

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

**SEREBRAL PALSİLİ VE SAĞLIKLI ÇOCUKLARDA
AKTİVİTE VE KATILIMIN
İNCELENMESİ**

Fzt. Gönül KOYUNCU

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2011

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SEREBRAL PALSİLİ VE SAĞLIKLI ÇOCUKLARDA
AKTİVİTE VE KATILIMIN
İNCELENMESİ

Fzt. Gönül KOYUNCU

Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr. Mine UYANIK

ANKARA

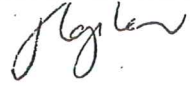
2011

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Ergoterapi Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

: Prof. Dr. Hülya KAYIHAN
Hacettepe Üniversitesi



Tez Danışmanı

: Prof. Dr. Mine UYANIK
Hacettepe Üniversitesi



Üye

: Prof. Dr. Gonca BUMİN
Hacettepe Üniversitesi



Üye

: Prof. Dr. Fatma Gül ŞENER
Hacettepe Üniversitesi



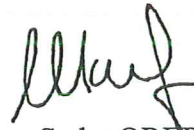
Üye

: Doc. Dr. Esra AKI
Hacettepe Üniversitesi



ONAY:

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



Prof. Dr. Hakan Sedat ORER
Enstitü Müdürü 4.

TEŞEKKÜR

Tezimin gerçekleştirilmesi, içeriğinin düzenlenmesi, tez sonuçlarının yorumlanmasındaki değerli katkılarından dolayı tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Mine Uyanık'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin içeriğinin düzenlenmesindeki değerli katkılarından dolayı Ergoterapi Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Hülya Kayıhan'a, Prof. Dr. Gonca Bumin'e, ve Doç. Dr. Esra Akı'ya içten teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin hazırlık dönemi boyunca desteğini esirgemeyen sevgili hocam Sayın Prof. Dr. Gül Şener'e en içten dileklerimi sunarım.

Tezimin gerçekleşmesi için Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin tüm olanaklarından yararlanmamı sağlayan Başhekim Prof. Dr. Selami Akkuş'a teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin hazırlık aşamasında verdikleri yoğun destekten dolayı ablam Uzm. Dr. Nazmiye Koyuncu ve aileme, meslektaşlarım Uzm. Fzt. Özgür Özbek, Fzt. Burhan Sunar'a ve Hemşire Aynur Salmanoğlu'na en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmama gönüllü olarak katılan ve çalışmamın keyifle gerçekleşmesini sağlayan tüm Serebral Palsi'li ve sağlıklı çocuk ve annelerine teşekkür ederim.

ÖZET

Koyuncu G. Serebral Palsili ve Sağlıklı çocuklarda aktivite ve katılımın incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011. Bu çalışmanın amacı; zihinsel özürlü olmayan fiziksel özürlü 6-10 yaş arasındaki Serebral Palsili (SP) çocukların, fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini, toplumsal katılım yapılarını, aktivite tercihlerini ve aktiviteler ile ne kadar eğlendiklerini sağlıklı çocuklarla yaşa ve cinsiyete göre karşılaştırarak, annelerin depresyon düzeyi ile çocuğun katılımı ve aktivite içindeki eğlenme seviyesi arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Çalışmaya SP tanısı almış 80 çocuk, sağlıklı 80 çocuk ve anneleri katılmıştır. Çocuklar 6-8, 9-10 yaş olarak iki gruba ayrılmış ve her gruba eşit sayıda 20 kız ve 20 erkek çocuk dâhil edilmiştir. Değerlendirmeler sonucunda; Sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre; fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin, toplam aktivite katılımlarının, sıklığının ve çeşitliliğinin daha yüksek olduğu, daha sosyal ve toplum temelli katılım sergiledikleri, daha fazla sayıda aktiviteye katılımı tercih ettikleri ($p<0,05$) fakat aktivitelerle eşit düzeyde eğlendikleri belirlenmiştir. Her iki grupta da katılım çeşitliliğinin ve sıklığının en fazla rekreasyonel en az beceriye dayalı aktiviteler olduğu, en az kişisel gelişim en çok sosyal aktiviteler katılımı tercih edildiği bulunmuştur ($p<0,05$). Her iki grupta da rekreasyonel, kişisel gelişim, beceriye dayalı aktivitelerin ev temelli, sosyal ve fiziksel aktivitelerin daha toplum temelli yapıldığı belirlenmiştir ($p<0,05$). SP'li çocukların en çok sosyal, sağlıklı çocukların en çok fiziksel ve her iki grubun en az beceriye dayalı aktiviteler ile eğlendikleri ve beceriye dayalı aktivitelerin SP'li çocuklarda, fiziksel aktivitelerin ise sağlıklı çocuklarda en çok sosyallik içeren aktiviteler olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). SP'li çocuk annelerinin depresyon düzeyinin sağlıklı çocuk annelerine göre daha yüksek olduğu ve depresyon düzeyi arttıkça, çocuğun toplam aktivite katılımının, çeşitliliğinin, sıklığının, sosyal içerikli aktivite katılımının azaldığı bulunmuştur ($p<0,05$). SP'li çocuğun bağımsızlık düzeyinin ve annenin depresyon düzeyinin, çocuğun katılımında engel niteliği taşıdığı. Özürlü çocuğun eğlenmesi üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. SP'li çocuklarda en çok tercih edilen ve eğlenilen aktiviteler olan sosyal aktivitelerin planlanarak toplumsal katılımın sağlanması için toplum temelli ergoterapi çalışmaları yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler; Katılım kısıtlılığı, Aktivite, Boş zaman, Serebral Palsi, Eğlenme

ABSTRACT

Koyuncu G. Examination of the activity and participation of the children with CP and healthy children. Hacettepe University, Institute of Health Science, Master Thesis. Ankara, 2011. The aim of this study is to determine functional improvement level, social structure of participation, preference of activity and enjoyment level of activity with compared to age and sex of children with CP who have physical disability but not have mental disability and healthy children age between 6-10 and also determine the relationship between mothers' depression level who have children with CP and have healthy children and children's participation and enjoyment level. 80 children with CP, 80 healthy children had participated to this study with their mothers. Children had divided into two groups between the age of 6-8 and 9-10 and then 20 girls and 20 boys had been included to both of two groups equally. According to evaluation results, it had been found that healthy children displayed higher level of functional improvement, activity participation, intensity and diversity than children with CP. Healthy children also showed more social and community based participation and preferred to participate more activity than children with CP ($p<0,05$). However, it had been found that both healthy children and children with CP enjoyed equally at the activities. Moreover, at the both of two groups participation intensity and diversity had been found at the most recreational activity and at least skill based activity and it had also been found that both of them had preferred to participate at least self improvement and at the most social activity ($p<0,05$). Additionally, it had been found that, at the both of two groups recreational, self improvement and skill based activities had been done more home based, and social and physical activities had been done more community based ($p<0,05$). It had been also determined that children with CP mostly enjoyed with social activity however healthy children mostly enjoyed with physical activity and both of them mostly enjoyed with activities based on less skill ($p<0,05$). It had also been found that mothers who have children with CP had higher depression level than the mothers who have healthy children and while the level of depression increased, total activity participation, intensity and diversity and social activity participation decreased ($p<0,05$). It had been determined that self dependency level of children with CP and mother's depression level had been an obstacle to participation of children. Moreover, it had been found that disability had not affected the enjoyment of children. As a result it is thought that, social activities which are mostly preferred and enjoyed activities by the children with CP should be planned in order to ensure doing community based occupational therapy studies is important.

Key words: Restriction of the community participation, Activity, Leisure time, Cerebral Palsy, Enjoyment.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ	xiii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. İnsan Hakları; Katılım.....	5
2.2. Türkiye’de Çocuk Hakları	7
2.3. Çocuklarda Engelli Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	8
2.3.1. Ülkemizde Serebral Palsi’li Çocukların Oranı.....	10
2.4. Bronfenbrenners’in Ekolojik Modeli	10
2.5. Uluslararası Fonksiyon Özürlülük ve Sağlık Sınıflandırması.....	12
2.5.1. İşlevler ve Yetiştirimi	13
2.5.2. Bağlamsal Etmenler	14
2.6. Serebral Palsi.....	18
2.6.1. SP’li Çocuklarda Mobilite, Eğitim ve Sosyal İlişkilerdeki Katılım Kısıtlılıklarının Boyutu	19
2.7. Katılımın Kategorileri	21
2.7.1. Katılımı Etkileyen Faktörler	23
2.7.2. Katılımın Artırılması	25
2.7.3. Okul İçi Aktivitelere Katılım	27
2.7.4 Okul Dışı Aktivitelere Katılım.....	30
2.8. Ekonomik Faktörlerin Katılıma Etkisi	31
2.8.1. Kültürel Faktörlerin Katılıma ve Aktivite Seçimine Etkisi	32
2.8.2.Cinsiyetin ve Yaşın Katılıma Etkisi.....	33

2.8.3. Rehabilitasyon Merkezlerinin Katılıma Etkisi.....	34
2.8.4. Ailenin Katılıma Etkisi	35
2.9.SP’li Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi.....	36
2.9.1.SP’li Çocukların Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi.....	38
2.10. Katılımı Etkileyen Çevresel Engellerin Belirlenmesi Ve Tanımlanması	40
2.11. SP’li Çocukların Okul Aktiviteleri İçerisinde Yaşadıkları Zorluklar Ve Aktivite Biçimleri Kavramı	42
2.12. Aktivite Kavramı ve Ergoterapi	44
2.13. Boş Zaman Aktivitelerine Katılım	49
2.13.1.Boş Zaman Aktivitelerine Katılımı Etkileyen Faktörler	51
3. BİREY VE YÖNTEM	54
3.1. Bireyler.....	54
3.2. Yöntem.....	55
3.2.1. Anne ve Çocuğun Değerlendirilmesi	55
3.2.1.1. Anne ve Çocuk Demografik Bilgileri	55
3.2.2. Pediatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (WeeFIM)	55
3.3. Çocukların Aktivite Katılımlarının ve Eğlenmenin Belirlenmesi (CAPE).....	56
3.4. Çocukların Aktivite Tercihlerinin Belirlenmesi (PAC)	60
3.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	63
3.6. İstatistiksel Analiz.....	64
4.BULGULAR.....	65
4.1. Demografik Bulgular	65
4.2. Annelerin Beck Depresyon Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	68
4.3. Çocukların Aktivite Katılımlarının ve Eğlenmenin Belirlenmesi Ölçeğine Ait Bulgular (CAPE)	74
4.4. Çocukların Aktivite Tercihlerinin Belirlenmesi Ölçeğine Ait Bulgular (PAC)	113
5. TARTIŞMA	136
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	151
KAYNAKLAR	161

SİMGELER VE KISALTMALAR

ICF	The International Classification of Impairment, Disabilities and Health
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
BM	Birleşmiş Milletler
IPA	International Play Association
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ÇHS	Çocuk Haklarına Dair Sözleşme
SP	Serebral Paralizi
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
ICIDH	The International Classification of Impairment, Disabilities and Handicap
AOTA	Amerikan Occupational Therapy Association
PEO	Person-Environment-Occupation
WeeFIM	Pediyatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü
CAPE	Children's Assessment of Participation and Enjoyment Activities
PAC	Preference for Activities of Children
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
N	Olgu sayısı
X	Aritmetik ortalama
SD	Standart sapma
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (İstatistik Paket Programı)
P	İstatistiksel yanılma payı
%	Yüzde
Min.	Minimum
Max.	Maksimum

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil.2.1. Serebral Palsi’li Çocuklarda Hedeflenen Motor	
Değişikliği Gösteren Çok Çeşitli Mode	48
Şekil 4.1. Araştırma Grubunda SP tipinin Karşılaştırılması	66
Şekil 4.2. SP Tipinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	67
Şekil 4.3.SP Tipinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	68
Şekil 4.4.. Beck Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	68
Şekil 4.5. BECK Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması	69
Şekil 4.6. Annenin Depresyon Düzeyi ve Toplam Aktivite	
Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	71
Şekil 4.7. Ailelerin Aylık Gelirinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	72
Şekil 4.8. WeeFIM’in Gruplar Arasında Karşılaştırılması	73
Şekil 4.9. Toplam Aktivite Katılım Çeşitliliğinin Gruplar	
Arasında Karşılaştırılması	75
Şekil 4.10. Toplam Aktivite Katılım (sıklığı, kiminle, nerede, eğlenme)	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması	75
Şekil 4.11. Rekreatyoneel Aktivite Çeşidinin	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması	78
Şekil 4.12 Rekreatyoneel Aktivitenin (Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme)	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması	79
Şekil 4.13.Kişisel Gelişim Aktivite Çeşidinin	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması.	.80
Şekil 4.14. Kişisel Gelişim Aktivitenin (Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme)	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması	80
Şekil 4.15. Sosyal Aktivite Çeşidinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	81

Şekil 4.16. Sosyal Aktivitenin (Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme)	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması	82
Şekil 4.17. Beceriye Dayalı Aktivite Çeşidinin	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması.	83
Şekil 4.18. Beceriye Dayalı Aktivitenin (Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme)	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması	83
Şekil 4.19. Fiziksel Aktivite Çeşidinin	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması	84
Şekil 4.20. Fiziksel Aktivitenin (Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme)	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması	85
Şekil 4.21. Planlanmamış Aktivitelere Katılım Çeşitliliğinin	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması	86
Şekil 4.22. Planlanmamış Aktivitelere Katılımın	
(Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme) Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	86
Şekil 4.23. CAPE Planlanmış Aktivitelere Katılım Çeşitliliğinin	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması	89
Şekil 4.24. CAPE Planlanmış Aktivitelere Katılımın	
(Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme) Gruplar Arasında Karşılaştırılması	89
Şekil 4.25. CAPE Aktivite Katılımın Çeşitliliğinin	
Karşılaştırılması	92
Şekil 4.26. CAPE Aktivite Katılım Sıklıklarının	
Karşılaştırılması	94
Şekil 4.27. CAPE Aktivite Katılımının Kiminle Yapıldığının	
Karşılaştırılması	96

Şekil 4.28. CAPE Aktivite Katılımının Nerede Yapıldığının	
Karşılaştırılması	98
Şekil 4.29. CAPE Aktivitelere Katılımda Eğlenmenin Karşılaştırılması	100
Şekil 4.30. CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyete	
Göre Karşılaştırılması	104
Şekil 4.31. CAPE Aktivitelere Katılımın Yaş Grubuna Göre	
Karşılaştırılması	108
Şekil 4.32. Araştırma Grubunda, CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyet	
Ve Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	112
Şekil 4.33. Kontrol Grubunda, CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyet	
Ve Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	112
Şekil 4.34. Toplam Aktivite Seçimi Skorunun Gruplar	
Arasında Karşılaştırılması	113
Şekil 4.35. PAC Aktivite Seçiminin Gruplar Arasında	
Karşılaştırılması	118
Şekil 4.36. Planlanmamış ve Planlanmış Aktivite Seçiminin Gruplar	
Arasında Karşılaştırılması	119
Şekil 4.37. PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyete Göre	
Karşılaştırılması	127
Şekil 4.38. PAC Aktivite Seçiminin Yaş Grubuna Göre	
Karşılaştırılması	130
Şekil 4.39. Araştırma Grubunda, PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyet	
Ve Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	135
Şekil 4.40. Kontrol Grubunda, PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyet	
Ve Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	135

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2.1. Genel ve Engelli Nüfusun Karşılaştırılması Ve Aralarındaki Oransal Fark	8
Tablo 2.2 . ICF Bileşenleri Tablosu	17
Tablo 2.3. ICF Göre Aktivite Ve Katılım Tablosu	21
Tablo 2.4. DSÖ Çevresel Faktörlerin Tanımlanması.....	40
Tablo.2.5. Fiziksel Bozukluğu Olan Çocuklarda Boş Zaman Aktivitelerine Katılımı Etkileyen Faktörler Tablosu	53
Tablo 3.1. CAPE Ölçeğinin Boyutları; Aktivite Çeşitliliği Ve Kiminle ve Nerede Yapıldığına Ait Seçenek Tablosu	57
Tablo 3.2. CAPE Ölçeği İlgili Alanları.....	59
Tablo 4.1. Demografik Özellikler	65
Tablo 4.2. Araştırma Grubunda SP Tipi ve Motor Gelişim Seviyesi	65
Tablo 4.3. SP Tipinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 4.4. SP Tipinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	67
Tablo 4.5. Annenin Beck Depresyon Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması	68
Tablo 4.6. Annenin Beck Depresyon Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması	69
Tablo 4.7. Annenin Depresyon Düzeyi Ve Toplam Aktivite Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	70
Tablo 4.8. Ailenin Aylık Gelirinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	72

Tablo 4.9 WeeFIM'in Gruplar Arasında Karşılaştırılması	73
Tablo 4.10. CAPE Toplam Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	74
Tablo 4.11. SP'li ve Sağlıklı Çocukların Katılım Gösterdikleri Toplam Aktivite Tipleri ve Her Aktiviteye Katılan Çocuk Sayısı	76
Tablo 4.12. CAPE Eğlendirici Aktivitenin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	78
Tablo 4.13. CAPE Kişisel Gelişim Aktivitenin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	79
Tablo 4.14. CAPE Sosyal Aktivitelerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	81
Tablo 4.15. CAPE Beceriye Dayalı Aktivitelerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	82
Tablo 4.16. CAPE Fiziksel Aktivitelerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	84
Tablo 4.17. CAPE Planlanmamış Aktivitelere Katılımın Aktivitelerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	85
Tablo 4.18. SP'li Ve Sağlıklı Çocukların Katılım Gösterdiği Planlanmamış Aktiviteler	87
Tablo 4.19. CAPE Planlanmış Aktivitelere Katılımın Gruplar Arasında Karşılaştırılması	88
Tablo 4.20. SP'li ve Sağlıklı Çocukların Katılım Gösterdiği Planlanmış Aktiviteler	90
Tablo 4.21. CAPE Aktivite Katılım Çeşitliliğinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	91

Tablo 4. 22. CAPE Aktivite Katılım Çeşitliliğinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	91
Tablo 4.23. CAPE Aktivite Katılım Sıklığının Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	92
Tablo 4.24. CAPE Aktivite Katılım Sıklığının Grup İçinde Karşılaştırılması	93
Tablo 4.25. CAPE Aktivite Katılımının Kiminle Yapıldığının Gruplar Arasında Karşılaştırılma	94
Tablo 4.26. CAPE Aktivite Katılımının Kiminle Yapıldığının Grup İçinde Karşılaştırılması	95
Tablo 4.27. CAPE Aktivite Katılımının Nerede Yapıldığının Gruplar Arasında Karşılaştırılması.	96
Tablo 4.28. CAPE Aktivite Katılımının Nerede Yapıldığının Grup İçinde Karşılaştırılması	97
Tablo 4.29. CAPE Aktivitelere Katılımda Eğlenmenin Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	98
Tablo 4.30. CAPE Aktivitelere Katılımda Eğlenmenin Grup İçinde Karşılaştırılması	99
Tablo 4.31. CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyete Göre Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	101
Tablo 4.32. CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyete Göre Grup İçinde Karşılaştırılması	103
Tablo 4.33. CAPE Aktivite Katılımının Yaş Gruplarına Göre Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	105
Tablo 4.34. CAPE Aktivite Katılımının Yaş Gruplarına Göre	

Grup İçinde Karşılaştırılması	107
Tablo 4.35. CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyet ve Yaş Gruplarına	
Göre Karşılaştırılması	109
Tablo 4.36. CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyet ve Yaş Gruplarına	
Göre Grup İçinde Karşılaştırılması	111
Tablo 4.37. PAC Aktivite Seçiminin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	113
Tablo 4.38. SP'li ve Sağlıklı Çocukların Toplam	
Aktivite Seçimi	114
Tablo 4.39. PAC Aktivite Seçiminin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	117
Tablo 4.40. PAC Aktivite Seçiminin Grup İçinde	
Karşılaştırılması	118
Tablo 4.41. PAC Planlanmamış–Planlanmış Aktivite Seçimlerinin	
Gruplar Arasında Karşılaştırılması	119
Tablo 4.42. SP'li ve Sağlıklı Çocukların Planlanmamış	
Aktivite Seçimi	120
Tablo 4.43. SP'li ve Sağlıklı Çocukların Planlanmış	
Aktivite Seçimi	122
Tablo 4.44. PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyete Göre Gruplar	
Arasında Karşılaştırılması.....	124
Tablo 4.45. PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyete Göre Grup	
İçinde Karşılaştırılması	126
Tablo 4.46. PAC Aktivite Seçiminin Yaş Gruplarına Göre Gruplar Arasında	
Karşılaştırılması	128
Tablo 4.47. PAC Aktivite Seçiminin Yaş Gruplarına Göre Grup	
İçinde Karşılaştırılması	130

Tablo 4.48. PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyet Ve Yaş Gruplarına**Göre Karşılaştırılması 132****Tablo 4.49. PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyet Ve Yaş Gruplarına****Göre Grup İçinde Karşılaştırılması 134**

1.GİRİŞ

Serebral Palsi (SP); etkileri şiddetli ya da hafif olabilen, hareketleri etkileyen kalıcı fiziksel bozukluktur. Spastisite, agonist ve antogonist kasların uyumsuz aktivitesi, kas zayıflığı, eklem hareket aralığındaki sınırlılıklar, epilepsi, hidrosefali gibi nörolojik bozukluklar, kaba ve ince motor fonksiyonları etkiler. Ek olarak bu çocuklardaki öğrenme, görme, konuşma, algı ve davranış bozuklukları onların toplum içerisindeki problem çözme, iletişim ve sosyalleşmelerini kısaca aktivite ve katılımlarını etkiler. Tüm bunların sonucunda bu çocukların sosyal ve boş zaman aktivitelerine yetersiz katılımı risk faktörüdür. En başta da arkadaşlık, iyi olma hali ve ilgilerin geliştirilmesi konusunda tehlike altındadırlar (66,79,103).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu önemli çocuk hastalığı konusunda farklı bakış açıları sunar. İşlevsellik Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF) tüm dünyada sağlık ve sağlıkla bağlantılı durumlarda geniş çaplı bir yaklaşım sergilediği için önemlidir. ICF SP’de; fonksiyonellik ve bozukluk modeli ile fonksiyonel iyilik potansiyeli ya da ikincil bozukluğu olan ve buna bağlı olarak, aktivite sınırlılığı ve katılım kısıtlılığı olan kişilerde; aktivite sınırlılıklarına ve katılım kısıtlılıklarına neden olan çevresel, ailesel, çocuğa ait faktörlere dikkat çekerek. Aktivite ve katılımın artırılmasına yönelik farklı bakış açıları sunduğu için önemlidir. Örneğin; genellikle çocuğun çevresel anlamda yaşadığı zorlukların, çocuğun motor performansı ya da mobilite kapasitesi ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Çocuk için ev, okul, toplum ya da çevresel düzenlemeler göz ardı edilmekte ve bu engellerin çocuğun performansını ya da mobilite düzeyini etkilediği düşünülmemektedir (84). İdeal olan örneğin; kapı ve merdiven genişlikleri gibi engellerden özgür bir çevrenin oluşturulmasıdır.

ICF’in fonksiyonellik ve bozukluk modeli sağlığa biyolojik, sosyal, kişisel açıdan bakmamızı sağlayan farklı bir bakış açısı sunduğu için bu konuda bize rehberlik yapmaktadır. Katılım aktivite içerisindeki performans zorluklarına rağmen ya da başka bir deyişle aktivite sınırlılıklarına rağmen yaşam durumları içerisinde var olabilmektir. Bu tanıma getirilen öneriler; yer alma, bir yaşam alanı ile meşgul olma ya da ona dâhil olma, kabul görme veya gereken kaynakları kullanabilmeyi içerir (116).

SP'li çocuğun tedavisinde geleneksel olarak amaç hareket paternlerini normalleştirmeye çalışmak, nörolojik belirtileri azaltmak ve ikincil bozuklukların gelişimini engellemektir. Böylece motor bozukluktan kaynaklanan aktivite sınırlılıklarını ve katılım kısıtlılıklarını azaltmaktır. Fakat son yıllarda SP'li çocuğun tedavisinde hedef aktivite yönetimini ve günlük yaşam aktivitelerine (GYA) katılımı artırmak biçiminde değişmiştir. Örneğin; ICF'in kişisel faktörler komponenti; kişinin seçimlerinin, ilgilerinin, hoşlandığı ya da hoşlanmadığı aktivitelerin belirlenmesine dikkat çekmektedir. ICF'e göre kişi kendi yaşamında kapasite ve fonksiyonelliğine bağlı olarak merkezi rol oynar (84,92,116).

Bu çalışmada hedefimiz; SP'li çocuğun aktivite içerisindeki performans düzeyini ölçmekten çok aktivite içerisinde neler yapabildiğini görmek ve sonuçlar doğrultusunda; SP'li çocuğa yönelik kişi ya da aile merkezli değerlendirmeler ile çocuğun seçimlerini, hangi aktivitelere katılım göstermek istediğini, birlikte katılım göstermek istediği kişileri belirleyerek çocuğun sağlık ve iyilik halinin devamlılığını sağlamaktır.

Çocuk kişisel olarak boş zaman aktivitelerini özgürce seçer ve bu aktivitelere katılım gösterir. Çünkü bu tarz aktiviteleri eğlenceli bulur. Boş zaman aktivitelerine katılımın yararlarından dolayı özürlü çocuklar için önemi büyüktür. Katılım ile çocuklar arkadaşlık ilişkilerine teşvik edilir. Yetenekleri artırılır. Kişisel gelişim ilgileri ve kimlikleri gelişir (66). Ülkemizde aile, çevre ve çocuğa özgü engel niteliği taşıyan faktörlerden dolayı SP'li çocuklar limitli katılım riski altındadır. Yaygın görüş, katılım kısıtlılıklarının nedeninin çocuğun motor düzeyi ile çocuğun aktivite ile eğlenmesi arasındaki ilişkisinin doğru orantılı olduğunun düşünülmesidir.

Eğlenmenin çocuğun emosyonel iyilik hali üzerindeki etkileri, motivasyon artışı ve bu artışın katılımı artırmadaki itici gücü göz ardı edilmemelidir. Çalışmalar SP'li çocukların katılım biçiminin diğer fiziksel bozukluğu olan çocukların katılım biçimlerinden farklı olmadığını göstermektedir. SP'li çocukların yaşama katılımında yaşadıkları kesintilerin; özellikle toplum temelli aktiviteler ve rekreasyonel aktiviteler içerisinde gerçekleştiği belirtilmektedir (57,60).

Davranış bozukluğuna sahip SP'li çocukların davranış bozukluklarının aile stresi ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir. SP'li çocuğa sahip annelerin stres düzeylerinin gelişimsel bozukluğa sahip çocuk annelerine göre daha yüksek olduğu

belirlenmiştir (31,91,107). Çalışmalar özürlü çocuğa bakım veren annelerde önemli derecede anksiyete ve depresyon olduğunu, annenin buna bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğünü ve bu durumun çocuğun katılımını ve aktivite tercihlerini etkilediği belirtilmektedir (15,51,66,89,91)

Çocukların günlük yaşam aktivitelerine katılımı bu tezin temel konusudur. Özürlü çocuk ve yetişkinlerin okul ve sosyal ortamlarda sağlıklı çocuklar gibi eşit fırsatları bulunmamakta ve eşit katılım gösterememektedirler. Eşit katılımı sağlamada hedeflenen amaçlara ulaşmak için özürlü ve sağlıklı çocuklar arasında okul içi ve okul dışı aktivitelerde nerelerde farklılıklar bulunduğunun tespit edilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmayı planlamadaki hedefimiz; okul çağında olan SP'li çocukların boş zaman aktiviteleri içerisindeki katılım tiplerini, aktivite tercihlerini yanı sıra aktivite sınırlılıklarını ve katılım kısıtlılıklarını belirleyerek ülkemizdeki SP'li çocukların durumuna dikkat çekmektir. Fiziksel özürlü çocukların yaşadıkları sorunlar benzerdir. Bu sorunları netleştirmek amacı ile SP'li çocuklar gibi özel bir grup üzerinde çalışmamızı özelleştirdik.

Çocukların farklı yaş grupların da katılımlarının karmaşıklığını anlamak çocuğun kapasitesinin ya da performansının seçilmiş aktivitede ölçümüne bağlıdır (43).

CAPE (Çocukların Aktivite Katılımlarının ve Eğlenmenin Belirlenmesi Ölçeği) ve PAC (Çocukların Aktivite Tercihlerinin Belirlenmesi Ölçeği); aynı cinsiyet, yaş ve aynı teşhise sahip gruplar arasında karşılaştırma yaparak, aktivitelere katılım konusunda bilgi edinilmesini sağlar. Çocuğun aktivite tercihi ile çocuk için aktivitelerin tanımlanmasını, hedeflerin, hedef aktivitelerin ve aktivite çeşitlerinin belirlenmesini sağlar. CAPE ve PAC kişi merkezli yaklaşım sunar. Sonuçlar çocuğun zaman içerisindeki katılımını ve katılımı hedefleyen müdahale programlarının etkinliğini değerlendirmek için kullanılabilir (58).

Bu çalışmanın amacı; zihinsel özürlü olmayan, fiziksel özürlü 6-10 yaş arasındaki SP'li çocukların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini, toplumsal katılım biçimlerini, aktivite tercihlerini ve aktiviteler ile ne kadar eğlendiklerini sağlıklı çocuklarla yaşa ve cinsiyete göre karşılaştırarak, SP'li çocuk annelerin depresyon

düzeyi ile çocuğun katılımı ve aktivite içindeki eğlenme seviyesi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Çalışmamızın hipotezleri:

1-SP'li çocuklar ve sağlıklı çocuklarda yaş ve cinsiyete göre gruplar arasında ve grup içinde aktivite seçimleri ve katılımları arasında fark yoktur.

2-SP'li çocukların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri ile sağlıklı çocukların fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri arasında fark yoktur.

3-SP'li çocuk annelerinin depresyon düzeyi ile sağlıklı çocuk annelerinin depresyon düzeyleri arasında fark yoktur.

4-Annelerin depresyon düzeyi ile çocukların aktivitelere katılımı ve aktivite ile eğlenmesi arasında bir ilişki yoktur.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İnsan Hakları; Katılım

Katılım; kişiye kendi yaşamının aktif bir parçası olması, hangi tip aktiviteye ne şekilde katılım göstermek istediğine karar verebilmesi ve katılım göstermek istediği aktivitenin içerisinde yer alma fırsatının verilmesidir. Katılım sağlıklı yaşamın bir parçası olarak düşünülmelidir. Bundan dolayı bir insan hakkıdır. Katılım gelişim ve öğrenme açısından önemlidir. Katılım ulusal ve uluslar arası politik bir konudur. Temelinde tüm insanlar için eşit hakların sağlanması yatar. Katılım pek çok uluslararası anlaşmada vurgulanmaktadır. Amerika UN Standart on the Equalization of Opportunities for Person with Disabilities (1993); özürlü insanların farkındalığının ve onların haklarının bilincinde olmak gerektiğini vurgulamaktadır. Bu amaçla toplumsal eğitim programları prensipte katılımın artırılmasını ve tüm toplumda eşitliği sağlayacak bakış açısını kazandırmaya çalışmayı hedeflemelidir (109).

Diğer bir uluslararası anlaşma Convention on the Rights of the Child (1989) göre; çocuk ayrımcılıktan dolayı acı çekmemelidir. Mental ya da fiziksel özürlü çocukların eğlenebilmesi gerekir. Yaşam durumları konforlu olmalıdır. Bu konfor onun sağlığını, kişisel gelişimini ve güvenini geliştirmeli ve çocuğun toplumsal aktif katılımını artırmalıdır (21).

Tüm vatandaşlar için katılımı desteklemek politik hedeftir. Bu hedef uluslar arası anlaşmalarda kişinin haklarının kanunlar tarafından korunmasını gerektirir. Katılıma odaklanmada diğer bir neden vatandaşların sağlıklı ve iyi olma halidir. Sağlık; mental ve fiziksel durumun iyi olmasından çok fiziksel, sosyal, davranışsal çevre içerisindeki yaşamda yer alabilmek ve görevlerini yerine getirebilmektir. Fiziksel ve mental bozukluğu olan özürlü çocuk ve yetişkinlerin özel bağlamlar içerisindeki aktivite katılımlarına, öğrenme ve gelişiminin artırılmasına ve kendi alanlarında nasıl fonksiyon gösterdiklerine odaklanmak önemlidir. Bu bulgular bize teşhis, özür derecesi ve tipinden çok sağlık ve iyi olma halleri konusunda bilgi verir. Katılım ve sağlığın karakteristik yapısından çok sağlığı geniş çaplı tanımlamak önemlidir. Tüm insanların iyi olma hali için kendi yaşamlarına katılımı haklarıdır. DSÖ (2001) göre; katılım sağlık ile bağlantılı bir kavramdır ve ICF'in bir komponentidir. Katılımda hedef kişiye diğerleri gibi eşit fırsatlar yaratmaktır. Destek

isteyen çocuklar için onların akademik ve sosyal aktiviteler içerisinde yer almalarını cesaretlendirmek böylece onların daha sonraki toplumsal katılımlarını desteklemektir.

Katılımda politik hedef “normal olma” düşüncesi ile yakından bağlantılıdır. Eriksson çalışmasında Nirje’nin (2005) *“normalleşme teorisini”* şöyle açıklamaktadır; Nirje’nin teorisindeki hedefi; mental retarde insanları normalleştirmek değildir. Onların günlük yaşamlarını kültürel normlarının temeline dayanarak normalleştirmeye çalışmaktır. Nirje teorisinde günlük yaşamın, haftanın, yılın normal ritmini vurgulamaktadır. Bunlar; normal gelişim aşamaları göstermek, sıcak bir ortamda büyümek, okula gitmek, okul dışında tecrübeler edinmek, yetişkin olabilmeye adım atabilmek, farklı ortam ve durumlarda yaşam biçiminde değişiklikler yapabilmek ve cinsiyet ayrımcılığının olmadığı bir dünyada normal ekonomik standartlarda yaşayabilmektir (26).

Günümüzde okulların içerdiği perspektif değişmiştir. Genellikle eğitimin sosyal ve demokratik görünüşüne ve özel eğitime odaklanılmaktadır. Demokrasi formu ulusal okul sisteminin temelidir. Eriksson çalışmasında Haug’a (1998) göre; okulun görevi, çocuklara cesaret vermek, kişisel özelliklerini keşfetmelerini ve bağımsızca karar alabilmelerini sağlamak, aktif biçimde sosyal yaşama katılıma teşvik etmek, çocuğun okul içerisindeki zayıflıklarını kompanse ederken rollerini sisteme bağlı kalarak formüle etmek olduğunu belirtmektedir. Kısaca özürlü çocuklar için okulu uygun kılmaktır. Kişinin iyilik hali için toplumun bir parçası olmak motivasyonu açısından önemlidir. Çocuğun okul ortamının bir parçası olması yeni tecrübeler edinmesi için fırsatlar verir. Bundan ötürü okulların özel bir sorumluluğu vardır. Bunun içinde gereken ülke çapında tüm okullarda çocuklara eşit eğitimin verilmesidir. Çeşitli nedenlerle zorluklar yaşayan çocuklar ve onların eğitiminin sağlanması için hedefler belirlenip uygulanmalıdır. Bu nedenle eğitim herkes için aynı olmamalıdır.

Eriksson çalışmasında, Göransson’na göre (2006); Eğitimin amacı ve derslerdeki hedef, çocukların farklı yöntemler ile öğrenmesi gerekiyorsa bu yöntemlerin uygulanması, teoride ve pratikte eğitimin insanca değerler ile desteklenmesi ve bunun için ilk adımın katılım olması gerektiğini vurgulamaktadır. Özet olarak; bir gruba ait olma ve katılım sıklıkla sınıf içerisindeki çevreden çok

okul içerisindeki çevreye ve özürli çocuklardan çok sağlıklı çocuklara odaklanılmış bir konudur. Fiziksel olarak aynı okulu paylaşmak sınıf içerisinde sosyal adaptasyonu sağlar. Farklılığı olan çocuklar; okulun bir parçası olacak ve diğer çocuklar ile aradaki mesafenin uzunluğunu ya da kısalığını hissedecektir. Sınıfın bir üyesi olduğunu hissedecek çocuk için bunun anlamı; bir gruba dâhil olmak ve okul aktivitelerine katılım için ona fırsatların verilecek olmasıdır (26,55).

İnsan hakları gelişim süreci içinde kişi özgürlükleri ve siyasal haklar, sosyal ekonomik ve kültürel haklar ile katılım ve dayanışma hakları olarak üç aşamada gelişmiştir (19).

2.2. Türkiye’de Çocuk Hakları

Uluslararası çocuk hakları sözleşmesi (ÇHS) çocukların yeteneklerini özgürce geliştirilebilecekleri olanaklar ve bu olanakların sağlanması koşullarını tanımlar. ÇHS ilkeleri yaşama, gelişme, korunma, bakım ve katılım hakları çerçevesinde çocukların yaşam standartlarını tanımlamıştır.

Sözleşme özürli çocukların özel bakım ve eğitim hizmetlerinden yararlandırılmasını çağdaş normlara bağlamıştır. Çocukların eğitimi, boş zamanlarını değerlendirmesi ve kültürel etkinliklere katılımlarını hak olarak ele alan sözleşme, çocukların çağdaş eğitim ortamlarında, çok yönlü insanlar olarak yetişmelerini, üretken ve yaratıcı olmalarını hedeflemiştir.

ÇHS’nin 28. maddesi ile hiçbir ayırım gözetilmeksizin bütün çocukların eğitim hakkına sahip olduğu belirtilmekte, eğitimin kalitesini belirleyen bir çerçeve sunulmaktadır.

29. madde çocuk merkezli bir öğretme ve öğrenme modelini öngörerek, öğrencilerin eğitim sürecine aktif biçimde katılacakları, kendi başlarına sorunlarını çözebilecekleri, yaşam boyu öğrenerek doğru kararlar verebilecek özgüveni kazanacakları bir yapıyı gündeme getirmektedir.

Bildirgenin 31. maddesinde çocukların boş zaman geçirmeye, dinlenmeye, yaşlarına uygun olarak oyun oynamaya ve kültürel ve sanatsal etkinliklere katılmaya hakları vurgulanır.

Uluslararası Oyun Derneği (International Play Association-IPA) düzenlediği toplantılarda çocuğun boş zamanı, oyun ve oyun olanakları konusunda kararlar

üretir. Bunlar konut bölgelerinde yeterli oyun ve eğlence alanları olanakları sağlamak amacı ile her ülkede yasal önlemlerin alınmasıdır. Diğer karar, oyun ve çocuk gelişimi konularının mimarların, eğitimcilerin, hastane personelinin kısacası meslek yaşamlarında çocukla temas eden her mesleğin eğitimine dâhil edilmesidir.

Hükümetler ve yerel yönetimler eğitime, yollar ve parklar inşa etmeye olduğu kadar çocuğun okul dışı yaşamının koşullarını hazırlamaya yönelik konulara da ciddiyetle eğilmelidir. Dünya çocuk yılı nedeniyle 1977 yılında açıklanan Çocuk Oyun Hakları Malta Deklarasyonunda, oyunun; beslenme, sağlık, barınma ve eğitimin yanı sıra her çocuğun gelişim potansiyeli için yaşamsal önemi olduğu vurgulanır (2,19,105).

2.3.Çocuklarda Engelli Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Ülkemizde özürlü olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12.29'dur. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürliülerin oranı %2.58 iken (yaklaşık 1,8 milyon) 0-9 yaş grubunda ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü olanların oranı ise %1.54'dir. Genel nüfusta okuma yazma bilmeyenlerin oranı yaklaşık %13' tür. Bu oran özürliülerde yaklaşık %36'dır (Tablo 2.1) (35,106).

Tablo 2.1 Genel ve Engelli Nüfusun Karşılaştırılması ve Aralarındaki Oransal Fark

Yaş Grubu	Genel Nüfus			Engelli Nüfus			Oransal Fark
	Sayı	%	Kümülatif %	Sayı	%	Kümülatif %	
0-4	7152307	10,4	10,4	81640	4,6	4,6	-5,8
5-9	6893990	10	20,5	135164	7,6	12,2	-2,4
10-14	6310126	9,2	29,7	118377	6,7	18,9	-2,5
15-19	6136836	8,9	38,6	125202	7,1	26	-1,8

Türkiye'nin 1995 yılında onayladığı ve çocukların yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarını tanımlayan Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına dair sözleşmeye (ÇHS) göre; daha erken yaşta ergen olsa bile on sekiz yaşını doldurmamış her birey

çocuktur. ÇHS'nin temel ilkeleri doğrultusunda çocuğun yaşaması, gelişmesi, katılımı, herhangi bir ayırmacılığa uğramaması ve bütün eylemlerde çocuğun yüksek yararının gözetilmesi güvence altına alındı. Göz ardı edilmemesi gereken önemli bir nokta, çocuk haklarının insan hakları kültürünün yapı taşı olduğu ve toplumun insan hakları güvencesinin temelini oluşturduğudur.

Sözleşmenin 12. Maddesi ışığında; çocuğun katılım hakları konusunda toplumun duyarlılığını artırmak, ailede, okulda, özellikle de toplumda çocuğun görüşlerine saygı gösterilmesini sağlamak amacı güdülmektedir. Bu amaçla hükümet özellikle öğretmenler ve sosyal hizmet uzmanları, toplum liderleri yanı sıra sivil toplum örgütleri ve sivil toplumunda katılımı ile çocuklarla çalışan uzmanların yer alacağı sistematik yaklaşımlar ve politikaların geliştirilmesi tavsiye edilmektedir.

Türkiye'de çocukların durumuna ilişkin yapılan genel bir değerlendirmede; eğitim alanında 7-13 yaş arası okula kayıtlı olmayan kız çocuk oranının % 31, erkek çocuk oranının ise % 21, Türkiye'nin okullaşma oranının ilkokulda % 90, orta ve dengi okulda % 64, lise ve dengi okulda % 50, yüksek okulda % 18 olduğu belirtilmektedir. Ayrıca okullaşma oranlarında önemli bölgesel farklılıkların bulunduğu vurgulanmaktadır.

Özürlülük alanında 0-18 yaşları arasındaki çocuk nüfusu içinde 1 milyon 100 bin özürlü çocuk bulunduğu belirtilmektedir. Bu çocukların 45 bin görme, 130 bin işitme, 500 bin zihinsel, 300 bin hareket engelleri olan, özürlü çocuklar için verilen eğitimin yetersiz, özürlü çocukların okullaşma oranlarının % 2 civarında ve özel eğitime dâhil ilköğretimden yararlanan özürlü çocuk sayısının 28 bin olduğu belirtilmektedir.

2006 yılında Türkiye genelinde 6-17 yaş grubundaki çocuk sayısı 16 milyon 264 bindir. Bu yaş grubundaki çocukların % 60,9'u kentsel, % 39,1'i kırsal yerlerde bulunmaktadır. Bu çocukların % 84,7'si bir okula devam ederken, % 15,3'ü okula devam etmemektedir. Okula devam etmeyen çocukların % 58,8'ini kız çocukları oluşturmaktadır (35).

2.3.1 Ülkemizde Serebral Palsi'li Çocukların Oranı

SP'nin görülme sıklığı hakkında çok net bilgiler olmamakla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ölçülen oranlar dünya geneli için bir kıyaslama imkânı verebilir. ABD'de toplam nüfusun %0,2' si (1000' de 2) SP'dir. Buna göre ABD' de yaklaşık 1.000.000 SP'li vardır. Bu rakama her yıl 5000-7000 bebek eklenir.

Avrupa'da SP'li çocuk oranı yaklaşık her 1000 doğumda 2 oranındadır. Ülkemizde ise bu konuda yeterli ve güvenilir bir istatistik olmamakla birlikte, toplam nüfus içerisindeki SP oranının %0.166 (600' de 1) olduğu tahmin edilmektedir. 2006 yılında yapılan bir çalışmada Türkiye'de SP'li çocuk doğum oranı her 1000 doğumda %4,4 olarak bulunmuştur. Türkiye' de yaklaşık 70,000 SP 'li çocuk bulunmaktadır. Türkiye'de oranların fazla olması akraba evlilikleri, hamilelik döneminde geçirilen hastalıkların fazla olması ve bakım şartlarının yetersizliği, doğum şartlarının olumsuzluğu, bebek bakım hizmetlerinin yetersizliği, ilk çocukluk yıllarında bebeklerde bulaşıcı ve ateşli hastalıkların fazlalığı ve beslenme yetersizliği gibi sebeplere bağlanmaktadır (108,110).

Çocuğun doğasını ve gelişim sürecini etkileyen pek çok iç ve dış etkenler vardır. Bu etkenleri açıklamaya yönelik teorilerden biri Bronfenbrenners'in Ekolojik Modelidir.

SP'li ve sağlıklı çocuğun gelişimini ve gelişim sürecinde çocuğu etkileyen faktörleri anlayabilmek için ekolojik (çevrebilimci) görüşle bakmak gerekmektedir (92).

2.4. Bronfenbrenners'in Ekolojik Modeli

Bu teori çocuğun gelişimini onun iletişim sistemi içerisindeki çevreye bakarak değerlendirir. Teori çevrenin karmaşık tabakalarından oluşur ve her bir tabakanın çocuğun gelişimi üzerinde etkileri vardır. Bu teori yakın zamanda *"bioekolojik sistem teorisi"* olarak isimlendirilmiştir. Teori çocuğun biyolojik yapısı ve gelişimini etkileyen primer çevrenin çocuğun etkileşim içerisinde olduğu faktörlerden oluştuğunu vurgular. Örneğin; biyolojik doğası, ailesi, toplumsal çevresi, sosyal yaşam alanı ve kaynaklar. Herhangi bir tabakadaki çelişki ya da çatışma diğer tabakalarda da dalgalanmaya neden olur. Çocuğun gelişimi üzerine

alışmalar yaparken sadece çocuğun gelişimine ya da yakın çevresine bakmamalıyız. Onun etkileşim içerisinde olduğu dünyayı da incelemeliyiz.

Bronfenbrenners'in çocuğun gelişimini etkileyen bioekolojik sistemlerine bakarsak;

Mikro-sistem; Bu tabaka çocuğa en yakın tabakadır. Çocuğun direkt etkileşim içerisinde olduğu yapıyı içerir. Mikro sistem özellikle çocuğun etkileşim ve iletişim içerisinde olduğu yakın çevreyi ihtiva eder. Mikro sistem yapıları; aile, okul, komşuluklar veya çocuğun bakımını sağlayan çevreyi içerir. Bu düzeyde ilişkiler çocuğu iki yönde etkiler. Birincisi ocuğa yönelik olmayan etkileşimler, diğeri direk çocuğa yönelik etkileşimlerdir. Örneğin; ocuğun ailesi onun inançlarını ve davranışlarını etkiler. Bununla birlikte ocuk dolaylı olarak ailesinin davranış ve inançlarından da etkilenir. Bronfenbrenners bunu“ iki yönlü etkileşimler ” olarak tanımlanmaktadır. ocuk bu etkileşimlerin çevresinde hangi düzeyde olduğunu gösterir. Tabakalar içerisindeki yapıların etkileşimi ve tabakalar arasındaki yapıların etkileşimi bu teorinin anahtarıdır. Mikro sistem seviyesinde iki yönlü etkileşim çok güçlüdür ve ocuk üzerinde büyük bir etkisi vardır. Bununla birlikte dış yüzeylerdeki etkileşimler aynı zamanda i yüzeylerdeki etkileşimleri de etkilemektedir.

Mezo-sistem; Bu tabaka çocuğun mikro sistem yapısı ile bağlantısını sağlar. Örneğin; ocuğun ğretmeni ile ailesi arasındaki ilişki.

Ekso-sistem; Bu tabaka çocuğun içerisinde direk olarak fonksiyon göstermediği büyük sosyal sistem olarak tanımlanır. Bu tabakanın içerisindeki yapılar mikro sistem içerisindeki bazı yapıların etkileşimi ile çocuğun gelişimini etkiler. Ailenin iş yaşamı programı ya da toplum temelli aile kaynakları buna örnektir. ocuk direk olarak bu düzey içerisinde olmayabilir. Fakat kendi sistemi ile bu sistem arasındaki etkileşimden dolayı negatif ya da pozitif g hisseder.

Makro-sistem; çocuğun çevresindeki en dış tabaka olarak düşünülebilir. Kültürel değerleri, vatandaşlık ve kanunları içerir. Prensip olarak tüm diğer tabakalar ile etkileşim halindedir. Örneğin; kültürel inana göre aileler sadece çocuklarını yetiştirmekten sorumludur ve aileye yardım amaçlı kaynak sağlamak konusunda yeterli bir bakış açısı söz konusu değildir. Bu durum ailenin görevi gibi görülmektedir. Ailenin çocuğuna karşı bu sorumluluklarını taşımadaki yeterliliği ya da yetersizliği ise çocuğun mikro sistem içerisindeki çevresini etkiler.

Krono-sistem; Bu sistem çocuğun çevresi ile bağlantılı olarak zaman içerisinde çevresinde gelişen ve çocuğun gelişim sürecindeki dış ve iç etkenleri kapsar. Örnek olarak; aile üyelerinden birinin ölümü ya da çocuğun büyüme sürecindeki psikolojik değişiklikler gibi iç faktörler olabilir. Çocuk büyüdükçe çevresel değişiklikler çocuğu farklı biçimde etkileyebilir ve çocuk da bu değişikliklere farklı biçimde cevap verebilir.

Çoğu modern çocuk gelişim teorileri, çocuğun biyolojik ve çevresel faktörlerinin çocuğun değişim ve büyümesinde rolü olduğunu kabul eder. Şu anki teoriler bu gelişim sürecinde bu etkileşimlerin boyutları üzerine odaklanmaktadır. Bronfenbrenners'in biyoekolojik sistem teorisi çocuğun çevresel bağlamına ve bu çevrenin kalitesine odaklanır. Bronfenbrenner şunu vurgulamaktadır; çocuğun gelişim sürecinde çevre içerisindeki etkileşimleri çok karmaşık olabilir. Bu yapı çocuğun doğal gelişim sürecinde fiziksel ve zihinsel biçimlerinin büyüme ve olgunlaşması ile meydana gelir. Bu nedenle bu doğal ortam ve devamlılığında "çocuğun çevresindeki dünya onun gelişimine nasıl yardımcı olur ya da nasıl engeller?" sorusu Bronfenbrenner'in teorisinin cevabıdır. Ekolojik teoriye göre; mikro sistem içerisindeki ilişkiler yıkılırsa çocuğun çevresini yaratabileceği araçları olmayacaktır (18).

