genetics*, 1th ed. Oxford, Oxford University Press, 52-56
- Zganec, A.B., Merkas, M., Sverko, I., 2011, Quality of Life and Leisure Activities: How do Leisure Activities Contribute to Subjective Well-Being?, *Social Indicator Research*, 102, 81–91.

Ek :1 Sosyal Beceri Eğitimi Aktiviteleri

BECERİ EĞİTİMİ PROGRAMI
SOSYAL BECERİ EĞİTİMİ AKTİVİTELERİ
DOWN SENDROMLU ÖĞRENCİLERE UYGULANACAKTIR

ÖĞRETİMDE TAVSİYELER

- 1- Açıklamaları kısa ve basit yapınız.
- 2- Hareketi mümkün olduğu kadar çabuk başlatınız.
- 3- Çocukları cesaretlendirmek için teşvik edici olunuz.
- 4- Değişik çocukları seçerek onları kendilerine güvenir yapınız.
- 5- Sınıf kalabalık ise 2 veya 3 gruba ayırarak, birden fazla oyun gösteriniz.
- 6- Düdük sesiyle bütün öğrencilerin durup, sesi dinlemesini sağlayınız.
- 7- Bir oyunda başarı sağlamıyorsanız durdurup başkasına geçiniz.
- 8- Bilinen oyunları tekrarlayınız.

FAALİYETLER**A- Daire Oyunları :****1- KEDİ VE FARE:**

DÜZEY: İLKOKUL-ORTAOKUL

OYUNUN ADI: KEDİ VE FARE

OYUN YERİ: SALON VEYA SINIF, BAHCE

OYUNCU SAYISI: SINIF MEVCUDU

OYUNUN AÇIKLANMASI:

Öğrenciler bir veya iki halka üzerinde sıralanır. Yüzleri içe dönüktür. Bir oyuncu kedi olarak seçilir. Bu dairenin dışında kalır. Diğeri ise fare olarak dairenin ortasındadır. Kedi ; “Ben kediyim” diye seslenir.

Fare : “Ben de fareyim” der.

Kedi : “Seni yakalayacağım.”

Fare : “Yakalayamazsın.”

Oyun bundan sonra başlar. Kedi diğer oyuncuların engellemelerine rağmen fareyi yakalamak ister. Fare yakalanmamak için kaçır. Dairedeki çocuklar farenin kaçmasını sağlamak için ona yol verirler. Fare yakalanınca oyuna yeniden başlanır.

2- OYUNCAK OYUNU:

Bütün çocuklar bir halka üzerinde sıralanırlar. Birisi ortadadır. Bütün öğrencilere birden altıya kadar numaralar verilir. Sonra öğretmen numaralara isimler verir.

Örneğin; 1. ler Bebekler, 2. ler Trenler, 3. ler Toplar, 4. ler Tahta askerler, 5. ler Uçaklar, 6. lar Taksiler.

Bundan sonra ortadaki oyuncu, “Trenler” diye bağırır. Tren olan ikiler, geriye doğru bir adım atarak halka etrafında koşarlar ve tekrar yerlerine gelirler. Yerine ilk gelen öğrenci elini yukarıya kaldırır ve ortadaki ile yer değiştirerek, ikinci oyunu o başlatır.

3- BENİMLE GEL:

Bütün öğrenciler bir halka üzerinde yüzleri içe dönük olarak dururlar. Bir kişi dairenin dışındadır. Dışarıdaki oyuncu halkanın etrafında koşmaya başlayınca oyun başlar. Koşan oyuncu bir arkadaşının sırtına hafifçe dokunarak ” Benimle gel.” der. Dairenin etrafında bir kere koşu, arkadaşının yerini almaya çalışır. Vurulan oyuncu, arkadaşı kendi yerine gelinceye kadar dokunmaya çalışır. Bunda başarısız olursa ebe olur ve başka birisini koşturur. Eğer arkadaşına yerine gelmeden önce dokunursa kendi yine yerine geçer. Arkadaşı ikinci defa ebe olur.

4- MENDİL DÜŞÜRME:

Bütün öğrenciler el ele tutuşur, yüzleri merkeze dönük olarak halka bir yaparlar. Elinde mendil olan bir oyuncu, halka etrafında koşmaya başlar. Mendili bir arkadaşının arkasına bırakır, koşusuna devam eder. Yakalanmadan arkadaşının yerini almaya çalışır. Arkasına mendil konulan öğrenci, mendilin

farkına vardığı anda onu alır ve ebenin arkasından kovalar. Eğer kendi yerine kadar arkadaşına dokunamazsa ebe olur. Oyunu tekrarlarlar. Eğer arkadaşına dokunmaya muvaffak olursa kendi yerini alır, arkadaşı ikinci kez ebeliğe devam eder.

