

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

**SEREBRAL PARALİZİLİ ÇOCUKLARDA AKTİVİTELERE
KATILIMIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Fzt. Sema AKYALÇIN

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2012

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

**SEREBRAL PARALİZİLİ ÇOCUKLARDA AKTİVİTELERE
KATILIMIN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Fzt. Sema AKYALÇIN

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gonca BUMİN**

**ANKARA
2012**

Anabilim Dalı: Ergoterapi


Program: Ergoterapi


Tez Başlığı: Serebral paralizili çocuklarda aktivitelere katılımın yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi

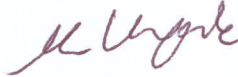
Öğrenci Adı-Soyadı: Sema Akyalçın

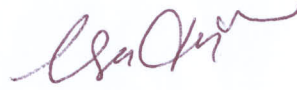
Savunma Sınavı Tarihi: 18.10.2012


Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Hülya Kayıhan 
(Hacettepe Üniversitesi)

Tez danışmanı: Prof. Dr. Gonca Bumin 
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Prof. Dr. Mine Uyanık 
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Prof. Dr. Esra Akı 
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Doç. Dr. Arzu Daşkapan 
(Kırıkkale Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Ersin FADILLIOĞLU

Müdür

TEŞEKKÜR

Eğitimim ve tez çalışmam suresince bilgisi, deneyimi ve manevi desteğiyle tez çalışmamın planlanmasında, içeriğinin düzenlenmesinde ve yazım aşamasında verdiği değerli katkılarında dolay ı tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Gonca BUMİN'e,

Hem ders dönemi hem de çalışmamın planlanması ve yürütülmesi aşamasında akademik ve manevi desteği ile yol gösterici olan Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Hülya KAYIHAN'a,

Ders dönemlerinde ve tez nerisi aşamalarında verdikleri değerli akademik katkılardan dolay ı Sayın Prof. Dr. Mine Uyanık ve Sayın Prof. Dr. Esra Akı'ya,

Çalışmamın en sıkıntılı anlarında yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen canım arkadaşım Uzm. Fzt. Ahsen IRMAK'a,

Her zaman yanımda olan ve bu tezi gerçekleştirmemde büyük yardımları ve fedakarlıkları olan canım annem Necmiye KAHVECİ'ye, beni akademik hayata teşvik eden canım babam Prof. Dr. Niyazi KAHVECİ'ye, kardeşlerim Ahmet KAHVECİ ve Serhan KAHVECİ'ye,

Sonsuz anlayışıyla ve sevgisiyle her zaman yanımda olan canım eşim Batuhan AKYALÇIN'a ve tez çalışmalarım suresince yoğun dönemlerimde beni anlayışla karşılayan ve sevgisiyle beni mutlu eden canım oğlum mer Doğukan AKYALÇIN'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Akyalçın S. Serebral paralizli çocuklarda aktivitelere katılımın yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012. Bu çalışmanın amacı; 8-12 yaş arasındaki serebral paralizli çocukların aynı yaşlardaki sağlıklı çocuklarla karşılaştırılarak aktivite katılımlarının ve aktivite tercihlerinin araştırılması ve yaşam kaliteleri üzerine olan etkilerinin incelenmesidir. Çalışmaya araştırma grubu olarak serebral paralizi tanısı konmuş 30 çocuk ve kontrol grubu olarak da 60 sağlıklı çocuk katılmıştır. Değerlendirme ölçekleri olarak aktivite katılımı için CAPE (Children's Assessment of Participation and Enjoyment), aktivite tercihleri için PAC (Preferences for Activity of Children) ve yaşam kalitesi için Kid-KINDL kullanılmıştır. Değerlendirmeler sonucunda; Sp'li çocukların aktiviteleri daha az sayıda, daha az sıklıkta ve daha çok ev ortamında gerçekleştirdikleri belirlenmiştir ($p<0,05$). Aktiviteleri kiminle yaptıkları karşılaştırıldığında gruplar arasında herhangi bir fark olmadığı, her iki grubun da ne çok fazla yalnız ne de çok fazla sosyal oldukları belirlenmiştir ($p>0,05$). Sp'li çocukların toplam aktivite katılımında eğlenme derecelerinin sağlıklı çocuklara göre yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Aktivite tercihleri karşılaştırıldığında gruplar arasında eğlence, fiziksel, beceri temelli ve kişisel gelişim aktivite tercihleri açısından bir fark olmadığı ($p>0,05$), ancak sosyal aktivite tercihi açısından sp'li çocukların sosyal aktiviteleri sağlıklı çocuklara göre daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir ($p<0,05$). Sp'li çocukların en az fiziksel aktiviteleri; en fazla ise sosyal aktiviteleri, sağlıklı çocukların ise en az beceriye dayalı aktiviteleri en fazla ise eğlence aktivitelerini tercih ettikleri görülmüştür. Sp'li ve sağlıklı çocuklar yaşam kalitesi yönünden karşılaştırıldığında duygusal iyilik, öz saygı ve okul değerleri açısından bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak sp'li çocukların yaşam kalitesi yönünden bedensel iyilik, aile ve arkadaş puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Toplam aktivite katılımı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; sp'li çocuklarda çeşitlilik, sıklık, kiminle ve nerede değerleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Toplam aktivite katılımının sadece eğlenme derecesi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, sp'li çocuklarda eğlenme derecesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir ($r=0,370$). Sağlıklı çocuklarda ise toplam aktivite katılımı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Aktivite tercihi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında sp'li çocuklarda toplam aktivite tercihi puanlarının ve sosyal aktivite tercih puanlarının artmasıyla yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür ($r=0,536$). Sp'li çocuklarda eğlenmenin ve sosyal aktivitelerin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar ışığında ergoterapistler açısından çocukların aktivite tercihlerinin ve aktivite katılımlarının önemi görülmektedir. Çocukların ergoterapistler tarafından uygun aktivitelere yönlendirilmelerinin çocukların toplumsal katılımları ve yaşam kaliteleri üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle ergoterapistler tarafından çocuk, çevre ve aktiviteye yönelik detaylı değerlendirmeler yapılarak toplumsal katılımı etkileyen faktörler ışığında müdahaleler planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler; Serebral Paralizi, Katılım, Aktivite, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Akyaçım S. Examining the effects of activity participation on quality of life in children with cerebral palsy. Hacettepe University, Institute of Health Science. Master Thesis. The aim of this study is to compare the children with cerebral palsy between the ages 8-12 years with their healthy counterparts, studying their activity participation and activity preferences and examining the effects of these parameters on their quality of life. For the research group; Cerebral Palsy diagnosed 30 children and for the control group; 60 healthy children participated in the study. As assessment scales CAPE (Children's Assessment of Participation and Enjoyment) for activity participation, PAC (Preferences for Activity of Children) for activity preferences and Kid-KINDL for quality of life has been used. At the end of the evaluation; It has been observed that the children with CP compared to the healthy children has participated in less number of activities, less frequently and more home based ($p < 0,05$). When compared with 'with whom' points the two groups showed no difference, neither they were very lonely or very social ($p > 0,05$). The children with CP showed higher points on 'enjoyment' levels in total activity participation compared to the healthy children ($p < 0,05$). When activity preferences were compared between groups recreational, physical, skill based and self improvement activities showed no difference ($p > 0,05$), but in terms of social activity children with CP have showed more interest in choosing social activities compared to their healthy counterparts ($p < 0,05$). It has been observed that children with CP chose mostly the social activities and the least physical activities, the healthy children mostly chose recreational activities and least the skill based activities. Children with CP and the healthy children when compared on quality of life showed that psychological well-being, self respect and school values showed no difference ($p > 0,05$). But the children with CP showed lower points on physical well-being, family and friendship domains in quality of life ($p < 0,05$). When the relationship between total activity participation and quality of life was observed; 'diversity', 'intensity', 'with whom' and 'where' values didn't show a meaningful relationship with quality of life in children with cerebral palsy. Total activity participation showed meaningful relationship between only enjoyment level and quality of life. It has been observed that with the increasing level of enjoyment the quality of life has also increased in children with CP ($r = 0,370$). In healthy children there has been no meaningful relationship observed between total activity participation and quality of life. When looked at the relationship between the activity preferences and quality of life the children with CP showed higher quality of life when the points of the total activity preferences and social activity preferences increased ($r = 0,536$). Enjoyment and social activities showed positive effects on the quality of life on children with CP. In the light of these results in respect to occupational therapists the importance of the children's activity preferences and activity participation has been observed. It is being thought that children who are encouraged by occupational therapists towards appropriate activities seem to have positive effects on their social participations and quality of life. For this reason occupational therapists should evaluate child, environment and the activities in detail and should plan appropriate interventions under the light of these effecting factors.

Key words: Cerebral Palsy, Participation, Activity, Quality of Life.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Serebral Paralizi	4
2.1.1. Tanım	4
2.2. Aktivite.....	4
2.2.1 Aktivite Alanları	6
2.2.2. Aktivite Performansı	9
2.2.3. Ergoterapi ve Aktivite	10
2.2.4. Kişi Merkezli Yaklaşım	12
2.3. Yaşam Kalitesi	13
2.3.1. Çocuklarda Yaşam Kalitesi Değerlendirmeleri	14
2.4. Katılım	15
2.4.1. ICF'e Göre Katılımın Kategorileri.....	18
2.4.2. Çocuklarda Katılım Niçin Önemlidir?	20
2.4.3. Okulda Katılım.....	23
2.4.4. Toplumda Katılım	23
2.4.5. Okul Dışında Katılım	26

2.4.6. Katılımı Kolaylaştıran Faktörler ve Bariyerler	30
2.4.7. Katılımın Yararları	31
3. BİREYLER VE YÖNTEM	35
3.1. Bireyler.....	35
3.2. Yöntem.....	35
3.3. Değerlendirme.....	36
3.3.1. Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi (GMFCS).....	36
3.3.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi Kid-KINDL.....	38
3.3.3. Çocuklarda Katılım ve Eğlenmenin Değerlendirilmesi Anketi CAPE (Children's Assessment of Participation and Enjoyment)	38
3.3.4. Çocuklarda Aktivite Tercihlerinin belirlenmesi Anketi PAC (Preferences for Activity of Children)	42
3.4. İstatistiksel Analiz.....	43
4. BULGULAR	44
4.1. CAPE Toplam Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular	44
4.2. CAPE Eğlence Aktiviteleri Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular	47
4.3. CAPE Fiziksel Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular	48
4.4. CAPE Sosyal Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular	50
4.5. CAPE Beceri Temelli Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular.....	51
4.6. CAPE Kişisel Gelişim Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular.....	53

4.7. Planlanmamış Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular	54
4.8. Planlanmış Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular.....	59
4.9. CAPE Aktivite Katılım Değerlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması ile ilgili bulgular	63
4.10. CAPE Aktivite Katılım Değerlerinin Yaşa Göre Karşılaştırılması ile ilgili bulgular.....	78
4.11. CAPE Aktivite Katılım Değerlerinin GMFCS'ye Göre Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular	81
4.12. PAC Aktivite Tercihinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular.....	84
4.13. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular	91
4.14. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Toplam Skoru ile CAPE Toplam Aktivite Katılımları Arasındaki Korelasyon analizi sonuçları.....	93
4.15. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Toplam Skoru ile PAC Aktivite Tercihi Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	97
5.TARTIŞMA	102
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	139
KAYNAKLAR	146
EKLER	
EK 1: CAPE Anket Formu	
EK 2: PAC Anket Formu	
EK 3: Kid-KINDL Anket Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR

SP	: Serebral Paralizi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)
ICF	: İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Functioning, Disability and Health)
Kid-KINDL	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği
CAPE	: Children's Assessment of Participation and Enjoyment (Çocuklarda Katılım ve Eğlenmenin Değerlendirilmesi Anketi)
PAC	: Preferences for Activity of Children (Çocuklarda Aktivite Tercihlerinin Belirlenmesi Anketi)
GMFCS	: Gross Motor Function Classification System (Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi)
SPSS	: İstatistik Paket Programı
%	: Yüzde
P	: İstatistiksel Yanılma Payı
n	: Olgu Sayısı
SD	: Standart Sapma
Min	: Minimum
Max	: Maksimum
r	: Korelasyon Katsayısı
R	: Tanımlayıcılık Katsayısı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Katılımı Etkileyen Faktörler	22
Şekil 4.1.	Toplam Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması..	45
Şekil 4.2.	Eğlence Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması..	48
Şekil 4.3.	Fiziksel Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması..	49
Şekil 4.4.	Sosyal Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması....	51
Şekil 4.5.	Beceri Temelli Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	52
Şekil 4.6.	Kişisel Gelişim Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	54
Şekil 4.7.	Planlanmamış Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	55
Şekil 4.8.	Planlanmamış Aktivite Katılımı Karşılaştırılması	58
Şekil 4.9.	Planlanmış Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	60
Şekil 4.10.	Planlanmış Aktivite Katılımı Karşılaştırılması	61
Şekil 4.11.	CAPE Planlanmamış – Planlanmış Aktivite Katılımı.....	62
Şekil 4.12.	CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	64
Şekil 4.13.	CAPE Cinsiyete Göre Planlanmamış Aktivite Katılımı	75
Şekil 4.14.	CAPE Cinsiyete Göre Planlanmış Aktivite Katılımı.....	77
Şekil 4.15.	CAPE Aktivite Katılımının Yaşa Göre Karşılaştırılması.....	79
Şekil 4.16.	Yaşa Göre Grupların Karşılaştırılması (%)	80
Şekil 4.17.	Aktivite Katılım Değerlerinin GMFCS'ye Göre Karşılaştırılması..	83
Şekil 4.18.	Toplam Aktivite Katılım Değerlerinin GMFCS'ye göre karşılaştırılması	83
Şekil 4.19.	PAC Aktivite Tercihinin Karşılaştırılması	89