2.5. Uluslararası Fonksiyon Özürlülük Ve Sağlık Sınıflandırması

DSÖ' nün 2001 yılında yaptığı Uluslararası Fonksiyon Özürlülük ve Sağlık Sınıflamasında (ICF), özürlülük ve engellilik kavramlarının yerini aktivite ve katılım almaktadır. ICF kişinin kişisel yaşamının ve toplumsal katılımının sağlık kondisyonundan nasıl etkilendiğini açıklamak amacı ile sakatlığın biyolojik ve sosyal perspektifi arasında bağlantı kurmuştur. ICF'in "*insan fonksiyonları ve bozukluk modeli*" iki bileşenden oluşur; işlevler ve yetiyitimi, bağlamsal etmenler. Bu model kişinin sağlık durumu ile bağlamsal faktörler arasındaki etkileşimin fark edilip gelişmesini sağlamıştır.

ICF bu yeni modelinde bazı negatif terimleri nötral terimlerle değiştirmiştir. Örneğin; "handicap"; "*engellilik*" terimini "*katılımın kısıtlanması*", "disability" "*sakatlık*" terimini ise "*aktivite sınırlılıkları*" olarak değiştirip tanımlamıştır. "Sakatlık"; günümüzde aktivite sınırlılığı ve katılım kısıtlılığı seviyesinin kişinin

toplum içerisindeki fonksiyonelliğine negatif yansıması olarak kullanılmaktadır. İkinci bir değişiklik de sakatlık teriminin kişisel ve çevresel faktörlerden bir bütün olarak etkilendiğini belirten bir tanımlamayı içeren yeni bir tanımlama yapmış olmasıdır. Geleneksel görüşe göre “sakatlık” terimi; kişinin toplum içerisinde veya topluluklarla etkileşimi içerisinde gelişen sosyal yapılar olarak tanımlanmaktadır. Katılım teriminin terminolojisinin değiştirilmesi ve yeni tanımı katılımın sağlığın sonuçlanmasındaki önemine dikkat çekmektedir. DSÖ kullandığı “handicap” terimi tartışılmaya başlanılan bir konudur. ICIDH tarafından “*handicap kodu*” fiziksel bağımsızlığın, mobili tenin, meşguliyetin ve sosyal uyumun boyutları biçiminde tanımlanmaktadır (10,92).

ICF aktivite ve katılımın artırılmasına yönelik farklı bakış açıları sunar. ICF’in fonksiyonellik ve bozukluk modeli; sağlığa biyolojik, sosyal, kişisel açıdan bakmamızı sağlayan bir bakış açısı sunduğu için bu konuda bize rehberlik yapmaktadır (84). ICF İşlevsellik ve yetiyeitiminin etkileşim içinde ve gelişimsel bir süreç olarak sınıflandırması konusunda çok yönlü bir yaklaşım sağlar. Bu sürecin farklı yanlarını araştırmak ve modeller yaratmak isteyen kullanıcılar için yapıtaşları oluşturur. Bu bağlamda, ICF bir dil olarak görülebilir. Bununla oluşturulabilecek metinler kullanıcılara, onların yaratıcılığına ve bilimsel yönelimlerine bağlıdır (116).

2.5.1. İşlevler ve Yetiyeitimi

Vücut işlevleri; vücut sistemlerinin psikolojik işlevler de dâhil olmak üzere fizyolojik işlevleridir. Bu nedenle zihinsel (veya psikolojik) işlevler, vücut işlevleri altında özetlenmiştir. Vücut yapısı vücudun organ, kol ve bacaklar ve diğer bölümleri gibi vücut sistemlerine göre sınıflandırılan yapısal ve anatomik kısımlarıdır. Bu yapıların standardı insanlar için istatistiksel norm olarak düşünülür.

İşlev veya yapı bozuklukları; vücut işlevleri (zihinsel işlevler de dâhil) veya yapısında önemli bir kayıp ya da aykırılık gibi problemlerdir.

Etkinlik (aktivite); kişi tarafından bir eylem ya da bir görevin yerine getirilmesidir. İşlevselliğin birey boyutunu tanımlar.

Katılım; yaşamın içinde olmaktır. İşlevselliğin toplumsal boyutunu temsil eder.

Etkinlik sınırlılıkları; etkinlikleri yerine getirirken kişinin karşılaşılabileceği zorluklardır. Bir etkinliğin sınırlılığı etkinliği yerine getirmede nitelik ve nicelik açısından ve de sağlık sorunu olmayan kişilerden beklenen biçim ya da dereceye kıyasla çok hafif ve çok ciddi farklılaşma arasında seyredebilir.

Katılım kısıtlılıkları; yaşam durumlarının içerisinde kişinin karşılaşılabileceği problemlerdir (116).

Katılımda değişiklikler elde etmek, kişinin vücut yapısına ve fonksiyonuna, meşgul olunan aktiviteye, çevresel ve kişisel faktörlere bağlıdır. Bu tanımlamaya bağlı olarak çocukların katılımı okul çevresi, ev ve toplumsal çevrelerde düşünülmelidir (41,94). Katılım tüm çocukların sağlıklarının sonuçlanması için bir anahtardır. Coster çocukların katılımını; onların pozitif yetenekleri olarak tanımlamış ve katılımın çocuğun gelişimsel bağlamı içerisinde oluştuğunu belirtmiştir (97). ICF kişinin sağlık durumunu etkileyen faktörleri “bağlamsal etmenler” olarak sınıflandırmaktadır (92) .

2.5.2. Bağlamsal Etmenler

Kişinin yaşamının tüm içeriğini oluşturan etmenlerin tamamıdır. Özellikle ICF’ de sınıflandırılmış olan sağlık durumları için artalan oluşturur. Bağlamsal etmenlerin iki bileşeni vardır. Çevresel etmenler ve kişisel etmenler. Çevresel faktörler; ICF’ in bir bileşenini oluşturur ve insan yaşamının içeriğini oluşturan dış dünyanın tüm yönlerini kapsar. Aynı biçimde kişinin işlevselliği üzerinde etkisi bulunur.

a) Çevresel Etmenler; çevresel faktörler, fonksiyon ve özürlülük konusunda etkisi olan dış faktörlerdir. Bireyin yaşamında karşılaştığı fiziksel, sosyal ve tutumlara ait etkileşimleri içerir. Bu faktörler, bireyin yaşadığı sosyal ortamla ilgili olarak performansını, aktivite düzeyini, vücut yapı ve fonksiyonlarını etkileyen faktörlerdir. Çevresel faktörler; fiziksel dünya ve özelliklerini, insan yapımı fiziksel dünyayı, farklı ilişkiler ve rollerdeki insanları, tutum ve değerleri, sosyal sistemler ve hizmetleri, politikaları, kuralları ve kanunları içerir.

Yetiyitimi kişinin sağlık koşulları ile kişisel etmenler ve kişinin yaşadığı şartları oluşturan dışsal etmenler arasındaki karmaşık ilişkinin sonucu olarak nitelendirilir. Bu ilişkiden dolayı farklı çevrelerin herhangi bir sağlık koşuluna sahip

kişi üzerinde farklı etkileri olabilir. Engelleri olan ve kolaylaştırıcı unsurları bulunmayan bir çevre kişinin performansını kısıtlayabilir. Çok kolaylaştırıcı çevreler performansı artırabilir ya da engeller (örneğin; ulaşılmayan binalar) veya kolaylaştırıcı unsurları sağlamayarak (örneğin; yardımcı araçların bulunmayışı) performansını engelleyebilir (116).

Kolaylaştırıcılar; kişinin çevresinde varlıkları veya yoklukları ile işlevselliği artıran yetiyitimini azaltan etmenlerdir. Bunlar erişilebilir bir fiziksel çevre, ilgili yardımcı teknolojinin bulunması, insanların yetiyitimine karşı olumlu tutumu olduğu gibi, her türlü sağlık koşuluna sahip insanların yaşamın tüm alanlarında katılımı artırma amacı güden; hizmetler, sistemler ve politikalar gibi yönleri de içerir. Örneğin; ayrımcılık ve olumsuz tutumun olmaması gibi bir etmenin bulunması kolaylaştırıcı olabilir Kolaylaştırıcılar, kişinin kapasite problemine rağmen eylemin gerçek performansını artırdıkları için, bir işlev veya yapı bozukluğunun ya da etkinlik sınırlılığının, katılım kısıtlılığı haline dönüşmesini önleyebilir.

Engeller; kişinin çevresinde, varlıkları veya yoklukları ile işlevselliği sınırlandıran ve yetiyitimi yaratan etmenlerdir. Erişilemeyen bir fiziksel çevre, ilgili yardımcı teknolojinin bulunmaması, yetiyitimine karşı insanların olumsuz tutumu olduğu gibi, her türlü sağlık koşuluna sahip insanların yaşamın her alanına katılımlarını sağlamak için gereken ama bulunmayan ya da engel teşkil eden hizmetler, sistemler ve politikalar gibi yönleri de içermektedir.

Kapasite; niteleyici olarak, kişinin etkinlikler ve katılım listesindeki bir alanda, o anda ulaşabileceği en yüksek olası işlevsellik düzeyini gösteren bir yapıdır. Kapasite tek biçimli veya standart bir çevrede ölçülür. Bu nedenle kişinin çevresel olarak uyum sağlamış yetisini yansıtır. Çevresel etmenler bileşeni, bu tek biçimli veya standart çevrenin özelliklerini tanımlamak için kullanılabilir.

Bireysel faktörler; işyeri, ev, okul gibi kişinin yakın çevresi düzeyinde, yüz yüze geldiği çevreyi ve aile, akrabalar, arkadaşlar ve yabancılarla doğrudan ilişkiye girdiği ortamın fiziksel ve maddi özelliklerini kapsamaktadır.

Toplumsal (sosyal) faktörler; resmi ve resmi olmayan sosyal yapıları, kanunları, yönetmelikleri, kuralları, tutum ve ideolojileri, kişinin üzerinde etkisi olabilecek topluluk veya toplum hizmetlerini, sistem bağları düzeyinde iş çevresini,

toplum etkinliklerini, devlet dairelerini, iletişim ve taşımacılık gibi hizmetlerini kapsamaktadır.

b) Kişisel Etmenler; kişisel etmenler kişinin yaşamı ya da yaşam tarzının özel alanıdır ve kişinin sağlık koşulları veya sağlık durumunun parçası olmayan özelliklerden oluşur. Bunlar; cinsiyet, ırk, yaş, diğer sağlık koşulları, yaşam biçimi, alışkanlıklar, yetiştirilme ve baş etme biçimi, sosyal geçmiş, eğitim, meslek, şimdiki ve geçmiş deneyimler, tüm davranış örüntüleri ve karakter yapısı, psikolojik beceriler ve diğer özelliklerin tümünü veya herhangi bir düzeydeki yetiyitiminde rol oynayan bir tanesini içerir. Kişisel etmenler ICF' de sınıflandırılmamıştır. Ancak, değişik müdahalelerin sonuçları üzerinde etkileri olabilecek kişisel etmenler, katkılarının gösterilmesi için tablo 2.2'de yer almıştır (116).

Tablo 2.2'de; herhangi bir alanda kişinin işlevselliği sağlık koşulu ile bağlamsal etmenler (çevresel ve kişisel etmenler) arasındaki karmaşık etkileşim olarak gösterilir. Bu oluşumlar arasında dinamik bir etkileşim vardır. Oluşumlardan herhangi birine yapılacak müdahale başka bir oluşum ya da oluşumları değiştirme potansiyeline sahiptir. Bu etkileşimler özgüdür ve her zaman birebir tahmin edilemezler. Etkileşim iki yönlü işler. Yetiyitiminin varlığı sağlık koşulunu değiştirebilir. İşlev veya yapı bozuklukları nedeni ile kapasite sınırlılığı olabileceğini veya bir ya da daha fazla sınırlılık nedeniyle performans kısıtlılığı olabileceğini düşünmek mantıklı görünür. Ancak birbirinden bağımsız olarak bu yapılarla ilgili veri toplayıp daha sonra aralarındaki birliktelik ve neden sonuç ilişkilerini araştırmak gerekir (116).

Tablo 2.2 ICF Bileşenleri Tablosu

1.bölüm; İşlevler ve Yetiyitimi		2.bölüm: Bağlamsal Etmenler		
Bileşenler	Vücut Yapıları Ve İşlevleri	Etkinlikler Ve katılım	Çevresel Etmenler	Kişisel Etmenler
Alanlar	Vücut işlevleri Vücut yapıları	Yaşam alanları (görevler, eylemler)	İşlevler ve yetiyitimi üzerinde dışsal etkiler	İşlevler ve yetiyitimi üzerinde içsel etkiler.
Yapılar	Vücut işlevlerinde değişiklik (fizyolojik) Vücut yapılarında değişiklik (anatomik)	Kapasite Standart bir çevrede görevlerin yerine getirilmesi Performans Mevcut çevrede görevlerin yerine getirilmesi	Fiziksel, sosyal ya da düşünsel dünya özelliklerinin kolaylaştırıcı veya engelleyici etkileri	Kişinin kendi özelliklerinin etkileri.
Pozitif Terimleme	İşlevsel ve yapısal bütünlük	Etkinlikler ve katılım	Kolaylaştırıcılar	Uygulanamaz
	İşlevsellik			
Negatif Terimleme	İşlev veya yapı bozukluğu	Etkinlik sınırlılığı Katılım kısıtlılığı	Sınırlar/engeller	Uygulanamaz
		Yetiyitimi		

2.6. Serebral Palsi

Serebral Palsi (SP); çocuklarda şiddetli motor bozukluğa neden olan, sık görülen, postür ve hareketlerde bozukluk oluşturan, ilerleyici, immatüre beyin lezyonu veya defekti olarak tanımlanmaktadır.

Yaşamın erken dönemlerinde çok sık görülen gelişimsel bir bozukluktur ve tahminen çocuklarda görülme oranı 2-2,5 /1000'dir.

SP sınıflandırılırken tutulum gösterdiği lokalizasyona göre sınıflandırılmaktadır. Örneğin; quadriplejik, diplejik, hemiplejik tip SP. Bu heterojenik sınıflandırmaya ek olarak; bazı çocuklarda farklı biçimde belirgin tutulum paterni mevcuttur. Örneğin; mental retardasyon, şiddetli mobilite problemi, görsel bozukluk, beslenme bozukluğu, davranış problemleri vb. Motor bozukluklar; spastisite, diskinezi, ataksi, miks tip gibi bozuklukları içerir. Miks tip SP' de bu bozuklukların ikisi ya da daha fazlası bir aradadır. (61).

Goodman ve Graham; SP'li çocukların %25'inin hemiplejik tip SP olduğunu ve %25' inde yönetim bozukluğu, %10'da yaygın hiperaktivite ve %13'de durumsal hiperaktivite benzeri emosyonel problemler olduğunu ifade etmektedir. İkincil durumlar; ilaç kullanımını gerektirmeyen mobilite eksikliği, inkontinans, sosyal dışlanma gibi durumlardır. (34).

Bechung ve Hagberg (2002); 5-8 yaş arası SP'li çocuklarda mental reterdasyon oranının %40, epilepsi oranının %35, görsel bozukluk oranının %20, hidrocefali oranının ise %9 olduğunu belirlemişlerdir. Bu çocukların önemli aktivite ve katılım kısıtlılıkları olduğunu ve bu sınırlılıkların mobilite, eğitim alanı ve sosyal ilişkiler alanında görüldüğünü ifade etmişlerdir (10).

Mental retardasyon, öğrenme bozukluğu ile birlikte yaklaşık %75 SP'li çocuğun belirgin yüksek kortikal fonksiyon bozukluğu vardır. Son yıllarda yapılan çalışmalar; SP'in tedavisinin sonuçlandırılmasında en önemli faktörlerden birinin çocuğun zekâsı olduğunu göstermektedir. Aktivite ve katılım konusundaki problemler özellikle nörolojik bozukluklar ile ilişkilidir.

İkincil durumlar yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir ve sıklıkla önlenabilir. İkincil durumlar çevresel faktörlerden, sağlık politikalarından, kişisel davranışlardan ve toplumsal tavırlardan etkilenir.

SP'li çocuklar değişik tedaviler alırlar. Örneğin; fizik tedavi, ergoterapi, konuşma terapisi, spastisitenin kontrolü için ortopedik cerrahi ve özel eğitim destek hizmetleri. Bu çocuklar terapatik müdahaleler konusunda etkin biçimde değerlendirilmelidir. Yetersizliği olan çocuğun sosyal uyumu değerlendirilip yetersizliğine yönelik hedefler belirlenmelidir (60,61).

2.6.1. SP' li Çocuklarda Mobilite, Eğitim ve Sosyal İlişkilerdeki Katılım Kısıtlılıklarının Boyutu

Bu sınıflandırma; Uluslararası Yetersizlik, Özürlülük ve Engellilik Sınıflaması kodlarına göre; (The International Classification of Impairment, Disabilities and Handicap-ICIDH), Diedrichsen ve Coworkers (1990) tarafından uyarlanarak; SP' li çocuklarda mobilite, eğitim ve sosyal ilişkilerdeki katılım kısıtlılıklarının boyutunu belirlemeye yönelik yapılmış bir sınıflandırmadır.

Bu sınıflandırmanın sonuçları ICF tarafından kodlanmıştır (DSÖ, 2001). Bu kodlar katılım içerisindeki problemlerin boyutunu belirlemek amacı ile 5 seviyede sınıflandırılmaktadır; yok, hafif, az, şiddetli ve komple (10).

— Mobilite Alanında;

Yok; tamamen mobildir.

Hafif; özellikle azalan mobilite anlamındadır. Örneğin; yaşlıları ile koşarken kapasitesi düşer.

Az; azalan mobilite örneğin; merdiven çıkmada yetersizlik yaşar.

Şiddetli; NEH sınırlılıkları vardır. Ev ve odaya kendini hapseder.

Örneğin; oyun alanlarında oyun oynamaya ulaşılabilirlikte zorluk mevcuttur vb.

Komple; mobilitede total sınırlılık örneğin; yatağa bağımlılık.

— Eğitim Alanında;

Yok; okul alanında tam katılım vardır.

Hafif; okul alanında belirgin aktivitelerde performans içerisinde zorlukları vardır.

Az; okul alanındaki aktivitelerde yardımcı ya da kişi desteğine ihtiyaç duyar.

Şiddetli; öğrenme bozukluğu olan çocuklara özgü, özel sınıf ya da okullarda eğitim alır.

Komple; hiçbir düzenli eğitim ya da aktiviteye katılım gösteremez.

— **Sosyal İlişkiler Alanında;**

Yok; sosyal ilişkilere tamamen katılım gösterir.

Hafif; özellikle bozukluğuna bağlı sınırlılıkları bazı oyun aktivitelerinde belirgindir.

Az; az bir sınırlılık vardır. Sadece ailesi, komşuları ve küçük yaştaki oyun arkadaşları ile etkileşim halindedir.

Şiddetli; sadece aile ve kardeşler ile iletişimi vardır. Davranış problemleri vardır.

Komple; kişiler ve diğerleri ile iletişimi limitlidir ve birinin bakımına ihtiyaç vardır (10).

2.7. Katılımın Kategorileri

ICF tarafından katılımın kategorileri; kişisel bakım, mobilite, bilgi alışverişi, sosyal ilişkiler, eğitim, ev yaşamı, iş yaşamı, ekonomik yaşam, toplumsal yaşam, sosyal yaşam, bireysel yaşam biçiminde belirlenmiştir. (Tablo 2.3) (65,94)

Tablo 2.3. ICF Göre Aktivite ve Katılım Tablosu

<i>İLGİ ALANI VE YÜKSEK İLGİ ALANI</i>	<i>ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN EKLEMELER</i>
<i>d1; BİLGİYİ ÖĞRENME VE UYGULAMA</i>	
<i>D 110; seyretme</i>	<i>D 131; oyun boyunca öğrenme</i>
<i>D 115; dinleme</i>	<i>D 132; bilgiyi kullanma</i>
<i>D 120; hassasiyet</i>	<i>D 133; dili kullanma</i>
<i>D 140; okumayı öğrenme</i>	<i>D 137; mevcut bilgileri kullanma</i>
<i>D 145; yazmayı öğrenme</i>	<i>D 161; dikkati korumak</i>
<i>D 150; hesap yapmayı öğrenme</i>	
<i>D 170; problem çözme</i>	
<i>d2; GENEL GÖREVLER VE TALEPLER</i>	
<i>d3; İLETİŞİM</i>	
<i>D 310; sözlü mesajı alır ve iletişim kurar</i>	<i>D 331; önce sözlü iletişim</i>
<i>D 315; sözsüz mesajı alır ve iletişim kurar</i>	<i>D 332; şarkı söyler</i>
<i>D 330; konuşur</i>	
<i>D 350; sohbet eder</i>	
<i>d4; MOBİLİTE;</i>	
<i>D 430; objeyi kaldırır ve taşır.</i>	<i>D 412; spontane (kendiliğinden gelişen) hareketler</i>
<i>D 440; elini iyi kullanır (kaldırır ve</i>	

yakalar)

D 450; yürür

*D 465; donanım etrafında döner
(tekerlekli sandalye vs.).*

D 470; ulaşım araçlarını

*Kullanır (araba, otobüs, tren, uçak
vs.).*

*D 475; ulaşım araçlarını sürer
(bisiklet, motosiklet, araba vb.)*

d5; KENDİNE BAKIM

*D 510; kendi kendine yıkanır
(kurulanır, ellerini yıkar vb.)*

***D 565; tehlikeli durumlardan
sakınır***

*D 520; vücut kısımlarına bakım
yapar (diş fırçalar, tıraş olur, giyinip
soyunur vb.).*

D 530; tuvalet

D 540; giyinme

D 550; yemek yeme

D 560; içme

d6; ÖZEL YAŞAM

*D 610; bir yerde yaşamayı
başarabilir (alışveriş vs.)*

*D 630; yemek hazırlayabilir (pişirme
vs.)*

*D 640; ev işi yapabilir (ev temizliği,
bulaşık çamaşır, yıkama, ütü vb.)*

D 660; diğerlerine yardım edebilir

2.7.1. Katılımı Etkileyen Faktörler

King ve arkadaşları “Boş zamanlarda katılımı etkileyen faktörler modeli” içerisinde katılımı etkileyen faktörleri; çocuğa ait faktörler (aktivite seçimi, yetenekler, beceriklilik, kendine yeterlilik), aileye ait faktörler (aktivite seçimi, destek kaynaklar) ve çevreye ait faktörler (engellerin yokluğu, çocuk ve ailenin desteklenmesi; sağlanan sosyal hizmetler vb.) biçiminde üç kategoride ifade etmişlerdir. Bu faktörler katılımı etkileyen faktörleri ve hangi düzeyde etkilediğini anlamamızı sağlamaktadır. (49,52).

Biyomedikal faktörler: kişinin motor bozukluğuna neden olan ve aktif fiziksel aktivitelerin gelişimini azaltan faktörlerin belirlenmesi olarak tanımlanabilir. Genel olarak biyomedikal faktörlerin katılımı etkilemediği bulunmuştur.

Etiyolojik faktörler; yapılan klinik çalışmalarda etiyolojik faktörlerin kişinin motor bozukluğunun şiddeti ile bağlantılı olduğu bulunmuştur. Bu durum dolaylı olarak katılımı bağlantılıdır.

Motor fonksiyon; fiziksel ve kişisel gelişim aktivitelerinin gelişimi ile ilişkilidir. Motor bozukluğun şiddeti aktivite içerisindeki katılımın ve diğer yaşam alışkanlıklarına katılımın bölünmesi ile bağlantılıdır.

Düşük IQ seviyesi; sosyal aktivitelere yetersiz katılım ile ilişkilidir. Kişinin davranış problemlerinin nedeni de düşük IQ seviyesi ile bağlantılıdır.

Fonksiyonel faktörler; iletişim ve günlük yaşam yetenekleri gibi faktörlerdir. Boş zaman aktivitelerinin miktarı ve sıklığı ile bağlantılıdır. Okul çağındaki çocukların katılımının artırılması ve fonksiyonel yeteneklerinin geliştirilmesi için çok önemlidir.

Kişisel faktörler; kişisel faktörler katılımı etkiler. Örneğin; motivasyon becerileri, kişinin problem çözme, sorunun üstesinden gelebilme, kendine yetebilme yeteneği ile bağlantılıdır.

Motivasyon; rekreasyonel aktivitelerle bağlantılıdır. Rekreasyonel aktivitelerin motivasyon memnuniyetini artırdığı ve bununda belirgin olarak sosyal aktivitelere katılımı artırdığı gözlemlenmiştir. Bulgular çocuklara kendi seçimi olan aktivitelere katılım fırsatı tanındığında motivasyonlarının arttığını ve buna bağlı olarak katılımlarının arttığını göstermektedir.

Çevresel faktörler; çevre kişinin katılımını ve toplumsal meşguliyetlerini engelleyebilir. Bu nedenle bu faktörler modifiye edilebilir. Özellikle rehabilitasyon merkezleri genellikle çocuğa beceriye dayalı aktiviteleri kazandırır. İletişimin, sosyal gelişimin ve el fonksiyonlarının gelişimi açısından rehabilitasyon merkezlerine devam etmek önemlidir. Bu tür ortamlar çocuğun boş zaman aktivitelerine direkt katılım gayretlerini artırır.

Aile faktörü; aile stresinin çocuğun rekreasyonel ve kişisel gelişim aktivitelerine katılım ile bağlantılı olduğu bulunmuştur. Bu yaş grubunda ailenin çocuğun boş zaman aktivitelerine katılımını sağlamada çok önemli rolleri vardır.

Bozukluğun şiddeti; boş zaman aktivitelerine katılım memnuniyeti üzerinde önemli bir etkisi yoktur. Hiperaktivite beceriye dayalı aktivitelerde yetersiz eğlenme ile bağlantılıdır. Çünkü bu aktiviteler büyük miktarda aktiviteye yoğunlaşma ve dikkat gerektirir. Arkadaş problemi olan çocuklar sosyal ve rekreasyonel aktivitelerden çok hoşlanırlar. Bu aktiviteler onların arkadaşlık ilişkilerinin gelişimine ve sosyalleşmelerine olanak sağlamaktadır.

Davranış problemleri; boş zaman aktivitelerinin gelişimi ve eğlenme üzerinde etkisi vardır (49, 66).

Imms ve arkadaşları; sosyal davranış içerisinde “normal” ve “bozuk” kavramlarının varlığının katılımda güçlü bir engel olduğunu özellikle aile tarafından kazandırılan sosyal desteğin toplumsal destekten önemli olduğunu ve nörolojik bozukluğu olan çocukların katılım yoğunluğunun düşük olmasına rağmen katılımda aktivite çeşitliliği sergilediklerini göstermişlerdir.

Imms ve arkadaşları Grandland ve Björk-akesson’nun katılımı etkileyen faktörlerini; mikro (çocuk), mesh (aile) , makro (toplum ve sistem) üç seviyede sınıflandırmıştır. Her bir seviyenin katılım üzerindeki etkilerini ve hangilerinin katılımı pozitif yönde etkilediğini tanımlamışlardır (41).

Law ve arkadaşları ise; katılımın kısıtlılığının genellikle eğitim, sosyal, eğlenceli ve kişisel ilişkiler alanlarında oluştuğunu belirlemişlerdir (56).

2.7.2.Katılımın Arttırılması

Fiziksel bozukluğu olan çocukların günlük aktivitelere katılımı aileler, hizmet verenler ve çocuğun rehabilitasyonunu sağlayanların paylaştığı ortak bir hedeftir. Fiziksel bozukluğu olan çocuklar ve gençler limitli katılım riski altındadır. Çocukluk bozuklukları ve günlük yaşam aktivitelerine katılım kısıtlılıkları oranlarını: USA' da %6,5, Kanada'da %4,2, Avustralya'da %4,6 civarındadır. Law çalışmasında; Mc Dougall ve arkadaşlarının; 6-11 yaş arası çocukların %30,3'nün kronik sağlık problemi olduğunu ve bu çocukların %3,6'sının fiziksel kapasitelerine bağlı gelişen sınırlılıkları olduğunu tespit ettiklerini belirtmiştir (57).

Çalışmalar, çeşitli bozuklukları olan çocukların yaşlarına göre çok az aktivite sergileyebildiklerini, bu aktivitelerin genellikle ev temelli, yetersiz fiziksel aktivite içerikli, yetersiz sosyallik içeren aktivite biçimleri olduğunu göstermektedir. Ev temelli aktivite biçimleri çocukların boş zaman aktivitelerinin kısıtlanmasına ve koruyuculuk içeren davranışlar geliştirmelerine neden olmaktadır. Gelecekteki hizmetlerin, programların, politik hedeflerin belirlenip, katılımın artırılması açısından bu davranış biçimlerinin tanımlanması önemlidir (37,43,66).

Mümkün olan acil hedefler şunlardır;

- a) Çocuk faktörü; bozukluğun şiddeti, kişisel faktörler, yaş, cinsiyet gibi faktörleri içerir.
- b) Sosyoekonomik düzey,; ailenin ekonomik ve sosyal standartlarını içerir.
- c) Çevresel faktörler; aile eğitimi, ailenin tercihleri, sosyal destek ve çevresel kaynakları içerir.

Bu faktörlerden hangilerinin kategorize edilemeyen (pek çok çocuğa özgü) ve hangilerinin kategorize edilebilir (çocuğa özgü) faktörler olduğu tespit edilmelidir. Çocuğun davranışları örneğin; motivasyon, gelişim problemleri, aldığı hizmetler ve ailenin katılıma etkisi gibi faktörler katılımın artırılması için değerlendirilmelidir (66). Çocuğun aktivite ve katılımı çocuğun ihtiyaçlarına göre sosyal ortam içerisinde ayarlanabilir. Bu nedenle katılımın artırılması aktivitelerin yer aldığı sosyal ve çevresel ortamlarda çocuğun olgunlaşmasını ve yeteneklerinin gelişmesini sağlayabilir.

Wisemann ve arkadaşları; sosyal bağlamda aktivitenin önemini anlayabilmek için çocuklar yaptıkları şeyi neden yapar? Sorusuna yanıt aramış ve sonuç olarak;

katılım biçimlerinin ve gelişiminin tabiatın özünde olan ya da ilgilenilen aktivitelerden etkilendiğini belirlemişlerdir (115).

Çevresel fırsatların yaratılması ile aktivite biçimleri kurulup geliştirilebilir. Katılım motivasyonu, aktivite yönetim isteği ya da geliştirilme isteği katılım ile sürdürülebilir. Çocuğun sağlanan fırsatlar, çevre ya da aktiviteler ile dinamik etkileşimi sayesinde gelişimi sağlanır. Aileyi destekleyen hizmet servisleri çocukta çok çevrede değişiklik yapılmasını ve normal olma kavramı için uğraşma yaklaşımını reddetmektedir. Bunun yerine katılımın artırılmasını hedeflemektedir (41).

Imms ve arkadaşları çalışmalarında; Heah ve arkadaşlarının belirttiğine göre; ailenin değerleri ve seçimleri çocuğun aktivite seçimlerini etkilemekte ve eğlenmenin çocuğun eğlence stili ve aktiviteye katılım isteği ile bağlantılı olduğunu belirtmektedirler. Eğlence stili çocuğun arkadaşları ile veya arkadaşsız zaman harcamaktan hoşlanmasıdır. Duygusal ve fiziksel etkilenme katılımı etkiler. Bu nedenle aile çocuğun güvende hissetmesi için çocuğa destek olmalıdır. Çocuğu etkileyen faktörlere ilişkin toplumsal programlar düzenlenmelidir. Bu düzenlemeler bozukluğu olan çocuğun yardıma ihtiyacı vardır biçiminde olmamalıdır. Çocuğun bozukluklarının biçimine yönelik olmalıdır (41).

Çocuğun bakımı için en iyisini istiyorsak tedavi tek başına yeterli değildir. Bu nedenle; çocuğun ev, okul vb ortamlar içerisindeki gereksinimlerini tanımlayıp adaptasyonlarını sağlamak önemlidir. Bu durumun çocuk üzerinde pozitif etkileri vardır. Bunun için aile desteği alınabilir. (40).

Beckung ve Hagber; SP'li çocuklarda motor fonksiyon ve öğrenme bozukluğunun katılımın kısıtlanmasında da çok önemli bir uyaran olduğunu belirtmişlerdir (11).

Çocuk aktiviteye nasıl katılım gösterir ve katılımı etkileyen faktörleri ve etkilerini anlamak önemlidir. Çünkü bu bilgi katılıma cesaret vermek ve boş zaman ve rekreasyonel aktiviteler içerisindeki mevcut engelleri aşmak için kullanılabilir. Çocuğun katılımını artırmaya yönelik hedeflerde; anne ve babalar, servis çalışanları, yöneticiler, politikacılar, kişisel, kişiler arası ve çevresel faktörler çok önemlidir. Bu faktörlerin bir arada katılımı nasıl artırdığının, kısıtladığının ve çocuğun gelişimini nasıl değiştirdiğinin bilinmesi gerekmektedir. Çocuğun katılımını artırmaya yönelik

müdahaleler ya da etkin politikalar, programlar ya da sistemler planlamak zordur. Müdahalelerin çocuk, aile ya da çevresel hangi faktörlere göre yapılması gerektiği konusu net değildir. Örneğin; çocuğun katılımı artırmak için ailelerin toplumsal desteğe ve kabullenilmeye ihtiyacı var ise müdahalelerde amaç; ailenin ilişkilerinin, yeteneklerinin ve çocuklarına yönelik tavırlarının desteklenmesi biçiminde olmalıdır. Çocuğun aktivite katılımı içerisindeki yeteneklerini algılaması çok önemli bir uyarandır. Katılım ve aktivite ile eğlenmeyi artırmada yapılacak müdahaleler çocuğun yeteneklerinin geliştirilmesi ve kabiliyetlerinin anlamlandırılmasına yönelik olmalıdır. En önemli şey çocuğun katılımını etkileyen faktörlerin tanımlanmasıdır. Buna yönelik kapsamlı “Potansiyel Faktörler Modeli” ve bu faktörlerin birbirleri ile ilişkilerini açıklayan bir model geliştirilebilir (52).

2.7.3.Okul İçi Aktivitelere Katılım

Coster, okulda katılımı şöyle tanımlamaktadır; çocuğun okul içerisindeki ihtiyaçlarını, hedeflerini ve kendisinden beklenen sosyal beklentileri, bir düzen ve uyum içerisinde yürütebilmesidir. Uygulanan halk politikaları ve kanunlar sonucu özürlü çocuklar özel eğitim sınıflarına başvurmak yerine, genel okul sistemi olan sınıflara başvurmaktadır. Bu durumda özel eğitime ihtiyacı olan orta ya da hafif çeşitli yetersizliği olan çocuklar sağlıklı çocuklar ile aynı sınıflara dâhil olmaktadır. Bu durum yetersizliği olan çocuk için tüm eğitim programını ve sosyal uyumu başarma ihtiyacı doğurmaktadır. SP gibi yetersizliği olan çocukların sağlıklı çocuklar ile birlikte eğitim alması üzerine yapılmış yeterli çalışma yoktur (97).

Mancini ve arkadaşları; okul ortamında çeşitli yetersizliğe sahip çocukların limitli katılımlarının nedenlerinin; çocukların fiziksel kapasitelerine, fiziksel ve algısal davranış şekillerinin bütününe bakılarak tahmin edilebilir olduğunu göstermişlerdir. Çocuğun bozukluğu nedeni ile tahmin edilen sonuçların bilgilerine bağlı olarak; fonksiyonel performans ölçümleri yapılabilir. Bu verilerden elde edilen bilgiler ilkökul çağındaki çocukların katılımını planlarken kullanılabilir (69).

Schender çalışmasında, Amerika’da katılımı gözler önüne sermek için ilkökul, ortaokul ve yüksekokullarda özürlü çocuklara eğitim veren 1180 öğretmen üzerinde yapılan bir çalışmada; özürlü çocuğun katılımının 6 faktöre bağlı olduğunu ve bu faktörlerin genellikle çocuğa özgü karakteristik fonksiyonlar ve çevre ile

bağlantılı olduğunu belirtmiştir. Bu faktörlerin çocuğun kişiliğini ve grup rollerini kapsadığını, kapsam olarak; sosyal seviyedeki, rekreasyonel, beceriye dayalı, kişisel gelişim ve fiziksel aktivitelere katılımı işaret ettiğini, özellikle yaşın ve etnik yapının katılım biçimini önemli ölçüde etkilediğini belirtmiştir. Özürlü çocuklarda okul içi katılımdaki zorluğun anahtar kaynağı bir ya da birçok fonksiyonel görevde özürlü performansı etkileyip kısıtlıyor olmasıdır. Fonksiyonel görevler tüm eğitim programının ayrılmaz bir parçasıdır (97)

Akademik olmayan fonksiyonel görevler şunlardır;

- Grup çalışmaları,
- Okul araç gereçlerini etkin kullanmak,
- Kişisel ihtiyaçları özgürce taşıyabilme ve
- Okul içerisinde bir yerden diğer bir yere aktarabilme.

Coster, okul aktivitelerine katılımı **“aktivite performansı”** olarak tanımlamaktadır. Buna göre aktivite performansı; çocuğun okula bağlı aktivitelerde kişiye özel fonksiyonel sorumluluklarına başlama, tamamlama, görev alanlarında gruba katılım gösterebilme yeteneğidir.

Coster’e göre; **“sosyal katılım kavramı”**; çocuğun akranlarına sağlanan aynı çevredeki benzer aktivitelere katılım gösterebilmesidir. Coster’in tanımı gelişimsel perspektif kapsamında; çevre- aktivite, çocuk ve çevre görüşünü bütünlemektedir. Bu nedenle katılımın sosyal yapısı; fiziksel, sosyal ve davranışsal çevre ile kişinin alışkanlıkları, yaşam stili ve ailesi arasındaki etkin etkileşimi içerir (97).

Hemmingsson; öncelikle bozukluğun şiddetinin ve tipinin okul içerisindeki aktivitelere katılımı ile ilişkisinin ve bu ilişkilerin boyutlarının belirlenmesi gerektiğini belirtmektedir (38).

Magnusson; **“kişisel gelişim teorisinde”** okul içerisindeki aktivitelere katılımı açıklamada ilk adımın, katılım kavramının tanımlanması, ikinci adımın ise katılımı ile bağlantılı faktörlerin açıklanması olduğunu belirtmektedir. Bu faktörlerin okul içerisindeki aktivitelere, çocuklar arasındaki ilişkilerde oluştuğunu ve katılımın sonuçlanmasını sağladığını vurgulamaktadır (63).

Lena ve arkadaşları çalışmalarında; Nordström ve arkadaşlarının sağlıklı çocukların özürlü çocuklar üzerinde dominant rolleri olduğunu ve özürlü çocukların okul içerisinde sorumluluk içeren rollerde, pasif davranışlar

sergilediklerini belirlediklerini belirtmektedirler. Bronfenbrenner'in bu gerçekten hareketle bu durumun iki tarafın karşılıklı etkileşim eksikliğine neden olduğunu ve çocuğun sosyal ve akademik alanlarda gelişim hızını ve kalitesini etkilediğini vurgulamaktadırlar (5).

Seligmana göre "pozitif psikoloji"; geçmiş ve şimdi içerisindeki kişiye özel pozitif tecrübelerden oluşmakta (örneğin; kişinin karakteristikleri) ve kişinin geleceği algılama biçimini yapılandırarak yaşamını geliştirmektedir (101).

Pozitif yaşamı oluşturan ve sonuçlandıran şey katılımdır. Katılım çevresel koşulların ve kontrolünün algılanmasını içerir. Bu kontrol çocuğun karakteri (örneğin; kontrol yeteneği), aktivite ve çevresel faktörler (örneğin; çevreye adaptasyonu, çocuk çevre etkileşimi) gibi faktörlerin algılanmasını içerir. Bu nedenle okul içerisindeki katılımın sağlanması için farklı bakış açıları ile bakmak gerekmektedir (5).

Dahomey ve arkadaşlarına göre; farklı yaş gruplarındaki çocukların, okul aktiviteleri içerisindeki ilişkilerini etkileyen faktörlerin, müdahale yöntemlerinin ve etkinliğinin erken dönemde değerlendirilmesi gerekmektedir (64).

Skinler ve Gerene; okul aktivitelerine katılımın çocukların fonksiyonlarının değişimine yönelik kontrollerini algılamalarına olanak sağladığını, kontrol algısı azaldığında katılımın da azaldığını, çocuğun kontrol algısının öğretmenlerin davranışları ile bağlantılı olduğunu ve öğretmenin çocuğun sınıf içerisindeki fonksiyonel yetersizliklerini açıklayarak uzun vadede pozitif davranış stili sergilemesini sağlayabileceğini belirtmişlerdir (104).

Deci ve arkadaşları çalışmalarında; özürü çocuk ve gençlere kişisel ortamda yeteneklerini geliştirmeye yönelik fırsatlar sağlanırsa; algılarının, yaratıcılıklarının, kontrol yeteneklerinin gelişeceğini ve dış faktörlerden etkilenmeden kendi inançlarına göre davranışlarını sergileyebileceklerini, sonuç olarak da; bu durumun yeni ortamlardaki davranışlarına yönelik isteklerini direkt olarak etkileyeceğini belirlemişlerdir (23).

2.7.4.Okul Dışı Aktivitelere Katılım

Katılım boyunca çocuk toplumsal beklentileri, iletişim kurmayı öğrenir, arkadaşlık temelleri ve yetenekleri gelişir. Katılımın çocuğun günlük aktiviteler içerisindeki fiziksel ve mental sağlığı, sosyal ilişkilerinin ve yeteneklerinin gelişimi üzerinde önemli rolü vardır. Katılım DP'li çocuklarda fiziksel, sosyal, entelektüel, emosyonel, iletişimsel potansiyellerin gelişimi ve gelecek yaşam memnuniyeti için olanak sağlar. Rekreatif aktivitelere katılım motor yeteneklerinin gelişimine yardımcı olur ve sağlıklarını pozitif yönde etkiler. Örneğin; kardiyovasküler kapasitenin gelişimini sağlar ve obezite oranını azaltır.

Çalışmalar özürli çocuklarda okul dışındaki organizasyonlara katılımlarının; yaşam memnuniyetlerinin artırılması, emosyonel iyilik hali, kognitif yeteneklerin açığa çıkması ve gelişimi, akranları ile iletişim, akademik sonuçlar, boş zaman aktivitelerine katılımları vb. açısından önemli olduğunu göstermektedir (57,58,96).

Çevresel anlamda yüksek risk ortamında yaşayan çocuklarda (örneğin; fakirlik, yüksek suç faktörü taşıyan komşuluklar vb.) rekreatif aktivitelerin davranış problemlerini ve emosyonel problemleri azalttığı belirlenmiştir (24, 76, 90,96).

King ve arkadaşları yaptıkları çalışmada; Thomas ve arkadaşlarının, aktivitelere katılımın davranış ve emosyonel problem riskini azalttığını, Stiffman ve arkadaşlarının ise; özellikle ailesinde mental hastalığı olan çocuklardaki davranış problemlerinin azaltılmasında aktivite içerisinde yer almanın önemli bir uyarıcı olduğunu belirlediklerini belirtmektedirler (52). Aktivite katılımı aynı zamanda pozitif sosyal alışkanlıklar ile bağlantılıdır. Örneğin: davranış problemleri, ilaç kullanımı ve yalnızlık gibi problemlerin varlığı ile ilişkilidir (57).

Çocuğun normal gelişimi için aktivite katılımının üç boyutu temeldir;

1-Sosyal etkileşim; çocuğun gelişimini destekler.

2-Oyun oynama fırsatı ve keşfetme fırsatının sağlanması; çocuk spontane olarak çevresini istekle inceler.

3- Mobilite; kişinin kendi mobilizasyonunu sağlaması ya da birileri tarafından mobilizasyonunun sağlanması arasında oldukça farklılıklar vardır. Limitli katılıyor olma haricinde, çocuğun görsel algı ve uzaysal oryantasyonu gibi nörolojik

komponentlerinin gelişimi için kişisel mobilizasyonunu sağlıyor olması önemlidir (71).

Law ve arkadaşları, okul dışındaki aktiviteleri; kişisel gelişim (yaratıcı, kültürel), fiziksel, rekreasyonel, sosyal, beceriye dayalı olarak tanımlamışlardır. Çalışmalarında Forsyth ve arkadaşlarının; çocuğun kendini aktivite merkezi içerisinde hissetmesinin zihinsel ve fiziksel sağlığının, sosyal ilişkilerinin ve uzun vadede yeterliliğin gelişimine pozitif etkisi olduğunu belirlediklerini belirtmektedirler. Okul süresi dışındaki aktiviteler çoğu çocuğun hayatında özellikle ilkokul yıllarında önemli bir unsurdur. Farklı aktivite biçimleri tecrübeler sağlar ve aktivite sonuçlarının oluşmasına olanak verir. Örneğin: sıradan bir okul sonrası aktivitede çocuk yaşlıları ve yetişkinler ile zaman geçirerek iletişim kurar, okul dışındaki ortamlardan edinilebilecek zengin dersler alır. Çocuğun tecrübeleri çoğunlukla aktivitenin tipine bağlıdır. Örneğin; atletik bir grupta çocuk yaşlıları ile uyum ve iletişim için farklı fırsatlar ile karşılaşır (57).

Çocukların farklı yaş grupların da katılımlarının karmaşıklığını anlamak çocuğun kapasitesinin ya da performansının seçilmiş aktivitede ölçümüne bağlıdır. Çocuk ne yapmayı seçer? Ne sıklıkla? Hangi ortamda? Bu bilgi özellikle çocukluktan yetişkinliğe geçişte önemlidir (43). Çocuğu aktivite ve katılıma iten faktörler nelerdir? Ve aktivitenin faydaları katılım ile bağlantılı ise neden bazı çocuklarda katılım diğerlerinden fazladır? Sorularının cevaplanması, katılımın çerçevelerinin anlaşılması ve katılımı artıracak müdahalelerin belirlenmesine yardımcı olacaktır (57).

2.8.Ekonomik Faktörlerin Katılıma Etkisi

Sandra ve arkadaşları çalışmalarında; sosyoekonomik statüleri farklı olan çocukların katılımlarında da farklılıklar olduğunu belirtmektedir. Ekonomik dezavantajı olan ailelerin çocuklarının avantajlı gruplara göre boş zamanlarını planlanmamış ve yaratıcı olmayan aktiviteler ile geçirdiklerini tespit etmişlerdir. Sosyoekonomik statü aile tarafından çocuk için farklı kaynakların sağlanmasına (örneğin; taksitler için ödenecek ücret, materyaller ve diğer ekipmanlar) farklı sosyal değerlerin varlığına ya da benzer olmayan aile ekolojilerine neden olabilir.

Orta ya da yüksek kazançlı ailelerin çocukları ekonomik kaynak gerektiren aktivitelere katılım gösterebilir. Örneğin; pratik uygulamalara katılım için aile mali destek verebilir. Düşük kazançlı ailelerin ise daha çok çalışmaları gerekiyor, çocuğa zaman ayıramıyor ve kalan zamanı ev işi, bakım gibi sorumluluklarına ayırıyor olabilir. Düşük kazançlı komşular ve okullar aktiviteyi donanımlarından dolayı kısıtlıyor olabilir. Aile çocuğun güvenliği ve arkadaşlarından negatif etkileşimi konusunda endişeler yaşıyor olabilir. Bu durum düşük kazançlı ailelerin çocuklarının özellikle toplumsal katılım, süre gerektiren, ya da ekonomik kaynaklı katılımlara (spor aktiviteleri vb.) neden yetersiz katılım gösterdiklerini açıklayabilir.

Düşük ekonomik kazancı olan ailelerin çocuklarının benzer olarak davranış ve akademik problemleri vardır. Çünkü bu çocuklar yaşadıkları çevreden yetersiz kognitif uyarılar ve emosyonel destek alırlar. Ekonomik talebi yüksek olan aktivitelerin bulunduğu ortamda yaşayan ekonomik durumu zayıf olan ailelerin çocuklarının bundan büyük oranda etkilendiği özellikle ortaokul düzeyindeki öğrencilerde bu etkilenmenin belirgin olduğu belirtilmektedir. Onların yaşadıkları çevre zengin bir çevre olabilir ya da ev dışında yapılan aktiviteler zengin aile çocuklarına hitap eden aktiviteler olabilir (96).

Gore ve arkadaşlarına göre; çocuk için pozitif sonuçların oluşması açısından okul içerisindeki ve okul dışındaki aktivitelere katılım çok önemlidir. Bu durum genellikle çocuğun, ailenin ve aktivitelerin karakteristik yapısı ile ilişkilidir (33).

Marshall ve arkadaşları; zayıf ekonomik yapıya sahip ailelerin ilköğretim çağındaki çocuklarının düşük seviyedeki okul sonrası performanslarının; çocuğun depresyon, yalnızlık gibi kişisel problemleri ile bağlantılı olduğunu bulmuşlardır (70). Finch ve arkadaşları; aile kazancının, boş zaman aktivitelerinde mahallî spor alanlarının kullanımında engel niteliği taşıdığını göstermişlerdir (30).

2.8.1.Kültürel Faktörlerin Katılıma Ve Aktivite Seçimine Etkisi

Batya ve arkadaşları çalışmalarında, Osterwell'in kişi-çevre etkileşiminin katılım üzerindeki etkilerini şöyle açıklamaktadır; çocuk çevresi ile iletişim kurar ve çocuğun cinsiyetinin, sosyal ve ailesel faktörlerinin çocuğun katılımına direk etkisi vardır (9). Law ve arkadaşları bu faktörleri; çocuğa verilen ekonomik destek

(sağlanabilen fırsatların varlığı) değerler (örneğin; rol modeller, psikososyal destek) aile tercihleri (bakım ve çalışma) gibi faktörler olarak belirlemişlerdir (54).

Larson (53) ve Eriksson (27) yaptıkları çalışmalarda; kişinin aktivite seçiminde kültürün etkili olduğunu belirlemiştir. Sosyal çevre ve aileden gelen alışkanlıklar kültürün temel görünüm faktörleridir. Bu temel faktörler “davranış biçimlerini öğreten bir sistem“ olarak tanımlanmaktadır. Farklı kültürlerin farklı ailesel faktörleri var olabilir örneğin; aile yapısı, ibadet biçimi, cinsiyet veya rol tanımı gibi. Kişi ailenin bir parçası olabilmek için bu davranış biçimlerini öğrenir. Topluma ve coğrafyaya özgü bu davranış biçimlerini o toplum ve coğrafyanın bir parçası olabilmek amacı ile rehber edinir (9).