5- GÜNAYDIN (BENİMLE GELME) :

Öğrenciler bir halka üzerinde, yüzleri merkeze dönük olarak durur. Bir ebe halkanın dışındadır. Halkanın etrafında koşarken hafifçe bir arkadaşına dokunarak, “Benimle gelme.” der. İki oyuncu ters istikamette koşarlar. Karşılaştıkları zaman birbirlerini eğilerek selamlarlar ve “Günaydın” derler ve boş kalan yeri kapmak için koşularına devam ederler. Boş yeri kapamayan öğrenci ebe olur ve oyunu tekrarlar.

6- OYUNCAK KORUYUCUSU:

Öğrenciler yüzleri merkeze dönük olarak bir halka oluştururlar. Dairenin merkezine bir oyuncak veya bir eşya konur. Bir çocuk bunun muhafızıdır. Bu öğrenci, elindeki topu halkada bir arkadaşına atar. Halkadakiler topla oyuncağı devirmek isterler. Bunu kim devirirse o muhafız ile yerini değiştirir, böylece oyun devam eder.

7- TOP ATMA:

Öğrenciler yüzleri ortaya dönük, bir halka üzerinde yer alırlar. Ortada, elinde voleybol topu ile bir çocuk bulunur. Oyun başlayınca ortada bulunan oyuncu halka üzerindekiilere topu iki elle, tek elle veya voleyboldaki gibi vuruşlara yaparak atar. Yandaki oyuncular da aynı şekilde topu oradaki oyuncuya atmaya çalışırlar. Öğretmen bir süre sonra ortadaki oyuncuyu değiştirir.

8- BAHÇEDEKİ MİDİLLİ:

Çocuklar el ele tutarak, bir halka yaparlar. Yüzler ortaya dönüktür. Midilli olan çocuk ortadadır. Dairedeki çocuklar ; ” Midilli, sen bahçemize nasıl girdin ?”

Midilli ; ” İçeriye atladım.”

Dairedeki çocuklar ; “Nasıl çıkacaksın ?”

Midilli ; ” İşte böyle.”

Dedikten sonra Midilli, halkadakilerin kolları altından çeşitli denemeler yaparak halka dışına çıkamaya çalışır. Midilli dışarı çıkar çıkmaz, halka üzerindeki oyunculardan 3,4 tanesi koşucu olurlar ve Midilli’yi yakalamaya çalışırlar. Midilli ilk yakalayan bir sonraki oyun için Midilli olur.

9- YUVARLANAN TOPTAN KAÇ:

Oyuncular bir halka yaparlar. Ayrılan bir tanesi merkezde durur. Halkadaki çocuklar bir voleybol topunu ortadaki çocuğa doğru yuvarlayarak onu vurmaya çalışırlar. Vuran oyuncu ile vurulan oyuncu yer değiştirerek oyuna devam edilir.

B- Çizgide Oynanan Oyunlar:

1- ESİR ALMA VE VERME:

Oyuncular karşılıklı iki sıra olur. Aralarında 7-8 metre mesafe vardır. Her sıra sağdan numara sayar. A sıranın bir numarası karşıya gider. O sıranın önünden geçerken bir kişinin herhangi bir yerine dokunur ve yakalanmadan kendi sırasına doğru kaçar. Kendisine dokunulan oyuncu bunu öbür sıranın hizasına kadar kovalamaya başlar. Eğer oyuncuyu yakalarsa, yakalanan oyuncu B sırasına esir olarak gider, o sıranın en sonuna eklenir. Dokunulmadan kaçarsa B sırasındaki kovalayan oyuncu esir olur ve A sırasının en sonuna eklenir. Belli bir süre sonra hangi sıra daha fazla ise o taraf oyunu kazanır.

2- TAVŞAN KOŞ:

Çocuklar, tavşanlar ve tilkiler olmak üzere iki gruba ayrılırlar. Tavşan grubunun başına bir “Anne Tavşan” seçilir. Tilkilerin kenarda bir evi olur ve bu civarda tilkiler saklanır. Anne tavşan çocuklarını geziye çıkarır ve tilkilerin evine doğru ilerler. Anne tavşan tilkilerin evine iyice yaklaştığı ve onların farkına vardığı zaman ; “Koş Tavşan, Koş! ” diye bağırır. Tavşanlar da evlerine doğru koşmaya başlarlar. Yakalananlar tilki olur. Oyun bir kaç defa böyle devam eder.