Şekil 4.20. Toplam Aktivite Tercihi Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması	90
Şekil 4.21. Planlanmamış ve Planlanmış Aktivite Seçiminin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	91
Şekil 4.22. Ki-KINDL Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	92
Şekil 4.23. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Toplam Skoru ile CAPE Toplam Aktivite Katılımları Arasındaki Korelasyon.....	95
Şekil 4.24. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Toplam Skoru ile PAC Toplam Aktivite Tercihleri Arasındaki Korelasyon	100

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1.	Katılımın 5 Boyutunun Değerlendirilmesi.....	39
Tablo 3.2.	CAPE’de ve PAC’de Değerlendirilen Aktivite Tipleri.....	40
Tablo 3.3.	Puanlama Seviyelerinden Örnekler.....	42
Tablo 4.1.	CAPE Toplam Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	44
Tablo 4.2.	Toplam Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	45
Tablo 4.3.	CAPE Eğlence Aktiviteleri Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	47
Tablo 4.4.	CAPE Fiziksel Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	48
Tablo 4.5.	CAPE Sosyal Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	50
Tablo 4.6.	CAPE Beceri Temelli Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	51
Tablo 4.7.	CAPE Kişisel Gelişim Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	53
Tablo 4.8.	Planlanmamış Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	54
Tablo 4.9.	Planlanmamış Aktivite Katılım Sayıları	56
Tablo 4.10.	Planlanmış Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	59
Tablo 4.11.	Planlanmış Aktivite Katılım Sayıları	60
Tablo 4.12.	CAPE Planlanmamış–Planlanmış Aktivite Katılımının Karşılaştırılması	62

Tablo 4.13. CAPE Aktivite Katılım Değerlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	63
Tablo 4.14. CAPE Gruplara Göre Kızların Aktivite Katılım Sıralaması.....	65
Tablo 4.15. CAPE Gruplara Göre Erkeklerin Aktivite Katılım Sıralaması	68
Tablo 4.16. CAPE Cinsiyete Göre Aktivite Katılım Sıralaması	71
Tablo 4.17. CAPE Cinsiyete Göre Planlanmamış Aktivite Katılım Sıralaması	73
Tablo 4.18. CAPE Cinsiyete Göre Planlanmış Aktivite Katılım Sıralaması	76
Tablo 4.19. CAPE Aktivite Katılım Değerlerinin Yaşa Göre Karşılaştırılması	78
Tablo 4.20. Yaşın Gruplara Göre Dağılımı	80
Tablo 4.21. Sp’li Çocukların GMFCS Seviyelerine Göre Dağılımı.....	81
Tablo 4.22. CAPE Aktivite Katılım Değerlerinin GMFCS’ye Göre Karşılaştırılması	82
Tablo 4.23. PAC’e Göre En Çok Yapılmak İstenen Aktiviteler	84
Tablo 4.24. PAC’e Göre En Az Yapılmak İstenen Aktiviteler	86
Tablo 4.25. PAC Aktivite Tercihinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	88
Tablo 4.26. PAC Toplam Aktivite Tercihi Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması	89
Tablo 4.27. PAC Planlanmamış–Planlanmış Aktivite Tercihinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	90
Tablo 4.28. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	91
Tablo 4.29. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Toplam Skoru ile CAPE Toplam Aktivite Katılımları Arasındaki Korelasyon	93
Tablo 4.30. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Toplam Skoru ile PAC Aktivite Tercihi Arasındaki Korelasyon.....	97

1. GİRİŞ

Serebral paralizi (sp) gelişimini tamamlamamış beyinde hasara bağlı oluşan kalıcı hareket ve postür bozukluğudur (1,2). Serebral paralizi çocuklardaki fiziksel bozuklukların en büyük nedenidir ve çocukluk döneminin en sık görülen kronik engellilik durumudur (2,3). Birçok engelli çocukta görülen bozuklukların çoğu sp'li çocuklarda da görülmektedir (4). Sp'li çocuklar engellerinden dolayı aktivitelere katılım ve yaşam kalitesi açısından risk altındadırlar.

Günümüzde insan hayatı ve aktivite birbirinden ayrı düşünülmemektedir (5). Fiziksel aktivitenin yararları engeli olan çocuklar da dahil olmak üzere bütün çocuklar için evrenseldir (6). Ancak fiziksel engeli olan çocuklar günlük yaşam aktivitelerine katılmada sağlıklı olanlara göre daha fazla kısıtlamalarla karşılaşmaktadırlar. Bu çocukların günlük yaşam aktivitelerine katılımı aileler ve çocuğun rehabilitasyonuna katılan herkes için ortak bir hedefdir (7). Çocuğun kendi seçimi olan anlamlı aktivite ile meşguliyeti; sağlığını, kişisel otonomisini, yeteneklerini, üretkenliğini, iletişim becerilerini ve yaşam memnuniyetini artırır (8). Aktivite yaşam kalitesiyle pozitif olarak bağlantılıdır çünkü insanın bir şey yapma ihtiyacını karşılar, amaç geliştirir, zaman ve mekana anlam kazandırır ve kimliğin ifade edilmesine ve gelişmesine ortam sağlar (9).

Serebral paralizili çocuklarda yaşam kalitesinin bozulduğu bilinmektedir (3). Dünya sağlık örgütüne (WHO) göre yaşam kalitesi “ kişinin, yaşadığı çevredeki kültür ve değer sistemleri içerisinde hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgi ve alakalarına bağlı olarak yaşam içindeki pozisyonunu nasıl algıladığıdır” şeklinde tanımlanmaktadır (10). Uygulanan sağlık müdahalelerinin etkisini değerlendirebilmek, toplumdaki düşük yaşam kalitesine sahip grupları belirleyebilmek ve toplumun zaman içindeki sağlık durumunu ortaya koyabilmek için sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmeleri çok önemlidir (11).

Yetişkinlerdeki yaşam kalitesi araştırmaları yıllar içerisinde gelişirken, çocuklardaki yaşam kalitesi araştırmaları yeni bir alandır (11). Ancak son yıllarda sp'li çocukların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konusuna ilgi artmıştır (12).

Aktivitelere katılım çocuğun yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Katılım bir çocuk hakkıdır (13). Katılım paylaşmayı, bir şeyle alakadar olmayı, aktif olmayı veya bir şeyi tecrübe etmeyi içerir. Katılım; fiziksel, sosyokültürel, kurumsal ve ekonomik çevrelerde günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesidir (14). Günlük aktivitelere katılım engeli olup olmamasına bakılmaksızın bütün çocukların sağlıklı gelişimleri için gereklidir (15).

Aktivitelere katılım ile çocuklar beceriler geliştirir, diğerleriyle ortak aktivitelere iştirak eder, kendilerini ifade etmeyi öğrenirler, anlam kazanırlar ve sağlık durumlarını iyileştirirler (16). Çocukluk dönemi aktivitelere katılmama dışlanma ve yalnızlıkla sonuçlanabilmektedir. Bu durumun ise çocuğun hayatı üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır (15).

Eşitlik ve insan hakları tarafından bakıldığında engelli çocukların diğerlerinden ne kadar az katılım gösterdiklerinin bilinmesi gereklidir. Engelli çocukların katılımlarını ölçmek toplumda sağlık hizmetlerinin ve finansın sağlanması ve müdahalelerin etkinliğini görmek açısından önem taşır (17). Katılım çocukların gelişimi ve sağlık hizmeti verenler için değerli bir sonuç ölçümüdür. (2)

Ergoterapistlerin çocukların aktiviteleri ve kişi-çevre-aktivite ilişkisi konusunda derinlemesine bilgi edinmeleri önemlidir. Çocukların nasıl zaman geçirdiklerinin incelenmesi dünyayla nasıl etkileşim içinde olduklarının anlaşılmasını sağlar. Çocukların aktivite çeşitliliğinin anlaşılabilmesi için sadece ne yaptıkları değil aynı zamanda tercihleri, nasıl, nerede ve kiminle yaptıkları incelenmelidir (14).

Çocuklar yaşamları boyunca birçok değişik aktiviteye maruz kalırlar ve beğeniler geliştirirler. Kültürlerinden gelen gelenek görenekleri ve beklentileri her gün yaptıklarını ve öğrendiklerini etkiler. Her insanın tatmin sağlayan kendine özel ilgileri ve aktiviteleri vardır. Farklı çevrelerde yaşarlar ve büyüdükçe farklı roller geliştirirler. Her gün ne yaptıkları, ne kadar iyi yaptıkları ve bu aktivitelerle ne kadar eğlendikleri yaşadıkları yere, yaşlarına, ailelerine, toplumlarına, çevresel desteklere ve engellerine göre değişim gösterir. Kişilerin yaşamlarında var olan engellerinin katılımlarını ne kadar etkilediğini araştırmak çok önemlidir. Ergoterapistler için

bütün bu faktörleri dikkate alarak katılımı geliştirebilmeyi başarabilmek ortak hedefdir (18).

Literatür incelendiğinde 8-12 yaş arası çocukların katılımlarını ve yaşam kalitelerini birlikte veya ayrı ayrı inceleyen çalışmaların olduğu görülmüştür (11,14,17,19,20,21,22). Ancak aktivitelere katılımın yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen çok az çalışmaya rastlanmıştır (2,23).

Bu çalışmanın amacı 8-12 yaşlar arası serebral paralizili ve sağlıklı çocukların okul dışındaki aktivitelere katılımlarını ölçmek ve aktivitelere katılımlarının yaşam kalitelerini ne kadar etkilediğini araştırmaktır. Bu bilgi ergoterapistlere, fizyoterapistlere ve çocuğa hizmet ve bakım verenlere yol gösterici olacaktır.

Çalışmamızın hipotezleri:

H01: Serebral paralizili çocuklarda aktivite katılımının yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur.

H02: Serebral paralizili ve sağlıklı çocukların aktivite katılımları, aktivite tercihleri ve yaşam kaliteleri arasında fark yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Serebral Paralizi

2.1.1. Tanım

Serebral paralizi (sp) gelişimini tamamlamamış beyinde hasara bağlı oluşan kalıcı hareket ve postür bozukluğudur (1,2). Epilepsi ve kas iskelet sistemi problemleriyle devam eden ve duyu, algı, kavrama, iletişim ve davranışsal bozukluklara neden olan bir durumdur (2). Serebral paralizi çocuklardaki fiziksel bozuklukların en büyük nedenidir ve çocukluk döneminin en sık görülen kronik engellilik durumudur (2,3). Birçok engelli çocukta görülen bozuklukların çoğu sp'li çocukta da görülür (4). Sp'li çocuklar çeşitli seviyelerdeki fiziksel, zihinsel, işitme, görme ve iletişim problemlerini bir arada yaşamaktadırlar ve yaşamları boyunca ergoterapistler, fizyoterapistler ve konuşma terapistleri tarafından yürütülecek tedavilere, ilaç tedavilerine ve cerrahi müdahalelere gereksinim duyarlar (2,24).

Hareket bozukluğunun derecesi, zihinsel ve davranışsal problemler her serebral paralizili çocukta farklıdır ve çocuk büyüdükçe değişebilir (2,23). Bu farklılıklardan dolayı çocukların toplumsal katılımları da farklı olmaktadır ve günlük aktivitelere katılım açısından risk altındadırlar (2). Sp'li çocukların günlük aktiviteleri yapabilme seviyeleri yaşam kalitelerini etkiler (3). Sp'li çocukların sağlığı ve iyilik hali sp'nin derecesi, çevre, bakım ve müdahaleler gibi birçok faktöre dayanmaktadır (25).

2.2. Aktivite

Aktiviteler kişilerin yaptığı şeylerdir. Kişinin kendisi hakkında hissettiklerine temel oluşturular. Çevreyle olan iletişimi ve hayatta kalmayı sağlar. Aktiviteler beceri gelişimine, ilgi alanlarının belirlenmesine, etraftaki kişilerle ilişki kurmaya ve kişinin değerlerini ifade edebilmesine olanak sağlar. Aktivitelerin kişi için anlamı ve amacı vardır (26). Kielhofner aktiviteyi "kişinin fiziksel ve sosyal çevresinde kültürel olarak anlamlı iş, oyun veya günlük yaşam becerilerini gerçekleştirmesidir" şeklinde tanımlamıştır (27).