Segal ve Hinojosa; farklı etnik yapıya, dinsel özgeçmişe, sosyal ve ekonomik statüleri sahip ailelerin çocuklarının aktivitelere katılımlarını incelemiş ve günlük yaşam aktiviteleri biçimleri çocuğun okul ve evdeki katılımını etkiliyor mu? Araştırmışlardır. Özellikle aynı ülkede yaşayan, devletin aynı uygulamalarını paylaşan (sağlık ve eğitim sistemi gibi), farklı kültürel geçmişten gelen vatandaşların ve çocuklarının aktivite seçimlerinin ve katılımlarının onların günlük yaşam biçimleri ile bağlantılı olduğunu bulmuşlardır. Ailelerin çocuklarının zorluk ve sınırlılıklarına bakış açılarının; ailelerin izlediği stratejiler, değer yargıları, öncelikleri, çocukla ilgili beklentileri ile bağlantılı olduğunu ve bunların tümünün de ailelerin etnik yapıları ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (100).

2.8.2.Cinsiyetin Ve Yaşın Katılıma Etkisi

Çalışmalar kızların ve erkeklerin farklı tipteki aktivite tiplerine katılım gösterdiklerini, oyun stillerinin, grup arkadaşlıklarının, oyuncak seçimlerinin çocuğun tercihleri ile alakalı olduğunu ve okul dışındaki zamanı bu seçimleri kullanarak harcadığını göstermektedir. Örneğin; spor seçiminde cinsiyet farklılığına bakıldığında; erkek çocukların kız çocuklarından daha fazla sportif aktivitelere katılım gösterdikleri görülmüştür. Katılımdaki farklılığının nedeninin erkek çocuğunun gelişimsel farklılığının mı bir sonucu olduğu ya da kız çocuğunun gelişimsel farklılığının mı bir sonucu olduğu konusunda çok az kanıt bulunmaktadır (51,96).

King ve arkadaşları çalışmalarında; erkek çocukların yüksek oranda fiziksel aktivitelere katılım gösterdiğini, kız çocuklarına göre bu aktiviteleri daha çok tercih ettiklerini ve bu aktivitelerle daha çok eğlendiklerini belirlemiştir. Kız çocuklarının sıklıkla beceriye dayalı, sosyal, kişisel gelişim aktivitelerine katılım gösterdiklerini ve erkek çocuklarına kıyasla daha çok tercih ettiklerini ve eğlendiklerini belirlemişlerdir.

Garton ve arkadaşları; 13-17 yaş arası sağlıklı çocuklar üzerinde yaptıkları çalışmada, aktivite tipinin seçiminde cinsiyetin majör faktör olduğunu belirlemişlerdir. Erkek çocuklarının aynı yaştaki kız çocuklarına göre fiziksel aktivitelere katılım ve tercih oranlarının oldukça yüksek olduğunu, kız çocuklarının genelde sosyal ve kişisel gelişim (örneğin; kütüphaneye gitmek) aktivitelerine katılım gösterdiklerini ve daha çok tercih ettiklerini belirtmektedirler (51).

Larso ve Verma ise; fiziksel aktivitelere katılımın erkek çocuklarında kız çocuklarına göre daha yüksek oranda olduğunu belirlemişlerdir (53).

Offord ve arkadaşları; 6-11 yaş arası sağlıklı çocuklar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, erkek çocuklarının büyük çoğunluğunun fiziksel, kız çocuklarının büyük çoğunluğunun ise beceriye dayalı aktivitelere katılım gösterdiklerini belirlemişlerdir (81). Çocukların yaş farklılığının; katılım sıklığını, aktiviteler ile eğlenme ve tercihlerini belirlemede farklılıklar yaratması beklenir. Çalışmalar yaşla birlikte sosyalleşme oranının arttığını, rekreasyonel aktivitelere katılım oranının düştüğünü göstermektedir. Örneğin; okul çağındaki çocuklarda televizyon seyretme (rekreasyonel aktivite) oranı çok yüksekken, adolesan dönemlerinin başlarında ve ortalarında bu oranın düştüğü görülmektedir (50,53,55).

King ve arkadaşları; 6-8, 9-11, 12 ve 12 üstü yaş grupları arasında yaptıkları çalışma sonucunda; büyük yaştaki çocukların küçük yaştaki çocuklara göre rekreasyonel aktivitelere katılım sıklığı, aktiviteler ile eğlenme ve tercih skorlarını düşük, sosyal aktivitelere katılım sıklığını yüksek, eğlenme ve tercih skorlarını ise düşük bulmuşlardır (51).

2.8. 3.Rehabilitasyon Merkezlerinin Katılıma Etkisi

Geleneksel olarak SP'li çocuğun sağlık bakımında özellikle erken teşhis, sınıflandırma ve bozuklukların en aza indirgenmesi (örneğin; spastisite, kas zayıflığı,

eklem hareket aralığının artırılması ve ilaç yönetiminin sağlanması) gibi sağlık bakım hedefleri amaçlanır. Rehabilitasyon programları ise genelde defisitleri en aza indirgeyerek fonksiyonelliği artırmayı hedefler. Hedeflenen müdahalelerde amaç ise yaşam kalitesini ve katılımı artırmaktır. Çünkü bu çocuklardaki sınırlılıklar katılım yetersizliğine yol açan faktörlerden biridir (66).

King ve arkadaşları çalışmalarında; rehabilitasyon merkezlerin de yetişkin ve çocuklar için majör hedefin; toplumsal katılımın artırılması, katılımın anlamlı olması ve aktivitelerin ödüllendirilmesi olduğunu ifade etmektedirler (52).

2.8.4.Ailenin Katılma Etkisi

Çocuklar çoğu yaşam tecrübelerini aile ortamında kazanır, boş zaman aktiviteleri, alışveriş aktiviteleri, akrabaları ziyaret etmek ve tatile gitmek gibi. Bu nedenle aile çevresel faktörlerin çocukla etkileşimi konusunda çok önemlidir. Çocuk katılım konusunda kaçınılmaz olarak diğer aile üyelerinden de etkilenir. Bu etkileşimde çocukla ilgili aşamalardaki bazı problemlerin fark edilip üstesinden gelinmesinde yani çözümünde zorluklar olabilir. Katılım en iyi aile tarafından değerlendirilebilir.

Çocuk ve aile için diğer bir belirsizlik, katılımın ekonomik ve sosyal faktörleridir. Özürlü çocuğu olan pek çok aile ekstra ödemelerden ve limitli çalışma fırsatlarından dolayı fakirleşmektedir. Çalışmalar özürlü ve sağlıklı çocukların katılımlarının genel olarak aynı biçimde olduğunu göstermektedir. Özürlü çocukların katılımlarının ev temelli aktiviteleri içerdiğini bunun ise çocuğun bozukluğundan çok direkt ailenin finansal kaynakların yetersizliği ile bağlantılı olduğunu belirtmektedir. (37,43,66,71).

Öncelikle çocuğun çevresindeki en önemli faktörün çocuğun içerisinde yaşadığı aile olduğunu belirtmekte fayda vardır.

Ekolojik (çevrebilimci) görüşle baktığımızda; çocuğun gelişiminde aile bağlamsal bir faktördür. Aile çevresi çocuğun iyilik hali üzerinde önemli bir etkindir. Bu nedenle aile desteği önemlidir. Aile desteği için aile merkezleri hizmetlerinden yardım alınabilir. Aile merkezleri hizmetlerinin prensiplerine göre; ailenin iyilik halinin sağlanması ile aile çocuğunun tedavisine yönelik hedeflerini tanımlayarak katılımını gösterecektir. Çocuğun yönetimi ve tedavisinde, bozukluk

temelli müdahaleler önemli yer alır. Örneğin; yemek yeme aktivitesi ve çocuğun aile ile birlikte yemeğe katılımı alternatif bir iletişim stratejisidir. Tüm bu komponentler çocuğun fonksiyonelliğine ve sağlığına yöneliktir. ICF'in vücut yapıları ve fonksiyonelliğini yani aktivite ve katılımı işaret etmektedir (92).

2.9. SP'li Çocukların Annelerinin Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesi

Özre sahip olmak çocuk ve ailesi için farklı zorluklar taşır. Çocuğun günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olması ailenin dinamik yapısına zarar verir. Çoğunlukla aile üyelerinin rolleri değişir ve bu farklı sorumluluklar strese, anksiyeteye ve depresyona neden olur. Özürlü çocuğu olan ailelerde depresyon önemli bir belirtidir. Annesi depresyonda olan çocuklar, anneleri depresyonda olmayan çocuklara göre çeşitli kognitif, konuşma ve sosyal fonksiyonellik problemleri yaşarlar. Özre sahip çocuğu olan anneler diğer annelere göre daha büyük miktarda stres ve duygusal beklenti ile karşılaşır. Anne yoğun stres altındadır çünkü bütün gün çocuk ile birlikte. Özürlü çocuğa sahip bütün annelerin adaptasyonda zorlukları yoktur hatta stresli bir yaşama sahip bir anne dahi olsa, bununla birlikte eğer annede bakıma, ekonomik kazanç sağlamaya ve diğer sorumluluklara yönelik tükenmişlik söz konusu ise anne ve çocuk bu problemlere bağlı stres riski altındadır.

Farklı özürlere sahip çocuklar annelerinde farklı stres düzeylerine neden olur. Örneğin; epilepsili çocukların annelerinde çocuklarına karşı emosyonel tavırlarında artış olduğu görülmüştür. Mental retarde ve epilepsili çocukların annelerinde ise çocuğa karşı emosyonel artışın, annenin depresyon belirtileri üzerinde önemli bir etken olduğu görülmüştür. Konuşma bozukluğu olan çocukların annelerinin sağlıklı çocuğa sahip annelere göre depresyonla tanışma olasılığı daha yüksektir. İşitme kaybına sahip olan çocuğun ailesinin ise diğer ailelere göre daha stresli bir yaşamı mevcuttur. Psikotik çocuğa sahip annelerde ise anksiyete ve depresyon ciddi biçimde yüksek orandadır (15).

SP'li çocukların anneleri sağlıklı çocukların annelerine göre yüksek düzeyde stres riski altındadır. Diğer taraftan annenin mental sağlığı onun yaşam kalitesini etkiler. Yaşam kalitesi ve sağlıklı hissetme kişinin sağlıklı algılama ve mental fonksiyonları ile ilişkilidir. Bozukluğu olan çocuk ile çok zaman harcamak aile

üyelerinde zaman içerisinde anksiyeteye neden olur. Özellikle annenin ailedeki dominant rolü düşünülürse bakım vermek, ev işleri ve sorumluluklar annenin anksiyete düzeyini artırmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Bumin ve arkadaşları; anksiyetesi olan annelerde enerji düzeyinin düştüğünü, uyku bozuklukları oluştuğunu, emosyonel reaksiyonların arttığını belirlemişlerdir. Annelerde depresyon ve sosyal dışlanma arasında ciddi bir ilişki olduğunu, bu durumun günlük yaşamda çok fazla sorumluluğu olan annenin sosyal aktivitelerine zaman ayıramamasından kaynaklandığını belirlemişlerdir. Bazı kültürlerde olduğu gibi bizim kültürümüzde de genellikle ailenin geçimi ile ilgili maddi sorumlulukları babalar üstlenirken, anneler daha çok evde kalmakta, hobilerine zaman ayıramamakta, ev dışında iş ortamı olmadığı gibi arkadaş ilişkileri de daha sınırlı olmakta ve gün boyu çocukların bakımını üstlenmek zorunda kalmaktadır. Bumin ve arkadaşları, annenin depresyon düzeyi ve yaşam kalitesinin çocuğun yaşı ile bağlantılı olmadığını, engelli çocuğa sahip olan annelerde somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların engelli çocuğa sahip olmayan annelere göre daha sık görüldüğünü belirlemişlerdir. Çalışmaların da, Mu ve arkadaşlarının; annenin eğitim düzeyinin depresyon düzeyi üzerinde önemli etkisi olduğunu, zihinsel veya bedensel engelli çocuğa sahip annelerin sağlıklı çocuğa sahip annelere göre; psikososyal desteğe daha çok ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle engelli çocuğa sahip annelerle etkileşim grupları kurularak annelere duygusal paylaşım ve psikolojik destek sağlanması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Bumin ve arkadaşları; etkin rehabilitasyon programlarının sadece çocuğa takip fırsatının sağlanması değil aynı zamanda annenin psikolojik anlamda desteklenmesi konusunda da fırsatlar sağladığını belirtmektedirler (15).

Uğuz ve arkadaşları çalışmalarında; engelli çocuğa sahip annelerin, çocuklarının kendi yönetimlerini sağlamadaki yetersizlikleri nedeni ile kendilerine daha fazla bağımlı olmalarının onlarda strese neden olduğunu belirttiklerini ifade etmektedirler (107).

Seltzer ve arkadaşları; zihinsel veya bedensel engelli çocuğa sahip anne ve babalarda depresyon ve alkol bağımlılığının daha sık görüldüğünü belirlemişlerdir. Ailenin ekonomik durumunun, sosyal güvencesinin varlığının, eğitim seviyelerinin, mesleklerinin, evlilik uyumlarının, çocuğun yaşının, zihinsel veya bedensel engelinin

şiddetinin, engelin süregelen oluşunun, tıbbi yardım ihtiyacının fazla olması (yineleyen ameliyatlar vb.) gibi etkenlerin, anne ve babaların stres düzeyini, çocuğu algılama, kabullenme, uyum sağlama gibi faktörleri etkilediğini vurgulamaktadırlar (102).

Evans ve arkadaşları 90 SP'li (13-15, 19-23 yaş arasında) 75 sağlıklı ergen, anne ve babalarında yaptıkları araştırma sonucunda; SP'li her iki yaş grubundaki ergen ve gençlerin anne-babalarında, sağlıklı çocuğa sahip anne ve babalara göre gelecekle ilgili umutların, bağımsızlık ve başarı beklentilerinin daha düşük olduğunu belirlemişlerdir (29).

Florian ve Findler'da; SP'li çocuğa sahip annelerin kendine güven ve evlilik uyumlarının sağlıklı çocuk annelerine göre daha düşük olduğunu belirlemişlerdir (31)

2.9.1. SP'li Çocukların Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi

SP'nin rehabilitasyonunda göz önünde tutulması gereken iki temel unsur;

1-SP'nin yan etkilerini azaltmak,

2-Çocuğa yeni yetenekler kazandırarak ya da mevcut yetenekleri geliştirerek, gelişim düzeyini maksimum düzeyde artırmayı sağlamaktır.

Bu konularda ailenin eğitimi ve desteklenmesi çok önemlidir. SP ile mücadelede ve yönetiminde; aktif katılım, yakın hizmet ve bakım çocuğun tedavisi süresince her aşamada çok önemlidir. Aile her zaman çocuğun yaşamının merkezidir. SP'li çocuğun annesi sadece zorluklarla baş etme konusunda değil aynı zamanda kendi sosyal yaşamındaki ihtiyaçlara ve memnuniyetlere de yönelik meydan okuma vb. konularla yüz yüzedir. SP'li çocuk ve gençlerin aileleri günlük bakımın sağlanması, servis koordinasyonlarının ayarlanması gibi pek çok konu ile baş etmek durumundadır. Ailelerin ihtiyaçlarının belirlenmesi konusunda aile merkezleri servisleri temeldir. Pediatrik rehabilitasyonda aile servisleri çok dikkate alınmalıdır.

Aile merkezli yaklaşımlarda; çocuğun sağlık, bakım ve servis hizmetlerinin, yaşadığı çevre, ailenin ekonomik kazancı, paylaştığı oyunlar gibi konulara odaklanılarak, bu konularda gelişme sağlanmalıdır. Aile merkezli yaklaşımda ailenin ihtiyaçlarının belirlenmesi işbirliği ile sağlanabilecek bir yöntemdir. Aile düşüncelerini ve önceliklerini paylaşmalı, çalışanlarda; servisler, takipler ve destekler konusunda bilgi vermelidir (80,50).

Palisona ve arkadaşları, SP'li çocuk ailelerinin ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışma sonucunda; ailelerin ihtiyaçlarının %59 oranında servisler, % 43 oranında çocukların kondisyonu konusunda olduğunu belirlemişlerdir (88).

Özürlü çocuk ve ailelerinin ihtiyaçları konusunda çok az şey bilinmektedir. Çocuğun ve ailenin ihtiyaçları erken müdahale ile değerlendirilip belirlenmelidir. Bu bilgiler aileyi okul öncesi ve sonrası eğitimde destekleyerek çocuğa yetişkinlikte faydalı olacaktır. (50).

Ellis ve arkadaşları, 3-16 yaş arasındaki gelişimsel bozukluğu olan çocuklara sahip ailelerde yaptıkları incelemelerde; yaşça küçük çocukların yaşça büyük olan çocuklara göre ihtiyaçlarının daha fazla olduğunu belirlemişlerdir (25).

Ailelerin ihtiyaçları çocuğun yeterliliği, fiziksel destek ihtiyacının boyutu, mobiliteye yardımcı ya da adaptif teknolojiler gibi konularda farklılık gösterebilir. Yapılan çalışmalar; tekerlekli sandalye kullanan çocuk ve gençlerin ailelerinde, sosyal, rekreasyonel ve boş zaman aktivitelerine katılım ihtiyacının çok yüksek olduğunu göstermektedir (50,88).

Nitta çalışmasında; SP'li çocuk ve ailelerinin ihtiyaçlarını, planlanmış ve planlanmamış destekler olarak tanımlamıştır. Ailelerin toplumsal kaynaklar konusundaki bilgilerini de tanımlayarak, kaynaklar konusundaki yetersiz bilgi ve koordine olmayan servislerin, SP'li çocukların katılım kısıtlılıklarını artırdığını vurgulamıştır (80).

2.10.Katılımı Etkileyen Çevresel Engellerin Belirlenmesi ve

Tanımlanması

ICF (ICIDH-2) ; fiziksel ve sosyal çevrenin katılımın kısıtlanmasında önemli bir rolü olduğunu vurgulamaktadır. ICF çocuk ve genç versiyonunu kavramlaştırarak çocuğun katılımını etkileyen 5 çevresel faktör tanımlamıştır (Tablo 2.4) (58, 75).

- 1- Ürünler ve teknolojiler,
- 2- Doğal ve yapılandırılmış çevre,
- 3- Destek ve ilişkiler,
- 4- Davranış, değerler ve inançlar,
- 5- Hizmetler, sistemler ve politikalar.

Tablo 2.4. DSÖ; Çevresel Faktörlerin Tanımlanması

ÇEVRESEL FAKTÖRLER;	TANIMLAMA
1- Ürün ve teknolojiler;	<i>Doğal ya da insan yapımı ürünler ya da ürünlerin sistemlerini, insanların çevrede doğrudan doğruya kullandıkları, ürettikleri, bir araya getirdikleri teknolojileri (araç veya fonksiyonelliği artırmaya yönelik adaptif teknolojiler) içerir.</i>
2- Doğal çevre ve insanın çevrede yaptığı değişiklikler;	<i>Canlı ve cansız doğal ve fiziksel çevre elementleri ve komponentleridir. Kişi tarafından çevrede yapılan modifikasyonları içerir. Bu modifikasyonlar genelde o çevrede yaşayan insan nüfusunun karakteristik özellikleri ile alakalıdır.</i>
3- Destek ve ilişkiler;	<i>İnsan ya da hayvanlara fiziksel ve emosyonel destek sağlamak (ev, iş yerleri, okul, oyun alanları ya da günlük yaşam aktiviteleri içerisinde bu desteğin sağlanması ve devamlılığı) korumak, sosyal ilişkiler ve yardımları içerir.</i>
4-Davranış değerler ve inançlar;	<i>Davranışlar, gelenekler, ideolojiler, değerler, inançları içerir.</i>
5-Hizmetler, sistemler ve politikalar;	<i>Hizmetler; yararlı, yaratıcı programlar ve uygulamalardır. Sistemler ve politikalar; kontrol veya organizasyon mekanizmalarını (politikalar, roller ve standartlar) içerir.</i>

Çocuğun katılımı potansiyel olarak sadece onun fonksiyonel başarısından, yeteneklerinden, ilgilerinden ve aile kültüründen etkilenmez. İçinde bulunduğu fiziksel, sosyal, davranışsal çevreden de etkilenir (5, 50).

Çalışmalar, özürlü çocukların sağlıklı çocuklara göre katılımı çok fazla sınırlılık yaşadıklarını, çocuğun katılımının güçlü bir biçimde yaşadığı günlük çevresinden etkilendiğini belirtmektedir (36,59,75).

Özürlü çocuklar için katılımı etkileyen engelleri tanımlayan, farklılıkları belirten ve oranlarını açıklayan çok az çalışma mevcuttur (58). SP'li çocuklarda katılım biçimi benzerdir ve SP'nin tipi, şiddeti ve yaşadıkları yer ile bağlantılıdır. Çevresel faktörler SP'nin tipini, entelektüel bozukluğun derecesini, hatta yürüme yeteneğini büyük miktarda sınırlayabilir. Sosyal dışlanmanın çeşitleri çocukların nerde yaşadıkları ile ve SP'nin altta yatan tipinden ne kadar etkilenip etkilendiğiyle de açıklanabilir. Katılım üzerinde çevrenin etkileri üzerine özel kanıtlar mevcuttur. Bu kanıtlar bozukluğun sosyal modelini desteklemektedir.

“Bozukluğun Sosyal Modeli”; DSÖ tarafından, bozukluğa bağlı olarak kişi ve onun çevresi arasındaki etkileşimin sonuçları olarak tanımlanmıştır. Bu sonuçlar kişiyi etkileyen şeylerden çok onun bozukluğuna bağlı olarak, kişi ve çevresi arasındaki etkileşimin sonuçları olarak tanımlanmaktadır.

Hammal ve arkadaşları; fiziksel bozukluğu olan SP'li çocukların katılımlarında bölgesel farklılıklar var olduğunu ve bu farklılıkların temelinde nerde yaşadıklarının yanı sıra SP'nin tipinin ve şiddetinin de önemli olduğunu belirtmişlerdir (36).

Lawlor ve arkadaşları; Hutchinson ve Gordon'nun 100 çocukla yaptıkları görüşmede katılımı etkileyen engellerin; fiziksel çevredeki yüzeyler, sosyal çevrede yetişkin gözetimine bağlılığın artması, davranış çevresindeki kabadayılıklar, kurum içi davranışlar (örneğin: yazılı uyarı işaretlerinin eksikliği) vb. engeller olarak tanımladıklarını belirtmişlerdir (59).

Özürlü çocuklarda katılım konusunda yapılan çalışmalar çevresel faktörlerin sıklıkla çocuğun sosyal yaşamdaki ve evdeki aktivite ve katılımını etkilediğini göstermektedir (24, 58, 90). Karakteristik tasarımlar (ortam, aydınlatma, kalabalık, gürültü vs.) okul, ev ve sosyal çevrelere erişilebilirlik, fiziksel bozukluğu olan

çocuklar için önemli katılım engellerine karşı uygun tavırları belirlemeyi sağlayabilir. Toplumsal düzeyde düşük belediye kaynaklarının ve hizmet servislerinin (okullar, ulaşım, rekreasyonel programlar vb.) fiziksel bozukluğu olan çocukların toplumsal katılımlarını engellediği belirlenmiştir (74, 75).

Welsh ve arkadaşları; fiziksel bozukluğu olan çocuklarda sosyal katılımın artırılabilceğini, sosyal katılımın büyük oranda ulaşılabilirliği artırdığı ve uyarıcı etkisi olduğunu belirtmişlerdir (112).

Davranışsal faktörler ve sosyal desteğin eksikliği katılımı potansiyel bir engeldir. Kurumlardaki engeller; İhtiyaç kaynaklarının yokluğu ya da bilgiye erişilememesi gibi engelleri içerir. Engeller sosyoekonomik eşitsizliğe neden olmaktadır. Çocuk için kabadayılık, sosyal fark gözetme ve sınırlamak, çocuğun kendini izole edilmiş hissetmesine ve çeşitli katılımları bırakmasına neden olabilir. SP'li çocuklarda sosyal çevreler okul dâhil katılıma cesaret verir, çalışırken karşılaştıkları ufak engeller ile yüzleşmelerini sağlar, arkadaşlık sistemi, yaşlıları ile ilişkilerinin ilerlemesi ve rekreasyonel aktivitelerde yeni davranışlar geliştirmeleri için cesaret verir (49, 50, 75, 90).

Engelleri etkileyen faktörlerde; çocuğun yaşının, cinsiyetinin, fiziksel fonksiyonel seviyesinin, davranış bozuklukları seviyesinin ve toplum tipi limitlerinin (örneğin; köy, kasaba, kent) etkili olduğu bulunmuştur (58).

2.11. SP'li Çocukların Okul Aktiviteleri İçerisinde Yaşadıkları Zorluklar Ve Aktivite Biçimleri Kavramı

Blum ve arkadaşları; fiziksel bozukluğu olan çocukların yaşlılarına göre çok az sosyal iletişimleri olduğunu belirlemişlerdir. Bu durumun öğrenme fırsatlarını etkilediğini ve bu nedenden ötürü bu çocuklar için okul ortamının çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Örneğin: bu çocuklarda sınıf içerisinde görülen süre kısıtlılığı sorunu, neden özürlü çocuklar sağlıklı çocuklardan sonuçlar açısından daha alt düzeydedir? Sorusunu değerlendirmeyi ve açıklamayı gerektirmektedir. Sınıfta uygulanan öğrenme stili sınıf içerisinde çalışmayı gerektirir. Fiziksel öze sahip çocuğa katılım fırsatı verir. Okul içerisindeki çalışmalar çoğunlukla kişinin yeteneklerini hedef alır. Örneğin; IQ, sosyal iletişim yetenekleri, okul içerisindeki başarısı, uyumu ve ekip çalışmalarıyla bağlantısını ele alır (13).

Hemmingson çalışmasında, Whitehouse ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucunda; fiziksel bozukluğu olan çocuklarda okul içerisindeki fiziksel ve sosyal çevre faktörlerinin örneğin; mimari bariyerlerin; yardımcı cihazlara yetersiz erişimin (özellikle bilgisayarlara erişilebilirlikte zorluk), okul içerisindeki sosyal çevrede öğretmen ve akranlarının çocuğun özüne bakış açısı gibi engellerin çocuğun katılım kısıtlılığına neden olduğunu belirtmişlerdir.

Hemmingson ve arkadaşları çalışmalarında; çocuklar tarafından okul içerisinde rapor edilen engelleri söyle belirlemişlerdir. Mimari bariyerler (örneğin; okul rutinleri içerisinde kullanılan farklı sınıflarda farklı bariyerlerin varlığı), rampaların yokluğu, asansörlerin yetersizliği ya da yokluğu, otomatik açılır-kapanır kapıların yokluğu, sıraların, sandalyelerin ve diğer malzemelerin fiziksel bozukluğu olan çocukların kullanımı için uygun olmaması. Ek olarak; çocukların yardımcı cihazlarını kaybetmeleri, görevin fiziksel bozukluğu olan çocuğa göre adapte edilmemiş olması, görevi tamamlamada süreyi verimli kullanamamaları, çocukların öğle aralarında farklı katlara ya da binalara transferlerinin yapıyor olması. Kitapların, bilgisayar ve donanımlarının, yardımcı cihazların eğitim alacakları ilgili sınıflara taşınıyor olması gibi faktörlerin çocuğun katılımında engel niteliği taşıdığını belirlemişlerdir.

Çalışmalarında, Williams ve arkadaşlarının; ortaokul çocuklarında, çocuğun sınıfın bir üyesi olabilmesi için sınıf içerisindeki aktivitelere aktif katılımının önemli bir uyarıcı olduğunu ve öğretmenlerin çocuğun derse adaptasyonu, okul aktiviteleri içerisinde çocuğa seçim olanağı sağlanması açısından önemli görevleri olduğunu belirlediklerini belirtmektedirler (38).

Kielhofner göre; çocukların çoğunun okul aktivitelerine performans harcamada zorlukları var. Ya diğerleri gibi performans harcayamıyorlar ya da beklenen performansı sergileyemiyor. Bu durum sınıf içerisindeki katılımın sınırlandırılmasına ve bazı aktivitelerden dışlanmalarına neden oluyor örneğin; el sanatları, spor aktiviteleri ya da ders saatleri dışında dışarıda yapılan aktiviteler vb. Yavaş yazı yazma, yazım biçiminde bozukluk, sınıf geneline ayak uyduramama gibi benzer zorlukların varlığı ise aktiviteyi nasıl başarabilir? Sorusunu akla getiriyor.

“Aktivite Biçimleri Kavramı” (Occupational Form Konsepti) (Kielhofner 1995); okul içerisinde yapılması gereken göreve nasıl müdahaleler yapılacağını

belirleyen bir kavramdır. Ailelerin çocuklarının okul içerisinde yaşadıkları problemler konusunda bilgi sahibi olmaları önemlidir. Gerekiyorsa öğretmenler sağlık çalışanları tarafından çevresel düzenlemeler, ihtiyaçlar gibi konularda bilgilendirilmelidir. Öğretmen çocuk hakkında bilgilendirilirse, çocuk için gereken adaptasyon yaklaşımlarını yapabilir. Öğretmenlerin bu konuda birbirleri ile iletişimleri ve bilgi alış verişleri de önemlidir. Bazı çalışmalar yaşla birlikte okul içerisindeki problemlerin arttığını göstermektedir (47).

2.12. Aktivite Kavramı ve Ergoterapi

Law (2002), Segal ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmalarda; katılımın psikososyal ve emosyonel yeteneklerin gelişimi hatta yaşam memnuniyeti için temel olduğunu belirtmişlerdir. Ergoterapist'in en önemli hedefi hastayı günlük yaşama katılıma teşvik etmektir. Bu görüş ICF'in son yıllardaki bakış açısının temelidir. Bu modelde temel hedef; kişi çevre uygunluğudur. Çocuklar için anlam dolu bir çevrede çocuğu katılıma teşvik eden ya da seçimlerini etkileyen faktörleri belirlemektir (54,100).

Kimiecik ve arkadaşları; çocuğun gelişimi ve fonksiyonel görünümü açısından katılımın değerlendirilmesinin ve katılımı etkileyen faktörlerin belirlenmesinin son derece önemli olduğunu belirtmiştir. Buna bağlı olarak kişinin ergoterapi performansını değerlendirirken ergoterapist için önemli olan; onun ihtiyaçlarını, yeteneklerini, çevresel ve sosyal faktörlerini de değerlendirmektir (48).

Law'a göre katılımı değerlendirirken; katılımın çeşitliliği, katılım gösterilen toplam aktivite sayısı, aktivite ile harcanan süre (frekansı) ve çevresel faktörler de (nerede, aktivitenin kiminle yapılacağı) değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmelerde amaç; katılım boyunca katılımın tipinin anlaşılmasıdır (54).

King ve arkadaşlarına göre; kişinin performansını artırmak ve katılımı anlamlandırmak için katılım tipinin anlaşılması önemlidir. Katılımın etkinliğini belirlemek için seçilen aktivite ile ne kadar eğlenildiğini belirlemekte bir diğer değerlendirme faktörüdür. King çalışmasında Soanese (2003) göre; seçimlerde önemli olanın çocuğun en çok hangi aktiviteden hoşlandığının belirlenmesi olduğunu vurgulamaktadır. Bir aktiviteden diğer aktivite ya da aktivitelerden daha çok

hoşlanıyor olabilir. İlgilenilen aktivite genellikle çocuğun katılım sıklığı ile alakalıdır (51).

Batya ve arkadaşları çalışmalarında, Garton (1991) ve arkadaşlarına göre; seçimlerin kişiyi katılıma ittiğini fakat katılımcının kendi gelişim seviyesinden daha zor bir ilgi alanı seçip ona yönelebileceğini belirtmektedir. Bu nedenle çalışmalarında Law'a göre; katılımı fasilite eden faktörler değerlendirildiği zaman, kişinin tercih ettiği aktivitelerin, ilgilerin ve hatta bu seçimleri etkileyen faktörlerin belirlenmesinin önemli olduğunu belirttiğini vurgulamaktadırlar. Law ve arkadaşlarına göre; çocukların çeşitli günlük yaşam aktiviteleri içerisindeki gelişimi ve tercihleri onların keşifleri ile bağlantılıdır. Bu tercihler çocukların yaşından, keşfetme fırsatının sağlanmasından, aktivitede iyi bir performans harcayıp harcamadıklarından ve aktivite ile ne kadar çok eğlendiklerinden etkilenir (9).

Boş zaman aktivitelerine katılımın çocuk üzerinde pek çok yararı vardır. Çocuğun kendi seçimi olan anlamlı aktivite ile meşguliyeti; sağlığını, kişisel otonomisini, yeteneklerini, üretkenliğini, iletişim becerilerini ve yaşam memnuniyetini artırır (86).

AOTA (2002) göre; ergoterapistin en çok göze çarpan özelliği, hastayı değerlendirirken onun anlamlı aktivitelere katılımını ve toplumsal katılımını değerlendirmeye odaklanmasıdır. Ergoterapist hastanın sosyo kültürel yapısını anlamalıdır. Burada amaç kişiyi tanımlayıp yardımcı olabilmek ve kişinin kültürüne uygun anlamlı aktiviteler ile meşgul olmasını sağlayabilmektir (6).

Ergoterapist için önemli olan, kültürel faktörlerin çocuğun yaşam fonksiyonelliğini nasıl etkilediğini anlamak ve kültürel bağlamlar ile çocuğun gelişimi ve katılımı arasındaki ilişkiyi anlayarak, etkin tedavi yöntemlerini belirlemektir. Terapatik müdahalelerde hastanın kültürel bakışı uyarlanabilir. Bu hedeflenen etkin müdahalelerin etkinliğini sağlayabilir. Anlamlı, kültüre uygun ergoterapi tecrübelerinin bulunması ve geliştirilmesi çocuğun duygularının kontrolü, aile ve çocuk için hedeflenen sonuçların sağlanması açısından önemlidir (54).

“Kişi Çevre Aktivite Modeli” (*Person-Environment-Occupational Model PEO*); model çevresel ve davranışsal teorilerden hatta kişi merkezli ergoterapi teorilerinden elde edilmiştir. Bu teoriye göre; kişi eğer anlamlı roller üstlenirse yaşamı değişir. Kişi kültürel, ekonomik, endüstriyel, fiziksel ve sosyal çevre ile

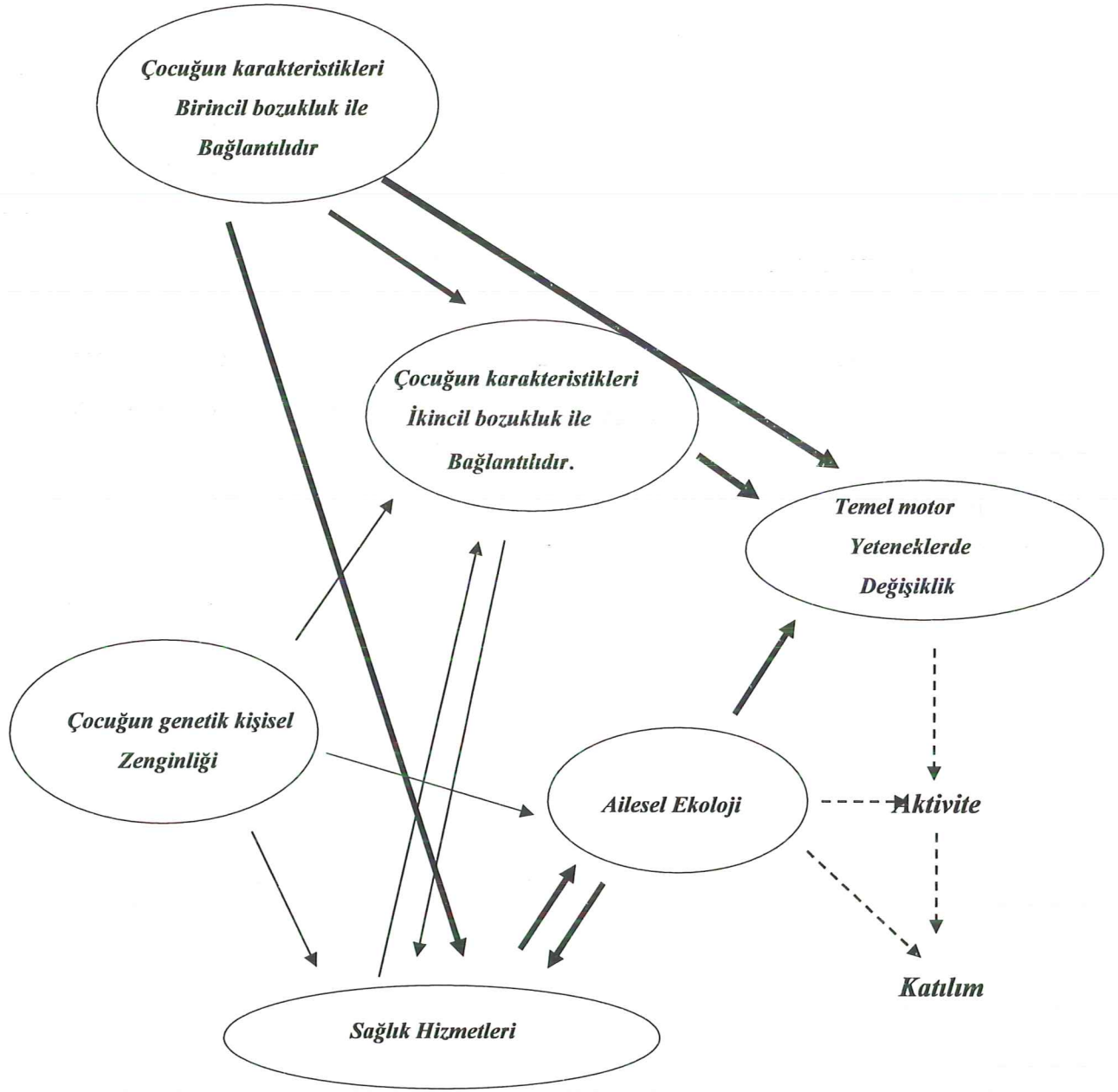
etkileşim halindedir. Ergoterapi kişinin tüm gün boyunca kişiye yönelik görevler ile meşguliyetini talep eder. Çocuklar için ergoterapi çocuğun ailesinin üyesi olmayı, kendine bakım aktivitelerini yapabilmeyi, oyun oynama, sosyal ilişkiler ve öğrenci olabilmeyi içerir.

Kişi-Çevre-Aktivite Modelinde; *“Aktivite Performansı”*; kişinin çevre içerisinde amaçlı aktiviteler ve görevlerle meşgul olmasının yarattığı tecrübedir. Biçiminde tanımlanmaktadır. ICF’e göre müdahaleler planlanırken kişinin yaşadığı çevrenin göz önüne alınması çok önemlidir. Kişi ve çevre arasındaki dinamik ve enteraktif durum Bronfenbrenner’in çevrebilimle ilgili modeli ve kişi çevre aktivite modeli biçiminde ergoterapide açıklanmaktadır. Bu model; kişinin yaşamında onun kişisel fonksiyonel kapasitesinin önemli bir rol oynadığını belirtir.

Bu modelin SP ile bağlamına baktığımızda ise; aktivite performansını artırmaya yönelik müdahalelerin örneğin; mobilite araçları, alternatif iletişim cihazları, teknik araç ve gereçlerle ilişkisinin artırılmasıdır. Bu yaklaşımlar kişinin yaşamında önemli rol oynar. SP’li bir çocuk aktivite performansı için çaba gösterir. Örneğin; okul yaşamını tüm olarak paylaşır, merdivenleri çıkar, sınıfına, kafeterya ve kütüphaneye ulaşabilir. Teneffüs aralarındaki oyun alanlarındaki aktivitelere akranları ile katılır ve yetenekleri onlarınkine benzerdir. Yazı yazmada güç kapasitesi çok iyidir fakat sınıftaki arkadaşlarından geri kalıyor olabilir. Ek olarak zil çaldığı zaman dengesini kaybediyor ve düşüyor olabilir. Bu meydan okuma onun arkadaşlarından farklı olduğu hissini yaratabilir ve arkadaşlık ilişkilerini oluşturmada zorlanabilir. İstenen sonuçlar için müdahaleler bulunulabilir. Örneğin; kişi-çevre düzenlemeleri için okul ekibi ile işbirliği, mimari bariyerleri elimine etmek için örneğin; sınıf içi düzenlemeler, zemin düzenlemeleri, zil seslerinin ayarı gibi çevresel müdahaleler yapılabilir. Çocuğun bilgisayar kullanımı ve el yazısı aktivitesini geliştirmek için kişi-aktivite etkileşimi kullanılarak sonuçlar geliştirilebilir. Örneğin; fiziksel yeteneklerin gelişimi ve fitnes çalışmaları yapılabilir. Bu müdahaleler çocuğun aktivite performansının artırılmasını sağlar. Özet olarak; aktivite performansı modifikasyonların kullanımı ile modifiye edilebilir ve kişi- çevre- aktivite etkileşimi ile çocuğun yaşamı biçimlendirilebilir (86).

Barlett ve Palisona; SP'li çocuklarda motor değişiklikleri içeren, teori ve çalışmalara dayalı bir model hedeflemişlerdir. Bu modelde kavram olarak, ICF' in; genel sistem teorisi, insan-çevre bilim teorileri ve aile merkezli bakım teorileri temel alınmıştır. Bu modele göre; çocuğun karakteristik özellikleri birincil bozukluklar ile bağlantılıdır (motor-duyu-kognitif) ve direk olarak çocuğun motor yetenekleri üzerinde güçlü etkileri vardır. Endirekt olarak da ikincil bozukluklar ile (iskelet düzgünlüğü, eklem aralığı, güç, aerobik kapasite vb.) bağlantılıdır (8) (Şekil. 2.1).

Çocuğun kişiliğinin (ruh hali, motivasyon vb.) çocuğun motor yeteneklerini etkilediğine dair hipotezler mevcuttur. Aile yapısı ailenin demografik yapısını ve fonksiyonelliğini içerir. Ailenin etkileşimleri, beklentileri, kaynaklar ve destekler motor yetenekleri etkileyerek değiştirebilir. Çocuğa ailenin sağladığı fırsatlar ve tecrübeler ile sağlık bakım hizmetleri sağlanabilir. Aile ve çocuğun bakım memnuniyeti; bakıma ulaşabilme, sahip olabilme ve müdahaleler ile bağlantılıdır (86).



Şekil.2.1. SP'li çocuklarda hedeflenen motor değişikliği gösteren çok çeşitli model.

Humphry, çocukların gelişiminin sosyokültürel çevrede oluştuğunu bu çevrenin olgunlaşma ve aktivite çeşitliliğini artırdığını belirtmiştir. Bu bağlamda ergoterapi çocuğun hoşlandığı ve talep ettiği tüm aktiviteleri yapmasını önerir. Ergoterapi gelişim çalışmaları kavramsal modelleri içerir. Bu modeller özellikle çocuğa ait faktörlere ya da kişiye yönelik faktörlere odaklanmaktan çok, çeşitli

seviyelerde ve bakış açılarında katılıma odaklaşmayı içerir. Örneğin çocuğa ait faktörlerde özellikle dış faktörlere odaklaşmak önemlidir (39).

Bulgular boş zaman aktivitelerine katılımıda çocuğun ilgilerinin ve tercihlerinin tanımlanması konusunda ergoterapist ve fizyoterapist'lere büyük ölçüde öncelik verilmesi gerektiğini göstermektedir. Örneğin; çocuklar ne yapmak isterler? Boş zaman aktiviteleri içerisinde ve aktivitelerini yaptıkları alanlardaki engelleri nelerdir? Müdahale yöntemlerinde, katılımı etkileyen iç faktörlerin azaltılmasına odaklanılabilir. Örneğin; davranış problemleri, zayıf sosyal yetenekler ve mobilite sınırlılıkları gibi faktörlerin etkinliğini azaltmaya yönelik stratejiler planlanabilir. Terapist gereken ihtiyaçları ve kaynakları belirleme, tanımlama, aile birliğini artırma ve çocuğun katılımını sağlamak amacı ile aile ile birlikte çalışabilir. Ayrıca çalışanlar ve araştırmacılar, politik ve toplumsal seviyede savunmak, kaynak ve desteklerin sağlanacağını garanti etmek gibi konularda önemli rol oynar. Katılım ve boş zaman aktivitelerini anlamının en iyi yolu ergoterapistin ve fizyoterapistin müdahale ve kanıt sağlamaya yönelik hedeflerini desteklemektir. Böylece yetersizliği olan kişilerin boş zaman katılımlarını ve hedeflerini yanı sıra kişisel memnuniyetin, sağlık ve iyilik halinin nasıl sağlanabileceğini de anlamak mümkün olabilir (86, 103).

2.13.Boş Zaman Aktivitelerine Katılım

Boş zaman; kişinin kişisel olarak özgürce seçtiği aktivitelerde zamanını performans harcayarak geçirmesidir. Bu durum kendine bakım ya da işle alakalı olmak değildir. Sonucunda memnuniyet, motivasyon artışı, kendine yeterlilik ve aktiviteyi üstlenmeyi gerektiriyor olması gerekir. Boş zaman; boş zaman aktivitelerini ve rekreasyonel aktiviteleri içerir.

Eğlenme; kişinin vücut ya da beyninin terapatik canlanması için davranışını düzenleyerek zamanı kullanmasıdır. Boş zaman eğlenme ya da dinlenmenin bir formu gibidir. Çoğunlukla katılımcının eğlendirici, canlandırıcı ve dikkatini dağıtan tavırlar içerisinde aktif olmasıdır. Buna rağmen belirgin olarak boş zaman ve eğlencenin yapılanması birbirinden farklı olabilir.

Law yaptığı çalışmada Jacobs'a göre; fiziksel bozukluğu olan çocuk ve yetişkinler için sosyal katılım ve yaşam kalitesi; evde ve toplumda boş zaman aktiviteleri ile ilgilenme, bu aktiviteler içerisinde yer alma konusunda fırsatların

tanınmasıdır. Biçiminde ifade etmektedir. Bu durum yapılan araştırmaların acil sahalarıdır. Buna rağmen oyun yetersizliği olan çocuklarda tedavi amaçlı müdahale yöntemleri kullanılır. Rehabilitasyon müdahalelerinde tipik olarak önemli yer oynayan ve ergoterapi alanında baskın olunan ilgi alanı ise kendine bakım ve üretkenliktir (103).

Saleh ve arkadaşları; ergoterapistin pediatrik alanda temel olarak yetersizliğe ve temel fonksiyonlara odaklandığını belirtmektedir. Oyun ve eğlenmeyi geliştirme ise çok az müdahalenin temel hedefidir. Yetersizliği olan çocuk ve gençlerdeki iç faktörler ve dış faktörler katılımı artırır. Bu durum terapistin katılımının ve toplumsal uyumun artırılması dolayısı ile sağlığı artırma yöntemlerini içeren müdahaleler konusunda olanaklar sağlar (95).

Boş zaman aktiviteleri okul saatleri dışındaki aktiviteleri kapsar. Kişinin kişisel olarak özgürce seçtiği, eğlendiği ve özellikle kişiyi motive eden aktiviteleri içerir (55).

Boş zaman aktiviteleri ikiye ayrılır;

1-Planlanmış: yapıcı, önceden planlanmış

2-Planlanmamış: yapıcı olmayan, sıradan, rastgele, planlanmamış.

Aktivitelerin her ikisi de çocuğun gelişiminde temeldir. Çalışmalar yetersizliği olan çocukların özellikle planlanmamış aktivitelere katılım gösterdiklerini, bu aktiviteleri ev ve aile çevresine taşıdıkları ve aktivitelerin yetişkinler tarafından organize edildiğini göstermektedir (3,57,103).

Aitchisan (3) ve Law (57) çalışmalarında; özürlü çocukların yaşlılarına göre çeşitliliği az ve yetersiz sosyal katılım içeren aktivitelere yöneldiklerini, zamanlarının çoğunu izole aktiviteler ile geçirdiklerini (televizyon seyretmek veya bilgisayar kullanmak gibi), tipik olarak çocukların boş zaman aktivitelerini yaşlıları ile paylaşmaktan çok yalnız ya da aileleri ile sürdürdüklerini belirtmektedirler.

2.13.1.Boş Zaman Aktivitelerine Katılımı Etkileyen Faktörler

1-Çocuğa ait faktörler; İç faktörler: aktivite sınırlılıkları, motor fonksiyon, motivasyon yönetimi, kişisel faktörler, yaşam stili, yaş, cinsiyet bunların tümü bir bütün olarak çocuğun sosyal katılımını ve boş zaman aktivite katılımını etkiler. Bununla birlikte bu konuda yapılan deneysel çalışmalar eksiktir (4).

King ve arkadaşları çalışmalarında; boş zaman aktivitelerine özellikle planlanmamış aktivitelere katılımda ve katılımın artırılmasında yaş artışının çok önemli olduğunu belirlemişlerdir. Cinsiyetin genellikle aktivite seçimini etkilediğini kız çocuklarının sanat ve sosyal aktivitelere, erkek çocuklarının ise grup ve fiziksel içerikli aktivitelere eğilim gösterdiklerini belirtmektedirler. Motor fonksiyon sınırlılıklarının genellikle yetişkinlere bağımlı olma ve planlanmış ve planlanmamış aktivitelere katılımda kısıtlılığa neden olduğunu, mobilite kısıtlılığının ise aileler tarafından fiziksel özürli çocukları için katılımı engelleyen faktörlerin anahtarı olarak görüldüğünü belirtmektedirler (52).

2-Aileye ait faktörler; Mctavis ve Schlein'e göre: Boş zaman aktiviteleri içerisinde yer almak aile stresinin düşük olması ile bağlantılıdır. Aileler için boş zaman aktivite fırsatlarının düşük olması zaman, finansal kaynaklar ve hizmet destekleri ile bağlantılıdır (örneğin; bakıcı, okul çevresi vb) (63). Kanıtlar fiziksel bozukluğa sahip çocuğu olan ailelerde; aile birliğinin, stres düzeyinin, beklentilerin, baş etme yeteneğinin, eğlence seçimlerinin ve ekonomik gelirin katılımı artıran önemli faktörler olduğunu göstermektedir (31,37,50,62).

McHale ve arkadaşları; Amerika'da Meksika kökenli 237 aile ve 469 sağlıklı çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada; boş zamanını dışarıda geçiren çocuklarda akademik çalışmalarla geçiren çocuklara göre depresif belirtilerin ve davranış problemleri risklerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bununla birlikte çocuğun boş zaman aktivitelerini seçmede ailenin kültürel değerlerinin özellikle babanın seçimlerinin çocuk üzerinde dominant etkileri olduğunu belirlemişlerdir (73).