3- HENDEK ATLAMA:

Birbirine paralel olmayan iki çizgi çizilir. Bir ucun açıklığı 50 cm, diğerinin ise 2 metre kadardır. Öğrenciler tek sıralı derin kolda dizilir. Çocuklar önce dar yerden atlamaya başlarlar. Atlayanlar sona kadar devam ederler. Atlamayanlar yeniden kendilerini denerler.

4- İTFAİYECİ:

Birbirlerinden 15 metre uzaklıkta paralel iki çizgi çizilir. Bütün öğrenciler çizginin biri üzerinde, yüzleri diğer çizgiye dönük olmak üzere yer alırlar. Karşı çizginin biraz gerisinde “İtfaiyeci” bulunur. Öğrencilerin hepsine 1’den 4’e kadar numara verilmiştir. Örneğin İtfaiyeci ; “Yangın! Yangın! 1 numaralı istasyon ” diye bağırır. Bir numaralar karşı çizgiye kadar koşup geri dönerler. Diğer gruplar da bu şekilde çağırılır. Bazen itfaiyeci ; ” 1 numaralı istasyon ” diye bağırır. Bir numaralar karşı çizgiye kadar koşup geri dönerler. Diğer gruplar da bu şekilde çağırılır. Bazen itfaiyeci ; ” Yangın! Yangın! Alarm var !” diye bağırır. O zaman bütün öğrenciler karşıya kadar koşup geriye dönerler.

5- HAYVANAT BAHÇESİ:

Bütün öğrenciler eşit olarak iki gruba ayrılırlar. Aralarında 4-5 metre mesafe olacak şekilde karşılıklı iki paralel çizginin üzerinde, yüzleri birbirlerine dönük olarak dizilirler. Bir grup kendilerine (kendi aralarında seçerek) bir hayvan ismi alır. Diğer gruba doğru yaklaşırlar. İki -üç adım kala ismini aldıkları hayvanın taklidini yapmaya başlarlar. Karşı taraftan herhangi bir oyuncu bunun hangi hayvan olduğunu tahmin ederse, hayvan ismi alan grup kendi çizgilerini geçinceye kadar kaçır, hayvanın ismini bilen grup kovalar. Yakalananlar, yakalayan gruba geçer. Oyun sıra ile devam ettirilir.

6- KÖPEKLER VE TOP:

Bütün çocuklar gruplaşır, birer köpek ismi alırlar. Örneğin; Finolar, Buldoklar, Çobanlar, Av köpekleri vb. hepsi bir çizgi üzerinde sıralanarak tek sıralı safta toplanırlar. Bir çocuk bir voleybol topu alır, bir grup köpeğin ismini çağırarak topu ileriye doğru yuvarlar. O ismi alan köpekler, topun arkasından tutmak için koşarlar. Kim önce topu yakalarsa, o atıcı olur ve oyun böylece devam eder.

7- TOP OYUNU:

Çocuklar, sayısı kadar gruba ayrılırlar. Her gruba bir top verilir (şimdi bir grubun nasıl oynayacağını izleyelim) Her grupta 7 kişi olduğunu kabul edelim. 6 kişi bir çizgi üzerine dizilir ve 7 numaralı öğrenci bunların 4-5 adım ilerisinde onlarla yüz yüze gelecek şekilde yerini alır. 7 numaralı oyuncuda top vardır. Bu topu sırasıyla 1,2,3,4 diye sayarak en baştaki oyuncuya atar. O da tekrar 7 numaralı oyuncuya atar. Bu atıp tutma sırasında topu oyuncu tutamazsa en arkaya geçer, sıradaki oyuncu onun yerine geçer.

Not: Bu mesafe yakın görülürse uzatılabilir.

8- SENİ TUTABİLİR MİYİM? :

Bir öğrenci lider olur ve çizginin üzerinde durur. Diğerleri sarı, kırmızı, siyah, beyaz renklerini alırlar. Renk ismi alanlar liderden 4-5 metre mesafede dağınık olarak dururlar. Çocuklar seslenir ; “Ali seni tutabilir miyiz ?” Lider ;”Eğer beyazsanız ?” der. Beyazlar Ali’yi (Yani lideri) tutmak için koşarlar. Hangisi önce Ali’ye dokunursa o lider olur ve oyuna böylece devam edilir.