Sp'li çocuklar değişik seviyelerde fiziksel, mental, işitme, görme veya iletişim problemlerini bir arada yaşayabilmektedirler (28). Fiziksel ve nörolojik problemi olan çocukların sağlıklı çocuklarla aynı aktivitelerden hoşlandıkları bilinmektedir (29).. Ancak fiziksel engeli olan çocuklar günlük yaşam aktivitelerine katılmada sağlıklı olanlara göre daha fazla kısıtlamalarla karşılaşmaktadırlar. Bu çocukların günlük yaşam aktivitelerine katılımı aileler ve çocuğun rehabilitasyonuna katılan herkes için ortak bir hedeftir (7).

Çocuğun kendi seçimi olan anlamlı aktivitelerle uğraşması; sağlığını, kişisel otonomisini, yeteneklerini, üretkenliğini, iletişim becerilerini ve yaşam memnuniyetini artırır (8). Law ve arkadaşlarına göre; çocukların çeşitli günlük yaşam aktiviteleri içerisindeki gelişimi ve tercihleri onların keşifleri ile bağlantılıdır. Bu tercihler çocukların yaşından, keşfetme fırsatının ulaşılabilirliğinden, aktivite performansının durumundan ve aktivite ile ne kadar çok eğlendiklerinden etkilenir (30).

Aile ve arkadaşlarla yemek yemenin keyfi, parkta yürüyüş yapmanın zevki ve ya bir çiçek görünce yaşanan duygular da hastalıklardan ve ya kazalardan olumsuz şekilde etkilenir. Geçici veya kalıcı bozukluklara rağmen kişi vücudunun adapte olabilme özelliği, maneviyatı ve iradesi sayesinde yaşam aktivitelerine katılmaktan tatmin olabilir. Aktivite; eylem, beceri, düşünme ve var olma gibi yaşamda yapılan her şeyi kapsar. Aktivite kişinin varlığı, ifade etme ihtiyacı ve çevre içerisindeki kişisel rolleri için gereklidir (31).

Literatürde aktivite çeşitli şekillerde tanımlanmıştır;

- ‘‘Kişilerin günlük yaşamlarında zamanlarını doldurma ve yaşamlarını anlamlandırma adına yaptıkları işlerdir’’ (32).

- ‘‘Günlük yaşamda yapılan, kişiler ve kültürleri tarafından isimlendirilmiş, organize edilmiş, değer verilmiş ve anlamlandırılmış işlerdir. Aktivite kişilerin kendilerini oyalamak için yaptıkları her şeydir’’ (33).

Bing'e göre aktiviteye katılım bir değerdir çünkü bireyin iyilik halini geliştirir. Aktivite ile kişi problem çözmek için yeni beceriler ve stratejiler öğrenir ve

yeterlilik kazanıldıkça bağımsızlık başarılıdır (34). Aktivite iyilik haliyle pozitif olarak bağlantılıdır çünkü insanın bir şey yapma ihtiyacını karşılar, amaç geliştirir, zaman ve mekana anlam kazandırır ve kimliğin ifade edilmesine ve gelişmesine ortam sağlar (9).

2.2.1 Aktivite Alanları

Aktiviteler çeşitli kategorilere ayrılmaktadır ve ‘aktivite alanları’ olarak adlandırılır. Aktivite alanları günlük yaşam aktiviteleri (kişisel yönetim becerileri), yardımcı günlük yaşam aktiviteleri, dinlenme ve uyku, eğitim, iş, oyun, eğlence ve sosyal katılımdan oluşur.

Her aktivitenin karmaşıklığı ve çok boyutluluğu kişilerin aktiviteleri değişik şekillerde algılamalarından kaynaklanır. Kişiler aktiviteleri ihtiyaçlarına ve ilgi alanlarına göre kendi bakış açılarından kategorize ederler. Örneğin bir kişi çamaşır yıkamayı iş olarak değerlendirirken bir diğeri yardımcı günlük yaşam aktivitesi olarak düşünebilir (35).

Danimarka’da Bundgaard, Christiansen ve Schultz üst düzey yöneticilerin katıldıkları iş yemekleri hakkında ne düşündüklerine dair bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada herkesin bu aktivitelere verdiği anlamın birbirinden farklı olduğunu görmüşlerdir. Bu üst düzey kişilerin iş yemeği aktivitesi için tanımladıkları anlamlar şöyle özetlenebilir;

- Zaman doldurma ve güne değişiklik katma,
- Kimlik kazanma ve kendini ifade etme,
- Kişinin kendisini işe yarar yapması,
- Sosyal ilişkiler yaratma ve geliştirme,
- Kararlılık ve bağımsızlık kazanımı,
- Fiziksel ve mental iyilik halinin sağlanması,
- Yaratıcılık ve gelişim için fırsat,
- Bir çeşit eğlence tecrübesi (36).

Aynı aktivite bir kişi için olumlu algılanabilirken bir başka kişi için olumsuz algılanabilir. Bu farklılıklar aktivite değerlendirilirken göz önünde bulundurulmalıdır (36).

Günlük yaşam aktiviteleri;

Kişinin yaşadığı çevrede varlığını sürdürebilmesi için gerekli olan aktivitelerdir. (37).

Kendine bakım aktiviteleri banyo yapmayı ve duş almayı, mesane ve bağırsak kontrolünü sağlayabilmeyi, giyinebilmeyi, yemek yiyebilmeyi, fonksiyonel mobilitiyi, kişisel cihazların bakımını, kişisel hijyen ve tuvalet eğitimini, seksüel aktivite ve tuvalet hijyenini içerir (35). Günlük yaşam aktivitelerine ayrılan zaman kişinin yaşına ve kültürüne göre değişiklik gösterebilir.

Kendine bakım aktiviteleri herkes için hayatın her aşamasında önemlidir. Kendine bakım becerilerinde bağımsızlığın gelişmesi kişinin kimliğini ve özsaygısını önemli ölçüde etkiler (38).

Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri

Evde ve toplumda günlük yaşamı destekleyen ve kendine bakım aktivitelerinden daha kompleks olan aktivitelerdir. Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri başkalarına bakabilmeyi, evcil hayvanlara bakabilmeyi, iletişim kurabilmeyi, toplum içinde hareket edebilmeyi, sağlık durumunu koruyabilmeyi, yemek hazırlayabilmeyi, dini aktiviteleri, kendi güvenliğini sağlayabilmeyi ve alışveriş yapabilmeyi içerir (35).

Dinlenme ve uyku

Diğer aktivite alanlarına sağlıklı bir katılım için gerekli olan dinlenme ve uyku aktiviteleridir. Uykuya hazırlığı, sağlıklı uykuyu ve fiziksel ve zihinsel olarak dinlenebilmeyi içerir (35).

Eğitim

Çevreye katılım ve öğrenme için gerekli olan aktivitelerdir. Okuyabilme, ders çalışabilme, spor aktivitelerine katılabilme, sınıfa ve sınıf aktivitelerine katılabilme gibi aktiviteleri içerir (35).

İş

Maaşlı veya gönüllü işlere katılım için gerekli olan aktivitelerdir (35). Çocuklar için iş aktiviteleri okula gitme, ödev yapma, günlük ev işleri ve daha büyük çocuklar için markette çalışma gibi durumlardır (39).

Oyun

Zevk ve keyif veren, eğlence ve oyalanma sağlayan spontan veya organize edilmiş aktivitelerdir (40). Oyuna katılımı, başkalarıyla oynamayı, oyuncakları ve araç gereçleri uygun bir şekilde kullanabilmeyi içerir (35). Ergoterapistler bazı fiziksel engelli çocuklara oyun oynamayı öğretirken bazılarının da oyun vasıtasıyla başka beceriler kazanmalarını sağlayabilirler. Ergoterapistler çocuklarda beceri gelişimi için müdahalelerinde oyunu sık ve rutin olarak kullanırlar. Oyun aynı zamanda çocuğun normalde reddedeceği aktivitelere bile katılmasına yardımcı olabilir. Oyun ergoterapi müdahalelerinde yardımcı olarak kullanılabilir (40).

Eğlence

İş, uyku ve kendine bakım gibi zorunlu aktiviteler dışında kalan, keyfi zamanlarda yapılan zorunlu olmayan aktivitelerdir (41). Uygun eğlence aktivitelerine katılımı, diğer aktivite alanlarıyla eğlence aktivitelerini dengelemeyi ve gerekli araç gerecin uygun kullanımını içerir (35).

Sosyal Katılım

Toplumsal alanlarda (komşu bölgeler, organizasyonlar, iş, okul) katılımı, gerekli ve istenilen başarılı aile rollerini gerçekleştirmek için gerekli olan aktiviteleri, akran ve arkadaş ilişkilerini içerir (35).

2.2.2. Aktivite Performansı

Ergoterapide “fonksiyon”, “performans” olarak kullanılır. Aktivite performansı kişinin yaşam ihtiyaçlarını karşılamak adına yaptığı aktiviteler ve rollerini gerçekleştirebilme becerisidir. Kişinin yaşına ve kültürüne uygun anlamlı aktiviteleri seçme, organize etme ve tatminkar bir şekilde yapabilme becerisidir. Performans kişinin aktivite, beceri ve rollerini gerçekleştirdiği çevre ve kendisi arasındaki kompleks ilişkilerin sonucudur. Anlamlı ve sıralı eylemlerden oluşur.

Aktivite performansı kişi, aktiviteleri, rolleri ve yaşadıkları, çalıştıkları ve oynadıkları çevre arasındaki dinamik etkileşimin sonucudur (42). Kişinin aktivite performansı kültürel, kişisel ve sanal faktörlerden, fiziksel ve sosyal çevreden etkilenir (35).

Kültürel faktörler

Kişinin ait olduğu toplumdaki gelenekleri, inançları, aktivite paternleri, davranış standartları ve toplumun beklentileridir (35).

Kültür, performansı çeşitli şekillerde etkiler. Zaman ve mekan kavramı, oyun ve iş gibi aktivitelerin inançlardan etkilenmesi gibi durumlardan ötürü performans etkilenebilir. Kişilerin, çocukların ve aile büyüklerinin kendilerinden beklenen sosyal rolleri de performansı etkiler (42).

Kişisel faktörler

Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik ve eğitim durumunu içerir. Yaşam stili, yaş ve cinsiyet bütün olarak çocuğun sosyal katılımını ve aktivite katılımını etkiler. Ancak bu konuda yapılan deneysel çalışmalar eksiktir (43).

Sanal faktörler

Fiziksel iletişimin olmadığı durumlardır. Örneğin; e-posta, video konferans, radyo vb. (35).

Fiziksel çevre

Doğal veya inşa edilmiş, insana ait olmayan yapılardır. Coğrafik alanları, bitkileri, hayvanları, binaları, mobilyaları, araç ve gereçleri içerir (35).

Fiziksel çevre ulaşılabilirlik, güvenlik ve estetik açıdan çok önemlidir. Kişinin aktivite performansını, rahatını ve eğlencesini destekleyebilecek şekilde dizayn edilmelidir (42).

Sosyal Çevre

Toplumların, organizasyonların ve kişilerin beklentilerinden ve ilişkilerinden oluşur (35). İnsanoğlu grup içinde yaşayan sosyal bir varlıktır. Kişinin gruba dahil olması ve kişiler arası ilişkiler geliştirebilmesi davranışlarını büyük ölçüde etkiler. Toplum tarafından kabul edilmek aranan bir durumdur ve bunun tam tersi olan toplum tarafından dışlanmanın ise yıkıcı psikolojik durumlara yol açtığı bilinmektedir. Sosyal destek kişilerin aktivite durumlarını etkiler ve sağlık ve iyilik hali durumlarına çeşitli seviyelerde katkı sağlar (42). Kişilerin aktivitelere katılımı fiziksel ve sosyal çevrede gelişir ve bağımsızlıklarını bu çevrelerde gösterirler. Kültürel faktörlerin genellikle aktivitelerin nasıl seçildiği, nasıl önem sırasına göre düzenlendiğini ve organize edildiği üzerine etkileri vardır. Çevresel faktörler kişinin aktivitelere erişebilirliğini, performansın kalitesini ve performanstan sağlanan tatmini etkiler. Kişi bir aktiviteyi yapmakta zorluk çekiyorsa, o çevre ve faktörler değiştirildiği zaman daha başarılı olabilir (35).

2.2.3. Ergoterapi ve Aktivite

Ergoterapi, günlük yaşam aktivitelerini ve sağlık ve iyilik hali ile ilgili durumları anlama üzerine yapılandırılmıştır. Ergoterapistler aktivitelerin çok boyutlu ve kompleks olduğunu düşünürler. Ergoterapi müdahalelerinin odak noktası aktivitelere katılımdır ve performansın hem sübjektif (emosyonel ve psikolojik) hem de objektif (fiziksel olarak gözlemlenebilen) yönüyle ilgilenir (35).