3-Çevreye ait faktörler; Boş zamanlar aktivitelerine katılım çevresel faktörler tarafından engellenebilir. Sosyal ve politik modellerde, bozukluk kişinin çevreyle ilişkilerinde bir problem olarak görülmektedir. Çevresel engeller direk olarak boş

zaman katılımını etkiler (fiziksel düzenlemeler, kültürel ve sosyal davranışlar vb.). Bu durum aktiviteye ulaşılabilirliği ve alanı kısıtlayabilir.

Toplumsal programların karakteristikleri bu çocukların ihtiyaçlarını ve katılım için önemli faktörleri tanımlayabilir. Boş zaman çeşitliliği ve sıklığı sosyal çevre tarafından etkilenebilir.

Çalışmalar; fiziksel kısıtlılıkların örneğin; ulaşım ve fiziksel engellerin (uygun olmayan yüzeyler, merdivenler vb.) çocuk ve gençlerin boş zaman aktivitelerine katılımını engellediği yönündedir. Bu kısıtlılıklar çocukların planlanmış aktiviteler yerine planlanmamış aktiviteleri tercih etmelerinin bir boyutudur. İkinci bir boyutu ise yaşlıları tarafından fiziksel bozukluğu olan çocuk ve gençlere olan davranışlar, yetişkin yardımına ihtiyaç duymaları, diğerleri tarafından bakılıyor olmak, politik ayrımcılık ve bilgi eksikliği gibi engellerin varlığıdır.

Davranışsal ve sosyal çevre faktörleri dominant faktörlerdir. Bu faktörlerin SP'li çocukların boş zaman aktivite katılımı üzerinde negatif etkileri tanımlanmıştır. Negatif etkiler, çocuk ve gençlerin büyük toplumlar içerisindeki fiziksel korunma ihtiyacı ve davranışsal engellerden kaçınmak için neden tecrit edilmiş çevrelerde boş zaman aktivitelerine katıldıklarını açıklamaktadır.

Boş zaman ve rekreasyonel aktivitelere katılımı etkileyen beş temel engel belirlenmiştir. Bunlar; tercih, zaman, para, uyaranlar ve yeteneklerdir (**Tablo 2.5**) (52, 103)

Tablo.2.5 Fiziksel Bozukluğu Olan Çocuklarda Boş Zaman Aktivitelerine Katılımı Etkileyen Faktörler Tablosu.

Çocuk	✓ Yaş	<i>Yaş artışı yetersiz katılım ile bağlantılıdır.</i>
	✓ Cinsiyet	<i>Cinsiyet aktivite seçimlerini etkiler.</i>
	✓ Motor Fonksiyon	<i>Motor fonksiyon sınırlılıkları yetersiz katılım ile bağlantılıdır.</i>
	✓ İlgi ve tercihler	<i>İlgi ve tercihler, aktivite seçimini ve katılım düzeyini etkiler.</i>
Çevre	✓ Fiziksel	<i>Fiziksel çevredeki yetersiz donanım ve engeller aktivitelere katılımı etkiler.</i>
	✓ Sosyal	<i>Sosyal politikalar, organizasyon, bilgi eksikliği ve arkadaş desteğinin yetersizliği sosyal katılımı etkiler.</i>
	✓ Davranışsal	<i>Davranışsal çevre; kaba tavırlar ve yetişkinlere bağımlı olmak.</i>
Aile	✓ Ailenin sosyoekonomik durumu	<i>Düşük aile kazancı</i>
	✓ Eğitim düzeyi	<i>Anne ve babanın düşük eğitim düzeyi düşük seviyedeki katılım ile bağlantılıdır.</i>
	✓ Ailenin fonksiyonelliği	<i>Ailenin boş zaman tercihleri ve aileye gösterilen sosyal desteğin düzeyi ailenin fonksiyonelliğini etkiler.</i>

3.BİREYLER ve YÖNTEM

3.1.Bireyler

Zihinsel özürlü olmayan, fiziksel özürlü 6–10 yaş arasındaki SP’li çocukların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini, toplumsal katılım biçimlerini, aktivite tercihlerini ve aktiviteler ile ne kadar eğlendiklerini sağlıklı çocuklarla yaşa ve cinsiyete göre karşılaştırarak, SP’li çocuk annelerin depresyon düzeyi ile çocuğun katılımı ve aktivite içindeki eğlenme seviyesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yaptığımız bu çalışma, Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Servisinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya 80 SP’li ve 80 sağlıklı çocuk ve anneleri katılmıştır. Araştırma grubu olan Grup A; 6-8, 9-10 yaş grupların da eşit sayıda kız ve erkek çocuk içeren 80 SP’li çocuktan oluşmaktadır. Kontrol grubu olan Grup K ise; 6–8, 9–10 yaş grupların da eşit sayıda kız ve erkek çocuk içeren 80 sağlıklı çocuktan oluşmaktadır.

Türkiye’nin pek çok il ve ilçesinden gelen SP’li çocuk annelerinin depresyon düzeyleri, benzer sosyoekonomik yapıya sahip sağlıklı çocuk annelerinin depresyon düzeyleri ile karşılaştırılmıştır.

6-8, 9-10 yaş grubu çocuklar için okul çağı olan bu dönem; çocuğun ailesinden uzaklaşıp sınıf arkadaşlıkları, öğretmenleriyle ilişkiler gibi sosyal ilişkilerinin önem kazandığı, özgüvenin, başarıma duygusunun geliştiği ve yeni becerilerin kazanıldığı dönemdir. Bu nedenle normal gelişim aşamaları gösteren sağlıklı çocuklarda yaşla birlikte, aktivite katılımlarında ve tercihlerinde oluşan değişimlerin, SP’li çocuklarda hangi düzeyde oluştuğunu belirlemek amacı ile bu yaş grupları üzerinde özelleştik.

Çalışmamız Hacettepe Üniversitesi Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu’ndan LUT 09/66 kayıt numarası ile izlenmektedir. 02.07.2009 tarihinde değerlendirilmiş olup tıbbi etik açısından uygun bulunmuştur. Bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiş ve her iki grup için ayrı olarak düzenlenmiş aydınlatılmış onam formu okutulup imzalatılmıştır.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri;

- SP tanısı almış,
- Koopere olabilen, test yönergelerini anlayabilen mental geriliği olmayan,
- Görme, işitme gibi duyu problemleri çözümlenmiş,
- Yardımcı araçlarla da olsa bağımsız yürüyebilen çocuklar alınmıştır.

3.2.Yöntem

3.2.1.Anne ve Çocuğun Değerlendirilmesi

3.2.1.1.Anne ve Çocuk Demografik Bilgileri

Tüm çocuklardan ve annelerden değerlendirmeye başlamadan önce aşağıdaki demografik bilgiler alınmıştır;

- Çocuk ve annenin yaşı
- Çocuğun cinsiyeti
- Doğum yeri ve şekli
- SP' nin tipi
- SP' nin motor tipi
- Çocuğun diğer bozuklukları
- Motor gelişim seviyesi
- Yaşadığı yer
- Okul tipi
- Ailenin aylık geliri,
- Anne ve baba arasında akrabalık var mı ve eğitim durumları
- Anne günde kaç saatini çocuğa ayırabiliyor kaydedilmiştir.

3.2.2. Pediatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçümü (WeeFIM)

Wee-FIM yetişkinler için kullanılan FIM'den adapte edilmiştir.

WeeFIM; 6 ile 7 yaş arasındaki özürlü çocuklar ile 7 yaşın altındaki sağlıklı bütün çocukların fonksiyonel bağımsızlığını değerlendirmek ve gelişimini izlemek için düzenlenmiş bir testtir. Wee-FIM kendine bakım 6, sfinkter kontrolü 2, mobilite 3, lokomasyon 2, iletişim 2 ve sosyal 3 olmak üzere 6 alanda ve toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Değerlendirmeler; anneler ile görüşülerek yapılmıştır.

Wee-FIM’de değerlendirme yapılırken 1 ‘den 7’ye kadar puan verilir.

- 1; Total yardım, (çocuk=%0-24)
- 2; Maksimum yardım, (çocuk=%75-99)
- 3; Hafif yardım, (çocuk=%50-74)
- 4; Minumum yardım, (çocuk= %75-99)
- 5; Gözlemle,
- 6; Modifiye bağımsızlık,
- 7; Tam bağımsızlık olarak belirtilir.

7 (tam bağımsızlık) ve 6 (modifiye bağımsızlık = yardımcı bir araç vasıtası ile) puanı alan çocuklar günlük yaşam becerilerini “yardımsız” olarak yerine getirirken, 5 (gözlem), 4 (minimal yardım), 3 (hafif yardım), 2 (maksimum yardım) ve 1 (total yardım) puan alan çocuklar ise becerileri “yardım ile” yapabilmektedir. Wee-FIM’de toplam olarak en düşük 18 ve en yüksek ise 126 puan alınabilmektedir (71).

4.3.Çocukların Aktivite Katılımlarının ve Eğlenmenin Belirlenmesi

Ölçeği (CAPE)

6-21 yaş arası çocukların—planlanmış ve planlanmamış aktivitelere katılımlarını ölçüm için tasarlanmıştır.

Planlanmış Aktiviteler: müzik dersleri, sanat dersleri, organize sporlar, grup sporları vs içerir. Planlanmış aktiviteler rolleri, organizasyonları, planlama ve yanı sıra liderliği içerdiği için düzenleyici, şekillendirici aktivitelerdir.

Planlanmamış Aktiviteler: okumak, telefonla konuşmak, yap-boz yapmak gibi kendiliğinden, az planlama ile oluşan ve birkaç rolü içeren aktivitelerdir.

CAPE katılımı ölçmek için tasarlanmıştır. CAPE ile çocuğun katılımı ölçüldüğünde çocuğa yardım ya da yardımcı çevresel destekler kullanılarak ölçüm yapılmaz. Tam aksine katılımı etkileyen faktörler örneğin; çocuğun özerkliği, aktivite performansı, aktivite içerisindeki yetenekleri ya da çocuğun aktivite seçimini etkileyen çevresel-ailesel faktörler ölçülür.

CAPE üç puanlama seviyesi sağlar;

- Kapsamlı katılım puanlamaları,
- Planlanmış ve planlanmamış aktivitelere katılımı yansıtan puanlamalar,
- 5 tip aktivite içerisindeki katılımı yansıtan puanlamalar.

CAPE çocuk ve gençlerin (bozukluğu mevcut olan ya da olmayan) aktivite çeşitliliğini ve yoğunluğunu ölçer. Aktivite çeşitlilik puanları; son dört ay içerisinde çocuğun performans gösterdiği aktivite sayısını yansıtır. Aktivite yoğunluk (sıklığı) puanları ise; çocuğun aktiviteye ile harcadığı ortalama süreyi ölçer (Tablo 3.1) (57,87).

Çalışmamızda aktivite ve katılımın belirlenmesi amacı ile CAPE/PAC kişisel yöntem biçimi kullanılmıştır. Aynı fizyoterapist tarafından üzerinde aktivitenin çizili olduğu her bir kart tek tek çocuğa gösterilip; çizili aktiviteyi yapmaktan hoşlanıp hoşlanmadığı, ne kadar sıklıkla, nerede, kiminle yaptığı ve ne kadar eğlendiği sorularak kaydedilmiştir.

Tablo 3.1. CAPE Ölçeğinin Boyutları; aktivite çeşitliliği (aktivite sayısı), kiminle ve nerede yapıldığına ait seçenek tablosu.

<i>AKTİVİTE PERFORMANSI</i>	<i>KİMİNLE</i>	<i>NEREDE</i>
<i>0 hayır</i>	<i>1 yalnız</i>	<i>1 evde</i>
<i>1 evet</i>	<i>2 aile ile (kız-erkek kardeşler, aile)</i>	<i>2 akraba evinde</i>
	<i>3 akrabalar ile (anneanne, babaanne, kuzen, hala, teyze vb)</i>	<i>3 komşuda</i>
	<i>4 arkadaşlar ile</i>	<i>4 okulda(ders saatleri dışındaki sürede)</i>
	<i>5 diğerleri ile</i>	<i>5 toplum içerisinde</i>
		<i>6 kendi toplumu dışındaki toplumlarda</i>

CAPE özürlü veya sağlıklı kız ve erkek çocukları arasındaki aktivite katılım yoğunluğu ve aktivite ile eğlenme arasındaki farklılığı göstermektedir.

Çocuk ve gençlerde katılım biçimini ve zaman içerisinde oluşan değişiklikleri ölçer. Çalışmacılara çocuğun aktivite tipi, yoğunluğu ve aktivite ile eğlenmesi konusunda bilgi verir.

Ölçekte teorik olarak; DSÖ' nün; fonksiyonun uluslar arası sınıflandırılması temel alınmıştır. CAPE çok kapsamlı bir ölçümdür. Çocukların kendi katılım tiplerini algılamasını sağlar.

Resimler cinsiyete göre belirlenmemiştir. Kültürel hassasiyeti vardır. Kültüre özel ölçüm yoktur. Ölçümler sadece fiziksel özürlü çocuklara özgü değildir.

Karmaşık araçlardan oluşur. Uygulayıcının çok iyi anlaması, iyi yönetimi, ilgili aktiviteleri ve ölçekleri iyi kategorize etmesi gerekir (Tablo 3.2) (55,66).

Tablo 3.2. CAPE Ölçeği İlgili Alanları

✓ Aktivite Tipi	Aktiviteler
✓ Rekreatif Aktiviteler;	<i>Yap-Boz yapmak, kart oyunları ile oynamak, el sanatları yapmak, çizmek ya da boyamak, koleksiyon yapmak, bilgisayar ya da video oyunları oynamak, hayvanlarla oynamak, hayal gücü oyunları, oyuncaklar ile oynamak, uzun yürüyüşler yapmak. Parkta oynamak, televizyon seyretmek, film kiralamak, hayvanlara bakım vermek vs.</i>
✓ Fiziksel Aktiviteler;	<i>Sanatsal-savaş oyunları (savunma sporları), grup sporları yapmak, okul kulüplerine katılmak, bisiklete binmek, su sporları yapmak, kış sporları yapmak vs.</i>
✓ Sosyal Aktiviteler;	<i>Telefonla konuşmak, partiye gitmek, dışarı çıkmak ve yeni arkadaşlar edinmek, ziyaretler, sinemaya gitmek, müzik dinlemek, yemek yapmak vs.</i>
✓ Beceriye Dayalı Aktiviteler;	<i>Yüzme, jimnastik, ata binmek, şarkı söylemeyi öğrenmek, müzik aleti çalmak, sanat dersleri almak, dans etmeyi öğrenme, toplumsal organizasyonlara katılmak vs.</i>
✓ Kişisel Gelişim Aktiviteleri;	<i>Mektup ya da öykü yazmak, okumak, dini aktivitelere katılmak, gönüllü işlerde çalışmak kütüphaneye gitmek, ev işi, alışveriş yapmak vs.</i>

CAPE'in kullanıldığı klinik alanlarda aktivite çeşitliliği ve sıklığının belirlenmesi çocuğun genel olarak katılımının gözler önüne serilmesi için yeterlidir (114).

3.4.Çocukların Aktivite Tercihlerinin Belirlenmesi Ölçeği (PAC)

Çocukların aktivite seçimlerini değerlendirmek için düzenlenmiştir. PAC çocuğun performans harcamak istediği hangi tip aktiviteyi tercih edeceğini değerlendirir. İlgi ya da eğilimini çocuğun performansı gerçekten yapıp yapmayacağı ile bağlantı kurmadan değerlendirme yapar. 6-21 yaş arası çocuk ve gençlere uygulanır görevi ve kategorilerini anlamayan çocuk ve gençlere kullanımı önerilmez. Değerlendirme geniş temelli bir bakış açısı ile yapılır.

Faktör analizlerini değerlendirmeye yönelik temel aktivite biçimleri mevcuttur bunlar (9);

1- Rekreatif aktivite türleri: 12 çeşit aktivite içerir;

- Televizyon seyretmek
- Oyuncaklarla oynamak
- Boyama, çizim, el sanatları yapmak
- Evcilik oynamak (rol yapmak vs)
- Oyun kartları ile oynamak
- Bilgisayar veya video oyunları oynamak
- Parkta oynamak (kaydırak, salıncak, barlara tırmanmak vs)
- Hayvanlarla oynamak
- Hayvan beslemek veya bakmak
- Yürüyüş yapmak
- Koleksiyon yapmak
- Yap-boz yapmak

2- Fiziksel aktivite türleri: 13 çeşit aktivite içerir;

- Sokakta top oyunları oynamak (futbol, basketbol vs)
- Bahçe işleri yapmak
- Takım sporları yapmak
- Okul kulüplerine katılmak (sosyal, atletik ya da bilimsel aktiviteler örneğin, satranç turnuvalarına katılmak vs)
- Bireysel yapılan sportif aktiviteler (tenis, golf, bowling, yüzmek)
- Bisiklete binmek (ya da kayak vs)

- Savunma sporları yapmak (karate, judo vb)
- Kar sporları
- Su sporları
- Yarış-atletizm yapmak
- Balık tutmak
- Çalışmak (restoran, kafeterya vb)
- Kişisel fiziksel aktiviteler yapmak (yoga, dağcılık, zıplama vs)

3- Sosyal aktiviteler; 10 çeşit aktivite içerir;

- Telefonla konuşmak
- Misafirlğe gitmek
- Tanıdıklarla birlikte eğlenmek (parti, yemek daveti, düğün vs)
- Yeni arkadaşlar edinmek
- Tüm gün gezmek (hayvanat bahçesine gitmek, sahilde güneşlenmek, piknik yapmak, lunaparkta gezmek ya da günübirlik gezilere katılmak vs.)
- Partiye gitmek (nişan, gösteri vs)
- Güncel etkinliklere katılmak (konser, spor müsabakaları vs)
- Yemek yapmak (pişirmek ya da sandviç yapmak vs)
- Sinemaya gitmek
- Müzik dinlemek

4- Beceriye dayalı aktiviteler: 10 çeşit aktivite içerir;

- Şarkı söylemeyi öğrenmek (gönüllü katılım ya da özel ders almak)
- Jimnastik yapmak
- Yüzmek
- Ata binmek
- Müzik aleti çalmak
- Resim dersleri almak
- Dans etmek
- Toplumsal organizasyonlara katılmak (izcilik vb)
- Dans etmeyi öğrenmek (bale, halkoyunları vb)

— Müzik dersleri almak

5-Kişisel gelişim aktiviteleri: 10 çeşit aktivite içerir;

- Dinsel aktiviteler (dua etmek, ibadet yerlerini ziyaret etmek vs)
- Öykü yazmak (günlük vs)
- Mektup yazmak (mail vs)
- Kütüphaneye gitmek
- Ev işi yapmak
- Okumak
- Alışveriş yapmak
- Okulda ders saatleri dışında öğretmenlerden ek yardım almak
- Gönüllü aktivitelere katılmak
- Ev ödevi yapmak

Aktiviteler ilgi alanına göre iki kategoride kategorize edilebilir.

- Planlanmamış aktiviteler; (40 çeşit)
- Planlanmış aktiviteler; (15 çeşit)

Yöntem olarak “kişisel yönetim biçimi” kullanılır; yani çocuğa kart üzerinde aktiviteyi tanımlayan kart gösterilerek ve yeryüzünde hangi aktiviteyi yapmayı tercih ettiği ve ne kadar çok yapmak istediği sorulur;

- Bu aktiviteyi yapmaktan hoşlanmıyorum.
- Bu aktiviteyi yapmaktan oldukça hoşlanırım.
- Bu aktiviteyi yapmaktan gerçekten hoşlanırım.

Seçeneklerinden birini seçerek çocuğun kendi seçimini yapmasına müsaade edilir.

PAC çocuğun kişisel yönetimi ya da görüşmeci yardımı ile yapılabilir. İyi bir güvenilirliği vardır. Planlanmış ve planlanmamış aktivite güvenilirliği (alfa= 0.76 ve 0.84) ve 5 ölçek sınırı (0.67-0.77) arasındır.

Çocukların aktivite durumlarını ve hedeflerini belirlemek için çalışmacılar tarafından kullanılabilir. Özürlü çocuklara göre uyarlanmış bir ölçüm değildir,

sağlıklı çocuklarda da uygulanabilir. Kültürel özelliklere göre uyarlanmış bir ölçekte değildir. Testin güvenilirliği ve geçerliliği konusunda yeni ölçümler yapılması gerekmektedir (55).

3.5.Beck Depresyon Ölçeği: (BDÖ)

Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyon el belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir.

15 yaşın üzerinde ergen ve yetişkinlere uygulanabilir.

21 belirti kategorisini içerir: duygu durum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, duyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içe dönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketleşmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybı.

Bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir. Aktürk ve arkadaşları, birinci basamak için Beck Depresyon Ölçeğinin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır (Cronbach alfa iç güvenilirlik katsayısı 0.85,Sperman-Brown katsayısı 0.86 ve Guttman Split-Half katsayısı 0.82'dir (1).

Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür.

- ✓ 16-21 arası skor hafif depresyon,
- ✓ 32-47 arası skor orta dereceli depresyon,
- ✓ 47 üstü ise şiddetli depresyon göstergesidir (103).

Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir (12).

3.6.İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Veriler değerlendirilirken frekans dağılımları, ortalamaları, standart sapmaları, yüzde değerleri ve çapraz tablolar kullanıldı. Kategorik karşılaştırmalar; Pearson Ki-Kare, Fisher χ^2 veya Yates χ^2 testleri kullanılarak yapıldı. Araştırmada, Gruplar Arasında fark olup olmadığını karşılaştırmak için, Independent-Samples t Test (Bağımsız İki Örnek t Testi) veya Mann-Whitney U Testi, çoklu karşılaştırmalarda One-Way ANOVA (Varyans Analizi) veya Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda, gruplar arasında fark bulunduğu durumlarda, farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için Tukey HSD ve Dunnet testi uygulandı. İhtimali (P) $\alpha=0.05$ 'ten küçük olan değerler önemli ve gruplar arasında fark vardır, büyük olan değerler önemsiz ve gruplar arasında fark yoktur, şeklinde kabul edildi.

4.BULGULAR

4.1. Demografik Bulgular

Çalışmamızda grup A'ya 6-10 yaş arası 40 SP'li erkek ve 40 SP'li kız çocuk dâhil edilmiştir. Grup K'da ise 6-10 yaş arası 40 sağlıklı erkek çocuk ve 40 sağlıklı kız çocuk dâhil edilmiştir. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.1) ($p>0,05$).

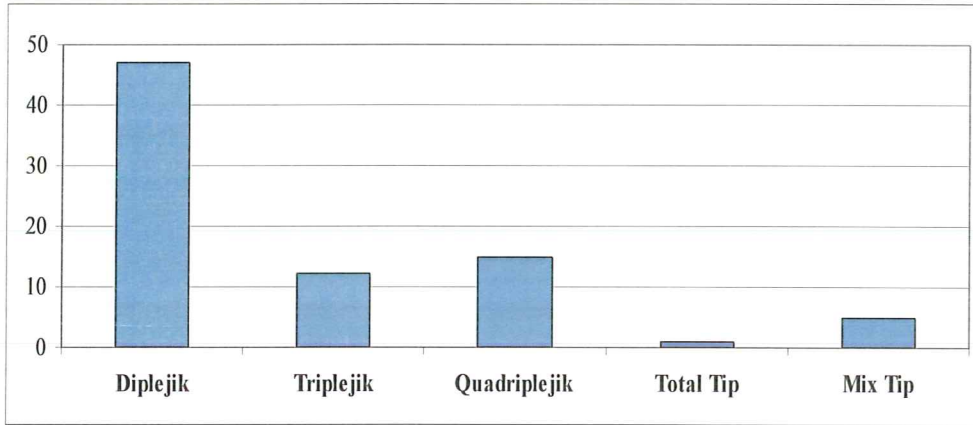
Tablo 4.1. Demografik Özellikler

	Grup A (6,7,8,9,10) (n=80)	Grup K(6,7,8,9,10) (n=80)	P
Yaş (Yıl)	40/40	40/40	1,000
Cinsiyet (K/E)	40/40	40/40	1,000

SP tipi yönünden araştırma grubunun %58,75'inin diplejik, %15,00'inin triplejik, %18,75'inin quadrijik (40), %1,25'inin total tip ve %6,25'inin miks tip olduğu bulunmuştur. Motor gelişim seviyesi yönünden %100,00'ünün bipedal olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2, Şekil 4.1).

Tablo 4.2. Araştırma Grubunda SP Tipi ve Motor Gelişim Seviyesi

		n	%
SP'nin Tipi	Diplejik	47	58,75
	Triplejik	12	15,00
	Quadrijik	15	18,75
	Total Tip	1	1,25
	Miks Tip (atetoid ya da diskinetik)	5	6,25
	Toplam	80	100,00
Motor Gelişim Seviyesi	Bipedal	80	100,00

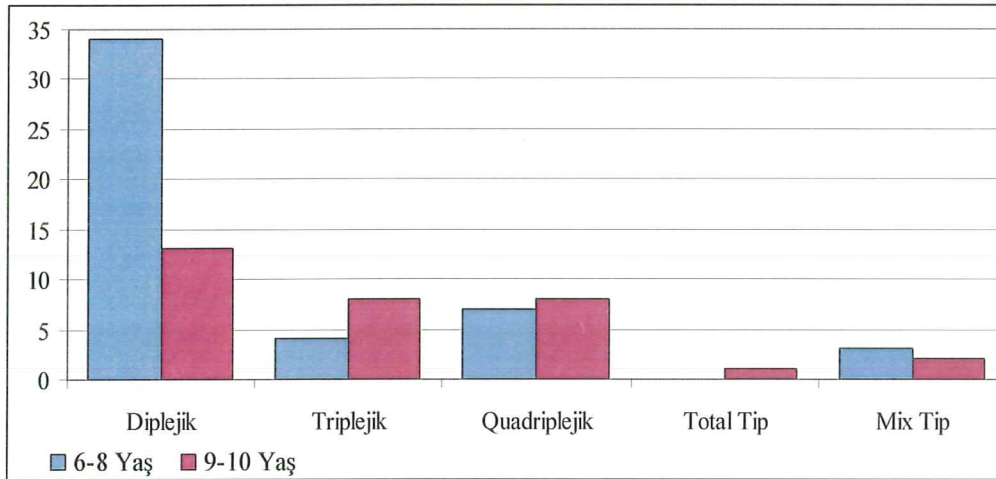


Şekil 4.1. Araştırma Grubunda SP Tipi'nin Karşılaştırılması

Araştırma grubunda, SP tipi yönünden yaş grupları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). 6-8 yaş grubunda SP tipinin %42,50'si diplejik iken, 9-10 yaş grubunda %16,25 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3, Şekil 4.2).

Tablo 4.3. SP Tipinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

SP Tipinin	6 - 8 Yaş		9 - 10 Yaş		P
	n	%	n	%	
Diplejik	34	42,50	13	16,25	0,020
Triplejik	4	5,00	8	10,00	
Quadriplejik	7	8,75	8	10,00	
Total Tip	0	0,00	1	1,25	
Miks Tip	3	3,75	2	2,50	
Toplam	48	60,00	32	40,00	

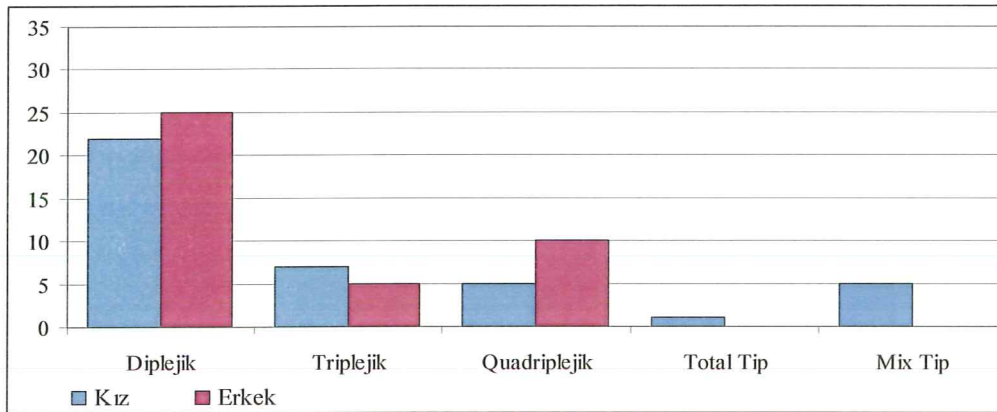


Şekil 4.2. SP Tipinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Araştırma grubunda, SP tipi yönünden cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4, Şekil 4.3).

Tablo 4.4. SP Tipinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

SP Tipinin	Kız		Erkek		P
	n	%	n	%	
Diplejik	22	27,50	25	31,25	0,371
Triplejik	7	8,75	5	6,25	
Quadriplejik	5	6,25	10	12,50	
Total Tip	1	1,25	0	0,00	
Miks Tip	5	6,25	0	0,00	
Toplam	40	50,00	40	50,00	



Şekil 4.3. SP Tipinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

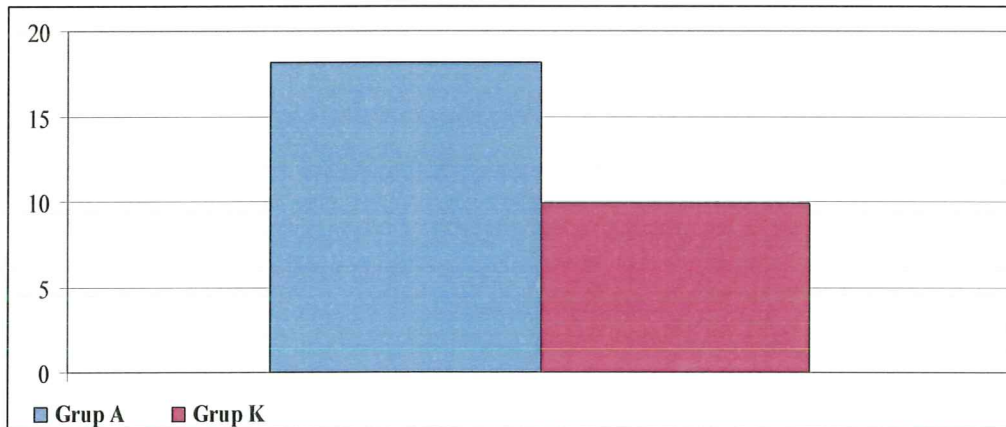
4.2. Annelerin Beck Depresyon Skorunun Gruplar Arasında

Karşılaştırılması

Gruplar arasında; annelerin depresyon düzeyi yönünden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). SP'li çocuk annelerinin sağlıklı çocuk annelerine göre depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5, Şekil 4.4.)

Tablo 4.5. Annelerin Beck Depresyon Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
BECK Skoru	18,11	12,17	0	45	9,86	7,29	0	35	$p < 0,05$



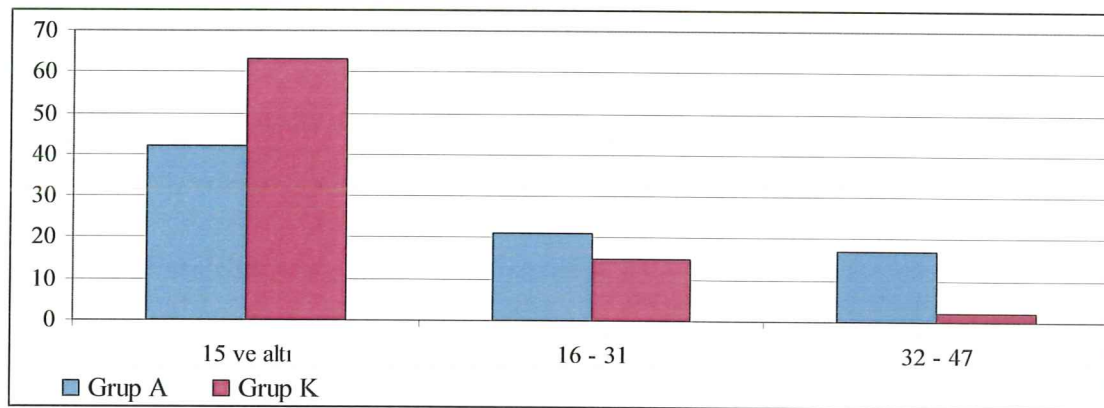
Şekil 4.4. BECK Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Gruplar arası karşılaştırmada annelerin depresyon düzeyi yönünden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). SP'li çocuk annelerinin, 42 annenin depresyon düzeyi normal iken 21 annenin hafif depresyonda olduğu bulunmuştur. Sağlıklı çocuk annelerinde ise 63 annenin depresyon düzeyi normal iken, 15 annenin hafif depresyonda olduğu görülmüştür.

SP'li çocuk annelerinin %21,25'inin (17 anne) depresyon düzeyi orta derecede iken, sağlıklı çocuk annelerinin %2'50 sinin (2 anne) orta derecede olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6, Şekil 4.5.).

Tablo 4.6. Annelerin Beck Depresyon Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A		Grup K		P
	n	%	n	%	
15 ve altı	42	52,50	63	78,75	$p<0,05$
16 – 31 (Hafif)	21	26,25	15	18,75	
32 – 47 (Orta)	17	21,25	2	2,50	
47 üstü(şiddetli)	0	0	0	0	



Şekil 4.5. BECK Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Annelerin depresyon düzeyi ile toplam aktivite çeşidi arasında $r=-0,250$ düzeyinde, negatif yönde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Annelerin depresyon düzeyi arttıkça, toplam aktivite çeşidinin azaldığı bulunmuştur (Tablo 4.7, Şekil 4.6).

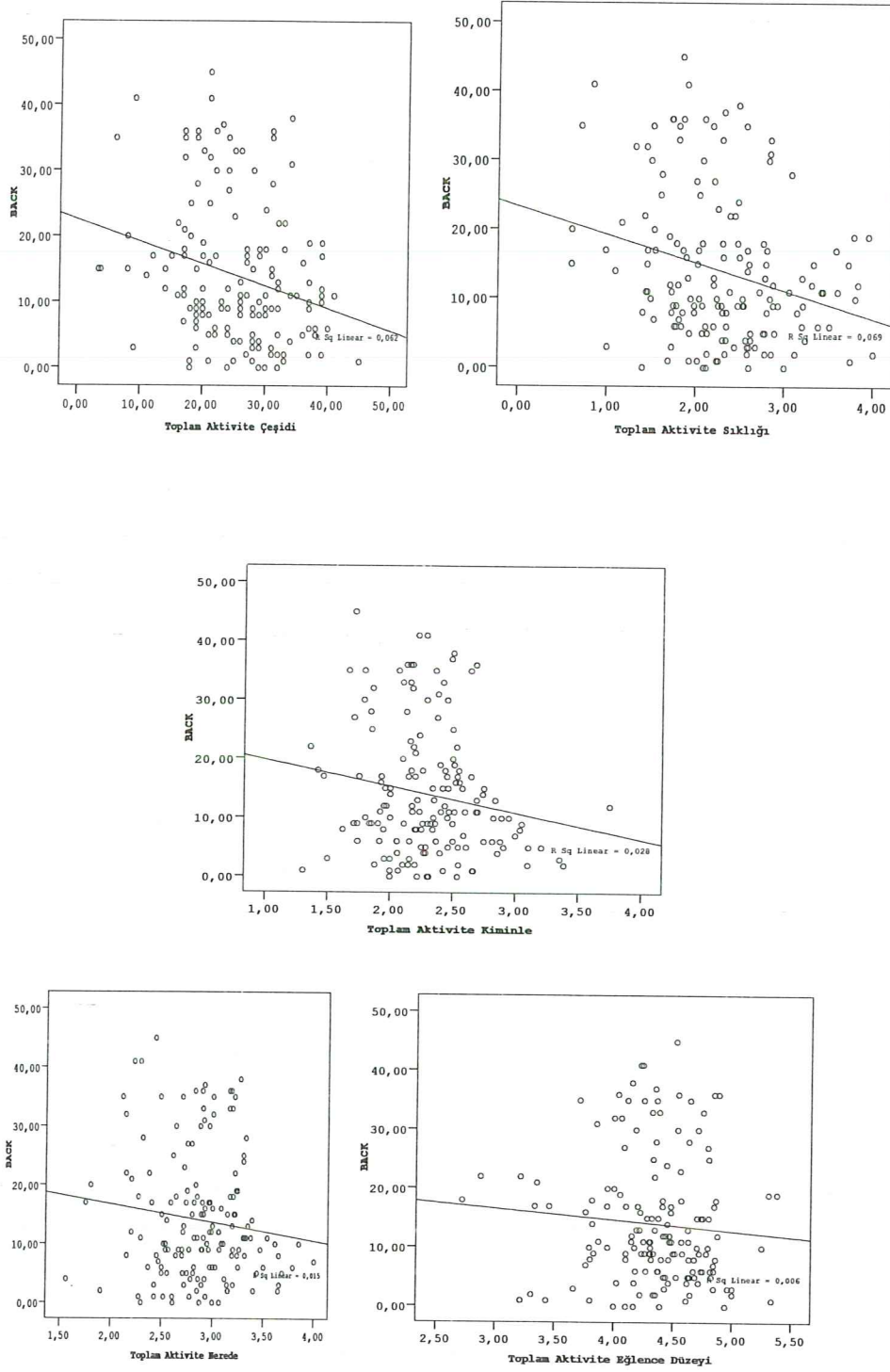
Annelerin depresyon düzeyi ile toplam aktivite sıklığı arasında $r=-0,262$ düzeyinde, negatif yönde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Annelerin depresyon düzeyi arttıkça, toplam aktivite sıklığının azaldığı bulunmuştur (Tablo 4.7, Şekil 4.6).

Annelerin depresyon düzeyi ile toplam aktiviteyi kiminle yaptığı arasında $r=-0,166$ düzeyinde, negatif yönde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Annelerin depresyon düzeyi arttıkça, çocuğun toplam aktiviteyi yaptığı kişi sayısının azaldığı bulunmuştur (Tablo 4.7, Şekil 4.6).

Annelerin depresyon düzeyi ile toplam aktivitenin nerede yapıldığı ve çocuğun Aktivite ile Eğlenmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7, Şekil 4.6).

Tablo 4.7. Annenin Depresyon Düzeyi ve Toplam Aktivite Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Toplam Aktivite		Çeşidi ¹	Sıklığı ²	Kiminle ³	Nerede ⁴	Eğlenme ⁵
BECK	r	-0,250	-0,262	-0,166	-0,121	-0,080
	P	0,001	0,001	0,035	0,126	0,315



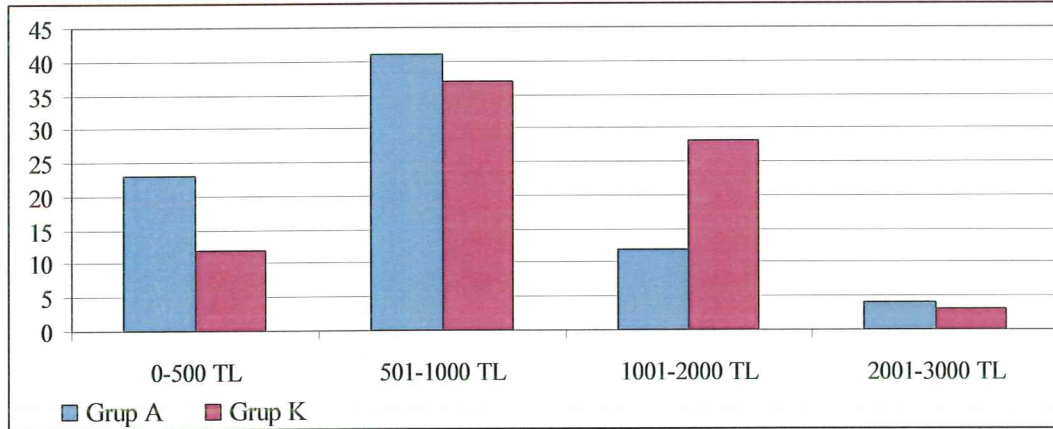
Şekil 4.6. Annenin Depresyon Düzeyi ve Toplam Aktivite Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Araştırma grubundaki ailelerin aylık ortalama gelirlerinin 806,25TL, kontrol grubundaki ailelerin aylık ortalama gelirlerinin 1003,13TL olduğu bulunmuştur.

Her iki grupta da ailelerin aylık gelirinin en fazla 501–1000 TL arasında olduğu görülmüştür (Tablo 4.8, Şekil 4.7).

Tablo 4.8. Ailenin Aylık Gelirinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=80)		Grup K (n=80)		P
	n	%	n	%	
0-500	23	28,75	12	15,00	0,017
501-1000	41	51,25	37	46,25	
1001-2000	12	15,00	28	35,00	
2001-3000	4	5,00	3	3,75	



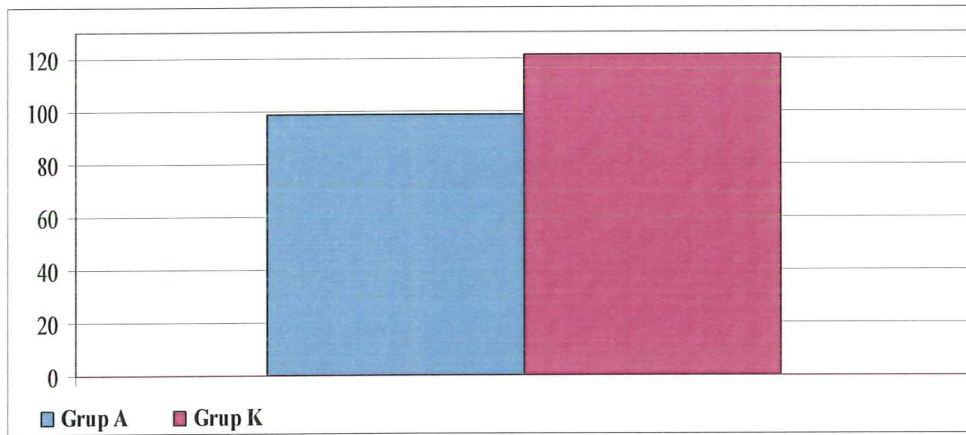
Şekil 4.7. Ailelerin Aylık Gelirinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Gruplar arasında WeeFIM yönünden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubundaki WeeFIM değerlerinin araştırma grubundaki değerlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9, Şekil 4.8).

Tablo 4.9. WeeFIM'in Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
WeeFIM	98,65	18,13	57	126	121,5	6,25	96	126	$P<0,05$



Şekil 4.8. WeeFIM'in Gruplar Arasında Karşılaştırılması

4.3.Çocukların Aktivite Katılımlarının ve Eğlenmenin Belirlenmesi

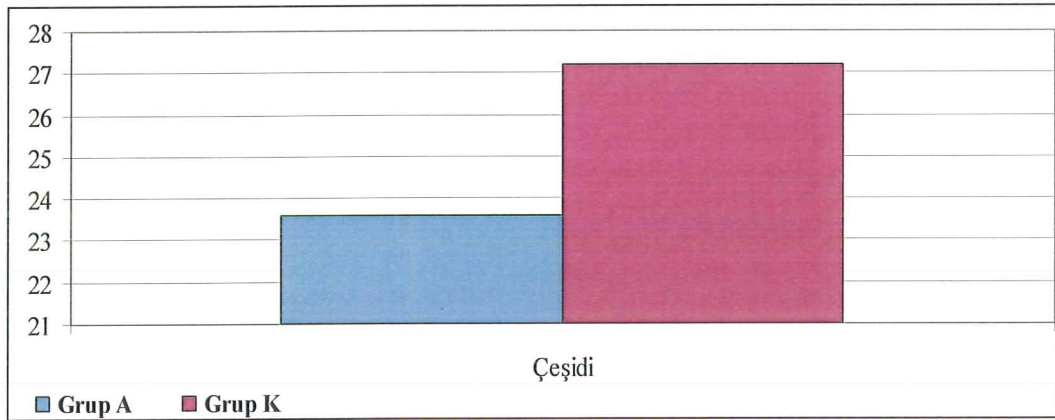
Ölçeğine Ait Bulgular (CAPE)

Gruplar arasında; toplam aktivite katılımlarında çocuğun aktivite ile eğlenmesi yönünden anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), katılım gösterilen toplam aktivite çeşidi, sıklığı, kiminle ve nerede değerleri yönünden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

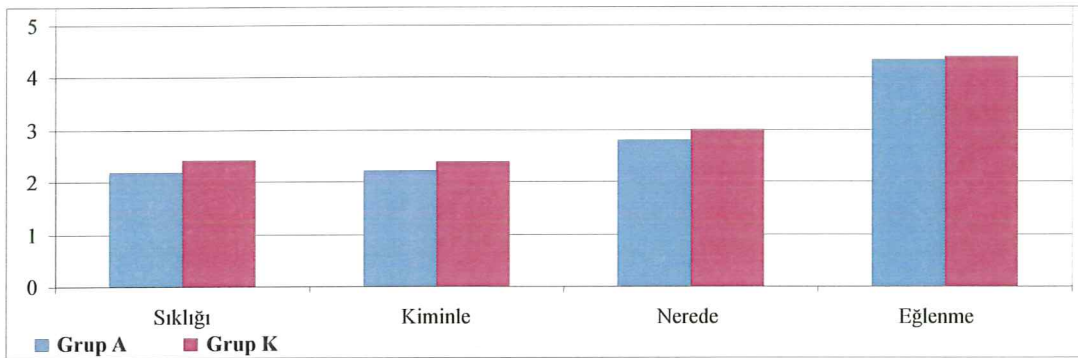
Kontrol grubu değerlerinin, araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10, Tablo 4.11, Şekil 4.9, Şekil 4.10).

Tablo 4.10. CAPE Toplam Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Toplam Aktivite	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşidi ¹	23,58	8,68	3,3	41,0	27,20	6,86	15,0	45,0	0,004
Sıklığı ²	2,18	0,73	0,6	3,8	2,41	0,64	1,4	4,0	0,040
Kiminle ³	2,22	0,35	1,3	3,1	2,38	0,44	1,4	3,8	0,010
Nerede ⁴	2,78	0,38	1,8	3,5	2,99	0,44	1,6	4,0	0,001
Eğlenme ⁵	4,32	0,42	2,9	4,9	4,38	0,48	2,7	5,4	0,385
1- 55 Aktivite	3-Yalnız/Sosyal(1-5 Puan)				5- Düşük/Yüksek(1-5 Puan)				
2- Kaç kere / 7	4-Ev/Toplum(1-6 Puan)								



Şekil 4.9. Toplam Aktivite Katılım Çeşitliliğinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması



Şekil 4.10. Toplam Aktivite Katılımının (Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme) Gruplar Arasında Karşılaştırılması.

Tablo 4.11. SP'li ve Sağlıklı Çocukların Katılım Gösterdikleri Toplam Aktivite Tipleri ve Her Aktiviteye Katılan Çocuk Sayısı

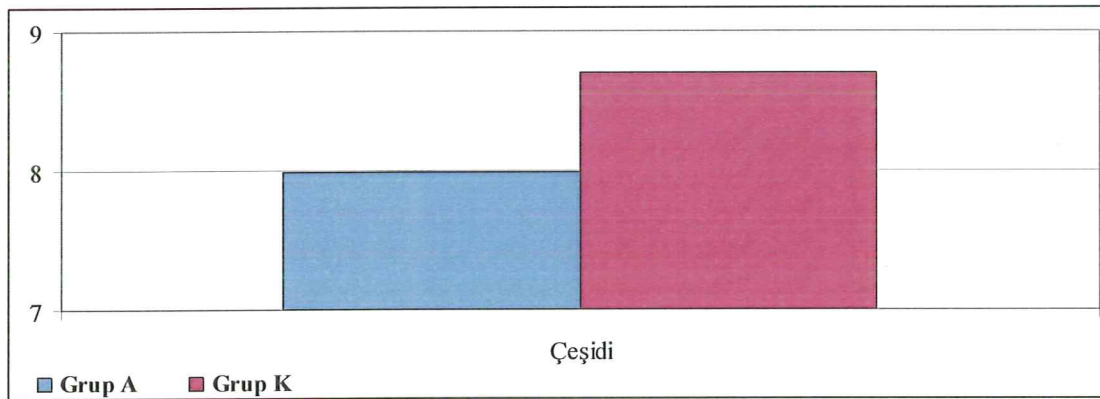
<i>SP'li çocukların katılım gösterdikleri toplam aktivite tipleri (41) ve her aktiviteye katılan çocuk sayısı;</i>	<i>Sağlıklı çocukların katılım gösterdikleri toplam aktivite tipleri (45) ve her aktiviteye katılan çocuk sayısı;</i>
1- Televizyon seyretmek (78)	1. Tanıdıklarla birlikte eğlenmek (80)
2- Telefonla konuşmak (78)	2. Televizyon seyretmek (76)
3- Oyuncaklarla oynamak (73)	3. Parkta oynamak (74)
4- Boyama çizim el sanatları yapmak (72)	4. Alışveriş yapmak (73)
5. Tanıdıklarla birlikte eğlenmek (69)	5.Misafirliğe gitmek(73)
6. Müzik dinlemek (71)	6.Müzik dinlemek (72)
7. Misafirliğe gitmek (71)	7.Yeni arkadaşlar edinmek (72)
8. Evcilik oynamak (rol yapmak vs) (71)	8.Sokakta top oyunları oynamak (71)
9. Alışveriş yapmak (67)	9.Telefonla konuşmak (70)
10. Yürüyüş yapmak (60)	10.Bisiklete binmek(kaykay vs) (69)
11. Sokakta top oyunları oynamak (60)	11.Ev ödevi yapmak (68)
12. Yeni arkadaşlar edinmek (58)	12.Okumak (68)
13. Dans etmek (55)	13.Bilgisayar- video oyunları oynamak (67)
14. Yap-boz yapmak (53)	14.Yürüyüş yapmak (66)
15. Tüm gün gezmek (52)	15.Tüm gün gezmek (62)
16. Jimnastik yapmak (51)	16-Oyuncaklarla oynamak (60)
17. Partiye gitmek (49)	17-Boyama, çizim, el sanatları yapmak (59)
18. Güncel etkinliklere katılmak(47)	18-Partiye gitmek (nişan, gösteri vs) (53)
19. Oyun kartları ile oynamak (46)	19-Yap-boz yapmak (52)
20. Parkta oynamak (46)	20-Oyun kartları ile oynamak (51)
21. Okumak (44)	21-Okul kuliplerine katılmak (51)
22. Ev ödevi yapmak (41)	22- Hayvanlarla oynamak (50)
23. Ev işi yapmak (41)	23-Takım sporları yapmak (50)
24. Bilgisayar veya video oyunları	24- Evcilik oynamak (49)

<i>oynamak (41)</i>	
25. <i>Şarkı söylemeyi öğrenmek (38)</i>	25- <i>Koleksiyon yapmak (48)</i>
26. <i>Bahçe işleri yapmak (31)</i>	26- <i>Dans etmek (48)</i>
27. <i>Takım sporları yapmak (29)</i>	27- <i>Sinemaya gitmek (48)</i>
28. <i>Koleksiyon yapmak (28)</i>	28- <i>Ev işi yapmak (41)</i>
29. <i>Dinsel aktivitelere katılmak (28)</i>	29- <i>Jimnastik yapmak (37)</i>
30. <i>Yüzmek (27)</i>	30- <i>Bahçe işleri yapmak (34)</i>
31. <i>Hayvanlarla oynamak (27)</i>	31- <i>Hayvan beslemek veya bakmak (34)</i>
32. <i>Okul kulüplerine katılmak (22)</i>	32- <i>Yemek yapmak (28)</i>
33. <i>Hayvan beslemek veya bakmak (22)</i>	33- <i>Öykü yazmak (günlük vs) (25)</i>
34. <i>Yemek yapmak (21)</i>	34- <i>Okulda ders saatleri dışında öğretmenlerde ek yardım almak (24)</i>
35. <i>Öykü yazmak (günlük vb) (18)</i>	35- <i>Mektup yazmak (mail vs) (22)</i>
36. <i>Okulda ders saatleri dışında öğretmenlerden ek yardım almak (18)</i>	36- <i>Kütüphaneye gitmek (21)</i>
37. <i>Ata binmek (17)</i>	37- <i>Dinsel aktiviteler (20)</i>
38. <i>Mektup yazmak (mail vs) (17)</i>	38- <i>Resim dersleri almak (19)</i>
39. <i>Sinemaya gitmek (16)</i>	39- <i>Güncel etkinliklere katılmak (19)</i>
40. <i>Yarış-atletizm yapmak (13)</i>	40- <i>Yüzmek (16)</i>
41. <i>Kütüphaneye gitmek (12)</i>	41- <i>Bireysel yapılan sportif aktiviteler (tenis, golf, bowling, yüzme) (15)</i>
	42- <i>Savunma sporları yapmak (14)</i>
	43- <i>Ata binmek (13)</i>
	44- <i>Şarkı söylemeyi öğrenmek (13)</i>
	45- <i>Müzik aleti çalmak (11)</i>

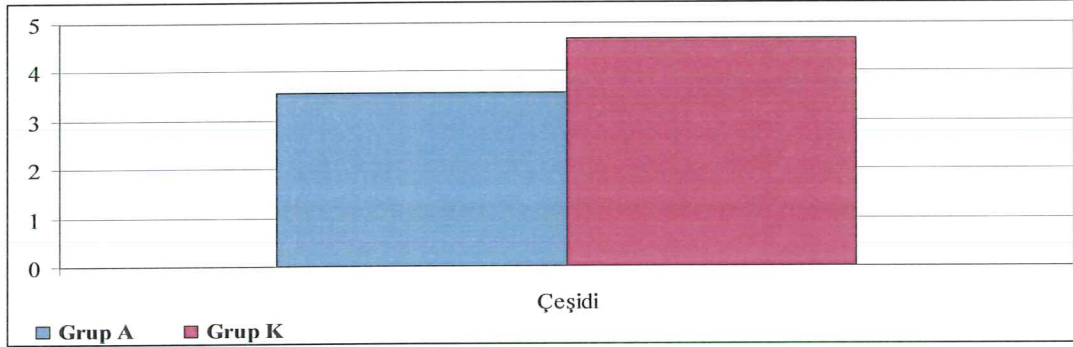
Gruplar arasında; rekreasyonel aktivite değerleri (çeşidi, sıklığı, kiminle, nerede ve eğlenme) yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.12, Şekil 4.11, Şekil 4.12).