9- HOPLA MİDİLLİ:

Bütün çocuklar bir çizgi üzerinde sıralanır. İçlerinden birisi Midilli olur. Midilli iki ayağı ile hoplaya hoplaya bir kaç adım ileri giderken, diğerleri de onu taklit ederek takip ederler. Birden bire Midilli “Dur” der ve gerideki çizgiye kadar arkadaşlarını kovalayarak onları vurmaya çalışır. Yakalananlar, Midilli’nin yardımcısı olur ve bir dahaki seferde onlarda arkadaşlarını vurmaya çalışır. En son kalan oyuncu bir dahaki oyun için Midilli olur.

10- BAHÇE YARIŞI:

Başta bir lider olmak üzere bütün oyuncular bir çizgi üzerinde toplanırlar. Liderde bir top vardır. Diğer çocuklar gruba yaklaştırılıp 3-4 sebze ismi verilir (Biber, lahana, domates, havuç) Lider topu sahaya doğru yuvarlarken ismi konmuş sebzelerden birini çağırır. Bu isimdeki sebzeler topu yakalamak üzere koşarlar. Kim önce topu yakalarsa liderle yer değiştirir. Diğerleri ilk yerlerine gelir, lider yeniden oyunu tekrarlatır.

C- Alan Oyunları:

1- AĞAÇLARDAKİ SINCAPLAR:

Bütün çocuklar 7-8 kişilik gruplara ayrılırlar. Her grup el ele tutarak bir daire yapar. Bir kişi ortada bulunur. Birisi de ebe olarak dışarıdadır. Daireyi oluşturan çocuklar bir ağacı temsil eder. Dairenin ortasındaki öğrenciler sincaplardır. Ebe olan öğrenci de sincaptır. Öğretmenin düdüğü ile sincaplar, kendi dairesinden çıkar ve başka daireye giderler. Bu sırada ebe olan sincap da kendisine bir ağaç bulur. Dışarıda kalan ebe sincap olur (Öğretmen bütün çocuklara sincap olma olanağı vermelidir.)

2- ÇÖMELİK EL SENDE:

Öğrenciler bahçeye dağılırlar. Bir kişi ebe olur. Öğretmen düdükle çalınca ebe hariç diğer çocuklar leylek gibi tek ayakları üzerinde dururlar. Ebe dokunmak üzere leyleklere yaklaşır. Leylekler bir ayakla sekerek kaçarlar. Kime dokunursa o çömelir. En son kalan leylek, ebe olur.

3- ÜÇ AYI:

Oyunculardan biri çocuk ayı, diğeri anne ayı, öteki baba ayı olur. Bahçenin bir köşesine gider, sırtlarını arkadaşlarına dönerler. Diğerleri bahçenin başka bir ucundan başlayarak ayılara yaklaşırlar. İçlerinden bir sorar;

– Evde kim var? – Çocuk ayı. Başka biri sorar ; – Evde kim var? – Anne ayı.

Ve başka biri sorar ; – Başka kimse yok mu? – Baba ayı var.

Bunun üzerine üç ayı arkadaşlarını kovalamaya, diğerleri de kaçmaya başlar. Yakalanan öğrenci olduğu yere oturur. Son üç kişi kalana kadar oyuna devam edilir. Sonraki oyunun ayıları bunlar olurlar.

4- KOYUNLAR VE KÖPEKLER:

Öğretmen bütün kahverengi ayakkabılılar koyundur der. Diğerleri de köpek olurlar. Bundan sonra öğretmen ; “Kaçın koyunlar” der ve koyunlar kaçmaya başlar. Bir kaç saniye sonra köpekler ” Yakalayın koyunları ” denilir. Köpekler koyunların arkasından gider ve onları yakalayıp geri gelirler.

5- LİDERİ İZLE:

Bütün çocuklar eşit sayılarda 7-8 gruba ayrılır. Bir grup 7 kişiden fazla olmamalıdır. Her grup derin kolda toplanır. 1 numaradakilere grubun lideridir. Öğretmenin işaretiyle oyun başlar. Lider çeşitli yürüyüş ve hareketler yapar, diğerleri onu takip ederler. 3-5 hareketten sonra öğretmen yine düdükle çalar ve lider değişsin der. Bu komutla 1 numaradaki lider en arkaya geçer ve 7 numaralı oyuncu olur. 1 numaradakilere liderdir (Yani önde olan lider olur.) Öğretmen her çocuğa bir lider olma şansını tanımalıdır.