Ergoterapi uygulamalarının amacı aktivite performansını geliştirmektir. Ergoterapistler aktiviteye katılımı arttırmak için çalışırlar. Bunu başarabilmek için

kişinin fiziksel, kognitif, nörodavranışsal ve psikolojik kapasiteleri ile kültürel, fiziksel, sosyal ve iş çevreleri hakkında bilgi sahibi olmak gerekir (44). Tedavi planlamaya yardımcı olması ve başarılı bir rehabilitasyon sonuç ölçümü açısından çocuklar ve yetişkinler için performans temelli değerlendirmeler kullanılabilir (45).

Aktivite performansı alanında felsefenin gelişimine en büyük katkıyı pskiyatrist Adolph Meyer sağlamıştır. Meyer disiplinin ilk hipotezini tanımlamıştır. İnsan felsefesini “zamana ve işe değer biçmek” olarak tanımlamış ve performansın kişinin hayatına kattığı anlamı belirlemiştir. Meyer, “insan zamanı organize etmeyi öğrenir, bunu da iş yaparak başarır.” demiştir. Meyere göre ergoterapi yaşam kalitesiyle ilgilenir ve ‘günlük aktiviteleri yapabilme becerisiyle kişinin tatmini arasında ilişki vardır’ demiştir (44).

Amerikan Ergoterapi Derneği’ne (2002) göre; ergoterapistin en belirgin özelliği, kişinin anlamlı aktivitelere katılımını ve toplumsal katılımını değerlendirmeye odaklanmasıdır. Ergoterapist hastanın sosyokültürel yapısını anlamalıdır. Amaç kişiyi tanımlayıp yardımcı olabilmek ve kişinin kültürüne uygun anlamlı aktiviteler ile meşgul olmasını sağlayabilmektir (46).

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 (18). Engeller günlük yaşam aktivitelerini ve iş gücünü etkilemektedir. Toplumda bu kişilerin kısıtlılıkları sadece kendilerini değil ailelerini ve sosyal çevrelerini de etkilemektedir. Böyle durumlarda aktiviteleri değerlendirmek bu kişilerle ve aileleriyle çalışmayı kolaylaştırır.

Böylelikle hedeflenen müdahalelerin etkinliği sağlanabilir. Anlamlı, kültüre uygun ergoterapi müdahalelerinin oluşturulması ve geliştirilmesi çocuğun duygularının kontrolü, aile ve çocuk için hedeflenen sonuçların sağlanması açısından önemlidir (18).

2.2.4. Kişi Merkezli Yaklaşım

Kişi merkezli ergoterapi “hizmet alan kişilere saygı ve onlarla iş birliği felsefesi” olarak tanımlanır. Kişilerle iş birliği içinde olmamız yaşamları için anlam kazandırmamıza yardımcı olur (47).

Kişi merkezli tedavinin amacı iyileşme sürecini hızlandırmak için uygun çevreyi yaratmaktır. Böyle bir yaklaşım kişinin hedeflerine ulaşabilmesi için ihtiyaçlarını belirlemeye ve kişiselleştirmeye yarar (48).

Law (1998) kişi merkezli müdahalenin kavramlarını şöyle özetlemiştir;

- Aileye, bireye ve her ikisinin kararlarına saygı gösterilmelidir.
- Birey ve aileler günlük aktiviteleri ve alacakları ergoterapi hizmeti için verecekleri kararlardan kendileri sorumludurlar.
- Kişi merkezli ergoterapide fiziksel rahatlığın sağlanması, duygusal destek ve bilgilendirme gereklidir.
- Kişinin katılımına yardımcı olmak gereklidir.
- Kişiselleştirilmiş esnek müdahale esastır.
- Aktivite performans problemlerini çözmeye kişiye sorumluluk vermek gereklidir.
- Kişi-çevre-aktivite ilişkisine odaklanmak gereklidir (49).

Kişi merkezli değerlendirme; “etkili tedavi kişiyi iyi anlamakla başlar” temeline dayanır. Bu tip değerlendirmede terapist ve kişi birlikte çalışır. Kişi merkezli müdahale kişinin günlük yaşamdaki aktivitelerini, becerilerini ve rollerini içermelidir (49).

2.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi sağlık (fiziksel, emosyonel, sosyal) ve sağlık dışı (mali, okul, otonomi) alanlarda iyilik halinin değerlendirilmesidir (50). Dünya sağlık örgütüne (WHO) göre yaşam kalitesi “ kişinin, yaşadığı çevredeki kültür ve değer sistemleri içerisinde hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgi ve alakalarına bağlı olarak yaşam içindeki pozisyonunu nasıl algıladığıdır” şeklinde tanımlanmaktadır (10).

Yaşam kalitesi hayatın birçok boyutunu içeren bir kavramdır. Kişilerin kendi sağlıkları ile ilgili sübjektif algılarıdır. Başka bir deyişle yaşam kalitesi kişilerin hayatları, sağlıkları veya tam tersi sağlık durumları dışındaki (emosyonel ve sosyal fonksiyonlar, aile ve arkadaşlarla ilişki) değerler ile ilgili hissettikleridir. Uygulanan sağlık müdahalelerinin etkisini değerlendirebilmek, toplumdaki düşük yaşam kalitesine sahip grupları belirleyebilmek ve toplumun zaman içindeki sağlık durumunu ortaya koyabilmek için sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmeleri çok önemlidir (11). Birleşmiş milletler çocuk hakları bildirgesine göre “ engelli çocukların ‘dolu ve iyi bir hayat’ yaşamaya hakları vardır ve kendilerini ilgilendiren her konudaki fikirleri dikkate alınmalıdır” (51).

Çocuklar çok küçük yaşlardan itibaren sağlıkları ve iyilik halleri ile ilgili fikirler, inançlar ve davranışlar geliştirmeye başlarlar. Çocukların sağlık ve sağlık sorunları ile ilgili algılarını anlamak toplumda kısa ve uzun dönem sağlık kazanımları için hayati önem taşır (52). Sağlık problemi yaşayan çocuklar için sağlık durumlarının yaşam kalitelerini ne kadar etkilediğini anlamak bakım ve müdahale geliştirebilmek, uygulayabilmek ve planlayabilmek için çok önemlidir (11). Çocuklarda yaşam kalitesi değerlendirmeleri müdahalelerin, önleyici tedavilerin ve rehabilitasyon yaklaşımlarının sonuçları için uygun bir sonuç göstergesidir (53). İyi yaşam kalitesi toplumların tüm çocuklar için istediği önemli bir durumdur (4).

Sp’li çocuklarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (3). Sp’li çocukların sağlığı sp’nin derecesi, çevre, bakım ve müdahaleler gibi çeşitli faktörlere dayanmaktadır. Bu çocuklarda yaşam kalitesinin anlaşılabilmesi için

fiziksel ve psikososyal durumlar göz önünde bulundurulmalıdır (25). Son yıllarda sp'li çocukların yaşam kalitesi değerlendirmeleri konusuna ilgi artmıştır (12).

2.3.1. Çocuklarda Yaşam Kalitesi Değerlendirmeleri

Yetişkinlerdeki yaşam kalitesi araştırmaları yıllar içerisinde gelişirken, çocuklardaki araştırmalar yeni bir alandır (11). Yaşam kalitesi kavramı medikal araştırmalara dahil olduğundan beri bu konuyla ilgili 20 bin araştırma yapılmıştır (53). Ancak ilginç bir şekilde bu araştırmaların sadece yüzde 13'ü çocukları kapsamaktadır. Bu araştırmaların çoğu da 13-18 yaş arası çocukları kapsarken, 6-12 yaş arası çocuklara daha az yer verilmiştir (21). Son zamanlardaki çalışmalarda yaşam kalitesinin önemini vurgulamış ve değerlendirme materyallerinin azlığından bahsedilmiştir (53).

Özellikle çocukların kendi yaşamları ile ilgili görüşleri, fonksiyonlarını ve iyilik hali durumlarını nasıl puanladıkları önemlidir (11). Bullinger ve arkadaşları yaşam kalitesini fiziksel, emosyonel ve zihinsel sağlığın, sosyal ve fonksiyonel etkilerin subjektif algılanması olarak tanımlamış ve kişinin kendisi tarafından raporlanması gerektiğini vurgulamışlardır (54). En popüler değerlendirmeler çocuğa bakım verenleri veya aileyi kapsarken, çalışmaların %90'ı çocukların kendi kişisel raporlarının eksikliğinden ve öneminden bahsetmektedir (21).

Çocuklardaki yaşam kalitesi araştırmaları üç dalga halinde gelişmiştir. Birinci dalga 1980'lerin sonlarında başlamıştır ve çocukların yaşam kalitelerinin nasıl değerlendirileceği konusyla ilgilenilmiştir. İkinci dalga 1990'ların başlarında başlamıştır ve halen devam etmektedir ve yaşam kalitesi değerlendirmeleri oluşturmak ve geliştirmek üzerinde durulmuştur. Üçüncü dalga ise 1995 ve sonrasında başlamıştır ve bu değerlendirmelerin klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda kullanılması hedef alınmıştır (11).

Yaşam kalitesi değerlendirmelerinin önemi anlaşılmalıdır. Kişilerin sağlıklı ilgili yaşam kaliteleri fiziksel sağlıklarından, zihinsel durumlarından, sosyal ve duygusal fonksiyonlarından, kültürel değerlerden, sosyal destek hizmetlerinden, yaşadıkları hastalığın tedavisinin etkilerinden ve yan etkilerinden etkilenmektedir.

Çocuklardaki yaşam kalitesi birbirleriyle ve sosyal çevreyle olan karmaşık ilişkilere bağlıdır. Yetişkinlerle kıyaslandığında çevrenin çocukların üzerindeki etkisi daha fazladır. Çevrenin çocukların sosyal ve fiziksel gelişimlerinde derin ve uzun süreli etkileri vardır. Çocukların fonksiyonları ve davranışları yaşadıkları sosyal çevreyle yakından alakalıdır. Çocuklar çevre tarafından şekillendirilen ve kendi çevrelerini şekillendiren aktif bireylerdir. Araştırmalar göstermiştir ki çocuklarda yaşam kalitesi değerlendirilirken aile, akran ilişkileri, komşular ve sağlık organizasyonları gibi kavramlar dikkate alınmalıdır. Çocuklar büyüdükçe fiziksel ve zihinsel olarak gelişirler ve bu nedenle sağlıklı olmak ile ilgili algıları da değişir. Bu nedenle çocuklarda yaşam kalitesi kavramını tanımlamak güçtür ve bu kavram gelişimsel değişikliklere karşı hassastır (11).

2.4. Katılım

Literatürde katılım 'iştirak etme ve dahil olma' olarak tanımlanır (14). Katılım kişinin aidiyet duygusunu hissedebilmesidir (55). Daha geniş olarak bakıldığında paylaşmayı, bir şeyle alakadar olmayı, aktif olmayı veya bir şeyi tecrübe etmeyi içerir. Katılım fiziksel, sosyokültürel, kurumsal ve ekonomik çevrelerde günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesidir (14). Bu kavramın tam anlaşılması için katılımın birçok boyutuna odaklanılması gerekir. Aktivitelerin kiminle yapıldığı, nerede yapıldığı, eğlencesi ve çocukların aktiviteleri ne kadar tercih ettikleri katılım kavramı araştırılırken önem taşır (18). Çocukluk dönemlerinde okul ve toplum aktivitelerine katılmak büyüme ve gelişim için gereklidir (14). Aktivitelere katılım ile çocuklar beceriler geliştirir, diğerleriyle ortak aktivitelere iştirak eder, kendilerini ifade etmeyi öğrenirler, anlam kazanırlar ve sağlık durumlarını iyileştirirler (16). Katılım çocukların diğer kişiler ve çevreleri ile etkileşimini sağlayan bir araçtır (14).

Aktiviteye katılımın birçok değişik şekli mevcuttur. Çocuklar aynı yaşta bile olsalar çevrelerine, ilgilerine, becerilerine ve verilen olanaklara göre bu aktivitelere değişik şekillerde katılım gösterebilirler. Çocukların aktiviteye katılım şekilleri şöyle tanımlanmıştır;

- **Öngörölmüş katılım:** çocuk aktivite katılımını ahlaki ve kültürel bir zaruret olarak görür ve kendisine verilen fırsatların ayrıcalık olduğunu düşünür. Tercih hakkı az da olsa vardır ancak kültürünün getirdiği geleneklerin etkisi çöktür.
- **Yüklenmiş katılım:** katılım için olanakları öğretmenler ve ebeveynler gibi yetişkinler sağlar. Bu tür katılım yetişkinler tarafından yönetilir ancak çocuk bu aktiviteyi anlamlı bulabilir.
- **Davetli katılım:** yetişkinler tarafından başlatılır ve kontrol edilir ancak bu şekilde katılımda çocuğun herhangi bir olumsuzluk hissetmeden reddetme hakkı vardır.
- **Devredilmiş katılım:** çocuğa bir katılım rolü yüklenir ancak nasıl yürüteceğine veya ne kadar dahil olacağına kendi karar verir.
- **Kendisi tarafından başlatılan ve belirlenen katılım:** çocuk katılımı başlatır ve kontrol eder, dahil olma durumunun seviyesini, tipini ve süresini belirler.
- **Dereceli katılım:** çocuğun yeterliliği arttıkça katılımın yeni çeşitlerini denemek için olanakları vardır, yeni sorumluluklar alabilir ve toplumda anlamlı aktivitelere katılmak için yeni fırsatlar bulur.
- **Ortak katılım:** katılım bir grup tarafından başlatılır ve desteklenir (56).