Tablo 4.12. CAPE Rekreasyonel Aktivitelerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

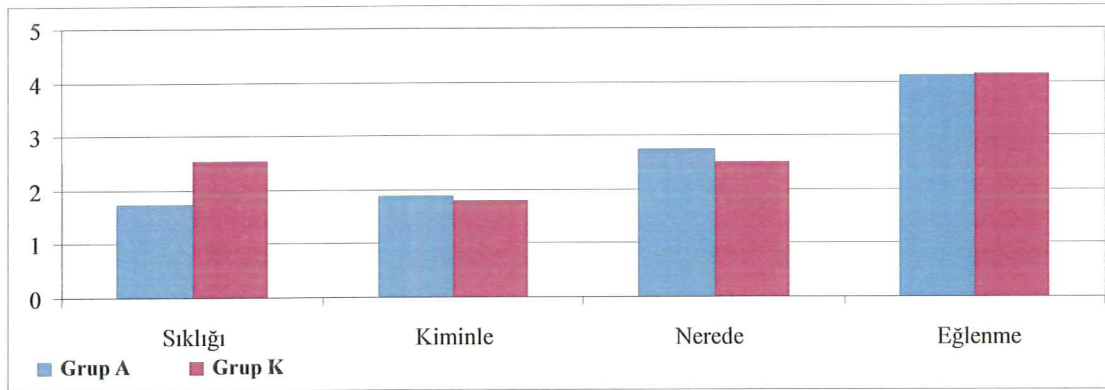
Rekreasyonel Aktiviteler	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşidi¹	7,99	2,47	1,0	12,0	8,70	2,10	3,0	12,0	0,050
Sıklığı²	3,53	1,18	0,5	5,8	3,73	1,20	1,3	7,3	0,288
Kiminle³	2,19	0,78	1,2	8,0	2,14	0,57	1,0	3,8	0,629
Nerede⁴	2,49	1,06	1,0	10,0	2,47	0,64	1,0	3,8	0,890
Eğlenme⁵	4,28	0,58	2,0	5,4	4,39	0,58	1,0	5,0	0,244



Şekil 4.11. Rekreasyonel Aktivite Çeşidinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması



Şekil 4.13. Kişisel Gelişim Aktivite Çeşidinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması



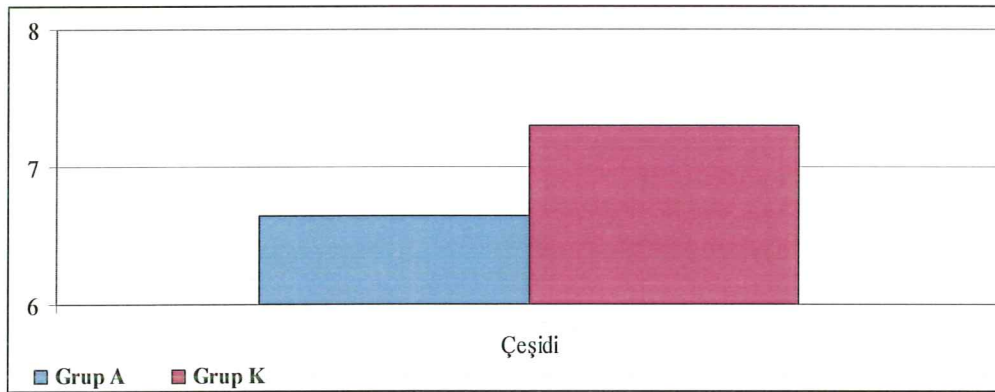
Şekil 4.14. Kişisel Gelişim Aktivitelerinin (Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme) Gruplar Arasında Karşılaştırılması

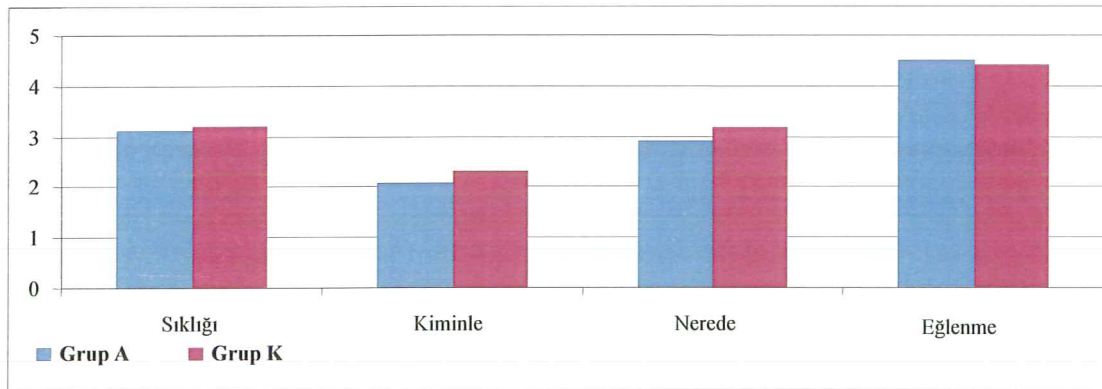
Gruplar arasında; sosyal aktivite sıklığı ve eğlenme değerleri yönünden anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), sosyal aktivite çeşidi, kiminle ve nerede değerleri yönünden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu değerlerinin, araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.14, Şekil 4.15, Şekil 4.16).

Tablo 4.14. CAPE Sosyal Aktivitelerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Sosyal Aktiviteler	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşidi¹	6,64	2,09	1,0	10,0	7,30	1,74	3,0	10,0	0,031
Sıklığı²	3,11	1,00	0,4	5,6	3,20	0,73	1,6	5,0	0,489
Kiminle³	2,07	0,38	1,0	3,0	2,32	0,49	0,6	3,8	0,000
Nerede⁴	2,89	0,68	1,0	4,0	3,16	0,55	1,2	4,4	0,006
Eğlenme⁵	4,51	0,44	3,5	6,4	4,42	0,50	2,4	5,0	0,229
1- 10 Aktivite	3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)				5-Düşük/Yüksek(1-5puan)				
2- Kaç kere / 7	4- Ev/Toplum (1-6 Puan)								

**Şekil 4.15.** Sosyal Aktivite Çeşidinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

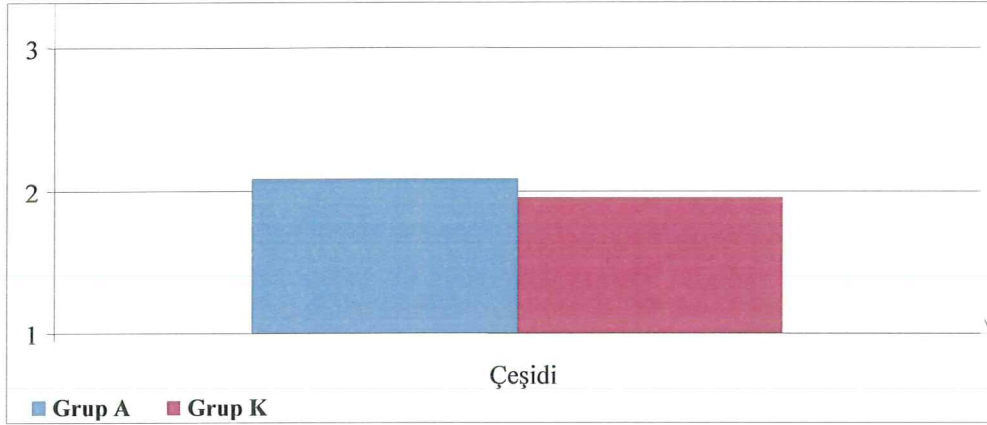


Şekil 4.16. Sosyal Aktivitenin (Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme) Gruplar Arasında Karşılaştırılması

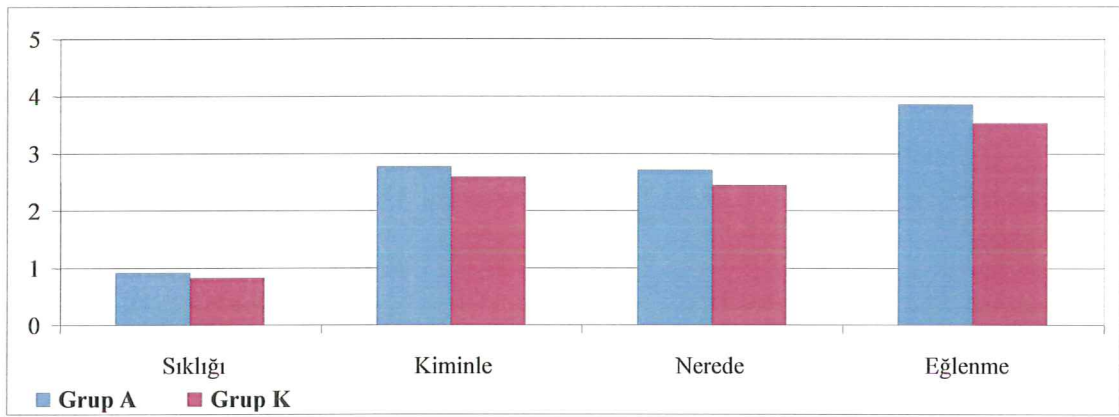
Gruplar arasında; beceriye dayalı aktivite değerleri (çeşidi, sıklığı, kiminle, nerede ve eğlenme) yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15, Şekil 4.17, Şekil 4.18).

Tablo 4.15. CAPE Beceriye Dayalı Aktivitelerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Beceriye Dayalı	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
Aktiviteler	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşidi¹	2,08	1,85	0,0	8,0	1,95	1,79	0,0	7,0	0,662
Sıklığı²	0,92	0,90	0,0	3,8	0,83	0,94	0,0	4,5	0,555
Kiminle³	2,76	1,35	0,0	5,0	2,60	1,53	0,0	7,0	0,496
Nerede⁴	2,72	1,61	0,0	5,0	2,43	1,62	0,0	5,3	0,256
Eğlenme⁵	3,84	1,56	0,0	5,0	3,54	1,75	0,0	5,0	0,257
1- 10 Aktivite	3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)				5- Düşük/Yüksek (1-5 Puan)				
2- Kaç kere / 7	4- Ev/Toplum (1-6 Puan)								



Şekil 4.17. Beceriye Dayalı Aktivite Çeşidinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

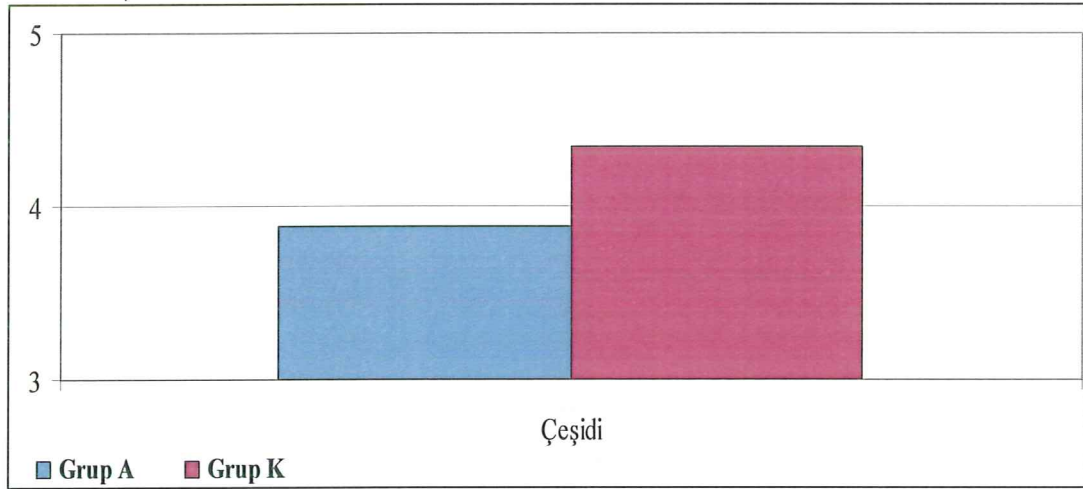


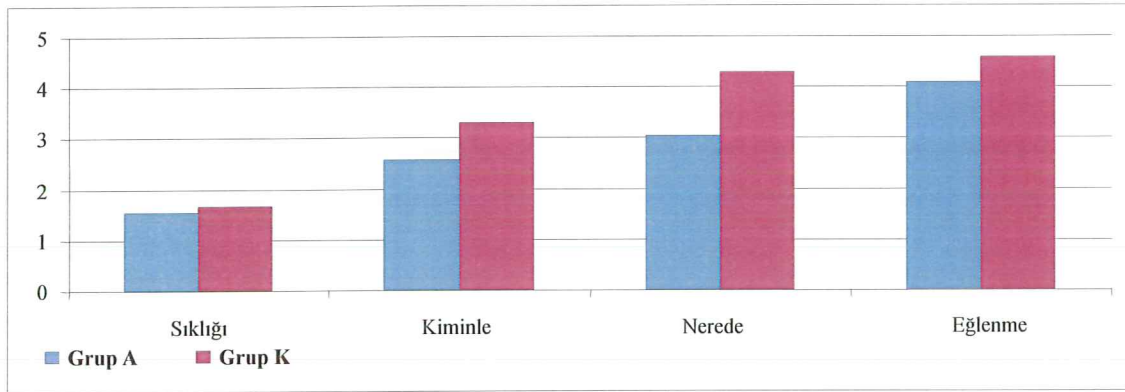
Şekil 4.18. Beceriye Dayalı Aktivitenin (Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme) Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Gruplar arasında; fiziksel aktivite çeşidi ve sıklığı değerleri yönünden anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), fiziksel aktivite kiminle, nerede ve eğlenme değerleri yönünden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubu değerlerinin, Araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.16, Şekil 4.19, Şekil 4.20).

Tablo 4.16. CAPE Fiziksel Aktivitelerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Fiziksel Aktiviteler	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşidi¹	3,88	2,26	0,0	10,0	4,34	1,83	0,0	8,0	0,158
Sıklığı²	1,56	0,95	0,0	4,9	1,67	0,69	0,0	3,2	0,424
Kiminle³	2,57	0,84	0,0	4,8	3,30	0,92	0,0	6,0	0,000
Nerede⁴	3,04	1,28	0,0	5,0	4,30	0,90	0,0	7,0	0,000
Eğlenme⁵	4,08	1,02	0,0	5,0	4,58	0,76	0,0	7,5	0,001
1- 13 Aktivite	3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)				5- Düşük/Yüksek (1-5 Puan)				
2- Kaç kere / 7	4- Ev/Toplum (1-6 Puan)								

**Şekil 4.19.** Fiziksel Aktivite Çeşidinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması



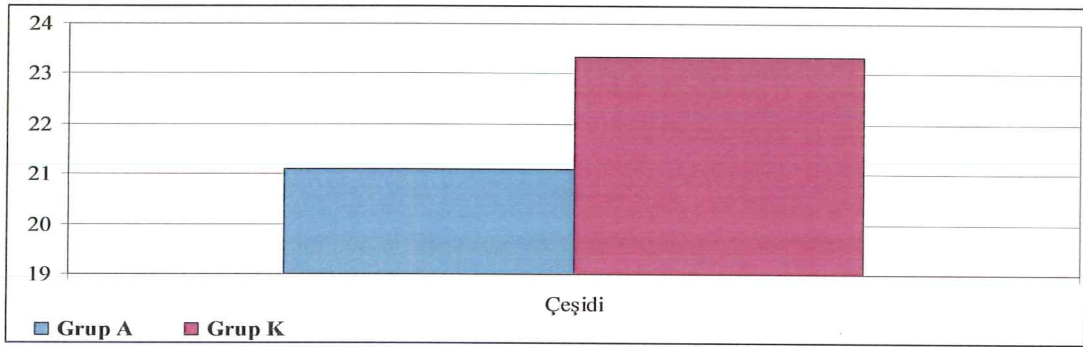
Şekil 4.20. Fiziksel Aktivitenin (Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme) Gruplar Arasında Karşılaştırılması.

Gruplar arasında; planlanmamış aktivitelere katılım sıklığı ve aktivite ile eğlenmeleri yönünden anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), planlanmamış aktivitelere katılım çeşidi, kiminle ve nerede değerleri yönünden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

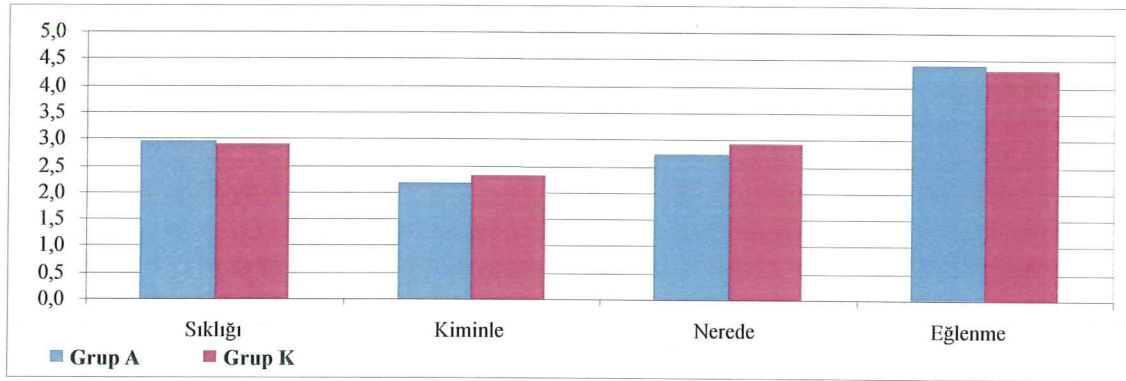
Kontrol grubu değerlerinin, araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.17, Şekil 4.21, Şekil 4.22).

Tablo 4.17. CAPE Planlanmamış Aktivitelerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Planlanmamış Aktiviteler	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşidi¹	21,09	6,26	6,0	32,0	23,33	4,87	15,0	36,0	0,013
Sıklığı²	2,94	2,30	0,7	22,0	2,89	0,68	1,7	4,6	0,870
Kiminle³	2,16	0,38	1,4	4,1	2,30	0,55	1,2	5,3	0,049
Nerede⁴	2,72	0,55	1,6	6,0	2,93	0,71	1,1	7,7	0,034
Eğlenme⁵	4,39	0,67	2,6	8,7	4,31	0,50	2,4	5,0	0,891
1- 40 Aktivite	3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)				5- Düşük/Yüksek (1-5 Puan)				
2- Kaç kere / 7	4- Ev/Toplum (1-6 Puan)								



Şekil 4.21. Planlanmamış Aktivitelere Katılım Çeşitliliğinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması



Şekil 4.22. Planlanmamış Aktivitelere Katılımın (Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme) Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Tablo4.18.SP’li ve Sağlıklı Çocukların Katılım Gösterdiği Planlanmamış Aktiviteler

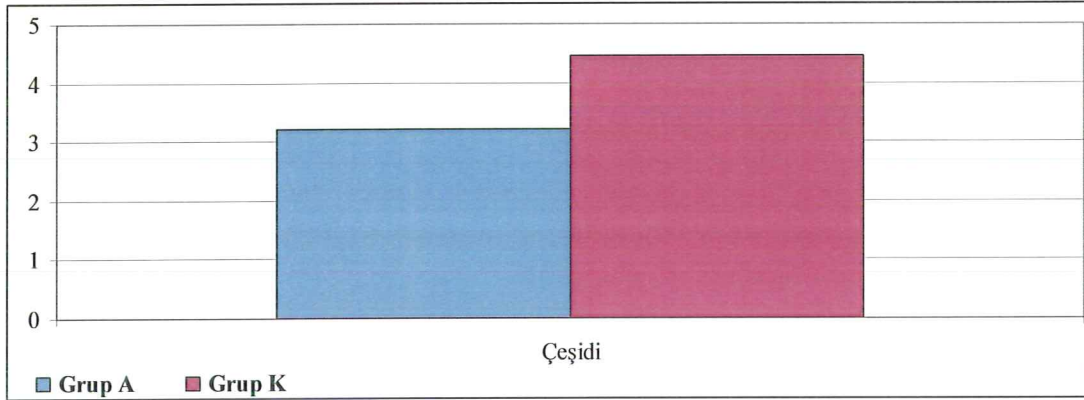
<i>SP’li çocukların katılım gösterdiği planlanmamış aktiviteler (32 aktivite) (en fazla katılımdan en aza doğru)</i>	<i>Sağlıklı çocukların katılım gösterdiği planlanmamış aktiviteler (36 aktivite)(en fazla katılımdan en aza doğru)</i>
1. Televizyon seyretmek	1. Tanıdıklarla birlikte eğlenmek
2. Telefonla konuşmak	2. Televizyon seyretmek
3. Oyuncaklarla oynamak	3. Parkta oynamak
4. Müzik dinlemek	4. Alış veriş yapmak
5. Tanıdıklarla birlikte eğlenmek	5. Misafirlğe gitmek
6. Misafirlğe gitmek	6. Müzik dinlemek
7. Evcilik oynamak	7. Yeni arkadaşlar edinmek
8. Alışveriş yapmak	8. Sokakta top oyunları oynamak
9. Yürüyüş yapmak	9. Telefonla konuşmak
10. Sokakta top oyunları oynamak (futbol, basketbol vs)	10. Bisiklete binmek (kaykay) vs
11. Yeni arkadaşlar edinmek	11. Ev ödevi yapmak
12. Dans etmek	12. Okumak
13. Yap-boz yapmak	13. Bilgisayar veya video oyunları oynamak
14. Tüm gün gezmek	14. Yürüyüş yapmak
15. Boyama, çizim, el sanatları yapmak	15. Tüm gün gezmek
16. Partiye gitmek	16. Oyuncaklarla oynamak
17. Oyun kartları ile oynamak	17. Boyama, çizim, el sanatları yapmak
18. Parkta oynamak (kaydırak, salıncak, barlara tırmanmak vs)	18. Partiye gitmek
19. Okumak	19. Yap-boz yapmak
20. Ev işi yapmak	20. Oyun kartları ile oynamak
21. Ev ödevi yapmak	21. Hayvanlarla oynamak
22. Bilgisayar veya video oyunları oynamak	22. Evcilik oynamak

23. Bahçe işleri yapmak	23. Koleksiyon yapmak
24. Koleksiyon yapmak	24. Dans etmek
25. Hayvanlarla oynamak	25. Sinemaya gitmek
26. Hayvan beslemek veya bakmak vs	26. Ev işi yapmak
27. Yemek yapmak	27. Bahçe işleri yapmak
28. Öykü yazmak (günlük vs)	28. Hayvan beslemek veya bakmak vs
29. Mektup yazmak	29. Yemek yapmak
30. Sinemaya gitmek	30. Öykü yazmak (günlük vs)
31. Yarış-atletizm yapmak	31. Mektup yazmak (mail vs)
32. Kütüphaneye gitmek	32. Kütüphaneye gitmek
	33. Güncel etkinliklere katılmak (konser, spor müsabakaları vs)
	34. Bireysel yapılan sporlar
	35. Kar sporları
	36. Balık tutmak

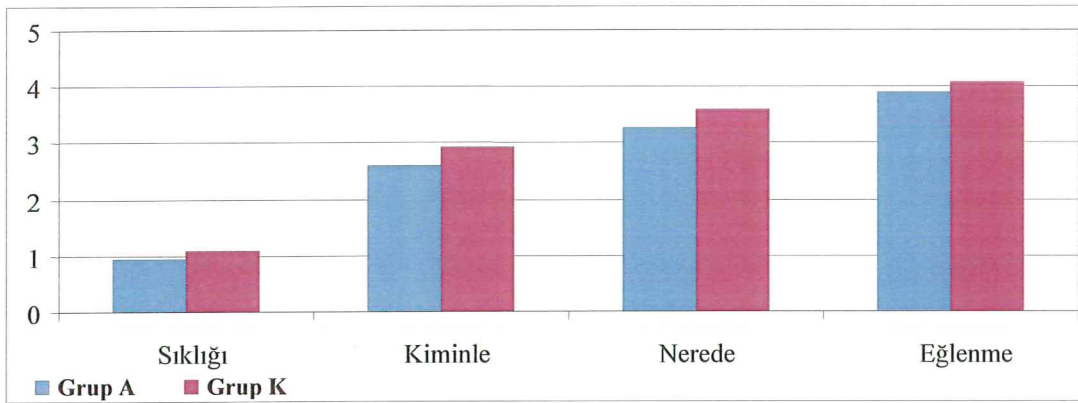
Gruplar arasında; planlanmış aktivitelere katılım değerleri (çeşidi, sıklığı, kiminle, nerede ve eğlenme) yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.19, Tablo 4.20, Şekil 4.23, Şekil 4.24).

Tablo 4.19. CAPE Planlanmış Aktivitelerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Planlanmış	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
Aktiviteler	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşidi¹	3,20	2,69	0,0	9,0	3,71	2,54	0,0	9,0	0,217
Sıklığı²	0,93	0,82	0,0	3,5	1,09	0,84	0,0	3,3	0,223
Kiminle³	2,58	1,30	0,0	4,4	2,92	1,13	0,0	4,0	0,074
Nerede⁴	3,25	1,66	0,0	5,0	3,58	1,34	0,0	5,0	0,170
Eğlenme⁵	3,90	1,58	0,0	5,0	4,07	1,27	0,0	5,0	0,445
1- 15 Aktivite	3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)				5- Düşük/Yüksek (1-5 Puan)				
2- Kaç kere / 7	4- Ev/Toplum (1-6 Puan)								



Şekil 4.23. CAPE Planlanmış Aktivitelere Katılım Çeşitliliğinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması



Şekil 4.24. CAPE Planlanmış Aktivitelere Katılımın (Sıklığı, Kiminle, Nerede, Eğlenme) Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.20. SP'li ve Sağlıklı Çocukların Katılım Gösterdiği Planlanmış Aktiviteler

<i>SP'li çocukların katılım gösterdiği planlanmış aktiviteler (9 aktivite);</i>	<i>Sağlıklı çocukların katılım gösterdiği planlanmış aktiviteler (9 aktivite);</i>
1. <i>Jimnastik yapmak</i>	1. <i>Okul kulüplerine katılmak</i>
2. <i>Şarkı söylemeyi öğrenmek</i>	2. <i>Takım sporları yapmak</i>
3. <i>Takım sporları yapmak</i>	3. <i>Okulda dersler için öğretmenlerden ek yardım almak</i>
4. <i>Dinsel aktiviteler yapmak</i>	4. <i>Dinsel aktiviteler yapmak</i>
5. <i>Yüzmek</i>	5. <i>Resim dersleri almak</i>
6. <i>Okul kulüplerine katılmak</i>	6. <i>Jimnastik yapmak</i>
7. <i>Okulda dersler için öğretmenlerden ek yardım almak</i>	7. <i>Ata binmek</i>
8. <i>Ata binmek</i>	8. <i>Şarkı söylemeyi öğrenmek</i>
9. <i>Yarış-atletizm yapmak</i>	9. <i>Müzik aleti çalmak</i>

Gruplar arasında; aktivitelere katılımın çeşitliliği yönünden, rekreasyonel, beceriye dayalı ve fiziksel aktivitelere katılım arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), kişisel gelişim ve sosyal aktivitelere katılım arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu değerlerinin, araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.21, Şekil 4.25).

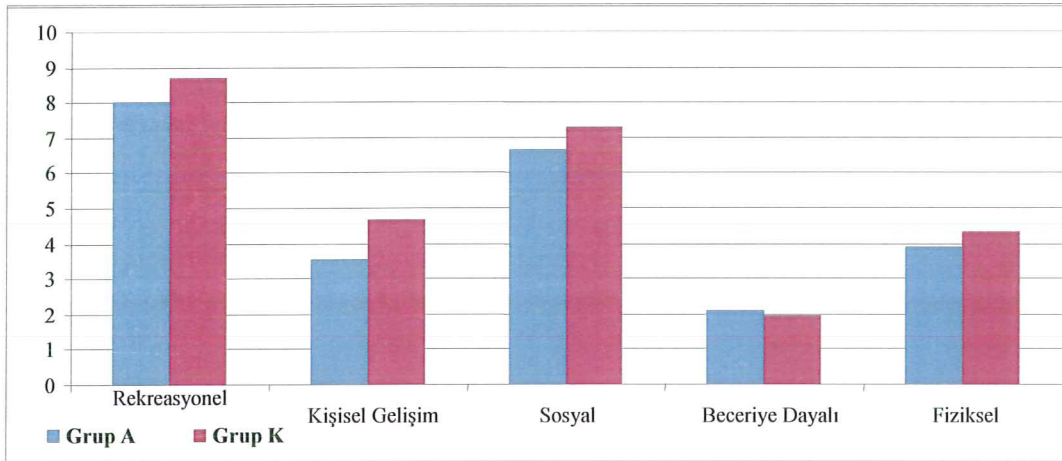
Tablo 4.21. CAPE Aktivite Katılım Çeşitliliğinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Aktivite Çeşidi	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Rekreasyonel¹	7,99	2,47	1,0	12,0	8,70	2,10	3,0	12,0	0,050
Kişisel Gelişim²	3,56	2,36	0,0	9,0	4,66	2,08	0,0	10,0	0,002
Sosyal³	6,64	2,09	1,0	10,0	7,30	1,74	3,0	10,0	0,031
Beceriye Dayalı⁴	2,08	1,85	0,0	8,0	1,95	1,79	0,0	7,0	0,662
Fiziksel⁵	3,88	2,26	0,0	10,0	4,34	1,83	0,0	8,0	0,158
1- 12 Aktivite	3- 10 Aktivite				5- 13 Aktivite				
2- 10 Aktivite	4-10 Aktivite								

Grup içi karşılaştırmalarda; her iki grupta da aktivitelere katılım çeşitliliği yönünden anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.22, Şekil 4.25). Araştırma grubunda beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılım çeşitliliği olan aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılım çeşitliliği olan aktivite olmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubunda beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılım çeşitliliği olan aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılım çeşitliliği olan aktivite olmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.22. CAPE Aktivite Katılım Çeşitliliğinin Grup İçinde Karşılaştırılması

Aktivite Çeşidi	Alt Setler				P
	1	2	3	4	
Grup A	Beceriye Dayalı	2,08			$p<0,05$
	Kişisel Gelişim		3,56		
	Fiziksel		3,88		
	Sosyal			6,64	
	Rekreasyonel			7,99	
Grup K	Beceriye Dayalı	1,95			$p<0,05$
	Fiziksel		4,34		
	Kişisel Gelişim		4,66		
	Sosyal			7,30	
	Rekreasyonel			8,70	



Şekil 4.25. CAPE Aktivite katılımın Çeşitliliğinin Karşılaştırılması

Gruplar arasında aktivite katılım sıklıkları yönünden; rekreasyonel, sosyal, beceriye dayalı ve fiziksel aktivitelere katılım sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), kişisel gelişim aktivitelerine katılım sıklığı arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubu değerlerinin, araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.23, Şekil 4.26).

Tablo 4.23. CAPE Aktivite Katılım Sıklığının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Rekreasyonel *	3,53	1,18	0,5	5,8	3,69	1,20	1,3	4,3	0,288
Kişisel Gelişim *	1,73	1,13	0,0	5,2	2,52	1,12	0,0	5,8	0,000
Sosyal *	3,11	1,00	0,4	5,6	3,20	0,73	1,6	5,0	0,489
Beceriye Dayalı *	0,92	0,90	0,0	3,8	0,83	0,94	0,0	4,5	0,555
Fiziksel *	1,56	0,95	0,0	4,9	1,67	0,69	0,0	3,2	0,424

* Kaç kere / 7

Grup içi karşılaştırmalarda;

Her iki grupta da aktivite katılım sıklığı yönünden anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.24, Şekil 4.26).

Araştırma grubun da;

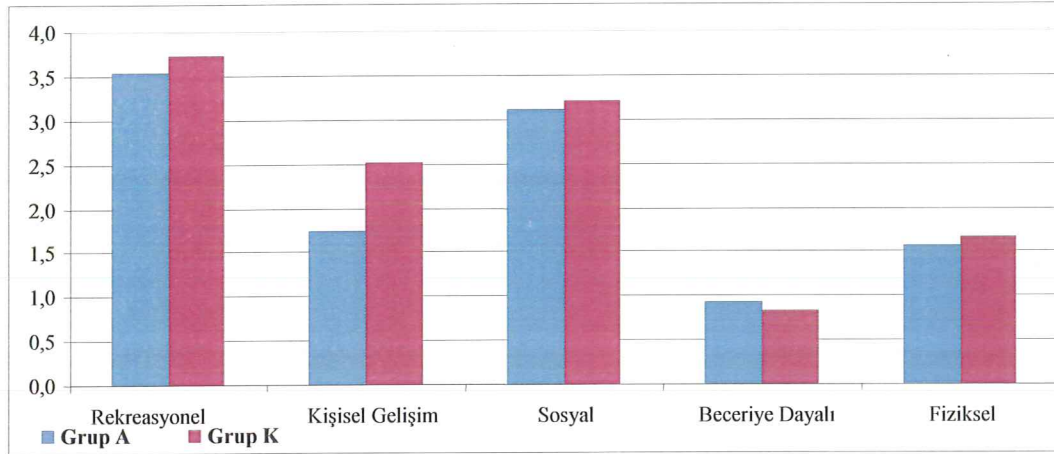
Beceriye dayalı aktivite en az katılım sıklığı olan aktivite olurken, Rekreatif aktivite en çok katılım sıklığı olan aktivite olmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubun da;

Tüm aktivite gruplarının katılımlarının sıklık yönünden birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Beceriye dayalı aktivite en az katılım sıklığı olan aktivite olurken, rekreatif aktivite en çok katılım sıklığı olan aktivite olmuştur.

Tablo 4.24. CAPE Aktivite Katılım Sıklığının Grup İçinde Karşılaştırılması

		Alt Setler					P
		1	2	3	4	5	
Grup A	Beceriye Dayalı	0,92					$p<0,05$
	Fiziksel		1,56				
	Kişisel Gelişim		1,73				
	Sosyal			3,11			
	Rekreatif			3,53			
Grup K	Beceriye Dayalı	0,83					$p<0,05$
	Fiziksel		1,67				
	Kişisel Gelişim			2,52			
	Sosyal				3,20		
	Rekreatif					3,69	



Şekil 4.26. CAPE Aktivite Katılım Sıklıklarının Karşılaştırılması

Gruplar arasında aktivite katılımının kiminle yapıldığı yönünden; rekreasyonel, kişisel gelişim ve beceriye dayalı aktivitelerin kiminle yapıldığına dair anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), sosyal ve fiziksel aktiviteler arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu değerlerinin, araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.25, Şekil 4.27).

Tablo 4.25. CAPE Aktivite Katılımının Kiminle Yapıldığının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Rekreasyonel	2,15	0,53	1,2	5,0	2,14	0,57	1,0	3,8	0,629
Kişisel Gelişim *	1,88	0,58	0,0	3,1	1,80	0,56	0,0	3,7	0,361
Sosyal *	2,07	0,38	1,0	3,0	2,32	0,49	0,6	3,8	0,000
Beceriye Dayalı *	2,76	1,35	0,0	5,0	2,57	1,53	0,0	4,0	0,496
Fiziksel *	2,57	0,84	0,0	4,8	3,28	0,92	0,0	5,0	0,000

* Yalnız / Sosyal (1-5 Puan)

Grup içi karşılaştırmalarda;

Her iki grupta da aktivite katılımının kiminle yapıldığı yönünden anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.26, Şekil 4.27).

Araştırma grubun da;

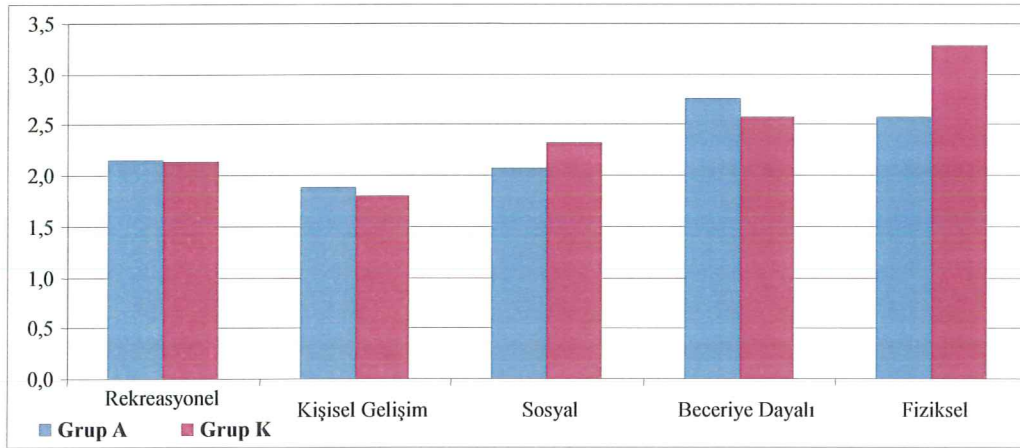
Kişisel gelişim aktiviteleri sosyalliği en düşük değer alan aktivite katılımı olurken, beceriye dayalı aktivite grubu sosyalliği en yüksek değer alan aktivite olmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubun da;

Kişisel gelişim aktivite grubu sosyalliği en düşük değer alan aktivite katılımı olurken, fiziksel aktivite grubu sosyalliği en yüksek değer alan aktivite olmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.26. CAPE Aktivite Katılımının Kiminle Yapıldığının Grup İçinde Karşılaştırılması

		Alt Setler				P
		1	2	3	4	
Grup A	Kişisel Gelişim	1,88				$p<0,05$
	Sosyal	2,07				
	Rekreasyonel	2,15				
	Fiziksel		2,57			
	Beceriye Dayalı		2,76			
Grup K	Kişisel Gelişim	1,80				$p<0,05$
	Rekreasyonel	2,14	2,14			
	Sosyal		2,32	2,32		
	Beceriye Dayalı			2,57		
	Fiziksel				3,28	



Şekil 4.27. CAPE Aktivite Katılımının Kiminle Yapıldığının Karşılaştırılması

Gruplar arasında aktivite katılımının nerede yapıldığı yönünden; rekreasyonel, kişisel gelişim ve beceriye dayalı aktiviteler arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), sosyal ve fiziksel aktiviteler arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu değerlerinin, araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.27, Şekil 4.28).

Tablo 4.27. CAPE Aktivite Katılımının Nerede Yapıldığının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Rekreasyonel *	2,38	0,65	1,0	4,0	2,47	0,64	1,0	3,8	0,362
Kişisel Gelişim *	2,74	1,13	0,0	6,0	2,50	0,71	0,0	5,0	0,111
Sosyal *	2,89	0,68	1,0	4,0	3,16	0,55	1,2	4,4	0,006
Beceriye Dayalı *	2,72	1,61	0,0	5,0	2,43	1,62	0,0	5,3	0,256
Fiziksel *	3,04	1,28	0,0	5,0	4,25	0,85	0,0	5,2	0,000

* Ev / Toplum (1-6 Puan)

Grup içi karşılaştırmalarda;

Her iki grupta da aktivite katılımının nerede yapıldığı yönünden anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.28, Şekil 4.28).

Araştırma grubun da;

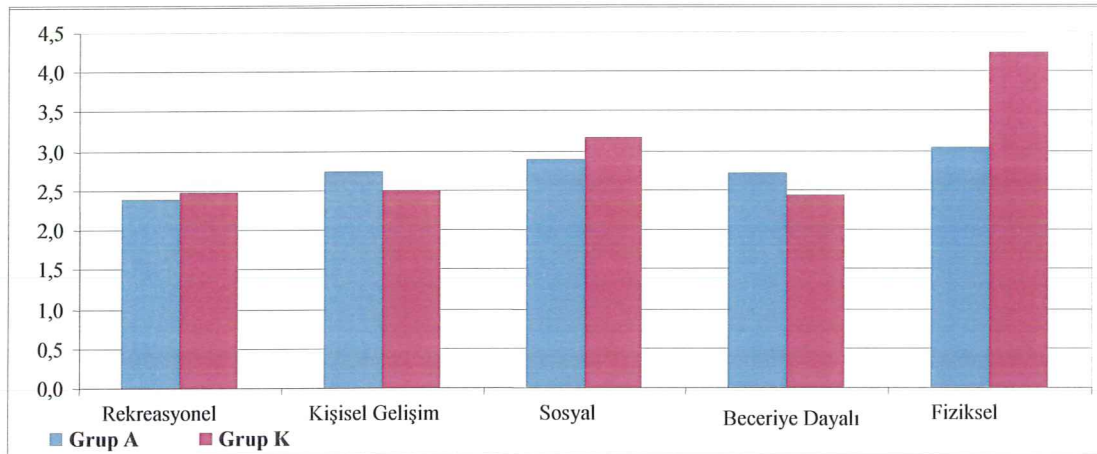
Rekreasyonel aktivite grubu en düşük değer alan ev temelli aktivite olurken, fiziksel aktivite grubu en yüksek değer alan toplum temelli aktivite olmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubun da;

Beceriye dayalı aktivite grubu en düşük değer alan ev temelli aktivite olurken, fiziksel aktivite grubu en yüksek değer alan toplum temelli aktivite olmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.28. CAPE Aktivite Katılımının Nerede Yapıldığının Grup İçinde Karşılaştırılması

		Alt Setler			P
		1	2	3	
Grup A	Rekreasyonel	2,38			$p<0,05$
	Beceriye Dayalı	2,72	2,72		
	Kişisel Gelişim	2,74	2,74		
	Sosyal		2,89		
	Fiziksel		3,04		
Grup K	Beceriye Dayalı	2,43			$p<0,05$
	Rekreasyonel	2,47			
	Kişisel Gelişim	2,50			
	Sosyal		3,16		
	Fiziksel			4,26	



Şekil 4.28. CAPE Aktivite Katılımının Nerede Yapıldığının Karşılaştırılması

Gruplar arasında aktivitelere katılımı aktivitelere ile ne kadar eğlendikleri yönünden; rekreasyonel, kişisel gelişim, sosyal ve beceriye dayalı aktivitelere katılımı eğlenmeleri yönünden anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), fiziksel aktivitelere katılımı eğlenmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Kontrol grubu değerlerinin, araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.29, Şekil 4.29)

Tablo 4.29. CAPE Aktivitelere Katılımda Eğlenmenin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Rekreasyonel *	4,27	0,57	2,0	5,0	4,39	0,58	1,0	5,0	0,193
Kişisel Gelişim *	4,05	1,12	0,0	5,0	4,12	0,77	0,0	5,0	0,652
Sosyal *	4,49	0,38	3,5	5,0	4,42	0,50	2,4	5,0	0,358
Beceriye Dayalı *	3,84	1,56	0,0	5,0	3,54	1,75	0,0	5,0	0,257
Fiziksel *	4,08	1,02	0,0	5,0	4,55	0,69	0,0	5,0	0,001

* Düşük / Yüksek (1-5 Puan)

Grup içi karşılaştırmalarda;

Her iki grupta da aktivitelere katılımda aktivitelerle eğlenmeleri yönünden anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

Araştırma grubun da;

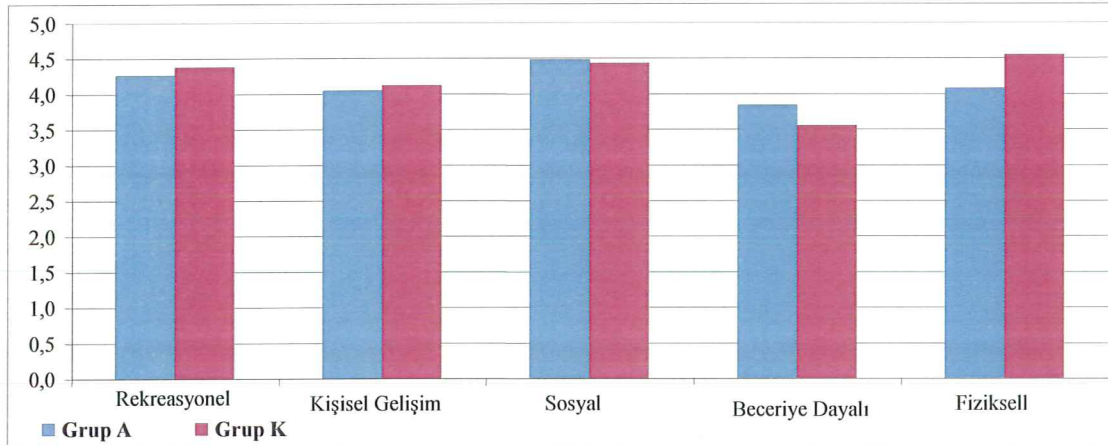
Beceriye dayalı aktivite grubu en düşük değer alan aktivite olurken, sosyal aktivite grubu en yüksek değer alan aktivite olmuştur (Tablo 4.30, Şekil 4.29).

Kontrol grubun da;

Beceriye dayalı aktivite katılım grubu en düşük değer alan aktivite olurken, fiziksel aktivite grubu en yüksek değer alan aktivite olmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.30, Şekil 4.29).

Tablo 4.30. CAPE Aktivitelere Katılımda Eğlenmenin Grup İçinde Karşılaştırılması

		Alt Setler			P
		1	2	3	
Grup A	Beceriye Dayalı	3,84			$p<0,05$
	Kişisel Gelişim	4,05	4,05		
	Fiziksel	4,08	4,08		
	Rekreasyonel	4,27	4,27		
	Sosyal		4,49		
Grup K	Beceriye Dayalı	3,54			$p<0,05$
	Kişisel Gelişim		4,12		
	Rekreasyonel		4,39	4,39	
	Sosyal		4,42	4,42	
	Fiziksel			4,55	



Şekil 4.29. CAPE Aktivitelere Katılımda Eğlenmenin Karşılaştırılması

Araştırma ve kontrol gruplarının her ikisinde de; fiziksel aktivite katılımının cinsiyete göre anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Her iki grupta da erkeklerin fiziksel aktivite katılım değerlerinin, kızlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.31, Şekil 4.30).

Cinsiyetlere göre aktivite katılımının araştırma ve kontrol grupların da karşılaştırıldığında; kızlarda, araştırma ve kontrol grupları arasında fark bulunmazken, erkeklerde, rekreatif ve kişisel gelişim aktivite katılımlarında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$), kontrol grubundaki aktivite katılım değerlerinin araştırma grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.31, Şekil 4.30)

Tablo 4.31. CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyete Göre Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Grup A	Kız (n=40)				Erkek (n=40)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Rekreasyonel¹	7,90	2,36	2	12	8,07	2,60	1	11	0,759
Kişisel Gelişim²	3,90	2,42	0	9	3,23	2,28	0	9	0,203
Sosyal³	6,63	2,07	2	10	6,65	2,13	1	10	0,958
Beceriye Dayalı⁴	2,13	1,90	0	7	2,03	1,83	0	8	0,816
Fiziksel⁵	3,15	1,89	0	8	4,60	2,39	0	10	0,004
Grup K									
Rekreasyonel¹	8,28	2,20	4	12	9,13	1,92	3	12	0,069
Kişisel Gelişim²	4,33	1,91	0	9	5,00	2,21	1	10	0,148
Sosyal³	7,05	1,74	3	10	7,55	1,72	4	10	0,200
Beceriye Dayalı⁴	2,00	1,97	0	7	1,90	1,61	0	6	0,805
Fiziksel⁵	3,35	1,73	0	8	5,33	1,35	3	8	0,000
Grup A - Grup K									
	Kız				Erkek				
	P				P				
Rekreasyonel¹	0,464				0,043				
Kişisel Gelişim²	0,386				0,001				
Sosyal³	0,323				0,410				
Beceriye Dayalı⁴	0,774				0,742				
Fiziksel⁵	0,623				0,099				

Grup içi karşılaştırmalarda;

Araştırma grubun da kızlarda;

Aktivite katılımları arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılım gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılım gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.32, Şekil 4.30).