6- İHTİYAR SİHIRBAZ:

Bir çocuk “İhtiyar Sihirbaz” olarak seçilir. Diğerleri bir kaç adım mesafeden onu izlerler. Çocuklar sihirbazla alay ederler ; “İhtiyar sihirbaz, sihrini kaybetti !” , “sözde zengindi ama yerden 5 kuruşu bile alıyor !” derler. Sihirbaz kızar ve döner ; “Sizler kimin çocuklarısınız ?” diye sorar Çocuklar ; “Bakkalın Çocuklarıyız” , “kimsenin çocukları değiliz” , ” Bekçinin çocuklarıyız ” gibi değişik şeyler söylerler.

En sonunda birisi ; ” Senin ” der.

Sihirbaz kızar ve onları kovalamaya başlar. Kime elini değdirirse o çocuk sihirbaz olur, diğerlerini tutmak için o da sihirbaza yardım eder.

7- SIKI SIKI SARILALIM:

Bütün öğrenciler dağınık olarak bahçede dolaşmaya başlarlar. Bir yandan da öğretmenin vereceği komutu izlerler. Öğretmen düdükle çalar ve aynı anda kollarından birini havaya kaldırarak parmaklarıyla herhangi bir sayı gösterir (1,2,3,4 veya 5) Düdükle sesini duyan öğrenciler öğretmenin hangi sayıyı gösterdiğine bakarak bu sayıyı tamamlamak üzere arkadaşlarına sıkı sıkı sarılır. Bir süre sonra öğretmen oluşan grupları kontrol eder, sayıyı tamamlayamayan veya tek kalan öğrencileri eller ve oyuna devam edilir (1 sayısı işaret edildiğinde öğrenciler tek başlarına hazır oldu beklerler.)

D- Sınıf İçi Oyunlar :

1- KİM SAKLADI? :

Bütün öğrenciler yerlerinde otururlar. Bir öğrenci kara tahtanın önüne getirilir. Diğerlerine arkası dönüktür ve gözlerini kapatır. Diğer bir çocuğu sınıfta bir yere saklar veya dışarı çıkarırlar. Öbür çocuklar da yerlerini değiştirerek karışık otururlar. Bundan sonra tahtada bekleyen öğrenciye “Kim saklandı ?” derler. Gözlerini yuman çocuk arkasını dönerek kimin dışarıya çıktığını veya saklandığını bulmaya çalışır. Bulamazsa ebe değiştirilir ve böylece oyun devam eder.

2- ALİ KUTUDA:

Bütün çocuklar sıra aralarındaki boşluklarda ayakta dururlar. Öğretmen ; “Ali kutuda.” dediği zaman herkes çömelik vaziyet alır. “Ali kutudan çıktı.” deyince herkes ayağa kalkar. Öğretmen bu tempo ile giderken bazı komutlarda değişiklik yapar. Bu değişiklikte yanlış yapanlar yerlerine otururlar. En sona kalan sınıfın birincisi olur.

3- SİNCAP VE CEVİZ:

Bütün öğrenciler yerlerinde otururlar. Bir öğrenci sincap olur ve ceviz olarak eline silgiyi alır. Diğer öğrenciler, başlarını sıralarının üzerine koyarlar (Uyuymuş gibi). Yalnız bir elleri, avuçları açık olarak yandadır. Sincap, cevizle arkadaşlarının arasında dolaşırken, Cevizi (Silgiyi) bir arkadaşının eline bırakır ve yerine oturmak üzere kaçır. Yerine ulaşıncaya kadar yakalanamazsa kurtulur. Eline ceviz konulan öğrenci sincabı yakalayamazsa kendisi bir sonraki oyun için sincap olur.

4- EŞYA VE YER:

Bütün çocuklar sıralarında otururlar. Öğretmen bunlardan 6-8 tanesini çağırarak yazı tahtasının önünde yüzleri arkadaşlarına dönük olarak tutar ve hepsine bir isim verir (Örneğin; Renkler, Kuş isimleri, Şehir ismi veya oyuncak isimleri gibi) Bundan sonra oturanlar sıralarının üzerine başlarını koyarak gözlerini kaparlar. Öğretmen tahtadakilerin yerlerini değiştirir. Bundan sonra herkes bakar, bir kaç gönüllü istenir. Bu gönüllüler arkadaşlarının yer ve isimlerine göre onları tekrar dizerler.

5- ÜÇ KÜÇÜK KUZU:

Bir çocuk (Büyük Kurt) sınıfın önünde ve ayaktadır. Diğerleri yerlerinde oturmuştur. Kurt, sıraların arasında dolaşır. Üç küçük kuzunun ellerine vurur ve yine sınıfın önüne gelerek ; “hurr, hurr” der. Bu kelimeler ile birlikte ellerine vurulan üç kuzunun yerlerini değiştirmesi gerekir. Kutr da bu kuzulardan birinin yerine oturmaya çalışır. Ayakta kalan kuzu bir sonraki oyun için Kurt olur. Oyun böylece devam eder.