Günlük aktivitelere katılım engeli olup olmasına bakılmaksızın bütün çocukların sağlıklı gelişimleri için gereklidir. Çocukluk döneminin aktivite rolleri kişinin bağımsızlığını geliştirmesini, üretken olmasını, oyun ve eğlence arayışı içine girmesini gerektirir. Bir şeyi yaparak veya günlük aktivitelere katılarak çocuklar yeni beceriler geliştirirler. Yeni tecrübeler ve aktivitelere katılım pozitif öz saygı kazanılmasını ve toplumun bir üyesi olmayı sağlar. Bu durum da sağlık ve iyilik haline katkıda bulunur. Günlük aktiviteleri yapamama dışlanmaya neden olabilir ve bu da çocukları olumsuz etkiler (15).

Aktiviteler yaşam boyu değişir. Çocuklar hayata öncelikle az sayıda aktiviteyle başlarlar. Çocuk; aile, arkadaşlar ve diğerleriyle iştirak ettikçe öğrenci, oyun oynama ve arkadaş rollerini geliştirebilmek için aktivite repertuvarları oluşturur. Oluşturulan aktivite repertuvarları her çocuk için bireyseldir. Çocukluk

dönemindeki aktivitelere katılım fiziksel, zihinsel, sosyal ve etkili gelişime yardımcı olur.

Fiziksel gelişim çeşitli çocukluk dönemi aktiviteleri yapılırken motor beceri edinmeyi gerektirir. Çocuklar motor aktivitelere katıldıkça fiziksel dayanıklılık, koordinasyon ve motor kontrol gelişir ve çevreleri hakkında haberdar olurlar. Çocukluk dönemi aktiviteleri sırasında çocuklar limitli hareketlerden daha karmaşık hareketlere geçiş gibi çeşitli fiziksel büyüme ve gelişim evrelerinden geçerler (15).

Zihinsel beceri gelişimi için de aktivite yapabilme çok önemlidir. Piaget (1972) çocukların zihinsel gelişimini 4 aşamalı olarak tanımlamıştır. Birinci aşama doğumdan iki yaşına kadar süren sensorimotor aşamadır. Bu aşamada çocuk dünyayı anlamak için duyularını ve motor becerilerini kullanır. İki yaşından yedi yaşına kadar olan süreç ise ikinci aşamadır ve pre-operasyonel düşünce olarak isimlendirilir. Bu aşamada çocuk zihinsel durumunu temsil edebilir ve taklit oyunlarına ve üretici oyunlara katılabilir. Sonraki aşama ise somut operasyonel aşamadır ve yedi yaşından on bir yaşına kadar devam eder. Bu aşamada çocuk somut ve mantıklı düşünür ve düşünme süreci tecrübelerle gelişim gösterir. Sonuncusu ise son operasyonel aşamadır ve bu süreçte çocuk mantıklı ve soyut düşünebilir. Piaget zihinsel gelişim için tecrübelerle öğrenmenin önemi üzerinde durmuştur. Zihinsel durum bu aşamaların her birinde beceri edinme açısından büyük rol oynar (15).

Aktiviteye katılım aynı zamanda sosyal becerilerin gelişimine ve sosyalizasyona yardımcı olmaktadır. Başkalarıyla geçinebilmeyi öğrenme günlük aktivitelere katılım ile gerçekleşir. Çocukların oyun alanlarında oynamaları veya sıralarını beklemeleri gibi durumlar sosyal gelişimlerine katkı sağlar. Başka çocuklarla aktivitelere katılım sosyalizasyonun en önemli mekanizmasıdır.

Çoğu çocuk çeşitli fiziksel, zihinsel veya duygusal nedenlerden dolayı anlamlı aktivitelere başarılı bir şekilde katılım sağlamak için yeterli fırsatlardan yoksunken bazıları da finansal ve sosyal kaynakların eksikliğinden dolayı aktivite mahrumiyeti yaşamaktadır. Çocukluk dönemi aktivitelerine katılmama dışlanma ve yalnızlıkla sonuçlanabilmektedir. Bu durumun ise çocuğun hayatı üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır (15).

İşlevsellik, yetiyitimi ve sağlığın uluslararası sınıflandırılması'na göre (ICF) 'katılım' ve 'aktivite' eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre katılımın çeşitli kategorileri vardır. Bu kategoriler şöyledir; bilgiyi öğrenebilme ve uygulayabilme, genel beceri ve talepler, iletişim, hareket, kendine bakım, yerel yaşam alanları, kişiler arası iletişim, majör yaşam alanları ve toplum, sosyal ve şehir yaşamları (57).

2.4.1. ICF'e Göre Katılımın Kategorileri

- **Bilgiyi öğrenebilme ve uygulayabilme:** amaca yönelik duyu tecrübeleri, temel öğrenme, bilgiyi kullanabilme, başkası tarafından belirlenmemiş ve belirlenmiş bilginin öğrenilmesi ve uygulanabilmesi durumlarını içerir.
- **Genel beceri ve talepler:** tek bir becerinin üstlenilmesi, karmaşık bir becerinin üstlenilmesi, tek bir becerinin bağımsız olarak üstlenilmesi, bir grup içerisinde tek bir becerinin üstlenilmesi, başkaları tarafından belirlenmiş ve belirlenmemiş tek bir becerinin üstlenilmesi durumlarını içerir.
- **İletişim:** üretilen iletişim, alınan iletişim, konuşma ve iletişim tekniklerinin ve cihazlarının kullanılması, başkaları tarafından belirlenmiş ve belirlenmemiş iletişim durumlarını içerir.
- **Hareket:** vücut pozisyonunun korunması ve değiştirilebilmesi, objelerin taşınması, hareket ettirilmesi ve idare edilebilmesi, yürümek ve hareket etmek, taşıt kullanarak hareket edebilmek, başkaları tarafından belirlenmiş ve belirlenmemiş hareket durumlarını içerir.
- **Kendine bakım:** kendini yıkama, vücut parçalarının bakımı, tuvalet becerisi, giyinme, yemek yeme, içecek içebilme, zarar verebilecek durumlardan kendini koruma, kendine bakabilme, başkaları tarafından belirlenmiş ve belirlenmemiş kendine bakım durumlarını içerir.
- **Yerel yaşam alanları:** zaruri ihtiyaçların karşılanması, ev içi beceriler, ev eşyalarının kullanımı ve başkalarına yardım etme, başkaları tarafından belirlenmiş ve belirlenmemiş yerel yaşam durumlarını içerir.

- **Kişiler arası iletişim ve etkileşim:** genel kişilerarası etkileşim, kişiler arası özel iletişim, başkaları tarafından belirlenmiş ve belirlenmemiş kişiler arası iletişim ve etkileşim durumlarını içerir.
- **Majör yaşam alanları:** eğitim, ekonomik yaşam, başkaları tarafından belirlenmiş ve belirlenmemiş majör yaşam alanları durumlarını içerir.
- **Toplum, sosyal ve şehir yaşamı:** toplum yaşamı, okul hayatı ve ilgili aktiviteler, boş zaman ve eğlence, din ve maneviyat, başkaları tarafından belirlenmiş ve belirlenmemiş toplum, sosyal ve şehir yaşamı durumlarını içerir (14).

Günlük aktivitelere katılım çocukların sağlığını, iyilik halini ve gelişimini etkileyen önemli bir durumdur (14). Boş zaman aktivitelerine ve fiziksel aktivitelere katılımın sağlık getirileri bilinmektedir. Bu getiriler azalmış obezite, gelişmiş kardiyovasküler sağlık ve motor becerilerin gelişimidir. Psikososyal faydaları ise gelişmiş iyilik hali duygusu, azalmış depresyon sıklığı, gelişmiş öz saygı ve kişisel imaj ve daha fazla yaşam tatminidir. Seviyesi artan karmaşık aktivitelere katıldıkça çocuklar yetişkinliğe geçiş için gerekli temel becerileri ve yeterliliği kazanmış olurlar. Ayrıca yapılandırılmış aktivitelere katılım yüksek risk taşıyan çevrelerde çocukların davranışsal ve duygusal problemler yaşamalarını azaltır. Çocuklarda katılımın diğer faydaları ise gelişmiş okul hayatı, akran ilişkileri ve eğitim durumu ve azalmış okul başarısızlığı ve suç oranıdır.

Kanıtlar aktivite katılımının çocuğun sağlık, iyilik hali ve gelişimine katkıda bulunduğunu gösterirken çok fazla aktiviteye katılımın da her zaman iyi olmadığı vurgulanmaktadır. Örneğin bir çocuk sadece birkaç boş zaman ve eğlence aktivitesine katılıp yoğun olarak bunlarla ilgilenirken başka bir çocuk çok fazla aktiviteye katılıp çok nadir bunların içinde bulunabilir. Önemli olan çocukların gerçekten ihtiyacı olan veya tercih ettikleri aktivitelere katılıp katılmadıklarıdır (14).

Kız ve erkek çocuklar ile engelli ve engelsiz çocukların katılımları arasında fark olduğu çalışmalarda rapor edilmiştir. Engeli olanların daha az aktivitelere katıldıkları, sosyal olarak daha az aktif oldukları ve sağlıklı çocuklarla

kıyaslandıklarında başka kişilerle olan etkileşim becerilerinin daha zayıf olduğu belirlenmiştir (58,59). Kızlar ve erkekler kıyaslandığında ise kızların daha çok sanat ve sosyal aktivitelere, erkeklerin ise fiziksel aktivite ve spor içeren grup aktivitelere katıldıkları ortaya çıkmıştır (60).

2.4.2. Çocuklarda Katılım Niçin Önemlidir?

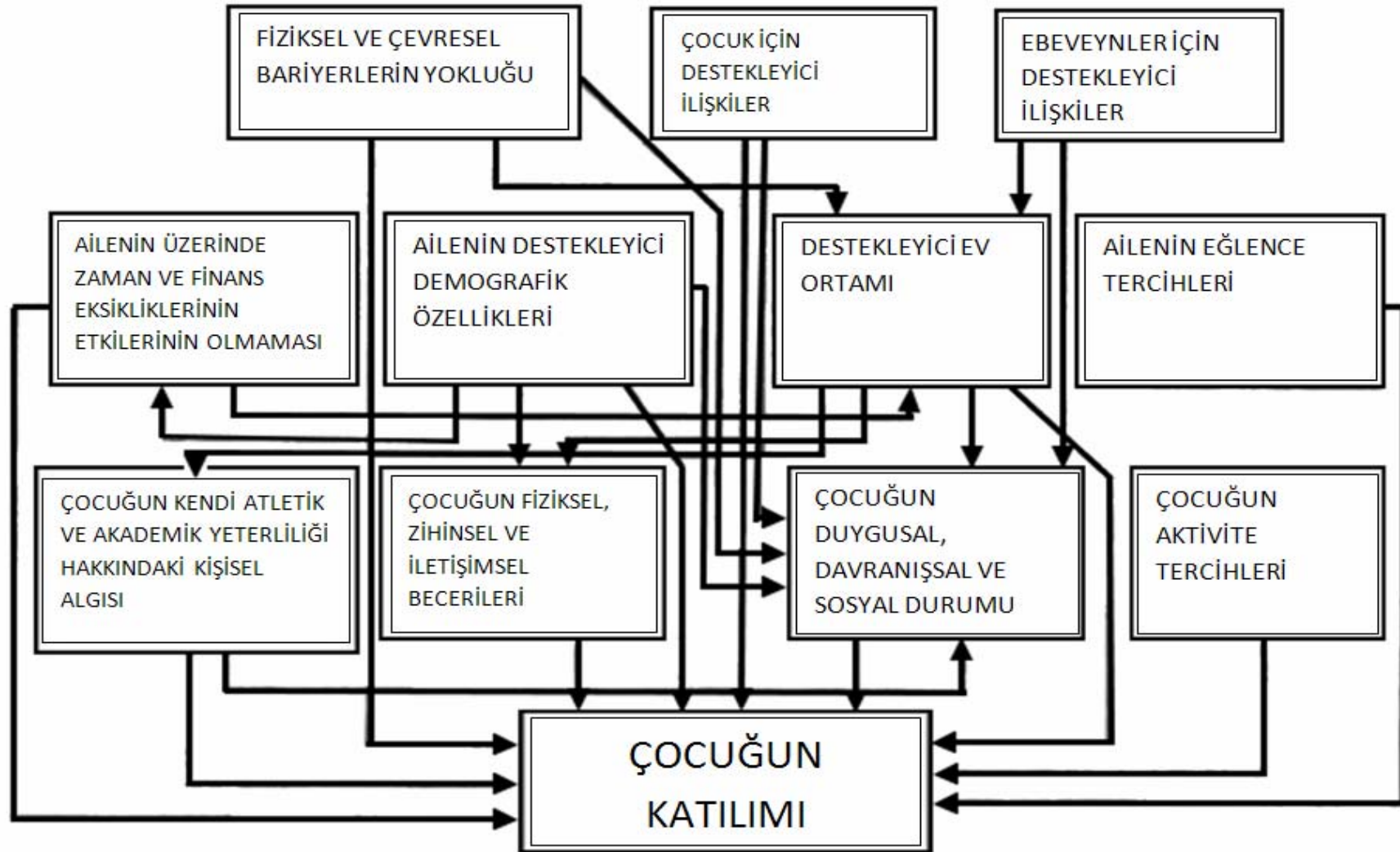
- Bir çocuk hakkı olduğu için: çocuklar birer vatandaş ve hizmet kullanıcılarıdır ve diğerleriyle aynı katılım haklarına sahiptirler.
- Hizmetlerin geliştirilmesi için: çocuklara danışmak hizmet verenlerin değişen ihtiyaçları belirlemelerine ve bu ihtiyaçlara uyum sağlamalarına olanak verir. Katılım çocuklara seçme hakkı tanır, isteklerini ve ihtiyaçlarını anlamalarına yardımcı olur.
- Karar verebilmeyi geliştirmek için: katılım daha iyi ifade edilen doğru ve uygun karar verebilmeye yol açar.
- Demokratik süreçlerin gelişimi için: çocuklar toplumlarında, okullarında, yerel otoritelerde veya organizasyonlarda aktif birer birey oldukça ve yeni fırsatlar kazandıkça demokrasiler güçlenebilir.
- Çocukların korunmasını teşvik etmek için: katılım çocukların olumsuz durumlara maruz kalmamaları için gerekli önemli bir koruma aracıdır.
- Çocukların becerilerini geliştirmek için: katılım çocukların düşünme, iletişim, tartışma, öncelik belirleme ve karar verme becerilerini geliştirir.
- Öz saygıyı geliştirmek ve olanaklı kılmak için: etkili katılım bireysel yeterlilik duygusunu ve öz saygıyı geliştirir (13,61,62).

İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF), engelliliği kişinin kendi özellikleri ve çevrenin özellikleri arasındaki etkileşime dayandıran biopsikososyal bir modeldir (63). ICF'e göre katılım engel durumları olan insanlar için nihai bir sonuç ölçümdür. Katılım ancak kişilerin yaşadığı, çalıştığı ve oynadığı çevrede tam anlaşılabilir (14).

Sağlıkla ilgili araştırmaların ve müdahalelerin ekolojik modellere dayandırılması konusunda fikir birliği vardır. Ekolojik modeller kişinin sosyo-fiziksel ortamı ile arasındaki ilişkileri ile ilgilenir. Ekolojik bakış açısına göre

çocukların fiziksel, sosyal, kültürel ve kurumsal çevreleri katılımları için yalnızca zemin oluşturmakla kalmaz aynı zamanda da gereklidir ve çeşitlilik gösterir. Çocukların aktiviteleri ve çevreleriyle uyumları kendileri için gerekli ve istenilen aktivitelere katılımları için sosyal ve çevresel destek sağlar (14).

Chen ve Cohn'a göre çocuklar için sosyal katılım evdeki, okuldaki ve toplumdaki kişilerin etkileşimini içerir ve çevrenin ulaşılabilirliğinden ve çevre ile etkileşim durumundan etkilenir (64). Sosyal katılımı çocuklar arkadaşlıklar kazanır, bilgi ve beceri edinir, üretkenlik geliştirir ve yaşamlarını anlamlandırır (65). (Şekil 2.1)



Şekil 2.1. Katılımı Etkileyen Faktörler (16)

Katılımda olumlu değişiklikler başarabilmek için vücut yapıları ve fonksiyonu, aktiviteyle etkileşim, çevre ve kişisel faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Buna göre çocukların katılımı okul, ev ve toplum çevrelerinde incelenmelidir. ICF'e göre çocukların gelişimi buldukları çevre faktörleri içerisinde değerlendirilmelidir (66).

Okul, ev ve toplumda aktivitelere katılım tüm çocukların kimlik geliştirmeleri, aktif olmaları ve toplumun bağımsız birer bireyleri olmaları için önemlidir. Eşitlik ve insan hakları tarafından bakıldığında engelli çocukların diğerlerinden ne kadar az katılım gösterdiklerinin bilinmesi gereklidir. Engelli çocukların katılımlarını ölçmek toplumda sağlık hizmetlerinin ve finansın sağlanması ve müdahalelerin etkinliğini görmek açısından önem taşır (17).

2.4.3. Okulda Katılım

Uluslararası anlaşmalara göre engelli çocuklar da okulda hem sosyal hem de eğitimsel olarak engelsiz olanlarla aynı fırsatlara sahip olmalıdır (67). Okulun çocuk üzerinde büyük etkisi vardır ve ailesi dışında sosyal, ekonomik ve psikolojik durumlara önemli katkı sağlar.

Okulun fiziksel yapısı çocuğun eğitime katılımına katkıda bulunur. Okula ulaşım incelenmesi gereken birincil etkidir. Daha sonra çocuğun eğitim durumunu etkileyen okulun kendi fiziksel yapısı incelenmelidir. Fiziksel engelli çocuklar için okullarda ek düzenlemelere ihtiyaç vardır. Ergoterapistler çocukların beceri ve yeteneklerini çevresel durumlarla eşleştirmeye çalışırlar. Bu süreç okula giriş çıkışın sağlanması için fiziksel modifikasyon, performansa yardımcı olmak ve geliştirmek için aktivite ve yardımcı cihaz modifikasyonu gerektirir (14).

2.4.4. Toplumda Katılım

Çocuklar aktivitelerini toplumda fiziksel, sosyokültürel ve ekonomik çevrelerde gerçekleştirir (14). Çocukluk dönemi aktivitelerine katılım çocukların bu faktörlerle etkileşimlerini gerektirir (68). Bu faktörler çocukların neye katılabileceklerini ve bunu nasıl yapacaklarını etkiler (18).

Çevrenin etkisi her çocuk için geçerlidir ancak engeli olanlar için daha önemlidir (68). Çevre yalnızca fiziksel özellikleriyle değil, sosyal ve tutumsal özellikleriyle de engelli kişilerin yaşamını etkiler (69). Engeli olan çocuklar için fiziksel ve sosyal çevre desteği gelişimi ve adaptasyonu teşvik eder. Ergoterapistlerin bakış açısına göre çevre aktivite performansına yardımcı olmakla birlikte aynı zamanda bariyerler de barındırır (68).

Fiziksel çevre

Fiziksel çevre doğal veya inşa edilmiş çevreden oluşur. Doğal çevre arsa, hava, su, bitkiler ve hayvanlardan ibarettir. İnşa edilmiş çevre ise binalar, yollar, parklar ve altyapı gibi insan yapımı çevredir. Doğal çevrede örneğin mevsimler çocuğun televizyon izlemek, dışarda oynamak veya spor yapmak gibi aktivitelere katılımını etkileyebilir. Aynı şekilde fiziksel çevrenin özelliği ve kalitesi de çocuğun aktivite katılımını etkileyebilir. Mesela fiziksel çevrenin ulaşılabilirliği sıcak bir yaz gününde çocuğun çamurlu bir dereye oynama veya yüzme gibi aktivitelere katılımını destekleyebilir (14).

Evrensel tasarım hem ürünlerin hem de çevrenin yaşa ve beceriye bakılmaksızın herkesin kullanabileceği şekilde üretilmesini gerektirir. Burada esas olan tasarımların değişik yaş ve becerideki herkesin ihtiyacını karşılamak yönünde olmasıdır (68).

Dünya üzerinde şehirde yaşayanların kırsalda yaşayanlara göre daha avantajlı olduğu düşünülmektedir. Bu kişiler okullara, çocuk bakımı hizmetlerine, hastanelere, sağlıkla ilgili servislere, parklara, oyun alanlarına ve eğlence aktivitelere daha kolay ulaşabilmektedirler (14). Yapılan bir çalışma şehirdeki ve kırsaldaki çocukların fiziksel aktivitelere katılım seviyelerinin farklı olduğunu göstermiştir. Kanada'da 1000 haneden daha az hane bulunan bir kırsalda yapılan bu çalışmada çocukların daha büyük yerlerde yaşayan akranlarından fiziksel olarak daha az aktif oldukları görülmüştür (70). Komşu bölgelerin güvenliği, toplu taşıma ve yaşanan şehrin veya alanın tasarımı da çocuklarda aktivite katılımını etkiler. Oyun alanlarının, parkların ve eğlence aktivitelerinin varlığı ve güvenli oluşu çocukların fiziksel aktivitelere ve spor faaliyetlerine katılım oranını arttırır (14). Çocukların büyüdüğü fiziksel çevre

zamanla değişmiştir ve hala da değişmeye devam etmektedir. Çocukların hem evde hem de toplumda eskiye oranla daha küçük oyun alanları mevcuttur. Evlerin ya bahçeleri yoktur ya da çok küçüktür. Dışarıda da binaların her yeri işgal etmesinden dolayı günümüzde çocukların oynaması için çok az boş alan kalmıştır (71).

Aileler artık fiziksel ve sosyal çevrenin oyun ve okula yürüme gibi basit aktivitelerin yapılabileceği kadar güvenli olmadığını düşünmektedirler. Bu korku ailelerin çocuklarının aktivitelerini ve katılımlarını kısıtlamalarına yol açabilmektedir (71). Açık hava oyun alanları çocukların deneyim yaşamaları ve aktivite katılımları için gereklidir. Oyun alanları çoğunlukla gereksinimleri karşılamadığından çocuklar zamanlarının çoğunu kapalı alanlarda geçirmektedir. Giderek açık hava oyun alanlarının sadece fiziksel motor gelişim için değil aynı zaman da sosyal etkileşim için de gerekli olduğu anlaşılmıştır. İyi tasarlanmış bir oyun alanı zihinsel, motor, sosyal ve duygusal gelişim sağlar. Üretkenlik, problem çözme ve eğlence için olanak sağlar (68).

Sosyal ve kültürel çevre

Sosyal çevre genellikle evdeki, toplumdaki ve daha büyük sosyal ortamlardaki ilişkiler olarak tanımlanır. Sosyal çevre aileyi, akranları, komşu alanları, toplum alanlarını (okullar, kiliseler vb.) ve yerel, bölgesel ve ulusal kültürü içine alır. Sosyal çevre dinamiktir ve çocuk büyüyüp geliştikçe değişir. Kültürel faktörler ve toplum ve aile baskısı çocukların toplumdaki katılımlarını etkiler. Ebeveynlerin tercihleri, değerleri, maneviyatları ve inançları çocuğun yaşadığı sosyal çevredeki önemli kültürel etkilerdir. Çocukların nasıl zaman geçirdikleri geleneklerin ve aile kültürünün etkisi altındadır (14).

Çocukların ev hayatı okula hazırlanmaları için önemli bir faktördür. Evdeki disiplin, kullanılan ses tonu, verilen sorumluluk ve ailenin beklentileri gibi olaylar önemli etkenlerdir (68).

Çocuklar için komşu ortamlar fiziksel alandan çok sosyal bir evrendir ve yaptıklarını, yapmak istediklerini ve yapabildiklerini etkiler. Komşu ortamlar çocukların oyun paternlerini ve oyun partnerlerini belirler ve sosyal ilişkiler

geliştirmelerini sağlar. Komşu ortamlarda başka çocukların var olması çocukların ilişki kurlmaları için gerekli en güçlü etkidir. Toplumun kişilerin aidiyet duyguları, arkadaşlıkları, kendine olan güvenleri ve öz saygıları üzerinde önemli etkisi vardır (68).

Ekonomik çevre

Ailenin ekonomik geliri ve yerel ekonomi eğlence ve toplum faaliyetlerinin varlığını ve ulaşılabilirliğini etkiler. Düşük gelirli ailelerde çocukların katılımını olumsuz yönde etkileyen birçok bariyer vardır. Belirtilen en genel bariyerler ulaşım problemleri, pahalılık, çocuğun etrafındaki olanakların azlığı, ailelerin zaman kısıtlılığı ve komşu alanların güvenlik sorunlarıdır. Genellikle az gelirli aileler az gelişmiş ve kaynakları az olan alanlarda yaşamaktadır ve böylelikle çocuklar daha fazla suç ve şiddet olaylarına karışmakta, düşük kaliteli okullara gitmekte ve katılımlarını geliştirebilecek daha az toplum kaynaklarına ulaşabilmektedirler.

Sonuç olarak çevrenin politik, fiziksel, sosyokültürel ve ekonomik yapısı çocukların okuldaki ve toplumdaki katılımlarının doğasını, kapsamını ve kalitesini etkiler. Çocukların katılımları coğrafik bölge, aile kültürü, normlar, sosyal sınıf ve ekonomik gelire göre çeşitlilik gösterir (14).