Araştırma grubun da erkeklerde;

Aktivite katılımları arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılım gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılım gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.32, Şekil 4.30).

Kontrol grubun da kızlarda;

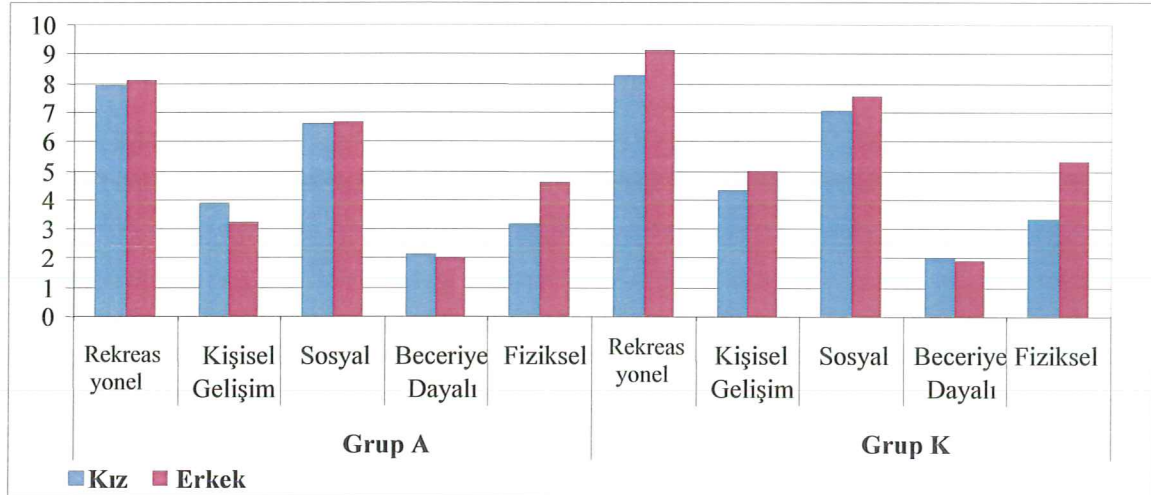
Aktivite katılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılım gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılım gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.32, Şekil 4.30).

Kontrol grubun da erkeklerde;

Aktivite katılımları arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılım gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılım gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.32, Şekil 4.30).

Tablo 4.32. CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyete Göre Grup İçinde Karşılaştırılması

Grup A		Alt Setler				P
		1	2	3	4	
Kız	Beceriye Dayalı	2,13				p<0,05
	Fiziksel	3,15	3,15			
	Kişisel Gelişim		3,90			
	Sosyal			6,63		
	Rekreasyonel			7,90		
Erkek	Beceriye Dayalı	2,03				p<0,05
	Kişisel Gelişim	3,23	3,23			
	Fiziksel		4,60			
	Sosyal			6,65		
	Rekreasyonel				8,07	
Grup K						
Kız	Beceriye Dayalı	2,00				p<0,05
	Fiziksel		3,35			
	Kişisel Gelişim		4,33			
	Sosyal			7,05		
	Rekreasyonel				8,28	
Erkek	Beceriye Dayalı	1,90				p<0,05
	Kişisel Gelişim		5,00			
	Fiziksel		5,33			
	Sosyal			7,55		
	Rekreasyonel				9,13	



Şekil 4.30. CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Araştırma grubun da, kişisel gelişim aktivite katılımının yaş gruplarına göre anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). 9-10 yaş grubu kişisel gelişim aktivite katılım değerlerinin, 6-8 yaş grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.33, Şekil 4.31).

Kontrol grubun da, kişisel gelişim ve fiziksel aktivitelere katılım değerlerinin yaş grubuna göre anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). 9-10 yaş grubu kişisel gelişim ve fiziksel aktivite katılım değerlerinin, 6-8 yaş grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.33, Şekil 4.31).

Aynı yaş grubuna göre; aktivite katılımlarını araştırma ve kontrol grupların da karşılaştırıldığında;

6-8 yaş grubun da, rekreasyonel ve kişisel gelişim aktivitelerine katılımın araştırma ve kontrol grupları arasında anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubu rekreasyonel ve kişisel gelişim aktivite katılım değerlerinin araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.33, Şekil 4.31).

9-10 yaş grubun da, kişisel gelişim aktivite katılımlarının araştırma ve kontrol grupları arasında anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$), kontrol grubu kişisel gelişim aktivite katılım değerlerinin, araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.33, Şekil 4.31).

Tablo 4.33. CAPE Aktivite Katılımının Yaş Gruplarına Göre Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	6-8 (n=48)				9-10 (n=32)				
Grup A	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	P
Rekreasyonel ¹	7,85	2,49	1	12	8,19	2,47	2	12	0,554
Kişisel Gelişim ²	3,00	1,85	0	9	4,41	2,79	0	9	0,008
Sosyal ³	6,54	2,14	1	10	6,78	2,03	3	10	0,614
Beceriye Dayalı ⁴	2,19	1,78	0	8	1,91	1,97	0	7	0,514
Fiziksel ⁵	3,88	2,19	0	10	3,88	2,41	1	10	1,000
Grup K									
Rekreasyonel ¹	8,83	2,00	3	12	8,50	2,24	4	12	0,489
Kişisel Gelişim ²	4,00	1,83	0	9	5,66	2,06	2	10	0,000
Sosyal ³	7,04	1,80	3	10	7,69	1,60	5	10	0,104
Beceriye Dayalı ⁴	1,94	1,94	0	7	1,97	1,58	0	5	0,940
Fiziksel ⁵	4,00	1,79	0	8	4,84	1,82	1	8	0,044
Grup A - Grup K	6 - 8				9 - 10				
	P				P				
Rekreasyonel ¹	0,036				0,598				
Kişisel Gelişim ²	0,009				0,046				
Sosyal ³	0,219				0,051				
Beceriye Dayalı ⁴	0,512				0,895				
Fiziksel ⁵	0,760				0,074				
1- 12 Aktivite	3- 10 Aktivite				5- 13 Aktivite				
2- 10 Aktivite	4- 10 Aktivite								

Grup içi karşılaştırmalarda;

Araştırma grubu, 6-8 yaş grubun da;

Aktivitelere katılım arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılım gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılım gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.34, Şekil 4.31).

Araştırma grubu, 9-10 yaş grubun da;

Aktivitelere katılım arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılım gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılım gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.34, Şekil 4.31).

Kontrol grubu, 6-8 yaş grubun da;

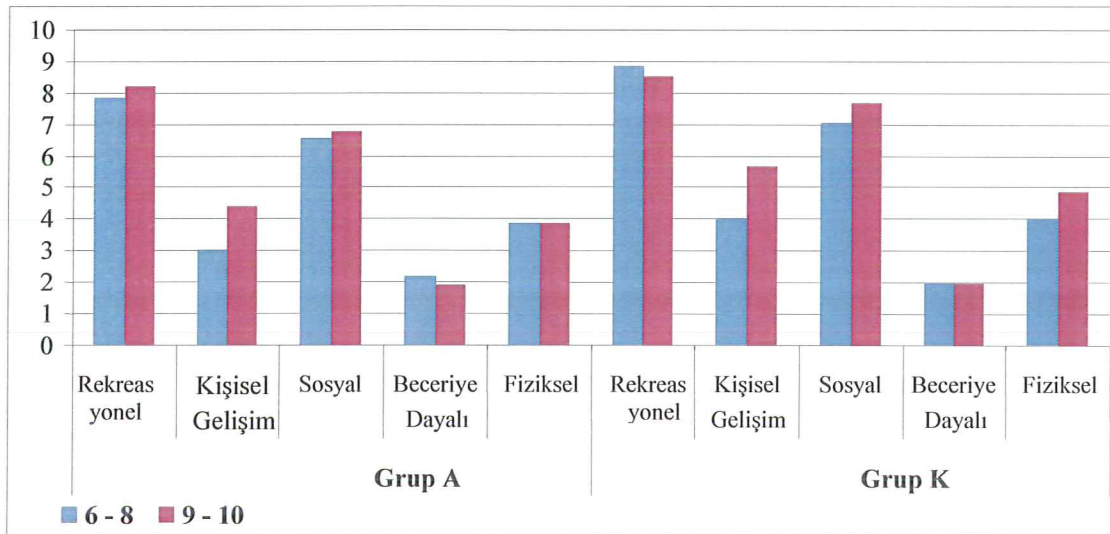
Aktivitelere katılım arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılım gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılım gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.34, Şekil 4.31).

Kontrol grubu, 9-10 yaş grubun da;

Aktivitelere katılım arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılım gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılım gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.34, Şekil 4.31).

Tablo 4.34. CAPE Aktivite Katılımının Yaş Grubuna Göre Grup İçinde Karşılaştırılması

Grup A		Alt Setler				P
		1	2	3	4	
6 - 8	Beceriye Dayalı	2,19				p<0,05
	Kişisel Gelişim	3,00	3,00			
	Fiziksel		3,88			
	Sosyal			6,54		
	Rekreasyonel				7,85	
9 - 10	Beceriye Dayalı	1,91				p<0,05
	Fiziksel		3,88			
	Kişisel Gelişim		4,41			
	Sosyal			6,78		
	Rekreasyonel			8,19		
Grup K						
6 - 8	Beceriye Dayalı	1,94				p<0,05
	Kişisel Gelişim		4,00			
	Fiziksel		4,00			
	Sosyal			7,04		
	Rekreasyonel				8,83	
9 - 10	Beceriye Dayalı	1,97				p<0,05
	Fiziksel		4,84			
	Kişisel Gelişim		5,66			
	Sosyal			7,69		
	Rekreasyonel			8,50		



Şekil 4.31. CAPE Aktivitelere Katılımın Yaş Grubuna Göre Karşılaştırılması

Araştırma grubun da;

6-8 yaş grubun da, kızlar ve erkekler arasında aktivite katılımında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.35, Şekil 4.32).

9-10 yaş grubun da, kızlar ve erkekler arasında, rekreasyonel, kişisel gelişim, sosyal ve beceriye dayalı aktivite katılımında fark yokken ($p>0,05$), fiziksel aktivite katılımında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Erkeklerin fiziksel aktivite katılımında değerlerinin, kızlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.35, Şekil 4.32).

Kontrol grubun da;

6-8 yaş grubun da, kızlar ve erkekler arasında, rekreasyonel, kişisel gelişim, sosyal ve beceriye dayalı aktivite katılımında anlamlı fark yokken ($p>0,05$), fiziksel aktivite katılımında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Erkeklerin fiziksel aktivite katılımında değerlerinin, kızlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.35, Şekil 4.33).

9-10 yaş grubun da, kızlar ve erkekler arasında, kişisel gelişim ve beceriye dayalı aktivite katılımında fark yokken ($p>0,05$), rekreasyonel, sosyal ve fiziksel aktivite katılımında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Erkeklerin rekreasyonel, sosyal ve fiziksel aktivite katılımında değerlerinin, kızlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.35, Şekil 4.33).

Tablo 4.35. CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

		GRUP A			GRUP K		
		Kız	Erkek	P	Kız	Erkek	P
6 - 8 Yaş	Rekreasyonel	7,75	7,95	0,783	8,88	8,79	0,887
	Kişisel Gelişim	3,29	2,71	0,278	3,83	4,17	0,535
	Sosyal	6,88	6,21	0,286	7,00	7,08	0,874
	Beceriye Dayalı	2,21	2,17	0,936	2,13	1,75	0,510
	Fiziksel	3,38	4,38	0,114	3,00	5,00	0,000
9 - 10 Yaş	Rekreasyonel	8,13	8,25	0,889	7,38	9,63	0,003
	Kişisel Gelişim	4,81	4,00	0,419	5,06	6,25	0,103
	Sosyal	6,25	7,31	0,141	7,13	8,25	0,044
	Beceriye Dayalı	2,00	1,82	0,800	1,81	2,13	0,583
	Fiziksel	2,81	4,94	0,010	3,88	5,81	0,001

Grup içi karşılaştırmalarda;

Araştırma grubun da kızlarda;

6-8 yaş grubun da, aktivitelere katılımları arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılımın gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılımın gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.36, Şekil 4.32).

9-10 yaş grubun da, aktivitelere katılımları arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılımın gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılımın gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.36, Şekil 4.32).

Araştırma grubun da erkeklerde;

6-8 yaş grubun da, aktivite katılımları arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılımın gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılımın gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.36, Şekil 4.32).

9-10 yaş grubun da, aktivite katılımları arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılımın gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılımın gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.36, Şekil 4.32).

Kontrol grubun da kızlarda;

6-8 yaş grubun da, aktivitelere katılımları arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılımın gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılımın gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.36, Şekil 4.33).

9-10 yaş grubun da, aktivitelere katılımları arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılımın gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılımın gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.36, Şekil 4.33).

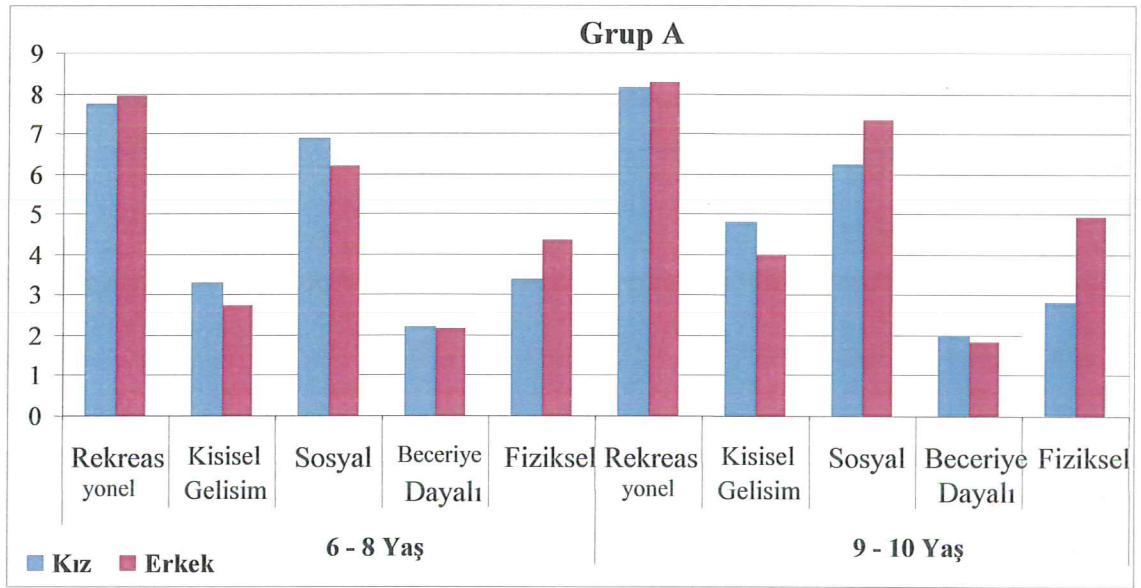
Kontrol grubun da erkeklerde;

6-8 yaş grubun da, aktivitelere katılımları arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılımın gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılımın gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.36, Şekil 4.33).

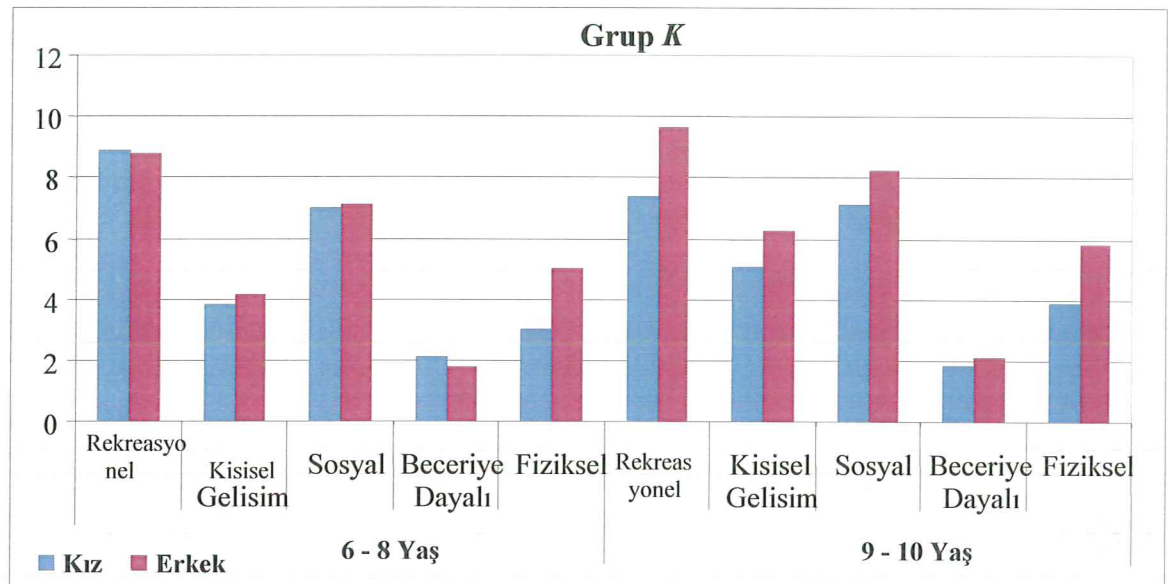
9-10 yaş grubun da, aktivitelere katılımları arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), beceriye dayalı aktivite çeşidi en az katılımın gösterilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok katılımın gösterilen aktivite olmuştur (Tablo 4.36, Şekil 4.33).

Tablo 4.36. CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Grup İçinde Karşılaştırılması

Grup A			Alt Setler				P
			1	2	3	4	
Kız	6 - 8 Yaş	Beceriye Dayalı	2,21				p<0,05
		Kişisel Gelişim	3,29				
		Fiziksel	3,38				
		Sosyal		6,88			
		Rekreasyonel		7,75			
	9 - 10 Yaş	Beceriye Dayalı	2,00				p<0,05
		Fiziksel	2,81	2,81			
		Kişisel Gelişim		4,81	4,81		
		Sosyal			6,25	6,25	
		Rekreasyonel				8,13	
Erkek	6 - 8 Yaş	Beceriye Dayalı	2,17				p<0,05
		Kişisel Gelişim	2,71	2,71			
		Fiziksel		4,38			
		Sosyal			6,21		
		Rekreasyonel			7,95		
	9 - 10 Yaş	Beceriye Dayalı	1,82				p<0,05
		Kişisel Gelişim	4,00	4,00			
		Fiziksel		4,94			
		Sosyal			7,31		
		Rekreasyonel			8,25		
Grup K							
Kız	6 - 8 Yaş	Beceriye Dayalı	2,13				p<0,05
		Fiziksel	3,00	3,00			
		Kişisel Gelişim		3,83			
		Sosyal			7,00		
		Rekreasyonel				8,88	
	9 - 10 Yaş	Beceriye Dayalı	1,81				p<0,05
		Fiziksel		3,88			
		Kişisel Gelişim		5,06			
		Sosyal			7,13		
		Rekreasyonel			7,38		
Erkek	6 - 8 Yaş	Beceriye Dayalı	1,75				p<0,05
		Kişisel Gelişim		4,17			
		Fiziksel		5,00			
		Sosyal			7,08		
		Rekreasyonel				8,79	
	9 - 10 Yaş	Beceriye Dayalı	2,13				p<0,05
		Fiziksel		5,81			
		Kişisel Gelişim		6,25			
		Sosyal			8,25		
		Rekreasyonel			9,63		



Şekil 4.32. Araştırma Grubunda, CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması



Şekil 4.33. Kontrol Grubunda, CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.

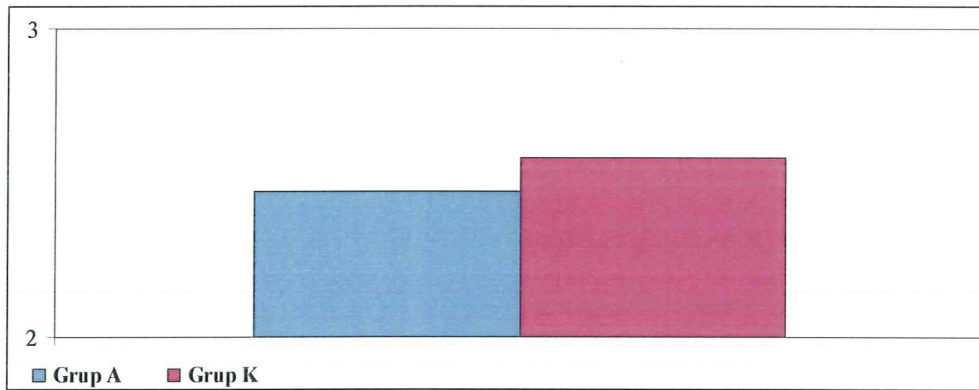
4.4. Çocukların Aktivite Tercihlerinin Belirlenmesi Ölçeğine Ait

Bulgular (PAC);

Gruplar arasında; Toplam Aktivite Seçimi skoru yönünden anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubu değerlerinin, araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.37, Tablo 4.38, Şekil 4.34).

Tablo 4.37. PAC Toplam Aktivite Seçimi Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Toplam Aktivite Seçimi Skoru	2,47	0,38	0,2	3,1	2,58	0,26	1,9	3,0	0,035



Şekil 4.34. Toplam Aktivite Seçimi Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.38. SP'li ve Sağlıklı çocukların Toplam Aktivite Seçimi

<i>SP'li çocukların Toplam Aktivite Seçimi (en çok tercih edilen aktivitelerden sırasıyla) ;</i>	<i>Sağlıklı çocukların Toplam Aktivite Seçimi (en çok tercih edilen aktivitelerden sırasıyla) ;</i>
1. Tüm gün gezmek (hayvanat bahçesine gitmek, sahilde güneşlenmek, piknik yapmak, lunaparkta ya da günübirlik gezilere katılmak vs.)	1. Tanıdıklarla birlikte eğlenmek (parti, yemek daveti, düğün vs)
2. Tanıdıklarla birlikte eğlenmek (parti, yemek daveti, düğün vs)	2. Tüm gün gezmek (hayvanat bahçesine gitmek, sahilde güneşlenmek, piknik yapmak, lunaparkta ya da günübirlik gezilere katılmak vs.)
3. Sokakta top oyunları oynamak (futbol, basketbol vs)	3. Parkta oynamak (kaydırak, salıncak, barlara tırmanmak vs)
4. Güncel etkinliklere katılmak (Show, konser, spor müsabakaları vs)	4. Sokakta top oyunları oynamak (futbol, basketbol vs)
5. Oyuncaklarla oynamak	5. Takım sporları yapmak
6. Parkta oynamak (kaydırak, salıncak, barlara tırmanmak vs)	6. Müzik dinlemek
7. Bisiklete binmek (kay kay vs)	7. Bisiklete binmek (kay kay vs)
8. Telefonla konuşmak	8. Sinemaya gitmek
9. Yürüyüş yapmak	9. Alışveriş yapmak
10. Yüzme	10. Hayvan beslemek veya bakmak vs
11. Televizyon seyretmek	11. Bilgisayar veya video oyunları oynamak
12. Alışveriş yapmak	12. Dans etmek
13. Evcilik oynamak (rol yapmak vs)	13. Yürüyüş yapmak
14. Misafirlğe gitmek	14. Televizyon seyretmek
15. Bilgisayar veya video oyunları oynamak	15. Yüzme

16. Müzik dinlemek	16. Okul kulüplerine katılmak (sosyal, atletik yada bilimsel aktiviteler örneğin, satranç turnuvalarına katılmak vs)
17. Dans etmek	17. Balık tutmak
18. Resim dersleri almak	18. Güncel etkinliklere katılmak (Show, konser, spor müsabakaları vs)
19. Takım sporları yapmak	19. Yeni arkadaşlar edinmek
20. Boyama, çizim, el sanatları yapmak	20. Misafirlğe gitmek
21. Su sporları (yüzmek, dalış yapmak vs)	21. Bahçe işleri yapmak
22. Kar sporları (kartopu oynamak, kaymak vs)	22. Okumak
23. Ata binmek	23. Su sporları (yüzmek, dalış yapmak vs)
24. Koleksiyon yapmak	24. Kar sporları (kartopu oynamak, kaymak vs)
25. Yeni arkadaşlar edinmek	25. Partiye gitmek
26. Şarkı söylemeyi öğrenmek (gönüllü katılım ya da özel ders almak)	26. Dans dersleri almak
27. Bahçe işleri yapmak	27. Jimnastik yapmak
28. Balık tutmak	28. Müzik aleti çalmak
29. Müzik aleti çalmak	29. Hayvanlarla oynamak
30. Dinsel aktiviteler (dua etmek, ibadet yerlerini ziyaret etmek vs)	30. Bireysel yapılan sportif aktiviteler (tenis, golf, bowling, yüzmek)
31. Okul kulüplerine katılmak (sosyal, atletik ya da bilimsel aktiviteler örneğin, satranç turnuvalarına katılmak vs)	31. Oyuncaklarla oynamak
32. Okumak	32. Yarış-atletizm yapmak
33. Yarış-atletizm yapmak	33. Toplumsal organizasyonlara katılmak (izcilik vs)
34. Partiye gitmek (nişan, gösteri vs)	34. Telefonla konuşmak
35. Müzik dersleri almak	35. Resim dersleri almak
36. Toplumsal organizasyonlara katılmak (izcilik vs)	36. Çalışmak
37. Dans dersleri almak	37. Ev ödevi yapmak

38. Hayvan beslemek-bakmak vs	38.Okulda dersler için öğretmenlerden ek yardım almak
39. Okulda ders saatleri dışında öğretmenlerden ek yardım almak	39.Evcilik oynamak (rol yapmak vs)
40. Sinemaya gitmek	40. Ev işi yapmak
41. Bireysel yapılan sportif aktiviteler (tenis, golf, bowling, yüzmek)	41. Boyama çizim el sanatları yapmak
42. Jimnastik yapmak	42. Koleksiyon yapmak
43. Gönüllü aktivitelere katılmak	43. Yemek yapmak (sandviç, pişirmek vs)
44. Oyun kartları ile oynamak	44. Müzik dersleri almak
45. Savunma sporları yapmak (karate, judo)	45. Gönüllü aktivitelere katılmak
46. Çalışmak	46. Ata binmek
47. Yap-boz oynamak	47. Savunma sporları yapmak (karate, judo)
48. Mektup yazmak (mail vs)	48. Kişisel fiziksel aktiviteler yapmak (yoga, dağcılık, zıplama vs)
49. Öykü yazmak (günlük vs)	49. Şarkı söylemeyi öğrenmek (gönüllü katılım ya da özel ders almak)
50. Ev işi yapmak	50. Öykü yazmak (günlük vs)
51. Hayvanlarla oynamak	51. Oyun kartları ile oynamak
52. Ev ödevi yapmak	52. Yap-boz oynamak
53. Yemek yapmak (pişirmek ya da sandviç yapmak vs)	53. Mektup yazmak
54. Kişisel fiziksel aktiviteler yapmak (yoga, dağcılık, zıplama vs)	54. Dini aktiviteler
55. Kütüphaneye gitmek	55. Kütüphaneye gitmek

Gruplar arasında; Aktivite Seçimi (rekreasyonel, kişisel gelişim, sosyal, beceriye dayalı ve fiziksel) değerleri yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.39, Şekil, 4.35).

Tablo 4.39. PAC Aktivite Seçiminin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Aktivite Seçimi	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Rekreasyonel¹	2,58	0,33	1,3	3,0	2,62	0,29	1,8	3,1	0,335
Kişisel Gelişim²	2,26	0,45	1,2	3,0	2,33	0,41	1,3	3,0	0,301
Sosyal³	2,66	0,28	1,9	3,6	2,75	0,27	1,8	3,0	0,057
Beceriye Dayalı⁴	2,52	0,43	1,4	3,9	2,58	0,43	1,1	3,0	0,339
Fiziksel⁵	2,47	0,41	1,4	3,0	2,56	0,37	1,4	3,0	0,152
1- 12 Aktivite	3- 10 Aktivite				5- 13 Aktivite				
2- 10 Aktivite	4- 10 Aktivite								

Grup içi karşılaştırmalarda;

Her iki grupta da aktivite seçimi yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.40,Şekil 4.35).

Araştırma grubun da;

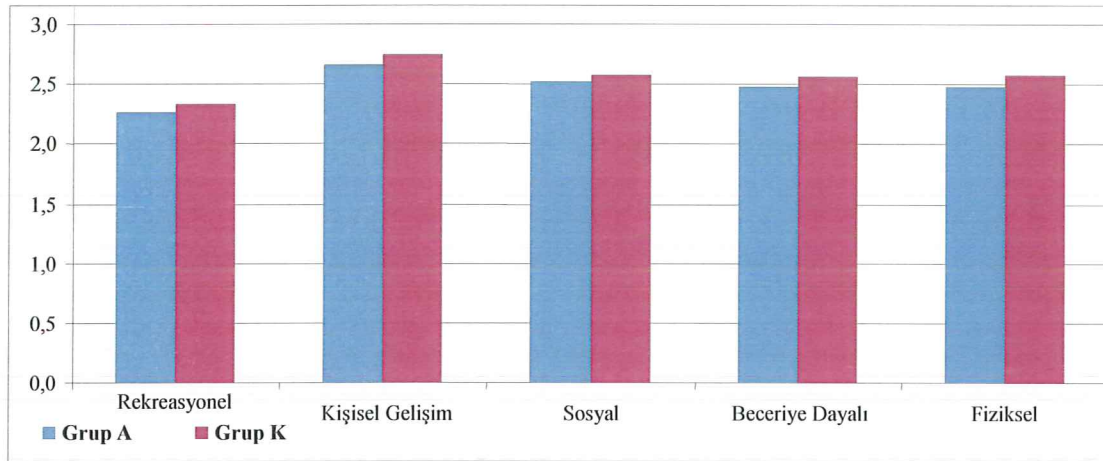
Kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite çeşidi en çok seçilen aktivite olmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.40,Şekil 4.35).

Kontrol grubun da;

Kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.40,Şekil 4.35).

Tablo 4.40. PAC Aktivite Seçiminin Grup İçinde Karşılaştırılması

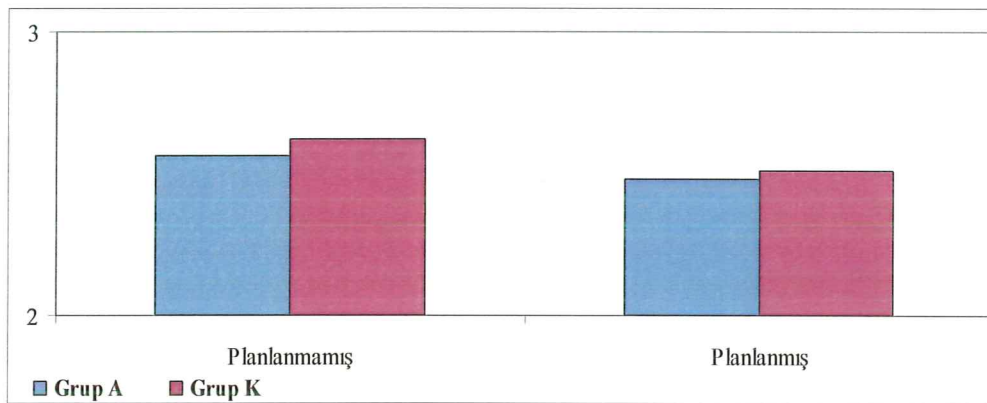
		Alt Setler			P
		1	2	3	
Grup A	Kişisel Gelişim	2,26			p<0,05
	Fiziksel		2,47		
	Beceriye Dayalı		2,52	2,52	
	Rekreasyonel		2,58	2,58	
	Sosyal			2,66	
Grup K	Kişisel Gelişim	2,33			p<0,05
	Fiziksel		2,56		
	Beceriye Dayalı		2,58		
	Rekreasyonel		2,62	2,62	
	Sosyal			2,75	

**Şekil 4.35.** PAC Aktivite Seçiminin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Gruplar arasında; Aktivite Seçimi (planlanmamış ve planlanmış) değerleri yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.41, Tablo 4.42, Tablo 4.43, Şekil 4.36).

Tablo 4.41. PAC Planlanmamış–Planlanmış Aktivite Seçimlerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Planlanmamış	2,56	0,38	1,3	4,1	2,62	0,24	2,0	3,0	0,213
Planlanmış	2,48	0,40	1,3	3,0	2,51	0,37	1,3	3,0	0,665



Şekil 4.36. Planlanmamış ve Planlanmış Aktivite Seçiminin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.42. SP'li ve Sağlıklı Çocukların Planlanmamış Aktivite Seçimi

<i>SP'li çocukların planlanmamış Aktivite Seçimi; (40 aktivite)</i>	<i>Sağlıklı çocukların planlanmamış Aktivite Seçimi; (40 aktivite)</i>
1. Tüm gün gezmek (hayvanat bahçesine gitmek, sahilde güneşlenmek, piknik yapmak, lunaparkta ya da günübirlik gezilere katılmak vs.))	1. Tanıdıklarla birlikte eğlenmek (parti, yemek daveti, düğün vs) (80 çocuk katılım gösteriyor)
2. Tanıdıklarla birlikte eğlenmek (parti, yemek daveti, düğün vs) (80 çocuk katılım gösteriyor)	2. Tüm gün gezmek (hayvanat bahçesine gitmek, sahilde güneşlenmek, piknik yapmak, lunaparkta ya da günübirlik gezilere katılmak vs.)
3. Sokakta top oyunları oynamak (futbol, basketbol vs)	3. Parkta oynamak (kaydırak, salıncak, barlara tırmanmak vs)
4. Güncel etkinliklere katılmak (Show, konser, spor müsabakaları vs)	4. Sokakta top oyunları oynamak (futbol, basketbol vs)
5. Oyuncaklarla oynamak	5. Müzik dinlemek
6. Parkta oynamak (kaydırak, salıncak, barlara tırmanmak vs)	6. Bisiklete binmek(kaykay vs)
7. Bisiklete binmek kaykay vs	7. Sinemaya gitmek
8. Telefonla konuşmak	8. Alışveriş yapmak
9. Yürüyüş yapmak	9. Hayvanlarla oynamak
10. Televizyon seyretmek	10. Bilgisayar veya video oyunları oynamak
11. Alışveriş yapmak	11. Dans etmek
12. Evcilik oynamak (rol yapmak vs)	12. Yürüyüş yapmak
13. Misafirlğe gitmek	13. Televizyon seyretmek
14. Bilgisayar veya video oyunları oynamak	14. Balık tutmak
15. Müzik dinlemek	15. Güncel etkinliklere katılmak (Show, konser, spor müsabakaları vs)
16. Dans etmek	16. Yeni arkadaşlar edinmek
17. Boyama, çizim, el sanatları yapmak	17. Misafirlğe gitmek
18. Su sporları	18. Bahçe işleri yapmak
19. Kar sporları	19. Balık tutmak

20. Koleksiyon yapmak	20. Okumak
21. Yeni arkadaşlar edinmek	21. Su sporları
22. Bahçe işleri	22. Kar sporları
23. Balık tutmak	23. Partiye gitmek (nişan, gösteri vs)
24. okumak	24. Hayvan beslemek-bakmak vs
25. Partiye gitmek	25. Bireysel yapılan sportif aktiviteler (tenis, golf, bowling, yüzmek)
26. Hayvan beslemek veya bakmak vs	26. Oyuncaklarla oynamak
27. Sinemaya gitmek	27. Telefonla konuşmak
28. Bireysel yapılan sportif aktiviteler (tenis, golf, bowling, yüzmek)	28. Çalışmak (restoran, mağaza vs)
29. Gönüllü aktivitelere katılmak	29. Ev ödevi yapmak
30. Oyun kartları ile oynamak	30. Evcilik oynamak (rol yapmak vs)
31. Çalışmak	31. Ev işi yapmak
32. Yap-boz oynamak	32. Boyama, çizim, el sanatları yapmak
33. Mektup yazmak (mail vs)	33. Koleksiyon yapmak
34. Öykü yazmak (günlük vs)	34. Yemek yapmak (pişirmek ya da sandviç yapmak vs)
35. Ev işi yapmak	35. Kişisel fiziksel aktiviteler yapmak (yoga, dağcılık, zıplama vs)
36. Hayvanlarla oynamak	36. Öykü yazmak (günlük vs)
37. Ev ödevi yapmak	37. Oyun kartları ile oynamak
38. Yemek yapmak (pişirmek ya da sandviç yapmak vs)	38. Yap-boz oynamak
39. Kişisel fiziksel aktiviteler yapmak (yoga, dağcılık, zıplama vs)	39. Mektup yazmak (mail vs)
40. Kütüphaneye gitmek	40. Kütüphaneye gitmek

Tablo 4.43. SP'li ve Sağlıklı Çocukların Planlanmış Aktivite Seçimi

<i>SP'li çocukların tercih ettiği planlanmış aktiviteler;</i>	<i>Sağlıklı çocukların tercih ettiği planlanmış aktiviteler;</i>
1. Yüzmek	1. Takım sporları yapmak
2. Resim dersleri almak	2. Yüzmek
3. Takım sporları yapmak	3. Okul kulüplerine katılmak (sosyal, atletik ya da bilimsel aktiviteler örneğin, satranç turnuvalarına katılmak vs)
4. Ata binmek	4. Dans dersleri almak
5. Şarkı söylemeyi öğrenmek (gönüllü katılım ya da özel ders almak)	5. Jimnastik yapmak
6. Bahçe işleri yapmak	6. Müzik aleti çalmak
7. Müzik aleti çalmak	7. Yarış-atletizm yapmak
8. Dinsel aktivitelere katılmak (dua etmek, ibadet yerlerini ziyaret etmek vs)	8. Toplumsal organizasyonlara katılmak (izcilik vs)
9. Yarış-atletizm yapmak	9. Resim dersleri almak
10. Müzik dersleri almak	10. Okulda ders saatleri dışında öğretmenlerden ek yardım almak
11. Toplumsal organizasyonlara katılmak (izcilik vs) Dans dersleri almak	11. Müzik dersleri almak
12. Dans dersleri almak	12. Ata binmek
13. Okulda ders saatleri dışında öğretmenlerden ek yardım almak	13. Dinsel aktiviteler yapmak
14. Jimnastik yapmak	14. Savunma sporları yapmak (karate, judo)
15. Savunma sporları yapmak (karate, judo vs)	15. Şarkı söylemeyi öğrenmek (gönüllü katılım ya da özel ders almak)

Araştırma grubun da;

Fiziksel aktivite seçiminin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Erkeklerin fiziksel aktivite seçim değerlerinin, kızlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kontrol grubun da, sosyal ve beceriye dayalı aktivite seçiminin cinsiyete göre anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kızların sosyal ve beceriye dayalı aktivite seçim değerlerinin, erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.44, Şekil 4.37).

Aynı cinsiyet grubuna göre aktivite seçimleri araştırma ve kontrol grupların da karşılaştırıldığında;

Kızlarda sosyal aktivite ve fiziksel aktivite seçimlerinin araştırma ve kontrol grupları arasında anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubu sosyal aktivite seçim değerlerinin, araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Erkeklerde aktivite seçimlerinde araştırma ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.44, Şekil 4.37)

Tablo 4.44. PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyete Göre Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Grup A	Kız (n=40)				Erkek (n=40)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Rekreasyonel¹	2,53	0,28	1,75	3	2,63	0,38	1,33	3	0,170
Kişisel Gelişim²	2,33	0,42	1,6	3	2,19	0,48	1,2	2,9	0,155
Sosyal³	2,69	0,25	1,9	3	2,64	0,31	1,9	3,6	0,388
Beceriye Dayalı⁴	2,54	0,44	1,6	3,9	2,49	0,42	1,4	3	0,604
Fiziksel⁵	2,31	0,42	1,38	3	2,63	0,34	1,77	3	0,000
Grup K									
Rekreasyonel¹	2,58	0,27	2,08	3,08	2,67	0,30	1,75	3	0,176
Kişisel Gelişim²	2,31	0,42	1,4	2,9	2,35	0,41	1,3	3	0,687
Sosyal³	2,83	0,18	2,4	3	2,67	0,32	1,8	3	0,007
Beceriye Dayalı⁴	2,69	0,27	1,8	3	2,48	0,53	1,1	3	0,025
Fiziksel⁵	2,50	0,35	1,61	3	2,62	0,38	1,38	3	0,140
Grup A - Grup K									
	Kız				Erkek				
	P				P				
Rekreasyonel¹	0,374				0,598				
Kişisel Gelişim²	0,832				0,107				
Sosyal³	0,006				0,673				
Beceriye Dayalı⁴	0,074				0,870				
Fiziksel⁵	0,031				0,890				
1- 12 Aktivite	3- 10 Aktivite				5- 13 Aktivite				
2- 10 Aktivite	4- 10 Aktivite								

Grup içi karşılaştırmalarda;

Araştırma grubun da kızlarda;

Aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), fiziksel aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.45, Şekil 4.37).

Araştırma grubun da erkeklerde;

Aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.45, Şekil 4.37).

Kontrol grubun da kızlarda;

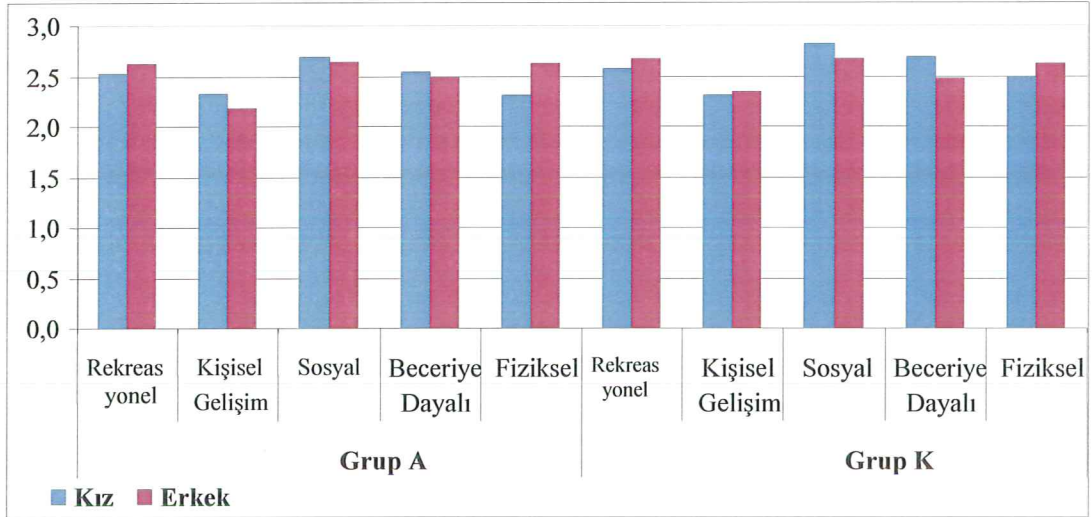
Aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.45, Şekil 4.37).

Kontrol grubun da erkeklerde;

Aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.45, Şekil 4.37).

Tablo 4.45. PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyete Göre Grup İçinde Karşılaştırılması

Grup A		Alt Setler				P
		1	2	3	4	
Kız	Fiziksel	2,31				0,000
	Kişisel Gelişim	2,33	2,33			
	Rekreasyonel	2,53	2,53	2,53		
	Beceriye Dayalı		2,54	2,54		
	Sosyal			2,69		
Erkek	Kişisel Gelişim	2,19				0,000
	Beceriye Dayalı		2,49			
	Rekreasyonel		2,63			
	Fiziksel		2,63			
	Sosyal		2,64			
Grup K						
Kız	Kişisel Gelişim	2,31				0,000
	Fiziksel	2,50	2,50			
	Rekreasyonel		2,58	2,58		
	Beceriye Dayalı			2,69	2,69	
	Sosyal				2,83	
Erkek	Kişisel Gelişim	2,35				0,001
	Beceriye Dayalı	2,48	2,48			
	Fiziksel		2,62			
	Sosyal		2,67			
	Rekreasyonel		2,67			



Şekil 4.37. PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Araştırma grubun da,

Kişisel gelişim aktivite seçiminin yaş grubuna göre anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). 9-10 yaş grubu kişisel gelişim aktivite seçim değerlerinin, 6-8 yaş grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kontrol grubun da;

Kişisel gelişim, sosyal, beceriye dayalı ve fiziksel aktivite seçiminin yaş grubuna göre anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). 9-10 yaş grubu kişisel gelişim, sosyal, beceriye dayalı ve fiziksel aktivite seçim değerlerinin, 6-8 yaş grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.46, Şekil 4.38).

Aynı yaş grubuna göre aktivite seçimleri araştırma ve kontrol grupların da karşılaştırıldığında;

6-8 yaş grubun da, aktivite seçimlerinin araştırma ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

9-10 yaş grubun da, sosyal ve fiziksel aktivite seçimlerinin araştırma ve kontrol grupları arasında anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Kontrol grubu sosyal ve fiziksel aktivite seçim değerlerinin, araştırma grubu değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.46, Şekil 4.38).

Tablo 4.46. PAC Aktivite Seçiminin Yaş Gruplarına Göre Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Grup A	6-8 (n=48)				9-10 (n=32)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Rekreasyonel¹	2,58	0,32	1,33	3	2,57	0,35	1,75	3	0,930
Kişisel Gelişim²	2,13	0,46	1,2	2,9	2,45	0,37	1,7	3	0,002
Sosyal³	2,64	0,30	1,9	3,6	2,69	0,25	1,9	3	0,424
Beceriye Dayalı⁴	2,45	0,45	1,4	3,9	2,62	0,37	1,6	3,2	0,094
Fiziksel⁵	2,47	0,40	1,69	3	2,47	0,44	1,38	3	0,997
Grup K									
Rekreasyonel¹	2,61	0,30	1,75	3	2,64	0,27	2,08	3,08	0,698
Kişisel Gelişim²	2,25	0,41	1,4	2,9	2,44	0,40	1,3	3	0,041
Sosyal³	2,69	0,29	1,8	3	2,83	0,22	2	3	0,024
Beceriye Dayalı⁴	2,49	0,48	1,1	3	2,73	0,31	1,6	3	0,008
Fiziksel⁵	2,47	0,37	1,38	3	2,70	0,33	1,91	3	0,006
Grup A - Grup K									
	6 - 8				9 - 10				
	P				P				
Rekreasyonel¹	0,590				0,394				
Kişisel Gelişim²	0,178				0,974				
Sosyal³	0,393				0,029				
Beceriye Dayalı⁴	0,710				0,203				
Fiziksel⁵	0,974				0,023				

Grup içi karşılaştırmalarda;

Araştırma grubu, 6-8 yaş grubun da;

Aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.47, Şekil 4.38).

Araştırma grubu, 9-10 yaş grubun da;

Aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olmayıp ($p>0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.47, Şekil 4.38).

Kontrol grubu, 6-8 yaş grubun da;

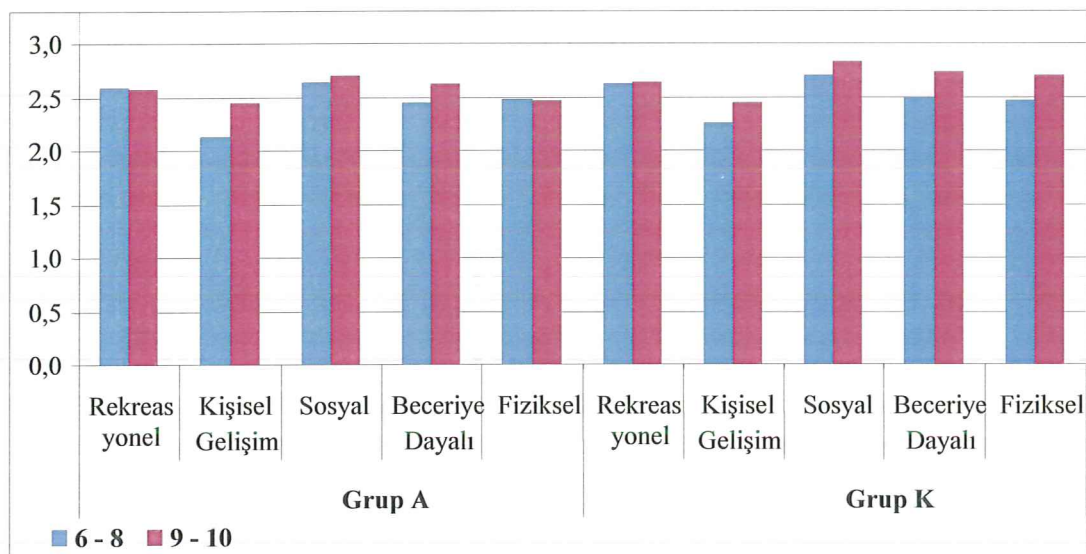
Aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.47, Şekil 4.38).

Kontrol grubu, 9-10 yaş grubun da;

Aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.47, Şekil 4.38).

Tablo 4.47. PAC Aktivite Seçiminin Yaş Gruplarına Göre Grup İçinde Karşılaştırılması

Grup A		Alt Setler			P
		1	2	3	
6 - 8	Kişisel Gelişim	2,13			0,000
	Beceriye Dayalı		2,45		
	Fiziksel		2,47		
	Rekreasyonel		2,58		
	Sosyal		2,64		
9 - 10	Kişisel Gelişim	2,45			0,053
	Fiziksel	2,47			
	Rekreasyonel	2,57			
	Beceriye Dayalı	2,62			
	Sosyal	2,69			
Grup K					
6 - 8	Kişisel Gelişim	2,25			0,000
	Fiziksel		2,47		
	Beceriye Dayalı		2,49	2,49	
	Rekreasyonel		2,61	2,61	
	Sosyal			2,69	
9 - 10	Kişisel Gelişim	2,44			0,000
	Rekreasyonel	2,64	2,64		
	Fiziksel		2,70		
	Beceriye Dayalı		2,73		
	Sosyal		2,83		



Şekil 4.38. PAC Aktivite Seçiminin Yaş Grubuna Göre Karşılaştırılması

Araştırma grubun da;

6-8 yaş grubun da, kızlar ve erkekler arasında aktivite seçiminde anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

9-10 yaş grubun da, kızlar ve erkekler arasında, rekreasyonel, beceriye dayalı ve fiziksel aktivite seçiminde fark yokken ($p>0,05$), kişisel gelişim ve sosyal aktivite seçiminde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Erkeklerin kişisel gelişim ve sosyal aktivite seçim değerlerinin, kızlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.48, Şekil 4.39).