6- KARŞILA VE GEÇ:

Öğretmen sınıfın önünde ve ortadadır. İki elinde birer silgi veya fasulye torbası tutar. Sağ ve sol gerisinde iki öğrenci vardır. İşaret verildiğinde bu iki öğrenci öğretmenin elindeki silgileri alır ve sıraların yanında koşuya başlar. Bu öğrenciler arkada karşılaşırlar. Öğretmene silgiyi önce getiren oyunu kazanır.

7- BEKÇİ KÖPEĞİ:

Bir yere bir cisim (Nesne) konur. Yanında gözleri kapalı bir bekçi köpeği durur. Diğer öğrencilerden birisi sessizce nesneyi oradan almaya çalışır. Eğer köpeğin haberi olmadan onu alabilirse, bir dahaki oyun için “Bekçi Köpeği” olur. Eşya alırken köpek farkına varırsa “hav hav” diyerek arkadaşını yakalar. O zaman yeni bir bekçi köpeği seçilir.

8- FASULYE TORBASINI BULMA:

Çocuklar elleri arkada olmak üzere omuz omuza bir daire yapar. Bir çocuk ortadadır. Birisine bir fasulye torbası verilir. Dairedeki öğrenciler bunu elden ele verirler. Ortadaki öğrenci fasulye torbasının nerede (kimde) olduğunu bulmaya çalışır. Eğer tahmini çok uzun sürerse başka bir oyuncu ile değiştirilir.

9- MEYVE SEPETİ:

Bir öğrenci sınıfın önünde durur. Diğerleri yerlerinde otururlar ve hepsine 4 çeşit meyve ismi verilir. Öndeki öğrenci ” Elmalar ” deyince adı elma olanlar ayağa kalkar, yerlerini değiştirir. Bu arada ayaktaki oyuncu kendine bir yer bulmaya çalışır. İkincide başka grup meyve ismini söyler. Bu kez de bu meyveler yer değiştirir. Eğer ebe ” Meyve Sepeti ” derse her cins meyvenin yerlerini değiştirmesi gerekir.

10-AVCI ADAM:

Bir lider seçilir. Bu lider, herhangi bir yöne doğru yürür ve ” Kim benimle ördek (Ayı, Tilki, Geyik) avlamaya gelir ?” der. Bütün çocuklar arkasına dizilir ve aynı şekilde lider (avcıyı) izlerler. Avcı dönüp hepsini görünce silahını onlara çevirir ve ” Bumm ” der. Bunun üzerine ayaktaki çocuklar koşarak kendi yerlerine otururlar. Kim yerine önce oturmuşsa bir dahaki sefere o lider (Avcı) olur.

Saygıdeğer Öğretmenim;

“*Terapötik Rekreasyon Faaliyetlerinin Down Sendromlu Çocukların Sosyal Gelişimine Etkisi*” konulu bir araştırma için siz değerli öğretmenlerimizin görüşlerine ihtiyaç duyulmuştur. Aşağıda 7-12 yaş arasındaki çocukların sahip olması gereken bir takım sosyal beceriler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun sonra da değerlendirmesini yaptığınız çocuğun, sahip olduğu sosyal becerilerin karşısındaki duruma uygun olanına (X) işareti koyunuz. Gözleme olanağı bulamadığınız beceriyi lütfen boş bırakınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Muhammed Ömer BOR
 Batman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
 Rekreasyon Yönetimi A.B.D. Yüksek Lisans Öğrencisi

1.BÖLÜM

Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın						
Yaşınız	<input type="checkbox"/> 20-25 Yaş	<input type="checkbox"/> 26-30 Yaş	<input type="checkbox"/> 31-35 Yaş	<input type="checkbox"/> 36-40 Yaş	<input type="checkbox"/> 41-45 Yaş	<input type="checkbox"/> 46-50 Yaş	<input type="checkbox"/> 51-55 Yaş	<input type="checkbox"/> 56 ve Üstü
Medeni Durumunuz	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekâr						
Eğitim Durumunuz	<input type="checkbox"/> Lisans	<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans	<input type="checkbox"/> Doktora					
Kaç Yıllık Öğretmensiniz?	<input type="checkbox"/> 1-5 Yıl	<input type="checkbox"/> 6-10 Yıl	<input type="checkbox"/> 11-15 Yıl	<input type="checkbox"/> 16-20 Yıl	<input type="checkbox"/> 21-25 Yıl	<input type="checkbox"/> 26 Yıl ve Üstü		
Aylık Gelir Düzeyiniz (TL)	<input type="checkbox"/> 1-1.000	<input type="checkbox"/> 1.001-2.000	<input type="checkbox"/> 2.001-3.000	<input type="checkbox"/> 3.001-4.000	<input type="checkbox"/> 4.000 ve üzeri			
Terapötik Rekreasyon Eğitimi Aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır						