2.4.5. Okul Dışında Katılım

Birçok çocuk için hayat okul kapıları kapanıp okul dışındaki kapılar açıldığında başlar. Çocukların okul dışındaki aktivitelere katılımları rol belirleme ve beceri gelişimi için olanak sağlar. Her çocuğa anlamlı ve tatminkar aktivitelere katılımları için eşit olanaklar sağlamak önemli bir sağlık ve iyilik hali meselesidir.

Okul dışındaki aktiviteler okuldan bağımsız olarak genellikle çocuk ve ailesi tarafından belirlenir. Okul dışı aktivitelere katılarak çocuklar müfredat dışı hedeflerle ve ilgi alanlarıyla daha özgürce ilgilenebilmektedirler. Bu nedenle bu durumun yaşam kalitesi üzerinde diğer yaşanan her şeyden daha fazla etkisi vardır (72). Ayrıca birçok çalışma okul dışı programlarla akademik beceriler arasında da olumlu bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur (73).

Okul dışında nasıl zaman geçirdiklerini araştırmak çocukların ve ailelerinin duygularının, inançlarının ve değerlerinin anlaşılmasına yardımcı olur. Bu durumu incelemek geniş bir aktivite yelpazesini sınıflandırmayı, tanımlamayı ve değerlendirmeyi gerektirir. Bu aktiviteler müzik dinleme, dans etme, spor yapma, dini aktiviteler, televizyon izleme, kitap okuma, evde ve dışarıda oyun oynama, ziyarete gitme, dışarıda takılma, oyuncaklarla oynama, alışveriş yapma, sanat aktiviteleri, evcil hayvanlarla ilgilenme, yemek yeme, kişisel bakım, uyumak ve gönüllü ev işleri olarak özetlenebilir. Okul dışında iş, oyun/eğlence, kendine bakım ve dinlenme aktiviteleri arasındaki dengeyi sağlamak zihinsel ve fiziksel sağlık için önemlidir (72).

Okul dışında eğlence aktivitelerine katılım

Eğlence kavramsal olarak işten farklıdır. İş kişinin yapması gereken zorunlu şey iken eğlence kişinin yapmak için seçtiği şeydir (74). Bir aktivitenin çocuk tarafından iş olarak mı yoksa eğlence olarak mı algılandığını anlamak için çocuğun motivasyonunun, inançlarının, değerlerinin ve sübjektif tecrübelerinin incelenmesi gerekir. Eğlence aktiviteleri hakkındaki bilgiyi artırabilmek için aktivite katılımını etkileyen iç ve dış etkiler göz önünde bulundurulmalıdır.

Çocuğun özgür seçimleri ve tatmini iç etkiler olarak tanımlanır. Özgürce çocuğun kendisi tarafından yönlendirilmiş oyun aktiviteleri kendi motivasyonu tarafından etkilenir. Bu tip durumlarda aktivitenin tamamlanması için ödül veya tehdit gibi dış faktörlere gerek yoktur. Çocuğun tatmininden veya seçiminden ziyade aktivitenin yapılması için baskı veya ödül gibi durumlar varsa bu durumda dış etkiler devreye girer. Okul dışında aktiviteler ebeveynlerin beklentileri doğrultusunda dış baskılarla yapılabilir. Bu dış baskılar çocuğun motivasyonunu azaltıp davranışlarını etkileyebilir. Bu durum ise zayıflamış problem çözme becerisi ve azalmış üretkenlikle sonuçlanabilir.

İçsel motivasyon kişinin kendisi tarafından belirlenmiş ve yönlendirilmiş doğru aktivitelere iştirak demektir. Kişiler içsel olarak motive edildiğinde ilgileri, heyecanları, devam etme istekleri ve üretkenlikleri yüksek seviyelere çıkmaktadır.

Bu da gelişmiş performans, artmış dayanıklılık, daha fazla öz saygı ve daha yüksek iyilik hali durumlarıyla sonuçlanır (72).

Eğlence aktivitelerine katılımın olumlu psikososyal getirileri vardır. Organize edilmiş spor aktivitelerine, dini aktivitelere, gönüllü hizmetlere, müzik veya drama kulüplerine katılan çocukların sınıfta daha pozitif öğrenme becerileri gösterdikleri görülmüştür. Ayrıca eğlence aktiviteleriyle zaman geçirmenin çocukları suça bulaşmaktan koruduğuna inanılmaktadır (72). Eğlence aktivitelerine katılımın en direkt ve ölçülebilir sonuçları çocukların eğitim, sosyal, fiziksel ve kültürel alanlardaki yeterlilikleridir (75). Kinney ve Coyle eğlencenin yaşam için çok önemli bir faktör olduğunu ve iyilik hali ile arasında pozitif bir bağlantı olduğunu belirtmişlerdir (76).

Ergoterapistler, eğlence aktivitelerine katılımın çocuğun hayatını nasıl etkilediğini derinlemesine incelemelidirler (77). Kişiler en büyük yararı özgürce seçtikleri eğlence aktivitelerinden görürler. Bundan dolayı kişi merkezli bir yaklaşıma sahip olan ergoterapi kişilerin ihtiyaçlarını ve becerilerini göz önünde bulundurarak onları kendileri için en yararlı eğlence aktivitelerine yönlendirmelidir (78).

Eğlence aktiviteleri için kolaylaştırıcılar ve bariyerler

Kişinin eğlence aktivitelerine katılımını etkileyen bariyerler ve kolaylaştırıcılar vardır. Specht ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada eğlence aktivitelerine katılımın kolaylaştırıcılarını ve bariyerlerini açıklarken katılımcıların kendi kişisel görüşlerine yer vermişlerdir;

Eğlence aktivitelerine katılım için bariyerler; çalışmada katılımcılardan biri tekerlekli sandalye ile uçağa binmenin zorluğundan bahsetmiştir ve ‘‘fiziksel engelli bir kişinin seyahat etmesi çok zor, özellikle de uçakla’’ demiştir. Uçakta koltukların tekerlekli sandalye girişine müsaade edecek şekilde ayarlanması gerektiğini belirtmiştir. Katılımcılar eğlence aktivitelerine katılım için ulaşımın da büyük bir engel olduğunu belirtmişlerdir. Tekerlekli sandalye ile dışarı çıkmak için uzun bir planlamanın yapılması gerektiğinden şikayet etmişlerdir. Bu engellerle başa

çıkabilmede arkadaş faktörünün öneminden bahsedilerek eğlence aktivitelerine diğer kişilerin tutum ve davranışlarının da engel olduğu belirtilmiştir.

Eğlence aktivitelerine katılım için kolaylaştırıcılar ilgili olarak katılımcılar eğlence aktivitelerine katılmada toplumdaki diğer kişilerin yardımlarından bahsetmişlerdir. Ayrıca gidecekleri yerlerdeki binaların uygunluğu ve yardımcı cihazların varlığının da katılımlarını artırdığını belirtmişlerdir (77).

Eğlence aktivitelerinin riskleri

Birçok çalışma eğlence aktivitelerine katılımın olumlu sonuçlar getirdiğini gösterse de bazen televizyon izleme ve bilgisayar kullanımı gibi bazı aktivitelere belirli bir seviyenin üstünde katılmanın olumsuz sonuçları da olabilmektedir (72).

Televizyon izleme: Çocukluk döneminde televizyon izleme ve diğer elektronik medya cihazlarının kullanımı çocukların eğlence zamanlarının büyük bir kısmını kapsamaktadır (79). Televizyon izleme, hareketsiz yaşam tarzı ve sağlıksız beslenme arasındaki ilişki sağlık alanının önemli konularındandır. Televizyon karşısında uzun saatler boyunca hiçbir şey yapmadan pasif olarak oturmanın zararları bilinmektedir (72). Eğitimle ilgili televizyon programlarının izlenmesi bilgiyi artırmakta ve dünyanın anlaşılmasına yardımcı olmaktadır. Ancak maalesef çocukların bu programları tercih etmeleri yaşları büyüdükçe azalmakta ve tercihleri eğlence programlarından yana kaymaktadır (80).

Televizyon izleme bağımlılığı kötü akademik sonuçlar verebilmektedir. Televizyon izleme ile okuduğunu anlama arasında ilişkiler saptanmıştır. Günde 3 saat televizyon izleyenlerde okuduğunu anlama puanları artarken bu saat aşıldığında okuduğunu anlama puanları azalmaktadır (81). Günde 3 saatten fazla televizyon izleme erkek çocukları ve düşük sosyoekonomik seviyedeki çocuklar arasında daha yaygındır. Genellikle bu durum artmış bilgisayar oyunları ile oynama, film izleme ve azalmış okuma, akademik yeterlilik ve öz saygı ile birlikte cereyan eder ve sosyal dışlanmayla sonuçlanır (82). Yüksek sosyoekonomik seviyede ve ebeveynlerin eğitilmiş olduğu ailelerde çocukların televizyon karşısında daha az zaman geçirdikleri görülmüştür (83).

Bilgisayar kullanımı: Günde iki saatten fazla bilgisayar kullanan 9 ile 10 yaş arası erkeklerde azalmış öz saygı, azalmış akademik başarı ve artmış sosyal dışlanma gibi olumsuz etkiler görülmüştür (82).. Ebeveynlerin kontrolü dışında özellikle de çocukların kendi odalarındaki bilgisayar kullanımları sohbet sitelerine, pornografiye ve şiddet görüntülerine maruz kalmalarına neden olmaktadır. Zararlı mesajlara ve resimlere maruz kalmanın psikososyal sağlık riskleri vardır. Bilgisayar kullanımının sosyalleşmeye katkısı olabildiği gibi çok fazla ve kontrolsüz kullanımlarda dışlanmaya da neden olabilmektedir. Sağlık organizasyonları bilgisayar kullanımının daha güvenli hale gelmesinin gerekliliğinden bahsetmektedirler (72).

2.4.6. Katılımı Kolaylaştıran Faktörler ve Bariyerler

Katılımı etkileyen faktörler katılıma yardımcı da olabilir, bariyer de oluşturabilir. İngiltere’de yapılan bir çalışmaya göre hareket, ulaşım, aile tarafından verilen ve aileye verilen destek, kişilerin ve kurumların tutumları gibi faktörlerin katılıma yardımcı ve engel olma durumları araştırılmıştır (84).

Bu araştırmaya göre şu sonuçlar bulunmuştur;

Hareket İçin Kolaylaştırıcılar ve Bariyerler

Katılım için kolaylaştırıcılar: eve ve iç ve dış ortamlara giriş çıkışı olanaklı kılan ekipman (tekerlekli sandalye, yürüme yardımcıları ve yükselticiler) ve yapılanmanın olması hareket için ana yardımcı faktörlerdendir. Elektrikli sandalyenin var olması çocuğun ve ebeveynlerin bağımsızlığına yardımcı olurken çocukların aktivitelere katılırken daha az desteğe ihtiyaç duymalarını sağlamaktadır.

Katılım için engeller: hareketin en temel engelleri arasında evdeki ve toplumdaki yapısal problemler yer almaktadır. Bu yapısal engeller arasında rampaların ve asansörlerin eksikliği veya tekerlekli sandalyenin geçişine olanak vermeyen kaldırımlar sayılabilir (84).

Ulaşım İçin Kolaylaştırıcılar ve Bariyerler

Katılım için yardımcılar: özel taşıma ve iyi park etme alanları ulaşım açısından katılım için önemli yardımcılardandır.

Katılım için engeller: zaman ve mekan eksikliği ve toplu taşımaya fiziksel ulaşım problemleri katılım engelleri arasındadır (84).

Aile Tarafından Verilen ve Aileye Verilen Destek Açısından Kolaylaştırıcılar ve Bariyerler

Katılım için kolaylaştırıcılar: aile bağlılığı ve desteği katılım için gerekli yardımcılardandır. Günlük yaşam aktiviteleri için ailenin fiziksel desteği, hareket ve eğlence aktiviteleri için gözetimleri ve ekipmanlara ve hizmetlere ulaşmak için çabaları katılıma yardımcı olmaktadır.

Katılım için engeller: ekipmanların fiyatlarını karşılayamamak gibi finansal durumlar ve ailenin bilgisinin eksikliği katılım için engel oluşturur (84).

Kişilerin Tutumu Açısından Kolaylaştırıcılar ve Bariyerler

Katılım için kolaylaştırıcılar: ailenin olumlu tavırları çocuğun katılımı için yardımcıdır.

Katılım için engeller: ailenin, akranların ve yabancı kişilerin olumsuz tavırları katılım için engel oluşturmaktadır (84).

2.4.7. Katılımın Yararları

Katılım çocukların gelişimi ve sağlık hizmeti verenler için değerli bir sonuç ölçümüdür (2). Katılımın çocukların kendileri için, toplum ve organizasyonlar için olumlu faydaları vardır. Katılımın beklenen faydaları şöyle özetlenebilir;

Katılımın çocuğun kendisi için yararları:

- Kendisini daha pozitif hissetme.
- Yeterlilik duygusunun artması.
- Başkalarının ihtiyaçlarına ve bakış açılarına daha fazla hassasiyet gösterme.
- Adalet duygusunun ve toleransın artması.
- Demokratik değerlerin ve tutumların daha fazla anlaşılması.