Kontrol grubun da;

6-8 yaş grubun da, kızlar ve erkekler arasında, rekreasyonel, kişisel gelişim, sosyal ve beceriye dayalı aktivite seçiminde anlamlı fark yokken ($p>0,05$), fiziksel aktivite seçiminde anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Erkeklerin Fiziksel aktivite seçim değerlerinin, kızlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

9-10 yaş grubun da, kızlar ve erkekler arasında, rekreasyonel ve fiziksel aktivite seçiminde fark yokken ($p>0,05$), kişisel gelişim, sosyal ve beceriye dayalı aktivite seçiminde anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Erkeklerin kişisel gelişim, sosyal ve beceriye dayalı aktivite seçim değerlerinin, kızlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.48, Şekil 4.40).

Tablo 4.48. PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

		GRUP A			GRUP K		
		Kız	Erkek	P	Kız	Erkek	P
6 - 8 Yaş	Rekreasyonel	2,58	2,44	0,120	2,63	2,52	0,213
	Kişisel Gelişim	2,28	2,41	0,354	2,29	2,34	0,685
	Sosyal	2,73	2,63	0,229	2,80	2,86	0,321
	Beceriye Dayalı	2,51	2,59	0,601	2,68	2,71	0,674
	Fiziksel	2,35	2,24	0,420	2,40	2,64	0,029
9 - 10 Yaş	Rekreasyonel	2,58	2,71	0,302	2,60	2,77	0,099
	Kişisel Gelişim	1,98	2,49	0,001	2,22	2,54	0,011
	Sosyal	2,55	2,76	0,044	2,58	2,79	0,046
	Beceriye Dayalı	2,39	2,64	0,063	2,30	2,74	0,008
	Fiziksel	2,59	2,70	0,322	2,53	2,75	0,083

Grup içi karşılaştırmalarda;

Araştırma grubun da kızlarda;

6-8 yaş grubun da, aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.49, Şekil 4.39).

9-10 yaş grubun da, aktivite seçimleri arasında olarak anlamlı fark olup ($p<0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, fiziksel aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.49, Şekil 4.39).

Araştırma grubun da erkeklerde;

6-8 yaş grubun da, aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), fiziksel aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.49, Şekil 4.39).

9-10 yaş grubun da, aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olmayıp ($p>0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.49, Şekil 4.39).

Kontrol grubun da kızlarda;

6-8 yaş grubunda, aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.49, Şekil 4.40).

9-10 yaş grubun da, aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, rekreasyonel aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.49, Şekil 4.40).

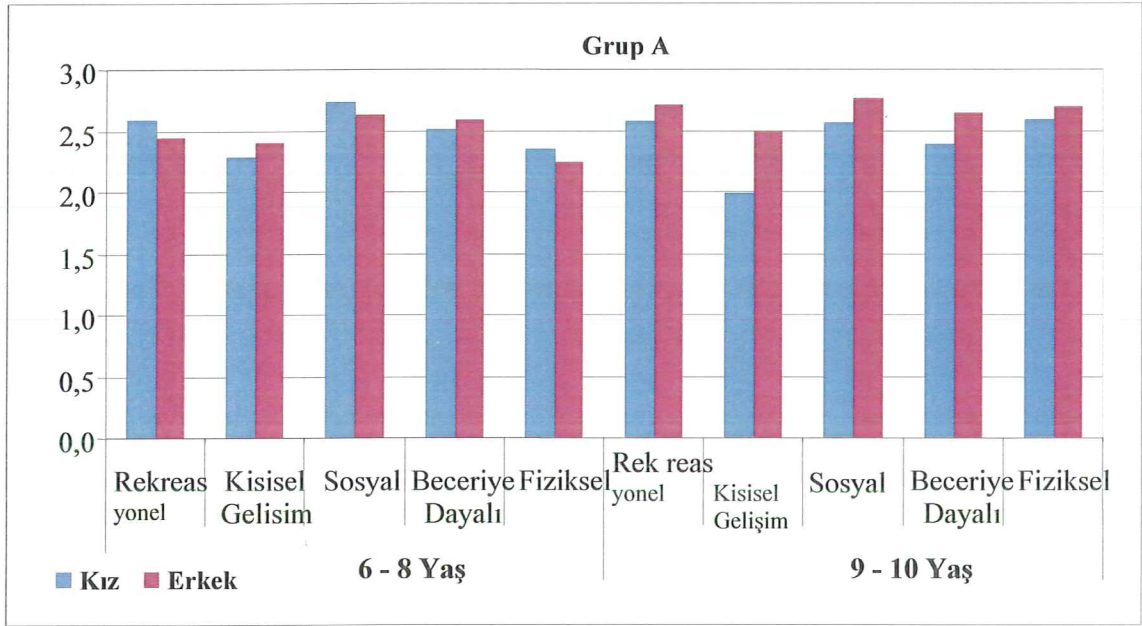
Kontrol grubun da erkeklerde;

6-8 yaş grubun da, aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olup ($p<0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.49, Şekil 4.40).

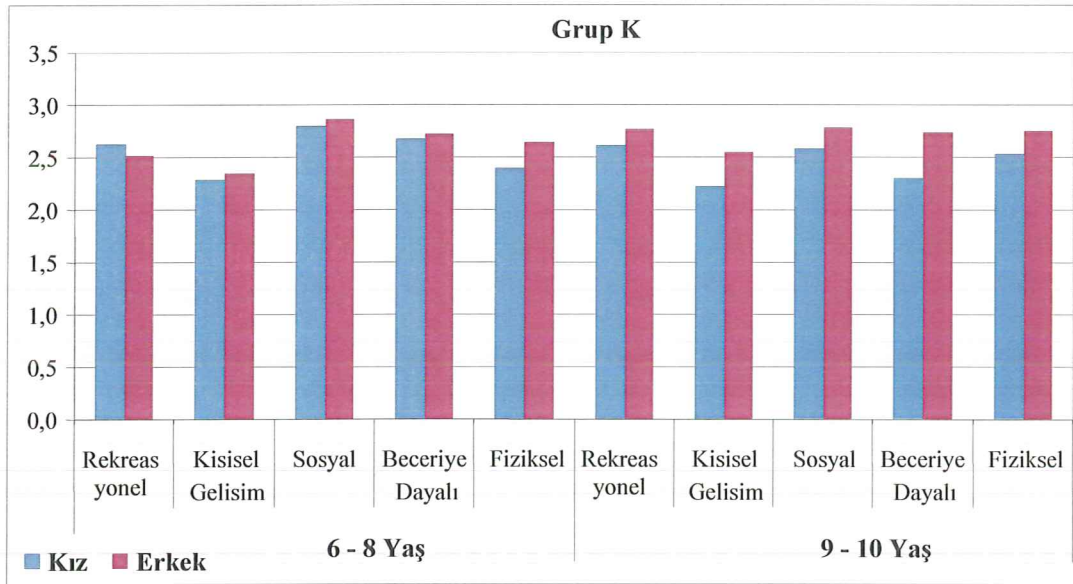
9-10 yaş grubun da, aktivite seçimleri arasında anlamlı fark olmayıp ($p>0,05$), kişisel gelişim aktivite çeşidi en az seçilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok seçilen aktivite olmuştur (Tablo 4.49, Şekil 4.40).

Tablo 4.49. PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Grup İçinde Karşılaştırılması

Grup A			Alt Setler			P
			1	2	3	
Kız	6 - 8 Yaş	Kişisel Gelişim	2,28			0,000
		Fiziksel	2,35	2,35		
		Beceriye Dayalı	2,51	2,51	2,51	
		Rekreasyonel		2,58	2,58	
		Sosyal			2,73	
	9 - 10 Yaş	Kişisel Gelişim	1,98			0,038
		Beceriye Dayalı		2,39		
		Sosyal		2,55		
		Rekreasyonel		2,58		
		Fiziksel		2,59		
Erkek	6 - 8 Yaş	Fiziksel	2,24			0,000
		Kişisel Gelişim	2,41	2,41		
		Rekreasyonel	2,44	2,44		
		Beceriye Dayalı	2,59	2,59		
		Sosyal		2,63		
	9 - 10 Yaş	Kişisel Gelişim	2,49			0,127
		Beceriye Dayalı	2,64			
		Fiziksel	2,70			
		Rekreasyonel	2,71			
		Sosyal	2,76			
Grup K						
Kız	6 - 8 Yaş	Kişisel Gelişim	2,29			0,000
		Fiziksel	2,40	2,40		
		Rekreasyonel		2,63	2,63	
		Beceriye Dayalı			2,68	
		Sosyal			2,80	
	9 - 10 Yaş	Kişisel Gelişim	2,22			0,000
		Beceriye Dayalı	2,30	2,30		
		Fiziksel	2,53	2,53	2,64	
		Sosyal		2,58	2,71	
		Rekreasyonel		2,60	2,86	
Erkek	6 - 8 Yaş	Kişisel Gelişim	2,34			0,002
		Rekreasyonel	2,52	2,52		
		Fiziksel		2,64		
		Beceriye Dayalı		2,71		
		Sosyal				
	9 - 10 Yaş	Kişisel Gelişim	2,54			0,238
		Beceriye Dayalı	2,74			
		Fiziksel	2,75			
		Rekreasyonel	2,77			
		Sosyal	2,79			



Şekil 4.39. Araştırma Grubunda, PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması



Şekil 4.40. Kontrol Grubunda, PAC Aktivite Seçiminin Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

5.TARTIŞMA

Katılım oldukça geniş bir kavramdır. Yaşam durumları içerisinde yer almak olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; yemek, içmek, banyo yapmak yanı sıra arkadaşlarla dışarıda buluşmak ya da sportif bir aktiviteyi birlikte yapmak isteyerek yaşam içerisinde olmak ve yaşam biçimini seçmektir. Katılımın objektif bir kavram olması, kişinin aktivite içerisinde olmayı istemesi ya da hangi sıklıkla aktiviteye katılım göstereceği ile bağlantılıdır. Katılımın sübjektif kişiye özgü bir kavram olması ise aktivite içerisinde yer almanın kişinin değerleri ve eğlence stili ile bağlantılı olmasıdır. Kısaca katılımın bir bütün olarak ölçümü söz konusu değildir fakat katılımın avantajlarını ve dezavantajlarını belirleyen pek çok ölçüm yöntemi mevcuttur (89).

SP'li çocuklar sağlıklı çocuklara göre nörolojik bozukluklar ve çevresel etmenler nedeni ile günlük yaşam içerisinde katılım biçimleri açısından farklılıklar gösterirler. Bu çalışmada hedefimiz; SP'li çocukların günlük yaşam aktiviteleri fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini, aktivite sınırlılıklarını, katılım kısıtlılıklarını ve annelerin depresyon düzeyleri, ailenin ekonomik yapısı gibi aile ve çocuğa ait faktörlerin, SP'li çocuklarda sağlıklı çocuklara göre katılımı nasıl etkilediğini belirleyerek, çocuk ve aileye uygulanabilecek destek hizmetlerinin belirlenmesini sağlamaktır.

Literatür incelendiğinde, katılımın ekonomik ve sosyal faktörlerinin, çocuk ve aile üzerindeki etkilerini belirlemek amacı ile çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Özürlü çocuğa sahip ailelerin bütçelerini aşan ödemelerden dolayı ve yetersiz çalışma fırsatlarından dolayı ekonomik zorluklar yaşadığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda, özürlü ve sağlıklı çocukların katılım biçimlerinin genellikle benzer olduğu ve özürlü çocuk ailelerinin katılımındaki yetersizliğin çocuğun bozukluğundan çok ailenin ekonomik kaynaklarının yetersizliğinden kaynaklandığı görülmektedir (50,71).

Dickinson ve arkadaşları, 8-12 yaş arası 813 SP'li ve 2939 sağlıklı çocukta yaptıkları çalışma sonucunda; ailelerin ekonomik kazançlarının yetersizliğinin boş zaman aktivitelerine katılımlarında engel oluşturduğunu belirlemişlerdir (24). Sandra ve arkadaşları; sosyoekonomik düzeyin çocukların aktivitelere katılım biçimini

etkilediğini, ekonomik düzeyi düşük olan ailelerin çocuklarının zamanlarını planlanmamış (rastgele, yapıcı olmayan) aktiviteler ile harcadıklarını bulmuşlardır. Araştırmacılar, planlanmış aktivitelerin planlanmamış aktivitelere göre daha fazla zaman ve ekonomik kaynak gerektirdiğini belirtmektedir (96). King ve arkadaşları, planlanmış aktivitelerin; ailenin ekonomik yapısından, aktivite seçimlerinden, kültürel entelektüel yapısından, eğlence anlayışından ve iletişimsel becerilerinden etkilendiğini belirtmektedir (50).

Çalışmamızda SP'li çocuk ailelerin aylık ortalama gelirlerinin 806,25TL, sağlıklı çocuk ailelerin aylık ortalama gelirlerinin 1003,13TL, her iki grupta da ailelerin aylık gelirlerinin en fazla 501-1000 TL arasında olduğunu belirledik.

Her iki gruptaki çocukların planlanmış aktivite katılımlarının planlanmamış aktivite katılımlarından düşük olduğunu tespit ettik. Sağlıklı ve SP'li çocukların planlanmış aktivitelerinin toplum temelli yapıldığını saptadık. Her iki gruptaki çocuklarında planlanmış aktivite katılım sıklıklarının düşük olduğunu belirledik (4 ayda bir). Resim, müzik, dans dersleri almak, bir kulüpte yüzmek ya da ata binmek gibi aktiviteler ekonomik kaynak, planlama ve düzenleme gerektiren aktivitelerdir. SP'li ve sağlıklı çocuk ailelerinin ekonomik gelirlerinin düşük olması, ailenin ekonomik kaynak sağlamak amacı ile daha fazla çalışmak zorunda kalıyor olması. Diğer çocukların bakımı, ev işleri vb sorumlulukları nedeni ile annenin çocuğuna yeterince zaman ayıramaması, ailenin entelektüel yapısı, aktivite tercihleri, yaşadıkları sosyal ve fiziksel çevre gibi aileye ve çevreye ait faktörlerden dolayı planlanmış aktivite katılım sıklıklarının düşük olduğunu düşünmekteyiz. Örneğin; çalışmamızda değerlendirdiğimiz SP'li çocuk ailelerinin ekonomik gelirlerinin çok düşük olduğunu belirlememize rağmen, iki çocuğu da SP'li olan bir annenin, belediye hizmetlerinden faydalananarak çocuklarını haftada iki kez havuza götürdüğünü öğrendik. Bu sonuç; sosyal servis hizmetlerinin, ailenin bilinçlendirilmesinde ve planlanmış aktivite katılımının artırılmasında ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre planlanmamış aktivitelere daha çok sayıda katılım gösterdiklerini belirledik. Örneğin; sokakta top oyunları oynayan sağlıklı çocuk sayısı 71 ve sağlıklı çocukların tercih ettikleri planlanmamış 4. aktivite iken, sokakta top oyunları oynayan SP'li çocukların sayısının 60 ve en çok katılımı

tercih ettikleri planlanmamış 3. aktivite olduğunu görüyoruz. Bisiklete binme aktivitesine katılan sağlıklı çocuk sayısı 69 iken ve en çok katılımı tercih ettikleri planlanmamış 6. aktivite iken, SP'li çocukların bu aktiviteye katılım göstermediklerini ve tercih etmediklerini görüyoruz. SP'li çocukların planlanmamış aktivitelerden en fazla televizyon seyretme ve telefonla konuşma, en az kütüphaneye gitme aktivitelerine, sağlıklı çocukların ise en fazla tanıdıklarıyla eğlenme ve en az balık tutma aktivitesine katılım gösterdiklerini belirledik. Planlanmamış aktivitelere katılım sıklığının her iki grupta da düşük olduğunu tespit ettik (ayda bir). King ve arkadaşları; planlanmamış aktiviteler ile harcanan sürenin (aktivite katılım sıklığının); ailenin ekonomik gelirinden, aktivite tercihlerinden ve çocuğun sınıf arkadaşlarından aldığı destekten etkilendiğini belirtmektedir. Örneğin; ailenin eğlenceli aktivite seçimleri; atletik, sosyal, eğitici içerikli olabilir ve çocuğun fiziksel, kognitif ve iletişimsel yeteneklerini artırmaya yönelik tercihleri içerebilir. Örneğin; okul kulüplerine katılmak, diğer çocuklarla yapılan planlanmış, fiziksel bir aktivite çeşidi iken sportif bir aktivite değildir. Yapıcı, pratik gerektiren bir aktivitedir. Okul içerisinde satranç turnuvalarına, öykü, fotoğraf ya da bilimsel yarışmalara katılmak, çocuğun iletişimsel, sosyal yönlerini geliştirebilir ve bu aktivite biçimleri SP'li çocuklarda okul ortamında artırılabilir. King ve arkadaşları; planlanmış-planlanmamış aktivite katılım sıklıklarının düşük olmasının, katılımı etkileyen faktörlerin ileri düzeyde araştırılması ve aktivite katılımını etkileyen engellere yönelik müdahale yöntemlerinin belirlenmesini gerektirdiğini vurgulamaktadır (50).

Katılımın sağlıklı ve SP'li çocuklar üzerindeki pozitif etkilerine rağmen, sağlıklı ve SP'li çocukların fiziksel aktivite düzeylerini karşılaştırdığımızda; çalışmamızda SP'li çocukların günlük yaşam aktiviteleri fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin sağlıklı yaşlılarına göre daha düşük olduğunu belirledik. Sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre fiziksel aktivitelere katılımı daha çok tercih ettiklerini, SP'li çocuklara göre fiziksel aktivitelerle daha çok eğlendiklerini ve sağlıklı çocukların en çok eğlendiği aktivite çeşitlerinin fiziksel aktiviteler olduğunu belirledik. Sağlıklı çocukların fiziksel aktivitelere, SP'li çocuklara göre; daha fazla katılım gösterdiklerini saptadık. Örneğin; parkta salıncakta sallanmak, kaydırakta kaymak ya da barlara tırmanma aktivitesine katılan sağlıklı çocuk sayısı 74 iken,

SP'li 46 çocuğun bu aktiviteye katılım gösterdiğini görüyoruz. Parkta oynamak sağlıklı çocuklar için en çok katılım gösterdikleri 3. aktivite iken SP'li çocuğun en çok katılım gösterdiği 20. aktivite olduğunu görüyoruz. Bisiklete binme aktivitesine baktığımızda katılım gösteren sağlıklı çocuk sayısı 69 ve sağlıklı çocukların en çok katılım gösterdiği 10. aktivite iken, SP'li çocukların bu aktiviteye katılım göstermediklerini görüyoruz.

Çalışmamızda çocukların günlük yaşam aktiviteleri içerisindeki fiziksel performanslarını artırmak için okul, sınıf gibi özel alanlarda çocuğun ihtiyaçlarına yönelik kişi merkezli değerlendirmeler ile müdahale yöntemlerinin belirlenmesi ve gereken adaptif uygulamaların yapılması gerekliliğini tespit ettik. Örneğin; her iki çocuğunda da ciddi görme kaybı olan bir anne ile yaptığımız görüşmelerden; çocuklarının sınıf içerisinde sağlıklı çocuklara oranla, özellikle yazılı sınavlarda süre sınırlılığı sorunu yaşadıklarını ve çocuklarında aktiviteyi başarma ihtiyacı doğduğu için stres yaşadıklarını öğrendik. Çocuklarının görmelerine yardımcı adaptif cihazın son yıllarda sağlık güvenceleri tarafından karşılanmadığını ve ailenin ekonomik yetersizlikleri nedeni ile bu cihazı temin edemediklerini öğrendik. Çocuk hakları bildirgesinin 28.maddesine dayanarak tüm çocukların eğitim alma haklarını düşünürsek, eğitimi özürlü çocuklar için kolaylaştırmaya yönelik tüm politikaların belirlenerek çözüm yöntemlerinin uygulanması gerektiği görüşündeyiz. Örneğin; ergoterapi ünitesinde tedaviye aldığımız okul çağı SP'li çocukların sınıf içerisinde el yazısı kullanma zorunluluğu nedeni ile akranlarına oranla süre kısıtlılığı sorunu yaşadıklarını belirledik. El yazısının düz yazıya oranla; ciddi kognitif ve ince beceri gerektiren bir aktivite olması, SP'li çocukların spastisite, tremor, proprioception kaybı gibi nörolojik problemleri nedeni ile motor performanslarının kısıtlanarak aktiviteyi tamamlamada süre kısıtlılığı sorunu yaşamaları vb. etkenler çocuk bu aktiviteyi nasıl başarabilir? Sorusuna yönelik çözüm önerilerinin belirlenmesi gerektiğini gözler önüne sermektedir.

Cinsiyet, aktivite seçimini, katılım sıklığını, aktivite ile eğlenmeyi ve dolayısı ile katılımı etkilemektedir (103, 52). Sandra ve arkadaşları, kızların ve erkeklerin farklı tipte aktivite biçimleri sergilediklerini ve erkek çocuklarının kız çocuklarına göre daha çok sportif aktivitelere (aktif-fiziksel aktivitelere) katılım gösterdiklerini belirlemişlerdir (96). Offord ve arkadaşları, 6-11 yaş arası sağlıklı çocuklar üzerinde

yaptıkları çalışmada; erkek çocuklarının büyük çoğunluğunun aktif fiziksel aktivitelere, kız çocuklarının ise büyük çoğunluğunun beceriye dayalı aktivitelere katılım gösterdiğini belirlemişlerdir (81). Larson ve Verma, erkek çocukların yüksek oranda aktif fiziksel aktivitelere katılım gösterdiğini, bu aktivitelerle daha çok eğlendiğini ve bu aktiviteleri tercih oranlarının kız çocuklarına göre daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla birlikte kız çocuklarının sıklıkla beceriye dayalı, sosyal ve kişisel gelişim aktivitelerine katılım gösterdiklerini, bu aktiviteleri daha eğlenceli bulduklarını ve erkek çocuklarına kıyasla daha çok tercih ettiklerini belirlemişlerdir. Larson ve Verma; cinsiyetin, aktivite tipinin seçiminde majör faktör olduğunu ifade etmektedir (53).

King ve arkadaşları, Garton ve Pratt'ın 13-17 yaş arası sağlıklı çocuklar üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda; erkek çocuklarda sportif aktivitelere katılım oranının aynı yaştaki kız çocuklarına göre oldukça yüksek olduğunu belirlediklerini belirtmektedirler. Kız çocuklarının genellikle kişisel gelişim (örneğin: kütüphaneye gitmek, ev işi yapmak) sosyal (yemek yapmak) ve beceriye dayalı (izcilik vb.) aktivitelere katılımı tercih ettiklerini, erkek çocuklarının ise genellikle fiziksel aktivitelere (sokakta top oyunları oynamak ya da takım sporları yapmak) katılımı tercih ettiklerini belirtmektedirler. Law ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, 6-11 yaş arası sağlıklı erkek çocukların kız çocuklarına göre fiziksel aktivitelere katılım sıklığının, kız çocuklarının ise erkek çocuklarına göre beceriye dayalı ve sosyal aktivitelere katılım sıklığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (44, 57, 86).

Çalışmamızda SP'li ve sağlıklı çocukların toplam aktivite tercihlerinde en çok sosyal (tüm gün gezmek, tanıdıklarla birlikte eğlenmek, güncel etkinliklere katılmak vs) en az kişisel gelişim (dinsel aktiviteler, okumak, öykü yazmak) aktivitelere katılımı tercih ettiklerini belirledik. SP'li ve sağlıklı erkek çocuklarının SP'li ve sağlıklı kız çocuklarına göre; fiziksel aktivitelere daha fazla katılım gösterdiklerini ve bu aktiviteleri kız çocuklarına göre daha çok tercih ettiklerini gördük. Her iki grupta da kız çocuklarının; sıklıkla rekreasyonel, sosyal ve kişisel gelişim aktivitelere katılım gösterdiklerini ve erkek çocuklarına kıyasla daha çok tercih ettiklerini saptadık. Sağlıklı kız çocuklarının sağlıklı erkek çocuklarına göre; sosyal

ve beceriye dayalı aktivitelere, SP'li kız çocuklarına göre ise fiziksel aktivitelere katılımı daha fazla tercih ettiklerini belirledik.

Çocuğun cinsiyeti onun ilgi alanlarını dolaylı olarak tercihlerini ve katılımını etkilemektedir. Kız ve erkek çocukları arasındaki aktivite tercih farklılığının nedeninin, kız ve erkek çocuğunun gelişimsel farklılığının bir sonucu olduğunu düşünmekteyiz. Bu bilgi ergoterapi alanında; hedef aktivitelerin seçiminde, GYA' de bağımlı olan çocuklarda, hoşlandıkları aktivitelere katılım fırsatı verilerek, yaşam memnuniyetlerinin, motivasyonlarının, fonksiyonel yeteneklerinin artırılmasında ve çocukta zaman içerisinde katılımında oluşan değişiklikleri belirleyerek, uygulanan tedavinin etkinliğini değerlendirmek amacı ile kullanılabilir.

Örneğin; SP'li ve hiperaktif sorunu olan ve aktiviteye yoğunlaşmakta sorunlar yaşayan bir çocukta, ergoterapi ünitesinde hedef aktivite olarak rekreasyonel aktivitelerden kart oyunlarını seçtik ve çocuğun aktiviteye yoğunlaşmada son derece başarılı olduğunu gördük. Denge koordinasyon sorunu olan SP'li bir çocukta ise çocuğun tercihi doğrultusunda fiziksel aktivitelerden ayakta balık tutma aktivitesini seçtik. SP'li motor planlama bozukluğu olan bir çocuğun aktivitelere aktif katılımını sağlayabilmek için masa üzerinde top oyunları oynamayı seçtik. Aktiviteyi diğer çocuklarla birlikte paylaştığı için çok eğlendiğini ve aktiviteye devamlılıkta oldukça istekli olduğunu gözlemledik. Bununla birlikte aktivite yönetiminin tarafımızdan sağlanıyor olmasının çocuğun kendini güvende hissetmesi ve aktiviteye devamlılığı için cesaret verdiğini gözlemledik. GYA'de bağımsız fakat davranış problemi olan bir çocukta; tercih ettiği aktiviteye katılımın çocuğun davranış problemlerini azalttığını gözlemledik. Üst extremité kullanımı zayıf olan bir çocukta, diğer çocuklar ile birlikte tekerlekli sandalye ile yarış yapma aktivitesini seçtik ve çocuğun üst extremité kuvvetinin arttığını gözlemledik.

CAPE ve PAC 6-21 yaş arası çocuk ve gençlerde, çocukların aktivite katılım sıklıklarını ve tercihlerini belirlemektedir. Bu bilgilerin sağlıklı ve özürlü tüm çocuklarda ilgi alanlarının belirlenmesinde, geleceklerine yönelik planlamalarda kullanılabileceği görüşündeyiz. Örneğin; hastane bahçesinde elinde iki plastik bardakla havuz kenarında suyla oynayan 8 yaşlarındaki sağlıklı kız çocuğuna ne yaptığını sorduğumuzda; havuzdaki kurtçukları topladığını, bunları evde beslediği böceklerine yem olarak vereceğini, böcekleri öldüğünde onları kuruttuğunu ve böcek

koleksiyonuna eklediğini belirtti. Daha sonraki dönemlerde, aile ile yaptığımız görüşmelerden ailenin çocuğunu ilgilerini geliştirebileceği farklı bir okula yönlendirdiklerini öğrendik.

SP'li çocuklarda, çocuğun fonksiyonel bağımsızlık düzeyi, tercih ettiği aktivite için yeterli olmayabilir. Böyle bir durumda alternatif aktiviteler seçilebileceği görüşündeyiz. Örneğin; çocuk futbol oynamak istiyor olabilir fakat fonksiyonel düzeyi yeterli olmayabilir. Bunun için fiziksel aktivitelerden en çok tercih ettiği başka bir aktivite seçilerek, çocuğun kişisel memnuniyeti artırılabilir.

Örneğin; Ankara Ortopedik Engelliler Okulu'nda ders saatleri dışında, TS seviyesinde basketbol oynayan erkek çocuklarını gözlemlediğimizde, çocukların farklı özörlere sahip olmakla birlikte pek çok çocukta üst ekstremitte fonksiyonelliğini etkileyebilecek, skolyoz, kifoz gibi deformitelerin ve alt ekstremitte amputasyonlarının varlığını gözlemledik. Bununla birlikte çocukların tek elleri ile tekerlekli sandalyenin hareketlerini maniple ederken, diğer elleri ile oldukça seri biçimde topu potaya taşıdıklarını, fiziksel performanslarının yanı sıra motivasyonlarının sağlıklı çocuklardan farklı olmadığını gözlemledik.

Sonuç olarak; özörlü çocukların katılımlarının artırılmasında, çocuğun aktiviteye ulaşılabilirliğinin veya köy kasaba gibi çevrelerde yaşayan çocuklar için aktivitenin çocuğa ulaşılabilirliğinin sağlanmasının çok önemli olduğunu ve bunun okullar aracılığı ile sağlanabileceğini görüşündeyiz.

Çocuğun yaşının ilgi alanlarını, tercihlerini, katılım çeşitliliğini ve tipini etkilediği belirlenmiştir (86). King ve arkadaşları yaptıkları çalışma sonucunda; yaşla birlikte sosyalleşme oranının arttığını belirlemişlerdir (51). Literatür incelendiğinde yaşla birlikte sosyalleşme oranının arttığını ve rekreasyonel aktivitelere katılım oranının düştüğü görülmektedir. Örneğin; okul çağında çocuklarda televizyon seyretme oranının en yüksek düzeye çıktığı, adölesan dönemlerinin başlarında ve ortalarında ise bu oranın düştüğünü belirtilmektedir (114). King ve arkadaşları; erkek çocuklarda yaş büyüdükçe kişisel gelişim aktiviteleri ile eğlenmenin azaldığını, kız çocuklarında ise yaş büyüdükçe kişisel gelişim ve beceriye dayalı aktiviteler ile eğlenmenin arttığını belirlemişlerdir (51). Law ve arkadaşları, 6-8, 9-11, 12 ve 12 yaş üstü SP'li çocuklar üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda; büyük yaştaki çocukların rekreasyonel aktivitelerle daha fazla zaman harcadıklarını (katılım sıklığı),

rekreasyonel aktiviteler ile eğlenme ve bu aktiviteleri tercih oranlarının, küçük yaştaki çocuklara göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (57). Palisona ve arkadaşları SP'li 277 erkek ve 223 kız çocukta yaptıkları çalışmada; rekreasyonel aktivitelere katılım oranının yaş ve aktivite seçimlerinden etkilendiğini, bazı rekreasyonel aktivitelerin (örneğin; yap-boz, hayal oyunları oynamak, oyuncaklarla oynamak) okul çağındaki çocuklarda daha büyük yaştaki çocuklara göre daha fazla tercih edildiğini ve katılım gösterildiğini belirlemişlerdir (86).

Benzer olarak çalışmamızda, her iki grupta da yaşla birlikte; kişisel gelişim aktivitelerine katılımın arttığını ve daha çok tercih edildiğini belirledik. Sağlıklı çocuklarda yaşla birlikte; rekreasyonel aktivite katılım oranının düştüğünü, fiziksel aktivite katılım oranının arttığını ve fiziksel, sosyal, kişisel gelişim aktivitelerine katılımı daha çok tercih ettiklerini belirledik.

Cinsiyet ve yaşa göre; 6-8, 9-10 yaş grubunda SP'li ve sağlıklı kız ve erkek çocukların en az beceriye dayalı aktivitelere en çok rekreasyonel aktivitelere katılım gösterdiklerini belirledik. Bunun nedeninin SP'li ve sağlıklı çocukların en çok rekreasyonel en az beceriye dayalı aktiviteler ile eğlenmeleri olduğunu düşünmekteyiz. Law ve arkadaşlarının çalışmalarına (57) benzer şekilde, bizim çalışmamızda; sağlıklı erkek çocuklarda sağlıklı kız çocuklarına göre; yaşla birlikte; rekreasyonel ve sosyal aktivitelere katılım oranının arttığını gördük. Sağlıklı ve SP'li erkek çocuklarının aynı yaştaki sağlıklı ve SP'li kız çocuklarına göre; fiziksel aktivitelere daha fazla katılım gösterdiğini ve SP'li erkek çocuklarının kız çocuklarına göre; yaşla birlikte fiziksel aktivitelere katılımlarının arttığını belirledik. Sağlıklı ve SP'li 9-10 yaş arası erkek çocuklarının, sağlıklı ve SP'li 9-10 yaş arası kız çocuklarına göre; yaşla birlikte kişisel gelişim aktivitelerine katılımı daha çok tercih ettiklerini belirledik. Sağlıklı ve SP'li 9-10 yaş arası erkek çocuklarının Sağlıklı ve SP'li 6-8 yaş grubu erkek çocuklarına göre ise; yaşla birlikte sosyal aktivitelere katılımı daha çok tercih ettikleri sonucuna ulaştık.

SP'li ve sağlıklı çocukların aktiviteler ile eğlenmelerini değerlendirdiğimizde her iki grubunda; en çok sosyal en az beceriye dayalı aktivitelerle eğlendiklerini belirledik. Çocuğun aktivite ile eğlenmesinde; aktiviteyi nerede yaptığından çok kimlerle yaptığından daha önemli olduğunu düşünmekteyiz. Örneğin; çocuk, kart oyunlarını evde yalnız veya ailesi ile birlikte oynayabilir fakat evinde arkadaşları ile

aktiviteyi yaptığında daha çok eğlendiğini görüyoruz. Bunun nedeninin çocuğun aktivite içerisinde diğerleri ile birlikte ortak heyecanı ve coşkuyu hissederek paylaşması olduğunu düşünmekteyiz.

Fiziksel bozukluğu olan çocuklar düşük aktivite katılım riski altındadır ve genellikle pasif aktivite biçimi sergilerler. Bu nedenle sosyal dışlanma ve yalnızlık yaşarlar (36, 66, 83). Imms ve arkadaşları 10-12 yaş grubu sağlıklı ve SP'li çocuklarda yaptıkları çalışmada; SP'li çocukların genellikle resim, boyama ve bilgisayarla oynadıklarını, sosyal ve fiziksel aktivite katılımlarının çok düşük olduğunu, boş zaman aktiviteleri katılım sıklıkları düşük olduğu için genellikle evde zaman geçirdiklerini belirlemişlerdir (43).

Majmner ve arkadaşları; çeşitli bozuklukları olan çocukların, yaşitlarına göre çok az aktivite sergileyebildiklerini ve bu aktivitelerin genellikle ev temelli (evde yapılan; ev, komşu evi, akraba evi vb) yetersiz fiziksel aktivite ve sosyal içerikli aktivite biçimleri olduğunu bulmuşlardır. Okul çağındaki 7-9 yaş arası 95 SP'li çocukta yaptıkları çalışmada; aktivitelere katılım oranını yüksek, aktivite çeşitliliğini düşük ve ev temelli, aktivite ile eğlenmenin yüksek ve en az katılımın beceriye dayalı ve toplum temelli yapılan fiziksel aktivitelere (savunma sporları yapmak, su sporları yapmak vb.) olduğunu belirlemişlerdir (66). Imms ve arkadaşları 114 SP'li (10-12 yaş) çocukta yaptıkları çalışmada; toplam aktivite katılım oranını 26,5 (aktivite-Aralığı 0-55), çeşitliliğini yüksek fakat ev temelli, aktivitelerle eğlenmeyi yüksek, en az katılım sıklığının beceriye dayalı ve fiziksel aktivitelere olduğunu, planlanmış aktivite katılım oranının planlanmamış aktivitelerden düşük olduğunu belirlemişlerdir (43).

Çalışmamızda paralel olarak, SP'li çocuklarda toplam aktivite katılım oranını yüksek (23,58; aktivite Aralığı; 0-55), katılım çeşitliliğinin en fazla rekreasyonel aktivitelere olduğunu, ev temelli aktivite katılımı sergilediklerini, aktiviteler ile çok eğlendiklerini belirledik. En az aktivite katılımının; beceriye dayalı aktivitelere olduğu ve en az bu aktiviteler zaman ayırdıklarını belirledik. En az katılımın beceriye dayalı aktivitelere olmasının nedeninin; SP'li çocukların en az bu aktivitelerle eğleniyor olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bu nedenle SP'li çocuğu ergoterapi alanında değerlendirirken çocuğun aktivite katılımı içerisindeki kişisel memnuniyetinin göz önünde tutulması gerektiği ifade edilmektedir (37). SP'li ve

sağlıklı çocuklarda, kişisel gelişim, beceriye dayalı ve rekreasyonel aktivitelerin ev temelli (akraba evlerinde), sosyal ve fiziksel aktivitelerin ise daha toplum temelli yapıldığını saptadık. Sağlıklı çocukların sosyal aktivitelere komşu evlerinde ya da okulda, fiziksel aktivitelere (sokakta top oynamak, takım sporları yapmak, bisiklete binmek vb) toplumda, SP'li çocukların ise fiziksel ve sosyal aktivitelere daha çok komşu evlerinde katılım gösterdiklerini belirledik. Örneğin; boyama, çizim aktivitesine katılan SP'li çocuk sayısı 72 ve tercih ettikleri 20. aktivite iken sağlıklı 59 çocuğun katılım gösterdiğini ve tercih ettikleri 41. aktivite olduğunu gördük.

Sağlıklı çocukların sosyal aktivitelere, komşu evlerinde ya da okulda anneanne, babaanne ve dede gibi yakınları ile katılım gösterdiklerini belirledik. Genel anlamda, değerlendirdiğimiz sağlıklı çocuk ailelerin ekonomik gelirlerinin düşük olmasından dolayı çocuklarını kreş ya da anaokullarına gönderemiyor olmaları, ek gelir sağlamak amacı ile daha fazla çalışmak zorunda kalıyor olmaları dolayısı ile çocuğa zaman ayıramıyor olmalarının etken olduğunu düşünmekteyiz. Bununla birlikte toplumumuzda çoğunlukla çocukların bakımlarının anneanne ya da babaanneler tarafından sağlanıyor olması, çocukların bazı aktivitelere yakınları ile katılım göstermelerinin nedeni olabileceğini düşünmekteyiz. Örneğin; merkezimizde yatan pek çok SP'li çocuğun bakımının anneanne ya da babaanneler tarafından sağlandığını gözlemledik. Bu durumun annenin çalışmak zorunda olmasından ve diğer çocuklarının bakımına ait sorumluluklarından kaynaklandığını belirledik.

Katılım sıklığı çocuğun o aktiviteye katılımda harcadığı ortalama süre olarak tanımlanmaktadır. Yüksek puan, katılımın uzun süreli olduğunu düşük puan ise katılım için zaman ayıramadığını gösterir. Aktivitenin evden uzak bir alanda yapılıyor olması, ulaşım araçlarının yetersizliği, katılım için kısıtlı destek, çocuğun fiziksel toleransının yetersizliği, ailenin kültürel entelektüel yapısı, ailenin kazancı, ailenin eğlence anlayışı vs gibi etkenlerin sıklığı etkilediği belirtilmektedir (50, 86). Law ve arkadaşları, 6-14 yaş arası 427 tane nörolojik bozukluğu olan 229 SP'li erkek, 198 SP'li kız çocuk da yaptıkları çalışmada; SP'li çocukların katılım sıklığının düşük olduğunu buna rağmen katılımda aktivite çeşitliliği sergilediklerini göstermişlerdir (57).

Çalışmamızda sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre; kişisel gelişim aktiviteleri ile daha fazla zaman harcadıklarını belirledik. Kişisel gelişim

aktivitelerinin; rutin, sorumluluk gerektiren, yalnız ve gönüllü yapılabilen aktivite çeşitleri (ev işi yapmak, hayvan beslemek, öykü yazmak, alışveriş yapmak vs) olması; zihinsel, iletişimsel, sosyal davranış becerileri gerektirmesi dolayısı ile SP'li çocuklarda sağlıklı çocuklara göre; katılım sıklıklarının düşük olduğunu düşünmekteyiz. Sağlıklı ve SP'li çocukların en az beceriye dayalı aktivitelere zaman ayırdıklarını, zamanlarının çoğunu rekreasyonel aktiviteler ile (yap-boz yapmak, çizim-boyama yapmak, bilgisayar-video oyunları oynamak, televizyon seyretmek, oyuncaklarla oynamak, koleksiyon yapmak gibi) geçirdiklerini saptadık.

Rekreasyonel aktivitelere harcanan sürenin ailenin eğlence anlayışı ve ailenin sosyal ve rekreasyonel aktivitelere katılım boyutu ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Sloper ve arkadaşları; ailenin eğlence anlayışının çocuğun organize aktivitelere (beceriye dayalı) ve planlanmamış aktivitelere katılım sıklığını etkilediğini belirtmektedirler (86). Çalışmamızda sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre rekreasyonel aktivitelere toplamda daha fazla sayıda katılım gösterdiklerini ve en fazla rekreasyonel aktivitelerle zaman geçirdiklerini, her iki grubunda rekreasyonel aktivitelerde düşük sosyal içerikli ve ev temelli aktivite katılımı sergilediklerini fakat rekreasyonel aktivitelerle eşit düzeyde eğlendiklerini saptadık.

Çocuğun davranış biçimleri, bozuklukları ve ailenin eğlence anlayışı çocuğun boş zaman ve rekreasyonel aktivitelere katılımını limitler. SP'li çocuğun iyilik halinin, ailesinin genel sağlığını doğru orantılı olarak etkilediği belirlenmiştir (89). Özürlü çocuğu olan anneler depresyon riski altındadır. Annesi depresyonda olan çocukların anneleri depresyonda olmayan çocuklara göre, kognitif problemler, konuşma ve sosyal fonksiyonellik problemleri yaşadıkları belirtilmektedir. Özürlü çocuğa sahip olan annelerin sağlıklı çocuğa sahip annelere göre daha büyük miktarda stres ve duygusal beklenti ile karşı karşıya olduğu ifade edilmektedir. Bunun nedeni annenin bütün gün çocuk ile birlikte olmasıdır. Özürlü çocuğa sahip tüm annelerin adaptasyonda zorlukları olmadığı fakat annede çocuğun bakımına, ekonomik kazanç sağlamaya ve diğer sorumluluklara yönelik tükenmişlik söz konusu ise stres altında olduğu belirtilmektedir. Engelli çocuğa sahip olan annelerde, sağlıklı çocuk annelerine göre; somatik yakınmalar, depresyon, anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların daha sık görüldüğü bildirilmektedir (91,107).

Bumin ve arkadaşları; anksiyetesi olan annelerde enerji düzeyinin düştüğünü, uyku bozuklukları oluştuğunu, emosyonel reaksiyonların arttığını belirlemişlerdir. Annelerde depresyon ve sosyal dışlanma arasında ciddi bir ilişki olduğunu, günlük yaşamda çok fazla sorumluluğu olan annenin sosyal aktivitelere zaman ayıramamasının annede depresyona neden olduğunu belirlemişlerdir (15). Weiss ve arkadaşları; tipik gelişim bozukluğu olan çocukların aileleri ile SP'li çocukların ailelerinin benzer geleneksel aile yapılarına sahip olduklarını yani çocuğun bakımının büyük oranda anne tarafından yapıldığını belirtmektedirler. SP'li çocuğun yaşamında eşlerin çocuğa destek anlamında çok önemli kişiler olduğunu ve SP'li çocuğun bozukluğunun şiddetinin özellikle de çocuğun bakımı konusunda evlilik stres seviyesini artırdığını belirlemişlerdir. Weiss ve arkadaşları çalışmalarında; McCubbinin; tek ebeveynli ailelerin çift ebeveynli ailelere göre; çocuğun aktivite gelişimi, ekonomik, gelecek kaygısı gibi konularda zorluklar yaşadıklarını fakat stresi daha kolay adapte edip sorumlulukları esnek hale getirebildiklerini belirlediklerini belirtmektedirler (112).

Sosyal hizmet servis destekleri, emosyonel çevre desteği, problem çözme stratejilerinin öğretilmesi gibi yöntemler SP'li çocuğun ailesinin adaptasyon yöntemlerini kazanmasını sağlayabilir. Adaptasyon yöntemleri; aile veya eş sistemindeki yapıyı değiştirebilme, rol ilişkilerini ve ilişkilerdeki bu rolleri durumlara göre adapte edebilme, durumsal stresleri kontrol edebilme ve sorumlulukları alabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (31).

Çalışmamızda SP'li çocuk annelerinin depresyon düzeyinin sağlıklı çocuk annelerine göre daha yüksek olduğunu belirledik. Annenin depresyon düzeyi arttıkça çocuğun katılım gösterdiği toplam aktivite sayısının, aktivite çeşidinin, aktivite ile harcadığı sürenin, aktiviteyi birlikte yaptığı toplam kişi sayısının azaldığını belirledik.

Çalışmamızda SP'li ve sağlıklı çocukların en fazla rekreasyonel, daha sonra sosyal, kişisel gelişim, fiziksel ve en az beceriye dayalı aktivitelerde aktivite katılım çeşitliliği sergilediklerini belirledik. Sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre, rekreasyonel, kişisel gelişim (mektup yazmak, öykü yazmak, okumak, ev ödevi yapmak vs.) ve sosyal aktivitelerde (ziyaret, partiye gitmek, sinemaya gitmek vs) daha fazla aktivite çeşidine katılım gösterdiğini ve bu aktivitelere SP'li çocuklara

göre daha fazla zaman ayırdıklarını saptadık. Majmener ve arkadaşları; çocuğun rekreasyonel ve kişisel gelişim aktivitelerine katılım oranının aile stresi ile bağlantılı olduğunu belirlemişlerdir (66). King ve arkadaşları; aileye ait faktörlerin çocuğun davranış biçimini olumsuz yönde etkilediğini, boş zaman ve rekreasyonel aktivitelere katılımını kısıtladığını belirlemişlerdir (51). Okul çağı yaş grubunda, ailenin çocuğun boş zaman aktivitelerine katılımını sağlamada çok önemli rolleri vardır Parker ve arkadaşları, SP'li çocuğa sahip 102 ailede yaptıkları çalışmada; çocuğun fiziksel ve psikolojik iyilik halinin katılımı etkilemediğini fakat aile stresinin çocuğun toplumsal aktivitelere düşük oranda katılımını önemli ölçüde etkilediğini bulmuşlardır (89). Yapılan çalışmalar özürlü çocukların boş zaman aktivitelerine katılımlarının yetersiz ve aktivite çeşitliliklerinin düşük olduğunu çocukların genelde rekreasyonel ve sosyal aktivitelere katılım gösterdiklerini fakat düşük aktivite çeşitliliği sergilediklerini göstermektedir (51, 66, 89). Bizde çalışmamızda her iki grubun en fazla rekreasyonel aktivitelerde en az beceriye dayalı aktivitelerde aktivite katılım çeşitliliği sergilediklerini belirledik.

Çalışmamızda Sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre; toplamda daha fazla sayıda aktiviteye katılım gösterdiğini, daha fazla aktivite çeşitliliği sergilediğini, aktiviteye daha fazla zaman ayırdığını, sosyal içerikli ve toplum temelli aktivite katılımı sergilediklerini saptadık. SP'li çocukların aktivitelere daha çok aileleri ile katılım göstererek yetersiz sosyal içerikli aktivite katılımı sergilediklerini, bununla birlikte her iki grubunda aktivitelerle eşit düzeyde eğlendiğini belirledik. Bu sonuç, yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzer şekilde; bozukluğun ve aktivite sınırlılıklarının çocuğun aktivite ile eğlenmesi üzerindeki etkisinin düşük olduğunu göstermektedir (50,66).

Katılım kavramı özürlü çocuklarda önemi gittikçe artan bir konudur. Fiziksel özürlü çocukların özürsüz çocuklara göre katılımı konusundaki bilgiler yetersizdir (66, 89). Bu çalışma bizim SP'li çocukların rekreasyonel ve boş zaman aktivitelerine katılım biçimlerini anlamamızı sağladı. SP'li çocukların evlerinde, komşu ya da akraba evlerinde yakınları ile ya da onların çocukları ile aktivitelere katıldığını belirledik. Evde genellikle rekreasyonel aktivitelere katılımı tercih ettiklerini bu

aktivitelerin genelde; oyuncaklarla oynamak, boyama, bilgisayar oyunları oynamak gibi sosyallığı düşük, ev temelli aktiviteler olduğunu saptadık.

Annelerle ve çocuklarla yaptığımız görüşmelerden; SP'li çocukların fiziksel aktivite katılımlarının düşük olduğunu, çocukların parklara aileleri veya yakınları ile gittiklerini ve daha çok salıncak ile sallandıklarını, ev içerisinde bisiklet kullandıklarını, evde aile üyeleri ya da yakınları ile dans ettiklerini, yüzme, ata binme, şarkı söylemeyi öğrenme, yeni arkadaşlar edinme gibi aktivitelere rehabilitasyon merkezlerinde ya da belediyelerin sağladığı hizmetlerden yararlanarak katılım gösterebildiklerini saptadık. Ergoterapi ünitemizde tedaviye aldığımız çocuk annelerinin, çocuklarının problemleri, bu problemler ile mücadele yöntemleri konularında bilinçlendirilmelerinin, çocuğun tedavisine etkin katılımlarının, annenin motivasyonunu artırdığını ve çocuğunun tedavisine yönelik hedeflerin belirlenmesi ve uzun vadede uygulanmasında aktif katılım gösterdiklerini gözlemledik.

Çocuğun katılımını artırmak için toplum temelli çalışmalar yapılarak, katılımı engelleyen faktörler belirlenerek, buna yönelik politikalar ve çözüm önerileri üretilmelidir. Biz ülkemizde SP'li çocuk için engel oluşturan faktörlerin; ailenin ekonomik durumu, anne ve babanın eğitim düzeyi, annenin depresyon düzeyi gibi aileye yönelik faktörler, ailenin aldığı sosyal destekler, hizmetler ve fiziksel çevre gibi çevreye ait faktörler ve çocuğun günlük yaşam aktiviteleri fonksiyonel bağımsızlık düzeyi olduğunu belirledik. Annelerle yaptığımız görüşmelerden; özellikle kırsalda yaşayan SP'li çocuk ailelerinin büyük çoğunluğunun, sağlık hizmetlerine ulaşabilirlikte veya daha kaliteli hizmet alabilmede yaşadıkları sorunlar nedeni ile Ankara'ya göç ettiklerini öğrendik. Çocuklarının eğitimi ve bakımı için özel eğitim okullarının ve kreşlerin yetersiz olduğunu, çocuklarının fiziksel yetersizliklerinden dolayı kendi yaş grubu altındaki çocuklarla, aynı sınıflarda eğitime zorlandıklarını ve evde eğitim hizmeti alan çocukların ise sosyal gelişimlerinin geri kaldığını öğrendik.