2.BÖLÜM

Maddeler	HER ZAMAN YAPAR	ÇOK SIK YAPAR	GENELLİKLE YAPAR	ÇOK AZ YAPAR	HİÇBİR ZAMAN YAPMAZ
TEMEL SOSYAL BECERİLER					
1. Çevresinde gelişen olayları gözlemler (Çevresinde yer alan canlı ve cansız varlıklar ve bunların özellikleri hakkında veri toplayarak bilgi edinir.)					
2. Konuşurken, sözel anlatımının anlamını pekiştirmek ve tamamlamak için mimikler kullanır.					
3. Konuşurken, sözel anlatımının anlamını pekiştirmek ve tamamlamak için jestler kullanır.					
4. Birlikte olduğu insanlara karşı hissettiği duygulara göre arasındaki mesafeyi ayarlar (uzak ya da yakın durur).					
5. Başkalarıyla ilişkilerinde, karşısındakine duygularını aktarmak için bedensel teması kullanır (Sarılma, öpme, kucaklama, kolları tutma, sırtı tutma vb).					

6. İçinde bulunduğu ortama göre (başkalarıyla konuşurken, dinlerken) beden duruşunu sergiler.					
7. Başkalarıyla etkileşim halindeyken (başkalarıyla konuşurken, dinlerken) göz kontağı kurar.					
8. Daha önce neler söylediği sorulduğunda tekrar söyler.					
9. Kıyafet temizliğine dikkat eder.					
10. Başkaları konuşurken konuşmanın içeriğine uygun geri bildirimde bulunur.					
11. Eşyalarını (kalem, silgi, oyuncak vb.) başkalarıyla paylaşır.					
12. Başkalarıyla gerektiğinde işbirliği yapar.					
13. Başkaları konuşurken dinler.					
TEMEL KONUŞMA BECERİLERİ					
1. Konuşmayı başlatır.					
2. Konuşmayı sürdürür.					
3. Konuşmayı bitirir.					
4. Konuşmayı bitirdikten sonra yeniden başlatır.					
İLERİ KONUŞMA BECERİLERİ					
1. Konuşmak için başkalarının konuşmasını tamamlamasını bekler.					
2. Konuşmasını, konuşmanın içeriğine uygun olmayan duraklamalar yapmadan sürdürür.					
3. Konuşurken başkaları tarafından anlaşılabilmek için konuşma hızını ayarlar.					
4. Konuşurken, konuşmada yer alan duygu ve düşüncelerin anlamına ışık tutan vurgulamalarda bulunur.					
5. Konuşurken içinde bulunduğu onama göre ses tonunu ayarlar.					
İLİŞKİYİ BAŞLATMA BECERİLERİ					
1. İlk tanıştığı kişilere kendisini tanıtır.					
2. Tanıdığı kişileri başkalarına tanıstırır.					
3. Tanıdığı kişilerle karşılaşınca gülümser.					
4. Tanıdığı kişilerle karşılaşınca selam verir (Sözlü ya da başıyla).					
5. Kendisinden farklı olan arkadaşlarıyla birlikte olur.					
İLİŞKİYİ SÜRDÜRME BECERİLERİ					
1. Gereksinim duyduğunda başkalarından yardım ister.					
2. Yardıma gereksinimi olan kişiler yardım istemeden onlara yardım etmeyi teklif eder.					
3. Gereksinim duyduğunda izin ister.					
4. Kendisine yardım edildiğinde teşekkür eder.					
5. Birisine zarar verince özür diler.					
6. Bir şey istediğinde lütfen sözcüğünü kullanır.					
GRUPLA İŞ YAPMA BECERİLERİ					
1. Bir gruba katılmak için grup üyelerinden izin alır.					
2. Grup faaliyetlerine katılır.					
3. Grupta iş bölümüne uyar.					
4. Grupta sorumluluğunu yerine getirir.					
5. Sınıf arkadaşlarına oyun oynamayı teklif eder.					
6. Oynanmakta olan oyuna katılmayı teklif eder.					
7. Arkadaşlarına yeni oyunlar oynamayı teklif eder.					