Çalışanların, ailelerin ve çocukların ihtiyaçlarının belirlenmesinde önemli rolleri vardır (89). Rekreasyonel ve boş zaman aktiviteleri ile çocuğun davranış problemleri azaltılarak, yeni davranış biçimleri geliştirilebilir.

Rehabilitasyon merkezleri özellikle beceriye dayalı aktivitelerin gelişimi için önemlidir. Ergoterapi ünitelerinde, anne ve çocuk işbirliği içerisinde, çocuğa yönelik

müdahalelerde ve annenin eğitiminde, anneye stres kontrol yöntemleri ve davranış eğitimi verilmelidir. Anneler belirli aralıklarla çalışanlar tarafından değerlendirilmeli gerekiyorsa psikolojik destek almaları sağlanmalıdır. Katılımı artırmak için ekonomik sorunu olan ailelere, sosyal destek hizmetleri sağlanmalıdır.

Bizim bu çalışmadaki limitasyonlarımız çevresel, kültürel faktörlerin katılım üzerindeki etkilerinin ölçülmemesidir. Gelecek çalışmalar bu yönde uyarlanabilir.

Anne ve çocuğun yaşam memnuniyeti, toplumsal adaptasyonu, üretkenliği ve iyilik hali anlamlı aktivitelere katılım ile sağlanabilir. Arkadaş problemi olan ya da kırsalda yaşayan çocukların rehabilitasyon merkezlerinde özellikle rekreasyonel ve sosyal aktiviteler içerisinde arkadaşlık ilişkilerini geliştirme ve sosyalleşme fırsatı buldukları için çok mutlu olduklarını gözlemledik. Çocuğun kişisel istek ve ilgilerine yönelik müdahale stratejileri planlanmalıdır.

Kişinin sağlık, iyilik hali ve kişisel memnuniyetinin artırılması için boş zaman aktivitelerine katılımı hedefleyen ergoterapist ve fizyoterapistlerin hedef, amaç ve müdahale yöntemlerinin desteklenmesi gerekmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Zihinsel özürlü olmayan, fiziksel özürlü 6–10 yaş arasındaki SP’li çocukların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini, toplumsal katılım biçimlerini, aktivite tercihlerini ve aktiviteler ile ne kadar eğlendiklerini sağlıklı çocuklarla yaşa ve cinsiyete göre karşılaştırarak, SP’li çocuk annelerin depresyon düzeyi ile çocuğun katılımı ve aktivite içindeki eğlenme seviyesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Servisinde gerçekleştirdiğimiz çalışmadan elde edilen sonuçlar şöyledir;

1-SP’li çocuk annelerinin depresyon düzeyinin sağlıklı çocuk annelerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Annenin depresyon düzeyi arttıkça; toplam aktivite katılımının, toplam aktivite çeşidinin, toplam aktivite katılım sıklığının (aktiviteye ayrılan süre), aktiviteyi yaptığı toplam kişi sayısının (sosyalliğinin), azaldığı, annenin depresyon düzeyinin çocuğun aktivite ile eğlenmesini ve aktiviteye evde ya da toplumda nerede katılım gösterdiğini etkilemediği tespit edilmiştir.

2-Sağlıklı çocuk ailelerinin aylık ortalama gelirinin SP’li çocuk ailelerin aylık ortalama gelirinden yüksek olduğu fakat her iki grupta da ailelerin aylık gelirinin en fazla 501-1000 TL arasında olduğu görülmüştür. Ekonomik faktörlerin hem sağlıklı hem SP’li çocuk ailelerinin katılım biçimlerini, olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Örneğin; beceriye dayalı aktivitelerin ekonomik kaynak gerektiren aktivite biçimleri olmasından dolayı her iki grupta da çocukların en az katılım gösterdikleri aktivite çeşitleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3-Sağlıklı çocukların günlük yaşam aktiviteleri fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin, SP’li çocuklara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

SP’li çocukların spastisite, tremor, ataksi gibi nörolojik bozukluklarının varlığının; çocukların motor performansını kısıtlaması (giyinme, transfer, günlük yaşam aktivitelerini planlama ve uygulama vs) bununla birlikte aktiviteyi

tamamlamada daha fazla süreye ihtiyaç duymaları gibi faktörlerin SP'li çocukların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini etkilediği görülmüştür.

4-Sağlıklı çocukların tüm aktivitelere SP'li çocuklara göre; daha fazla sayıda (Tablo 4.11), daha sık katılım gösterdikleri, daha fazla aktivite çeşidine katılım göstererek aktivitelerin daha sosyal içerikli ve toplum temelli yapıldığı fakat aktivitelerle eşit düzeyde eğlendikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Bu sonuç; SP'li çocuğun aktivite sınırlılıklarının çocuğun aktivite ile eğlenmesi üzerinde etkili olmadığını göstermiştir.

5-Sağlıklı çocukların rekreasyonel aktivitelere SP'li çocuklara göre; daha fazla sayıda katılım gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.11). SP'li çocukların tüm aktivite tiplerine oranla en çok rekreasyonel aktivite çeşitlerine katılım gösterdikleri (Tablo 4.21), en fazla rekreasyonel aktivitelerle zaman geçirdikleri (Tablo 4.23) ve evde en çok katılım gösterdikleri aktivite tipinin rekreasyonel aktiviteler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.27). Her iki grubun da rekreasyonel aktivitelerle eşit düzeyde eğlendikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.29) .

SP'li çocuk için ev ortamında rekreasyonel aktivitelere ulaşılabilirliğin ve planlanabilirliğin kolay olmasının; en çok bu aktivitelere katılım göstermelerinin ya da en çok bu aktivitelerle zaman harcamalarının nedeni olabileceği düşünülmüştür (örneğin; koleksiyon yapmak, yap-boz yapmak, boyama, el sanatları yapmak).

6-Sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre; kişisel gelişim aktivitelerine daha fazla sayıda katılım gösterdikleri (Tablo 4.11), daha fazla aktivite çeşidine katılım göstererek aktivitelerle daha fazla zaman geçirdikleri yanı sıra her iki gruptaki çocukların da aktivitelerle eşit düzeyde eğlendikleri tespit edilmiştir. Her iki grupta da kişisel gelişim aktivitelerinin daha çok evde yapıldığı (ev temelli) ve sosyal katılım açısından yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13). Bu durumun kişisel gelişim aktivitelerinin evde çocuğun yalnız yapabileceği aktivite çeşitlerini içeriyor olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (örneğin; mektup ya da öykü yazmak, günlük tutmak gibi).

7-Sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre; sosyal aktivitelere daha fazla sayıda katılım gösterdikleri (Tablo 4.11), daha fazla aktivite çeşidine katılım gösterdikleri, aktivitelerinin daha sosyal içerikli ve toplum temelli yapıldığı fakat her iki gruptaki çocuklarında sosyal aktivitelerle eşit düzeyde eğlendikleri görülmüştür (Tablo 4.14).

Sosyal aktivitelerin sağlıklı çocuklarda SP'li çocuklara göre daha sosyal içerikli ve toplum temelli yapılmasının nedenlerinin; aileler arasındaki ekonomik farklılık, SP'li çocuk annelerinin depresyon düzeyi, ailenin kültürel yapısı, çevresel faktörler (örneğin; aktiviteye ulaşılabilirlik) gibi çocuğa ait olmayan faktörler ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir.

8-Sağlıklı ve SP'li çocukların; diğer aktivite tiplerine oranla, en az beceriye dayalı aktivitelere katılım gösterdiklerini (Tablo 4.11), her iki grubun da aktivite çeşitliliklerinin, aktivitelerde harcadıkları sürenin, aktiviteler ile eğlenme düzeylerinin düşük olduğu ve sosyalliği düşük, ev temelli aktivite katılımı sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.15).

Beceriye dayalı aktivitelere katılım için her iki gruptaki çocuk ailelerinin gereken maddi kaynaklara sahip olamaması, daha fazla çalışmak zorunda olmaları ve çocuklarına zaman ayıramamaları, her iki gruptaki çocukların da en az eğlendikleri aktivite biçimlerinin beceriye dayalı aktiviteler olması en az bu aktivitelere katılım göstermelerinin nedeni olarak düşünülmektedir.

Beceriye dayalı aktivitelerin özel fiziksel yetenek ve pratik gerektiren aktivite biçimleri olması ve SP'li çocukların sağlıklı yaşlıtlarına göre; fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin düşük olmasının en az bu aktiviteler ile zaman geçirmelerinin nedeni olabileceği düşünülmektedir. Her iki grubunda eşit sayıda aktivite çeşidine katılım gösterdikleri belirlenmiştir. Bu sonuç ekonomik faktörlerin çocuğun katılımında engel niteliği taşıdığını göstermiştir.

9-Sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre; fiziksel aktivitelere daha fazla sayıda katılım gösterdikleri (Tablo 4.11), daha sosyal içerikli ve toplum temelli aktivite katılımı sergiledikleri ve fiziksel aktivitelerle daha fazla eğlendikleri sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.16).

Bu farklılığın; SP'li çocukların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin sağlıklı yaşlılarından daha düşük olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çünkü aktif fiziksel aktiviteler; aktiviteye uyum, atletik fiziksel fonksiyon ve fiziksel yetenek gerektirmektedir. Çocuğun fiziksel bozukluğunun biçiminin ve şiddetinin; çocuğun aktivite seçimlerini, fonksiyonel bağımsızlık düzeyinin ise katılım göstermek istediği aktivite tipini etkilediği görüşünderiz. SP'li çocukların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin sağlıklı yaşlılarına göre daha düşük olması nedeni ile çevresel anlamda karşılaştıkları engeller, yetişkin yardımına ihtiyaç duymaları gibi etkenlerin ise SP'li çocukların fiziksel aktivitelerde sağlıklı yaşlılarına göre; daha fazla koruyuculuk içeren yani ev temelli, sosyalliği düşük aktivite katılımı sergilemelerinin nedenlerini açıklamaktadır.

10-Sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre; planlanmamış aktivitelere daha fazla sayıda katılım gösterdikleri (Tablo 4.18) ve daha fazla aktivite çeşidine katılım göstererek, katılımlarının daha sosyal içerikli ve toplum temelli yapıldığı fakat aktiviteler ile eşit düzeyde eğlendikleri belirlenmiştir (Tablo 4.17).

SP'li çocukların planlanmamış aktivitelerden en çok televizyon seyretmek ve telefonla konuşma aktivitelerine katılım gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Televizyon seyretmek eğlendirici ve eğitici bir aktivite iken telefonla konuşmak eğlendirici aynı zamanda diğerleri ile yapılan sosyal bir aktivitedir. SP'li çocuk için her iki aktivitenin de ulaşılabilirliği kolay, planlama gerektirmeyen, ev temelli aktiviteler olması bu aktivitelere katılımı tercih etmelerinin bir boyutu olabileceği görüşünderiz.

11-Her iki grubun da planlanmış aktivite katılımlarının yetersiz sosyal içerikli yapıldığı, aktivitelerle çok az zaman harcadıkları, katılım gösterdikleri aktivite çeşitlerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Her iki grubun da planlanmış aktivitelerinin

toplum temelli yapıldığı ve aktivitelerle eşit düzeyde eğlendikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.19).

Planlanmış aktivitelerin ekonomik kaynak ve zaman gerektiren aktivite biçimleri olması nedeni ile SP'li ve sağlıklı çocuk ailelerinin ekonomik gelirlerinin düşük olması, ailenin aktivite tercihleri ve bu tercihleri etkileyen sosyal, kültürel yapısı gibi faktörlerin katılım sıklığını etkilediğini düşünmekteyiz.

Her iki gruptaki çocukların planlanmış aktivitelerde, eşit sayıda aktivite çeşidine katılım gösterdikleri sonucuna ulaştık. SP'li çocukların fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinin sağlıklı yaşıtlarından daha düşük olmasından dolayı planlanmış aktivitelerde katılım gösterdikleri aktivite çeşitlerinin sağlıklı çocuklardan daha düşük olmasını bekliyorduk. Fakat SP'li çocukların rehabilitasyon merkezlerinde tedavi amaçlı yüzme, ata binmek, şarkı söylemeyi öğrenmek gibi planlanmış aktivitelere katılım fırsatları bulmalarının bu çeşitliliğin nedeni olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuçtan hareketle; SP'li çocukların planlanmış aktivitelere katılımlarının, rehabilitasyon merkezlerinde tedavi amaçlı kullanılan aktivitelere katılım ile sınırlı olduğu ve planlanmış aktivitelere katılımlarının toplumsal alanlara taşınarak daha sosyal içerikli yapılması gerektiği görülmüştür.

12-Her iki grubunda en fazla rekreasyonel, daha sonra sosyal, kişisel gelişim, fiziksel ve en az beceriye dayalı aktivite çeşitlerine katılım gösterdiği (Tablo 4.22) ve sağlıklı çocukların sosyal ve kişisel gelişim aktivitelerinde SP'li çocuklara göre; daha fazla aktivite çeşidine katılım gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.21)

Beceriye dayalı aktivitelerin ekonomik kaynaklı (ata binmek, dans ya da müzik dersleri almak,) yaratıcı, bilgi, pratik gerektiren (jimnastik yapmak, müzik aleti çalmak) aktivite biçimleri olmasından dolayı her iki grupta da en az katılım gösterilen aktivite çeşitleri olduğunu düşünmekteyiz. Rekreasyonel aktivitelerin ise eğlendiren, heyecan verici, ulaşılabilirliği kolay, planlama gerektirmeyen, evde yapılabilen aktiviteler olmasından dolayı her iki grupta da en çok katılım gösterilen aktivite çeşitleri olduğunu düşünmekteyiz (örneğin; hayvanlarla oynamak, evcilik oynamak, kart oyunları oynamak vs.).

13-Her iki grubun da, en fazla rekreasyonel daha sonra sosyal, kişisel gelişim, fiziksel ve en az beceriye dayalı aktiviteler ile zaman harcadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.24). Sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre; kişisel gelişim aktiviteleri ile daha fazla zaman harcadıkları görülmüştür (Tablo 4.23).

Rekreasyonel aktivite katılım sıklığının yüksek olması bize, çocuğun eğlence uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Beceriye dayalı aktivite katılım sıklığının düşük olmasının ise her iki grubunda en az beceriye dayalı aktivitelerle eğleniyor olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çocuğun aktivite ile harcadığı sürenin; çocuğun aktivite ile ne kadar eğlendiği ile bağlantılı olduğunu düşünürsek, SP'li çocuklarda aktiviteler planlanırken eğlenceli buldukları aktivitelere katılımlarının tercih edilmesinin önemli bir unsur olduğu görüşündeyiz.

14-Sağlıklı çocukların fiziksel ve sosyal aktivitelerinin SP'li çocuklara göre; daha sosyal içerikli yapıldığı görülmüştür (Tablo 4.25). SP'li çocukların en çok sosyallik içeren aktivitelerinin beceriye dayalı, sağlıklı çocukların ise en çok sosyallik içeren aktivitelerinin fiziksel aktiviteler olduğu, her iki grubun da en az sosyallik içeren aktivitelerinin kişisel gelişim aktiviteleri olduğu görülmüştür (Tablo 4.26).

SP'li çocuklarda en çok sosyallik içeren aktivitelerin beceriye dayalı aktiviteler olmasının; bu aktivitelerin lider, kişi, grup organizasyonu gerektiren toplumsal organizasyonları içermesi ve çocuğun özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde bu aktivitelere katılım olanağı bulmalarının neden olduğunu düşünmekteyiz. Örneğin; bir kulüpte yüzmek, dans etmeyi öğrenmek (halk oyunları, bale), okul saatleri dışında bir arada yapılan izcilik organizasyonu vb.

15-.SP'li ve sağlıklı her iki gruptaki çocukların da; toplum temelli yapılan aktivitelerinin; fiziksel aktiviteler olduğu bulunmuştur (Tablo 4.28). Sağlıklı çocukların sosyal ve fiziksel aktivitelerinin SP'li çocuklara göre; daha toplum temelli yapıldığı görülmüştür (Tablo 4.27). SP'li çocukların aktivite katılımlarının ev temelli (evde, komşu evinde, akraba evinde vb.) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun nedeninin; çevresel engeller ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

16-.SP'li çocukların sırasıyla; en çok sosyal daha sonra rekreasyonel, fiziksel, kişisel gelişim ve en az beceriye dayalı aktivitelerle eğlendikleri, sağlıklı çocukların ise en çok; fiziksel, daha sonra sosyal, rekreasyonel, kişisel gelişim ve en az beceriye dayalı aktivitelerle eğlendikleri belirlenmiştir (Tablo 4.30). Sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre fiziksel aktivitelerle daha çok eğlendiklerini tespit edilmiştir (Tablo 4.29).

SP'li çocukların en çok sosyal aktivitelerle eğlenmelerinin nedeninin; sosyal aktivitelerin; fiziksel zorlanma gerektirmeyen, başkaları ile birlikte yapılan ve eğlendiren aktivite biçimleri olmasından (örneğin; partiye gitmek, misafirlığe gitmek, telefonla konuşmak) kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

17-SP'li kız ve erkek çocuklarının en çok rekreasyonel en az beceriye dayalı aktivite çeşitlerine katılım gösterdikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.32). Her iki gruptaki erkek çocuklarının kız çocuklarına göre; fiziksel aktivitelere daha fazla katılım gösterdiklerini bulunmuştur (Tablo 4.31). Bunun erkek çocuğunun gelişimsel farklılığının bir sonucu olduğunu ve cinsiyetin aktivite seçimini dolayısı ile katılım gösterilen aktivite tipini etkilediğini düşünmekteyiz.

18-Sağlıklı çocuklarda yaş ile birlikte fiziksel ve kişisel gelişim aktivitelerine katılımın arttığı (Tablo 4.33), SP'li çocuklarda ise yaş ile birlikte kişisel gelişim aktivitelerine katılımın arttığı (tablo 4.33), fakat fiziksel aktivite katılımının değişmediği sonucuna ulaşılmıştır. 6-10 yaş arası SP'li ve sağlıklı çocukların en çok rekreasyonel en az beceriye dayalı aktivitelerle katılım gösterdikleri ve yaş artışı ile birlikte bu aktivite katılımlarının değişmediği tespit edilmiştir (Tablo 4.34).

Bu yaş grubu çocuklar da okulla birlikte; fiziksel fonksiyon ve yeteneklerinin artması ve günlük yaşam aktivitelerinde yeni beceriler kazanmaları, sosyalleşmeleri ile birlikte; özgüvenlerinin gelişip ilgilerinin değişmesi gibi faktörlerin çocuğun kişisel gelişim aktivitelerine katılımını artırdığı görülmüştür. Bununla birlikte SP'li çocukların yaş ile birlikte fiziksel aktivite katılımını engelleyen faktörlerin (çevresel faktörler vb) belirlenmesi gerektiği görülmüştür.

19- 6-8, 9-10 yaş arası SP'li ve sağlıklı kız ve erkek çocuklarının en az beceriye dayalı en çok rekreasyonel aktivitelere katılım gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.36). Sağlıklı ve SP'li 6-8, 9-10 yaş arası erkek çocuklarının aynı yaştaki sağlıklı ve SP'li kız çocuklarına göre yaş artışı ile birlikte fiziksel aktivitelere daha fazla katılım gösterdiği ve sağlıklı erkek çocuklarının sağlıklı kızlara göre; yaşla birlikte rekreasyonel ve sosyal aktivitelere katılımlarının arttığı saptanmıştır (Tablo 4.35).

20-Sağlıklı çocukların SP'li çocuklara göre toplamda daha fazla sayıda aktiviteye katılımı tercih ettikleri (Tablo 4.37) belirlenmiştir. SP'li ve sağlıklı çocukların sırasıyla; en çok sosyal sonra rekreasyonel, beceriye dayalı, fiziksel, en az kişisel gelişim aktivitelerine katılımı tercih ettikleri bulunmuştur (Tablo 4.40). SP'li ve sağlıklı çocukların, en çok sosyal aktivitelere katılımı tercih etmelerinin nedeninin; her iki grubunda en çok sosyal aktivitelerle eğleniyor olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte en az kişisel gelişim aktivitelerine katılımı tercih etmelerinin nedeninin ise; her iki grubunda en az sosyallik içeren aktivitelerinin kişisel gelişim aktiviteleri olması ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Bu sonuç bize; sosyal ve rekreasyonel aktivitelerin ergoterapi programlarında kişi merkezli değerlendirmelerde ele alınması gerekliliğini göstermekte ve bütün çocuklar için sosyal aktivitelerin önemini ortaya koymaktadır.

21-SP'li ve sağlıklı çocukların planlanmış ve planlanmamış aktivite tercihleri arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.41). SP'li ve Sağlıklı çocukların en çok tercih ettikleri planlanmamış aktivitelerin; sosyal aktiviteler, en az tercih ettikleri planlanmamış aktivitenin ise kişisel gelişim aktivitesi olan kütüphaneye gitme aktivitesi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.42).

22-SP'li ve sağlıklı erkek çocuklarının aktivite seçimleri arasında farklılık olmadığı ve SP'li erkek çocukların kız çocuklarına göre; en çok fiziksel aktivitelere katılımı tercih ettikleri bulunmuştur (Tablo 4.44). Sağlıklı kız çocuklarının sağlıklı erkek çocuklarına göre; sosyal ve beceriye dayalı aktivitelere, sağlıklı kız

çocuklarının SP'li kız çocuklarına göre ise sosyal ve fiziksel aktivitelere katılımı daha fazla tercih ettikleri görülmüştür (Tablo 4.44).

SP'li kız çocuklarının; en çok sosyal en az fiziksel, sağlıklı kız çocuklarının; en çok sosyal en az kişisel gelişim, SP'li erkek çocuklarının; en çok sosyal en az kişisel gelişim, sağlıklı erkek çocuklarının; en çok rekreasyonel en az kişisel gelişim aktivitelerine katılımı tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.45).

23-Yaş gruplarına göre değerlendirdiğimizde; her iki grupta da kişisel gelişim aktivitelerin yaşla birlikte daha çok tercih edildiği görülmüştür. Sağlıklı çocuklarda sosyal, kişisel gelişim, beceriye dayalı ve fiziksel aktivite seçimlerinin yaş ile arttığı fakat rekreasyonel aktivite seçiminin yaşla değişmeyip aynı kaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.46).

6-8, 9-10 yaş arası SP'li ve sağlıklı çocukların; en çok sosyal, en az kişisel gelişim aktivitelerine katılımı (Tablo 4.47), 9-10 yaş grubu sağlıklı çocukların ise 9-10 yaş grubu SP'li çocuklara göre; sosyal ve fiziksel aktivitelere katılımı daha çok tercih ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.46).

SP'li çocukların en çok eğlendiği ve toplum temelli aktivitelerinin sosyal aktiviteler olması, sağlıklı çocukların ise en çok eğlendiği, toplum temelli ve sosyallik içeren aktivitelerinin fiziksel aktiviteler olması; en çok bu aktiviteleri tercih etmelerinin bir boyutu olduğu görüşündeyiz. Bununla birlikte SP'li 9-10 yaş grubu çocukların 6-8 yaş grubuna göre; kişisel gelişim aktivitelerine ve sağlıklı 9-10 yaş grubu çocukların 6-8 yaş grubuna göre; kişisel gelişim ve fiziksel aktivitelere daha fazla katılım göstermelerinden de kaynaklandığı görülmüştür.

24-Yaş ve cinsiyete göre; SP'li 6-8, grubu kız ve erkek çocuklarında ve SP'li 9-10 yaş grubu erkek çocuklarında sosyal aktivitelerin en çok tercih edilen aktiviteler olduğu, SP'li 9-10 yaş grubu kız çocuklarında ise fiziksel aktivitelerin en çok tercih edilen aktiviteler olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.49).

Sağlıklı 6-8 yaş grubu erkek çocuklarının sağlıklı 6-8 grubu kız çocuklarına göre; fiziksel, sağlıklı 9-10 yaş grubu erkek çocuklarının sağlıklı 9-10 yaş arası kız çocuklarına göre; kişisel gelişim, sosyal ve beceriye dayalı aktivitelere katılımı daha çok tercih ettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.48).

Özet olarak; sağlıklı 6-8 yaş arası kız ve 6-8, 9-10 yaş arası erkek çocuklarında kişisel gelişim aktivitelerinin en az, sosyal aktivitelerin en çok tercih edilen aktiviteler, 9-10 yaş grubu sağlıklı kızlarda ise en çok tercih edilen aktivitelerin rekreasyonel aktiviteler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.49).

9-10 yaş grubu sağlıklı ve SP'li erkek çocuklarının 9-10 yaş grubu sağlıklı ve SP'li kız çocuklarına göre; kişisel gelişim aktivitelerine katılımı daha çok tercih ettikleri tespit edilmiştir.

Sağlıklı ve SP'li 6-8, 9-10 yaş grubu erkek çocukların da ve sağlıklı ve SP'li 6-8 yaş grubu kız çocukların da; en çok tercih edilen aktivitelerin sosyal aktiviteler olduğu saptanmıştır.

Bu sonucun, okul çağında olan bu yaş grubu çocuklarda, yaşla birlikte çocuğun aileden uzaklaşıp sosyal ilişkilerinin önem kazandığı, akranları ile birlikte bir gruba ait olmanın çocuğa pozitif sosyal destek sağlayarak, çocuğun sosyalleşme oranını artırması ile bağlantılı olduğu görüşündeyiz (örneğin; güncel olaylara katılmak; konser, spor müsabakaları, sinemaya gitmek vs.).

Yaşça küçük çocukların yaşça daha büyük çocuklara göre heyecanlandırıcı, merak uyandıran, eğlendirip, coşturan, yaratıcı, hayal ürünü aktivitelerle katılımı daha çok tercih etmelerinin nedeninin; çocukların yaşa bağlı değişen ilgileri ile bağlantılı olduğu görüşündeyiz.

Bu çalışmada, çocukların katılım gösterdikleri aktivite tiplerinin, çeşitlerinin, tercihlerinin, aktivitelerle nerede (ev ya da toplum temelli) ve kimlerle katılım gösterdiklerinin incelenmesi ve sonuçlar doğrultusunda; katılımı engelleyen faktörlerin belirlenerek, çocukların toplumsal adaptasyonlarının sağlanması amacı ile aktiviteler içerisindeki rollerini destekleyen becerilerinin geliştirilmesinin, bu rolleri içeren çevrelerin oluşturulmasının ve bu müdahalelerin ergoterapi ve diğer tedavi programları ile desteklenmesinin önemi ortaya çıkmıştır.

KAYNAKLAR

1. Aktürk, Z., Dağ deviren, N., Türe, M. ve Tuğlu, C. (2005). Birinci basamak için Berk Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlik ve güvenilirliği *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 9,3, 117-122.
2. Aküyüz, E. (2001). Çocuk hakları sözleşmesinin temel ilkeleri ışığında çocuğun eğitim hakkı. *Milli Eğitim Dergisi*, 150-151.
3. Aitchison, C.(2003). From leisure and disability to disability leisure: developing data, definitions and discourses. *Disabil & Society*, 18,7.
4. Allison, KR., Dwyer, JJ., Goldenberg, E., Fein, A., Yoshio, KK. Ve Boutilier, M. (2005). Male adolescents' reasons for participating in physical activity, barriers to participation, and suggestions for increasing participation. *Adolescence*, 40,157, 155170
5. Almqvist, L. ve Granlund, M. (2005). Participation in school environment of children and youth with disabilities: A person-oriented approach. *Scan J Psychology*, 46, 305-314.
6. American Occupational Therapy Association (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *Am J Occup Ther*, 56, 609-639.
7. Ann, S., Morison, P. ve Pellegrini, DS. (1985). A revised class play method of peer assessment. *Dev Psychology*, 21,3, 523-533.
8. Bartlett, D. ve Palisano, R. (2000). A multivariate model of determinants of motor change for children with cerebral palsy. *Phys Ther*, 80: 598 -616
9. Batya, E.Y. ve Tal, J. (2008). Cultural and gender effects on Israeli children's preferences for activities. *Can J Occup Ther*, 75, 3,139-148.
10. Beckung, E. ve Hagberg, G. (2002). Neuroimpairments, activity limitations and participation restrictions in children with cerebral palsy. *Dev Med & Child Neurol*, 44, 309-316.
11. Beckung, E., Hagberg, G. (2000). Correlation between ICIDH handicap code and gross motor function classification system in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 42(10): 669-73

12. Birkök, MC. ErişimTarihi:18.10.2009. Beck Depresyon ölçeği
http://birkok.hypermart.net/quiz/olcekler/bdo/beck_depresyon_olcegi.html
13. Blum, R., Resnick, MD., Nelson, R., Germaine, AS. (1991). Family and peer issues among adolescents with spina bifida and cerebral palsy. *Pediatrics*, 88. 2. 280-285.
14. Bronfenbrenner's Ecological SystemsTheory.Erişim:16.08.2010.
http://www.doh.state.fl.us/alternatesites/cmskids/providers/early_steps/training/documents/bronfenbrenners_ecological.pdf
15. Bumin, G., Günal, A. ve Tükel, N. (2008). Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled children. *S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi*, 15,1,6-11.
16. Capio, CM., Sit, CH., Abernethy, B., Rotor, ER. (2010). Physical activity measurement instruments for children with cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med & Child Neurol*, 52, 10, 908–916.
17. Cerebral palsyErişim tarihi:17.05.2009
http://www.en.wikipedia.org/wiki/Cerebral_pals-188k
18. Chavez, L.M., Canino, G., Shrout, P.E., Barrio, C. ve Ware, N.C. (2008). Psychometric evaluation of the Spanish version of the Children's Assessment of Participation and Enjoyment and Preferences for Activities of Children. *J Occup Ther Inter*, 15, 2, 100 - 113.
19. Cılga, İ. (2001). Demokrasi İnsan Hakları Kültürü ve Çocuk Hakları, *Milli Eğitim Dergisi*, 150,151, 1-5
20. Colver, A. (2006). What are we trying to do for disabled children? *Cur J Pediatr*, 16, 7, 501-505.
21. Convention on the Rights of the Child (1989). Erişim Tarihi:25.01.2011
<http://www.unicef.org/crc/>
22. Çetinkaya, Ç.(2010).19.ve 20. yüzyıllarda Avrupa'da zihinsel yetersizliği olan bireylerin eğitim tarihi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*: 1: 2, syf: 51-62. Erişim Tarihi: 28.01.2011 <http://sobiad.odu.edu.tr>.
23. Deci, EL., Hodges, R., Pierson, L. ve Tomassone, J. (1992).

- Autonomy and competence as motivational factors in students with learning disabilities and emotional handicaps. *J Learn Disabil*, 25, 457-471.
24. Dickinson, H., Parkinson, K., Ravens, SU., Schirripa, G., Thyen, U., Arnaud, C. ve diğerleri (2009). Self-reported quality of life of 8–12-year-old children with cerebral palsy. A cross-sectional European study. *Lancet*, 369, 9580, 2171-2178.
25. Ellis, JT., Luiselli, JK., Amirault, D., Byrne, S., Cannon, BM., Taras, M., Wolongevicz, J. ve Sisson, RW. (2002). Families of children with developmental disabilities: assessment and comparison of self reported needs in relation to situational variables. *J Dev Phys Disabil*, 14, 2
26. Eriksson, L. (2006). Participation and Disability. A study of participation in school for children and youth with disabilities. From the Department of Woman and Child Health Child and Adolescent Psychiatric Unit Karolinska Institutet.
27. Eriksson, L., Welanders, J. ve Granlund, M. (2007). Participation in everyday school activities for children with and without disabilities. *J Dev Phys Disabil*, 19: 485–502
28. Ertan, M., Olgu, H. ve Çamdeviren HA. (2008). Turkish Version Of The Parenting Stress Index Short Form; A Psychometric Study. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 28,291-296.
29. Evans, JM., Darrah, J. ve Galambos, NL. (2010). The parenting journey of mothers of young adults with multiple impairments. *J Dev Phys Disabil*
30. Finch, N., Lawton, D., Williams, J. ve Sloper, P. (2001). Young people with a disability and sport. *Disability Survey* (2000).
31. Florian, V. ve Findler, L. (2001). Mental health and marital adaptation among mothers of children with cerebral palsy. *Am J Orthopsyc*, 71, 358–367.
32. Goldstein, D.N., Cohn, E. ve Coster, W. (2004). Enhancing Participation for Children with Disabilities: Application of the ICF Enablement Framework to Pediatric Physical Therapist Practice. *Ped Phys Ther*, 16, 2, 114-120.
33. Gore, S., Farrell, F. ve Gordon, J. (2001). Sports involvement as protection against depressed mood. *J Res Adolesc*, 11, 119–130.
34. Goodman, R. ve Graham, P. (1996) .Psychiatric problems in children with hemiplegia: cross sectional epidemiological survey. *BMJ*, 312(7038): 1065–1069.

35. Gündem Çocuk: Türkiye Çocuk Politikası 2008. Erişim tarihi:21.09.2009
- III. Türkiye çocuk politikası: sağlık sistemi. <http://www.gundemcocuk.org>.
36. Hammal, D., Jarvis, SN. ve Colver, AF. (2004). Participation of children with cerebral palsy is influenced by where they live. *Dev Med Child Neurol*, 46, 292–98.
37. Harvey, A., Robin, J., Morris, ME., Graham, HK. ve Baker, R. (2008). A systematic review of measures of activity limitation for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 50,3,166.
38. Hemmingson, A. ve Borell, H. (2002). Environmental barriers in mainstream Schools. *Child Care Health Dev*, 28, 57-63.
39. Humphry, R. ve Wakeford, L. (2006). An occupation-centered discussion of development and implications for practice. *Am J Occup Ther*, 60, 3
40. ICF: Health vs disease. (2004). *Dev Med & Child Neurol*, 46, 291-291.
41. Imms, C. (2008). Children with cerebral palsy participate: a review of the Literature. *Disabil Rehabil*, 30, 24, 1867-84.
42. Imms, C., Reilly, S., Carlin, J. ve Dodd, K. (2009). Characteristics influencing participation of Australian children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil*, 1464-5165.
43. Imms, C., Reilly, S., Carlin, J. ve Dodd, K. (2008). Diversity of participation in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 50, 363–369.
44. Imms, C. (2008). Review of the Children's Assessment of Participation and Enjoyment and the Preferences for Activity of Children. *Phys Occup Ther Pediatr*, 28, 4, 389 – 404.
45. Kaya, E. (2005). Zihinsel özürlü çocuklarda oyun tedavisinin etkinliğinin Karşılaştırılması. *Yüksek lisans tezi*.
46. Kerr, C., McDowell, B. ve McDonough, S. (2006). The relationship between gross motor function and participation restriction in children with cerebral palsy: an exploratory analysis. *Chil Care Health Dev*, 33, 1, 22 – 27
47. Kielhofner, G. (1995). A Model of Human Occupation:Theory and Application, (2nd edn) Baltimore, W., Baltimore W., Forsyth, K. ve Kielhofner, G. (1999). Erişim Tarihi: 05.02.201. <http://www.google.com/books>

48. Kimiecik, JC., Horn, TS. Ve Shurin, CS. (1996). Relationships among children's beliefs, perceptions of their parents' beliefs. *Res Q Exerc Sport*, 67, 3; 324
49. King, G., Law, M., Hanna, S. (2006). Predictors of the leisure and recreation participation of children with physical disabilities: a structural equation modeling analysis. *Child Health Care*, 35,209–34.
50. King, G., Law, M. ve King, S.(2004). Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) and Preferences forActivities of Children (PAC), *San Antonio, TX: Harcourt Assessment*.
51. King, G., Law, M. ve King, S. (2006). Measuring children's participation in recreation and leisure activities: construct validation of the CAPE and PAC. *Child Care Health Dev*, 33, 28–39.
52. King, G., Law, M., King, S., Rosenbaum, PÇ, Kertoy, M.K. ve Young, NL. (2003). A conceptual model of the factors affecting the recreation and leisure participation of children with disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr*, 23, 63–90.
53. Larson, RW. Ve Verma, S. (1999). How children and adolescents spend time across the world: work, play, and developmental opportunities. *Psychol Bull*, 125(6): 701-36
54. Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *Am. J Occup Ther*, 56, 6, 640-649
55. Law, M., Carolyn, B. ve Winnie, D. (2005). Measuring Occupational Performans (second edition), Chapter 13; Measuring Leisure Performans; 265-268.
56. Law, M., Finkelman, S., Hurley, P., Rosenbaum, P., King, S., King, G. Ve Hanna, S.(2004). Participation of children with physical disabilities: relationships with diagnosis, physical function, and demographicvariables. *Scand J Occup Ther*, 11, 156–62.
57. Law, M., King, G., King, S. ve diğerleri. (2006). Patterns of participation in recreational and leisure activities among children with complex physical disabilities. *Dev Med Child Neurol*, 48, 337–42.
58. Law, M., Petrenchik, T., King, G. Ve Hurley, P. (2008). Perceived Environmental Barriers to Recreational, Community, and School Participation for

Children and Youth With Physical Disabilities. *Arch Phys Med Rehab*, 88, 12, 1636-1642

59. Lawlor, K., Mihaylov, S., Welsh, B., Jarvis, S. ve Colver, A. (2006). A qualitative study of the physical, social and attitudinal environments influencing the participation of children with cerebral palsy in Northeast England. *Pediatr Rehabil*, 9, 219-228.

60. Lepage, C., Noreau, L., Bernard, P.M. ve Fougereyrollas, P. (1998). Profile of handicap situations in children with cerebral palsy. *Scand J Rehabil Med*, 30, 263-72.

61. Liptak, G.S. ve Accardo, P.J. (2004). Health and social outcomes of children with cerebral palsy. *J Pediatr*, 145, 36-41.

62. Mactavish, J. ve Schleien, S. (1998). Playing together growing together: Parents' perspectives on the benefits of family recreation in families that include children with a developmental disability. *Ther Recreation J*, 32(3), 207-230.

63. Magnusson, D. (1995). Individual development: A holistic integrated model. Moen, I., Elder, G.H. ve Luscher, K. Linking lives and contexts: Perspectives on the ecology of human development, pp. 19-60. Erişim Tarihi: 05.02.2011. <http://books.google.com.tr>

64. Mahoney, J.L., Cairns, B.D. ve Farmer, T.W. (2003). Promoting interpersonal competence and educational success through extracurricular activity participation. *J Edu Psych*, 95, 2, 409-418.

65. Majnemer, A. ve Mazer, B. (2004). New directions in the outcome evaluation of children with cerebral palsy. *Semin Pediatr Neurol*, 11, 11-17.

66. Majnemer, A., Shevell, M., Law, M., Birnbaum, R., Chilingaryan, G., Rosenbaum, P. ve Poulin, C. (2008). Participation and enjoyment of leisure activities in school-aged children with cerebral palsy. *Dev Med & Child Neurol*, 50, 10, 726.

67. Majnemer, A., Shevell, M., Rosenbaum, P., Law, M. ve Poulin, C. (2007). Determinants of life quality in school-age children with cerebral palsy. *J Pediatr*, 151, 470-75.

68. Majnemer, A., Shikako-Thomas, K., Chokron, N., Law, M., Shevell, M., Chilingaryan, G., Poulin, C. ve Rosenbaum, P. (2009). Leisure activity preferences for 6- to 12-year-old children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 52(2):167-73

69. Mancini, MC., Coster, WJ., Trombly, CA. ve Heeren, TC.(2000). Predicting elementary school participation in children with disabilities. *Arch. Phys Med & Rehabil*, 81, 339-347
70. Marshall, N. L. Coll, C. G., Marx, F., McCartney, K., Keefe, N. ve Ruh, J. (1997) After-school time and children's behavioral adjustment. *Merrill-Palmer Quarterly*, 43, 497–514.
71. McConachie, H., Colver, A., Forsyth, R., Jarvis, SN. ve Parkinson, KN. (2006). Participation of disabled children: how should it be characterised and measured? *Disabil Rehabil*, 28, 18 , 1157 – 1164.
72. McDougall, J. Ve Miller, L.T. (2003). Measuring chronic health condition and disability as distinct concepts in national surveys of school-aged children in Canada: a comprehensive review with recommendations based on the ICD-10 and ICF. *Disabil Rehabil*, 19, 25, 16, 922-39
73. McHale, SM., Updegraff, KA., Kim, J. ve Cansler, E. (2009) Cultural orientations, daily activities, and adjustment in mexican American youth. *J Youth Adolesc*, 38(5): 627–641.
74. McManus, V., Michelsen, S.I. ve Parkinson, K. (2006). Discussion groups with parents of children with cerebral palsy in Europe designed to assist development of a relevant measure of environment. *Child Care Health Dev*, 32, 185–92.
75. Mihaylov, S.I., Jarvis, S.N., Colver, A.F. Ve Beresford, B. (2004). Identification and description of environmental factors that influence participation of children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 46, 5, 299-304.
76. Morris, C., Kurinczuk, J. ve Fitzpatrick, R. (2005). Child or family assessed measures of activity performance and participation for children with cerebral palsy: a structured review. *Child Care Health Dev*, 31, 397–407.
77. Morris, C., Kurinczuk, JJ., Fitzpatrick, R. ve Rosenbaum, PL.(2006). Do the abilities of children with cerebral palsy explain their activities and participation? *Dev Med Child Neurol*, 48, 954–61.

78. Nadeau, L. ve Tessier, R. (2008). Social adjustment at school: Are children with cerebral palsy perceived more negatively by their peers than at-risk children? *Disabil & Rehabil*, 1-7.
79. Nancy, A., Murphy, MD., Paul, S., Carbone, MD.(2008). Promoting the Participation of Children With Disabilities in Sports, Recreation, and Physical Activities. *Pediatr*, 121, 5, 1057-1061.
80. Nitta, O., Taneda, A., Nakajima, K. ve Surya, J. (2005). The relationship between the disabilities of school-aged children with cerebral palsy and their family needs. *J Phys Ther Sci*, 17:103-107.
81. Offord, DR., Lipman, EL. ve Duku, EK. (1998). Sports, The Arts and Community Programs: Rates and Correlates of Participation. Erişim Tarihi: 15.02.2011
<http://www.rhdcc.gc.ca/eng/cs/sp/sdc/pkrf/publications/research/1998001265/1998001265.pdf>
82. Ones, K., Yilmaz, E., Cetinkaya, B. ve Çağlar, N. (2005). Assessment of the Quality of Life of Mothers of Children with Cerebral Palsy (Primary Caregivers). *Neurorehabil Neural Repair*, 19, 232.
83. Orlin, MN., Palisano, RJ., Chiarello, AL., Kang, LJ., Polansky, M., Almasri, N. ve Doced, M.J. (2010). Participation in home, extracurricular, and community activities among children and young people with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 52, 2, 160–166.
84. Ostensjo, S., Brogren, E. ve Vollestad, NK. (2003). Everyday functioning in young children with cerebral palsy: functional skills, caregiver assistance, and modifications of the environment. *Dev Med Child Neurol*, 45, 603–617.
85. OT Conceptual Framework: Lecture 3 Erişim Tarihi: 19.12.2009
<https://vula.uct.ac.za/access/content/group/...b1ee.../lecture3.htm>
86. Palisano, R., Snider, LM. ve Orlin, MN. (2004). Recent advances in physical and occupational therapy for children with cerebral palsy. *Semin Pediatr Neurol*, 11, 66-77.

87. Palisano, RJ., Kang, LA., Chiarello, LA., Orlin, M., Oeffinger, D. ve Maggs, J. (2009). Social and Community Participation of Children and Youth With Cerebral Palsy Is Associated With Age and Gross Motor Function Classification. *Phys Ther*, 89,12.
88. Palisano, RJ., Almarsi, N., Chiarello, LA., Orlin, MN., Bagley, A. ve Maggs, J. (2009). Family needs of parents of children and youth with cerebral palsy. *Child Care Health Dev*, 36,1, 85
89. Parker, J., McCullough, N. ve Madden, A. (2010). To what extent do children with cerebral palsy participate in everyday life situations? *Health &Social Care*, 18,3, 304-315.
90. Parush, S., Rihtman,T. (2008). Participation of children with cerebral palsy in leisure activities supports the current ICF health paradigm. *Dev Med & Child Neurol*, 5,10.
91. Rentinck, IC., Ketelaar, M, Jongmans, MJ. ve Gorter, JW. (2007). Parents of children with cerebral palsy: a review of factors related to the process of adaptation. *Child Care Health Dev*, 33, 2, 161-9.
92. Rosenbaum, P. ve Stewart, D. (2004). The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of cerebral palsy. *Semin Pediatr Neurol*, 11, 5–10.
93. Prellwitz, M. ve Tamm, M. (2000). How Children with Restricted Mobility Perceive their School Environment. *Scand J Occup Ther*, 7, 4, 165 – 173.
94. Sakzewski, L., Boyd, R. ve Ziviani, J.(2007). Clinimetric properties of participation measures for 5- to 13-year-old children with cerebral palsy: asystematic review. *Dev Med & Child Neurol*, 49,232–240.
95. Saleh, MN., Korner-Bitensky, N., Snider, L., Malouin, F., Mazer, B., Kennedy, E. Ve Roy, MA. (2008). Actual versus best practices for young children with cerebral palsy: A survey of pediatric occupational therapists and physical therapists in Quebec, Canada. *Dev Neurorehabil*, 11(1): 60-80
96. Sandra, DS., Marika R., Aletha CH. Ve Jacquelynne, SE. (2005). Predicting participation and outcomes in out-of-school activities: Similarities and differences across social ecologies. *New Direction & Youth Dev*, 105.

97. Schenker, R., Coster, W. ve Parush, S. (2005). Participation and activity performance of students with cerebral palsy within the school environment. *Disabil Rehabil*, 27, 539–52.

98. Schenker, R., Coster, W.J. ve Parush, S. (2005). Neuroimpairments, activity performance, and participation in children with cerebral palsy mainstreamed in elementary schools. *Dev Med & Child Neurol*, 47, 12, 808-814.

99. Schenker, R., Coster, W. ve Parush, S. (2006). Personal assistance, adaptations and participation in students with cerebral palsy mainstreamed in elementary schools. *Disabil Rehabil*, 28, 17, 1061-1069.

100. Segal, R. ve Hinojosa, J. (2006). The activity setting of homework: an analysis of three cases and implications for occupational therapy. *Am J Occup Ther*, 60, 50-5

101. Seligman, M.E.P. ve Gillham, J. (2000). Positive psychology.

The science of optimism and hope. Chapter 25, 415-431) Erişim Tarihi: 19.02.2011
<http://www.google.com/books?id=ISezR6pODo8C&printsec=frontcover&hl>

102. Seltzer, M.M., Greenberg, S.J., Floyd, J.F., Pettee, Y. ve Hong, J. (2001).

Life Course Impacts of Parenting a Child With a Disability. *Am J Ment Retard*, 106, 3, 265–286.

103. Shikako, T.K., Majnemer, A., Law, M. ve Lach, L. (2008).

Determinants of participation in leisure activities in children and youth with cerebral palsy. Systematic review. *Phys Occup Ther Pediatr*, 28, 2, 155–69.

104. Skinner, E. ve Greene, T. Perceived Control: engagement, coping and development. In: Good, (ed.), 21st century education: a reference handbook.

Newbury Park: Sage Publications. Erişim Tarihi: 29.02.2011.

[http://www.google.com.tr/search?sourceid=navclient&hl=tr&ie=UTF-](http://www.google.com.tr/search?sourceid=navclient&hl=tr&ie=UTF-8&rlz=1T4ADSA_trTR337TR337&q=Ellen+Skinner+and+Teresa+Greene..Perceive)

[8&rlz=1T4ADSA_trTR337TR337&q=Ellen+Skinner+and+Teresa+Greene..Perceive](http://www.google.com.tr/search?sourceid=navclient&hl=tr&ie=UTF-8&rlz=1T4ADSA_trTR337TR337&q=Ellen+Skinner+and+Teresa+Greene..Perceived+Control%3a+Engagement%2c+Coping%2c+and+Development)
[d+Control%3a+Engagement%2c+Coping%2c+and+Development](http://www.google.com.tr/search?sourceid=navclient&hl=tr&ie=UTF-8&rlz=1T4ADSA_trTR337TR337&q=Ellen+Skinner+and+Teresa+Greene..Perceived+Control%3a+Engagement%2c+Coping%2c+and+Development).

105. Tekkaya, E. Tasarlanmış Çocuk Hakları: *Milli Eğitim Dergisi*, Temmuz, Ağustos, Eylül (2001) sayı;151

106. Tufan, İ. ve Arun, Ö. (2006). Türkiye Özürlüler Araştırması 2002, İkincil

Analizi. Ankara: TUBITAK. Proje No: SOBAG-104k077. Erişim Tarihi: 19.02.2011

<http://www.ozida.gov.tr/>

- 107.** Uğuz, Ş., Toros, F., Yazgan, İB. ve Çolakkadıoğlu, O. (2004). Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *Klin Psikiyatr*, No 7:syf 42-47. 2004
- 108.** Unsal-Delialioglu, S., Kaya, K., Ozel, S. ve Gorgulu, G. (2009). Depression in mothers of children with cerebral palsy and related factors in Turkey: a controlled study. *Int J Rehabil Res*, 32,3,199-204
- 109.** UN standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities (1993). Erişim Tarihi: 20.01.2011
<http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/disabilitystandards.html>
- 110.** Uslu, T. Serebral Palsi. Erişim Tarihi: 09.11.2009
<http://www.turanuslu.com/2008/05/07/serebral-palsi>
- 111.** Voorman, JM., Dallmeijer, AJ., Schuengel, C., Knol, DL., Lankhorst, GJ. ve Becher, JG. (2006). Activities and participation of 9 to13-year-old children with cerebral palsy. *Clin Rehabil*, 20, 937-48.
- 112.** Weiss, KL., Marvin, RS. ve Pianta, RC. Ethnographic deterction and description of family strategies for child care: applications to the study of cerebral palsy. *J Pediatr Psych*, 22, 2, 263-278
- 113.** Welsh, B., Jarvis, S., Hammal, D. ve Colver, A. (2006). How might districts identify local barriers to participation for children with cerebral palsy? *Public Health*, 120, 2, 167-175.
- 114.** What is Cerebral Palsy? Erişim:13.04.2010.
http://www.thespasticcentre.org.au/about_cp/what_is_cp
- 115.** Wiseman, J.O., Davis, J.A. ve Polatajko, H. (2005) Occupational development: towards an understanding of children's doing. *J Occup. Sci*, 12,1, pp 26-35.
- 116.** World Health Organization International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: *World Health Organization*