DUYGUSAL BECERİLER					
1. Başkalarıyla ilgili olumsuz duygularını ifade eder.					
2. Başkalarıyla ilgili olumlu duygularını ifade eder.					
3. Başkalarının kendisine karşı neler hissettiğini ifade eder.					
4. Gerektiğinde kendisi ile ilgili olumlu ifadeler kullanır.					
5. Arkadaşları bir iş başardığında onlara övücü sözler söyler.					
6. Başkalarından farklı olan düşüncelerini söyler.					
KENDİNİ KONTROL. ETME BECERİLERİ					
1. Karşısındakinin duygu durumuna göre uygun tepki verir.					
2. Aşırı sevinç, üzüntü, öfke, korku, gibi duygularını uygun şekilde ifade eder.					
3. Öfkesini başkalarına zarar vermeden ortaya koyar.					
4. Başkalarını rahatsız etmekten kaçınır.					
5. Başkalarıyla arasında olan farklılıkları konuşarak çözer.					
6. Başkalarıyla olan problemlerini kavga etmeden çözer.					
SALDIRGAN DAVRANIŞLARLA BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ					
1. Kendisinden istemediği bir şeyi yapması istendiğinde hayır der.					
2. Kendisine yapılmasını istemediği bir davranış olduğunda karşısındakine söyler.					
3. Suçlamalar karşısında kendini savunur.					
4. Kendisiyle alay edildiğinde duymazlıktan gelir.					
SONUÇLARI KABUL ETME BECERİLERİ					
1. Kurallara uymadığında ortaya çıkan sonuçları kabul eder.					
2. Başarısız olduğunda bu durumu sakince karşılar.					
3. Uygun olmayan davranışlar sergilediğinde ortaya çıkan sonuçları kabul eder.					
YÖNERGE VERME BECERİLERİ					
1. Gerektiğinde soru sorar.					
2. Kendisine soru sorulduğunda cevap verir.					
3. Gerektiğinde başkalarına sözel yönerge verir.					
4. Gerektiğinde başkalarınca verilen sözel yönergelere uyar.					
BİLİŞSEL BECERİLERİ					
1. İçinde bulunduğu sosyal ortama uygun davranışlar gösterir.					
2. Kendi yaptıklarını objektif olarak gözden geçirerek değerlendirir.					
3. Kendi kendine herhangi bir konu ile ilgili araştırma yapıp onun hakkında bilgi edinir					
4. Başkalarını ikna edinceye kadar haklı olduğu bir konuyu savunur.					
5. Bir problemin çözümü için alternatifler üretir.					
6. Bir problemi çözer.					

Terapatik Rekreasyon ve Down Sendromlu Bireylerin Tipik Özelliklerine İlişkin Görseller

- › Down sendromunun tedavisi yoktur.
- › Hasta, eğitim ile hayata uyum sağlar.
- › Down sendromlular meslek edinebilir.

Sıradan olmak ile muhteşem olmak arasındaki fark sadece küçük fazladan bir kromozom.

DOWN SENDROMU

Yüz ve burunda düzleşme, çekik gözler



Elde tek çizgi. Kısa 5.parmak içe kıvrıktır.

Ayakta 1.ve 2. parmak arası geniş açıktır. Deri çizgileri fazladır.



ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Muhammed Ömer BOR

Doğum Yeri: MERKEZ/ BİNGÖL

Doğum Tarihi: 14.04.1991

Yabancı Dili: İngilizce

Eğitim Durumu Lise: Bingöl Atatürk Lisesi, Bingöl (2006)

Lisans: Fırat Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Bölümü, Elazığ (2012)

Uluslar Arası Kıbrıs Üniversitesi Zihin Engelliler Öğretmenliği Bölümü Kıbrıs (2015)

Yüksek Lisans: Batman Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Rekreasyon Yönetimi Anabilim Dalı, Batman (2018)

İş Deneyimi:

Bingöl Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlüğü /(Hentbol Antrenörü)2012-2013-2015

Uluslararası Kıbrıs üniversitesi Ciu Arena / (Cankurtaran) 2014

Milli Eğitim Bakanlığı / (Özel eğitim sınıf Öğretmeni) 2016-2018

Sertifikalar Kurslar:

Hentbol 3. Kademe Antrenörlük Belgesi

Voleybol 1. Kademe Antrenörlük Belgesi

Bronz Cankurtaran belgesi

Gümüş Cankurtaran belgesi