- Yaşam boyu katılım için hazırlık.
- Yeni sosyal ilişkiler.
- Yeni beceriler.
- Eğlence.

Katılımın çocuğa hizmet veren organizasyonlar için yararları:

- Çocukların önceliklerine hassas program ve politikaların geliştirilmesi.
- Katılım için gerekli süreçlerin yürütülmesi.
- Çocukların haklarına artmış bağlılık.
- Yenilikler.
- Katılımın çocuğun yaşadığı toplum için getirileri:
- Çocuk hakları hakkında halkın eğitimi.
- Halkın daha olumlu tutumları ve ilişkileri.
- Artmış sosyal sermaye.
- Artmış yaşam kalitesi (56).

Katılım ve Ergoterapi

ICF’te tanımlandığı üzere katılım engeli olan veya olmayan çocukların aktivitelere katılımına yardımcı olan ve katkıda bulunan ergoterapistlerin ortak ilgi alanıdır (14). Katılımı sağlamak ergoterapinin en önemli hedefidir (46). Ergoterapistlerin çocukların aktiviteleri ve kişi-çevre-aktivite ilişkisi konusunda derinlemesine bilgi edinmeleri önemlidir. Çocukların nasıl zaman geçirdiklerinin bilgisi dünyayla nasıl etkileşim içinde olduklarının anlaşılmasını sağlar. Çocukların aktivite çeşitliliğinin anlaşılabilmesi için sadece ne yaptıkları değil aynı zamanda tercihleri, nasıl, nerede ve kiminle yaptıkları incelenmelidir. Ergoterapistler katılım sürecini ve getirilerini aktivitelerin gerçekleştiği çevresel ve kültürel faktörler içinde ele almalıdır. Ana hedef çocukların eğlenceli, kendileri için gerekli ve anlamlı aktivitelere katılımlarını sağlayabilmek için fırsatlar yaratmaktır (14).

Aktivitenin anlamlı olabilmesi için aktivite hakkında tercih ve kontrol duygusunun varlığı, aktiviteye odaklanmak için uygun destekleyici bir çevrenin olması, becerinin uzun dönem etkilerine değil de aktivitenin kendisine odaklanması,

aktiviteye hakim olma ve başarı duygusunun hissedilmesi gereklidir (18). Anlamli aktivite katılımını başarabilmek için aktivitenin zorluğu ile kişinin becerilerinin dengede olması gerekir (85). Hedefler kişi için net olmalıdır ve performansı hakkındaki geri bildirim muhakkak dikkate alınmalıdır. Bütün bunların başarılması ergoterapistler için ‘tam hedef’ olarak tanımlanır (18). Çocukların katılımı için en önemli ve ilk adım karar verebilmeyi olanaklı kılmak için fırsatlar yaratmaktır. İkinci adım ise katılımı anlamli kılmaktır. Sonraki adımda ise hedef karar verebilme sürecini etkili bir katılım ile sonuçlandırmaktır (86). McNeish ve Newman etkili katılım uygulamaları için gerekli durumları tanımlamıştır;

- 1- Davranışsal bariyerlerin tanımlanması.
- 2- Katılıma daha uygun yapılar ve süreçler üretilmesi.
- 3- Kapsamlı katılımın başarılması.
- 4- Genç insanların katılımlarının teşvik edilmesi (61).

Katılımı etkileyen bütün faktörlerin etkilerinin anlaşılması ergoterapi açısından zorunludur. Araştırmaların sonuçları ergoterapi müdahalelerinin etkin olmasına yardımcı olmaktadır. En iyi ergoterapi uygulamaları şöyle tanımlanmaktadır;

- En iyi ergoterapi uygulamaları kanıta dayalı ve kişi merkezlidir
- Kişilerin kendi çevrelerinde onlar için önemli olan aktivitelere odaklanır.
- Aktivitelere katılımın derecesini tanımlar.
- Müdahalelerde çevrenin önemini farkındadır.
- Geniş bir müdahale alanı vardır.
- Katılımın getirilerini değerlendirir (18).

Kişiler yaşamları boyunca birçok değişik aktiviteye katılırlar ve beğeniler geliştirirler. Kültürlerinden gelen gelenek görenekleri ve beklentileri her gün yaptıklarını ve öğrendiklerini etkiler. Her insanın tatmin sağlayan kendine özel ilgileri ve aktiviteleri vardır. Farklı çevrelerde yaşarlar ve büyüdükçe farklı roller geliştirirler. Her gün ne yaptıkları, ne kadar iyi yaptıkları ve bu aktivitelerle ne kadar eğlendikleri yaşadıkları yere, yaşlarına, ailelerine, toplumlarına, çevresel desteklere ve engellerine göre değişim gösterir. Kişilerin yaşamlarında var olan engellerinin katılımlarını ne kadar etkilediğini araştırmak çok önemlidir. Ergoterapistler için

bütün bu faktörleri dikkate alarak katılımı geliştirebilmeyi başarabilmek ortak hedefdir (18).

‘Başarı, çarkı sadece “%10luk dahi” kesim için değil de engellilik merdiveninin en altındakilerin ihtiyaçlarını tam karşılamak üzere döndürebilmektir’ (87).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

Çalışmaya 8-12 yaş arası okula giden 30 serebral paralizili (GRUP A) ve 60 sağlıklı (GRUP K) çocuk alınmıştır. Yapılan power analizi sonucu; (n1= 30 , n2= 60, D=2, SD=2, a=0,05) Power n1: 0.967, Power n2: 0.999 şeklindedir.

Hacettepe Üniversitesi Senato Etik Komisyonu'ndan 28 Eylül 2010 tarihinde, (410.01-2534) nosu ile izin alınmıştır.

Serebral Paralizili Çocukların Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 8 ile 12 yaş arasında olmak,
- Serebral paralizisi tanısı konmuş olmak,
- Zihinsel engelinin olmaması,
- Okula gidiyor olmak.
- Kaba motor fonksiyon sınıflandırma sistemine (GMFCS) göre seviye 1 ile 3 arasında olmak.

Sağlıklı Çocukların Dahil Edilme Kriterleri:

- 8-12 yaş arasında olmak
- Okula gidiyor olmak.
- Herhangi bir sağlık problemi olmamak.

3.2. Yöntem

Çalışmamızda amacımız okula giden çocukların okul dışındaki aktivitelere katılımlarını ve bu durumun yaşam kalitelerini ne kadar etkilediğini değerlendirmektir. 8-12 yaş arasındaki çocuklar, bu alanda çok az çalışma yapıldığı ve okul çağında oldukları için çalışmamızda tercih edilmiştir. Serebral paralizili çocukların aileleri ve sağlıklı çocukların öğretmenleri yapılacak değerlendirmeler konusunda bilgilendirilmiştir. Çocukların her biri yüz yüze görüşme ile sorular sorularak teker teker değerlendirilmiştir.

3.3. Değerlendirme

Serebral paralizili çocukların kaba motor fonksiyon seviyesini tespit ederek çalışmaya dahil etmek amacıyla kaba motor fonksiyon sınıflandırma sistemi (GMFCS) kullanılmıştır. Yaşam kalitesini değerlendirmek için Kid-KINDL sağlıklı ilgili yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Çocukların aktivitelere katılımını değerlendirmek için ise CAPE (Children's Assessment of Participation and Enjoyment) ve PAC (Preferences for Activity of Children) testleri uygulanmıştır.

3.3.1. Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi (GMFCS)

Serebral paralizili çocukların kaba motor fonksiyon seviyesini tespit ederek 1-3 seviyeleri arasındaki çocukları çalışmaya dahil etmek amacıyla serebral paralizi için kaba motor fonksiyon sınıflandırma sistemi (GMFCS) kullanılmıştır. Bu sınıflandırma oturma, yer değiştirme ve hareketliliğe vurgu yaparak çocuğun kendi başlattığı hareketlere dayanır. Beş seviyeli sınıflandırma sistemini tanımlarken temel kriter seviyeler arasındaki farkların günlük yaşamda anlamlı olmasıdır. Farklar fonksiyonel kısıtlamalara, elle tutulan hareketliliğe yardımcı araçlara (yürüteç, koltuk değneği ya da baston) ya da tekerlekli hareketlilik araçlarına olan ihtiyaca ve daha az olarak da hareketin kalitesine dayanır. Yaşa bağlı olarak seviyeler gruplandırılmıştır. Çalışmamıza bu sınıflandırmaya göre 1 ile 3 arasındaki çocuklar dahil edilmiştir. Çalışmamızda 8-12 yaş arası çocuklar değerlendirileceğinden o yaşa uygun sınıflandırma sistemi kullanılacaktır.

6-12 Yaş Arası İçin GMFCS:

Seviye 1: Çocuklar evde, okulda, ev dışında ve toplum içinde yürürler. Çocuklar fiziksel yardım olmaksızın kaldırıma inip çıkabilir ve trabzanları kullanmaksızın merdiven inip çıkabilirler. Çocuklar koşma ve zıplama gibi kaba motor becerileri yaparlar. Fakat hız, denge ve koordinasyon kısıtlıdır. Çocuklar kişisel seçimlere ve çevresel faktörlere dayanarak fiziksel aktivitelere ve sporlara katılabilirler.

Seviye 2: Çocuklar çoğu ortamda yürürler. Çocuklar uzun mesafe yürüyüşlerde, düzgün olmayan yüzeylerde, tırmanmada, kalabalık alanlarda,

sınırlanmış alanlarda veya elinde bir nesne taşırken denge sağlamada güçlük yaşayabilirler. Çocuklar trabzanları tutarak ya da eğer trabzan yoksa fiziksel yardımla merdiven inip çıkarlar. Ev dışında ve toplumda çocuklar fiziksel yardımla, elle tutulan hareketlilik araçları ile yürüyebilirler ya da uzun mesafe seyahat ederken tekerlekli hareketlilik araçlarını kullanırlar. Çocuklar en iyi ihtimalle yalnızca koşma ve sıçrama gibi kaba motor becerileri gerçekleştirmede asgari beceriye sahiptir. Kaba motor beceri performansındaki kısıtlılıklar fiziksel aktivite ve sporlara katılabilmek için uyarılama gerektirebilir.

Seviye 3: Çocuklar elle tutulan hareketlilik cihazlarını kullanarak çoğu ev içi ortamda yürürler. Çocuklar oturduklarında pelvik düzgünlük ve denge için bel kemerine gereksinim duyarlar Otururken kalkma ve yerden kalkma transferleri bir kişinin fiziksel yardımını ya da destek yüzeyi gerektirir. Çocuklar uzun mesafe seyahatlerinde tekerlekli hareketlilik araçlarının bazı çeşitlerini kullanırlar. Çocuklar trabzanları tutarak ya da fiziksel yardım veya gözetimle merdiven çıkabilir ve inebilirler. Yürümedeki kısıtlılıklar fiziksel aktivite ve sporlara katılımı sağlamak için kendi kullandığı elle itilen bir tekerlekli sandalye ya da motorlu sandalyeyi içeren uyarlamaları gerektirebilir.

Seviye 4: Çocuklar çoğu ortamda fiziksel yardım ya da motorlu tekerlekli sandalyeyi gerektiren hareketlilik yöntemlerini kullanırlar. Çocuklar gövde ve pelvik kontrol için uyarlamalı oturma düzeneğine ve çoğu yer değiştirmeler için fiziksel yardıma gereksinim duyarlar. Çocuklar evde yerde hareketliği (dönme, sürünme veya emekleme) kullanırlar, fiziksel yardımla kısa mesafelerde yürürler veya akülü hareketlilik aracı kullanırlar. Çocuklar pozisyonlandığında evde ve okulda gövde destekli bir yürüteç kullanabilirler. Okulda, ev dışında ve toplumda çocuklar bir elle itilen tekerlekli sandalye ile taşınır ya da motorlu sandalye kullanırlar. Hareketlilikteki kısıtlılıklar fiziksel aktivitelere ve sporlara katılımı sağlamak için fiziksel yardım ve /veya motorlu hareketlilik cihazını içeren uyarlamaları gerektirir.

Seviye 5: Çocuklar tüm ortamlarda elle itilen tekerlekli sandalye ile taşınırlar. Çocukların baş ve gövde duruşlarını yerçekimine karşı koruyabilme ve kol ve bacak hareketlerini kontrol etme yeteneği sınırlıdır. Yardımcı teknoloji başın düzgünlüğü, oturma, ayakta durma ve/veya hareketliliğin iyileştirilmesinde kullanılır, fakat

kısıtlılıklar ekipman ile tamamen karşılanamaz. Bir yerden bir yere gitmek bir yetişkinin tam fiziksel yardımını gerektirir. Çocuklar evde kısa mesafede yerde hareket edebilirler ya da bir yetişkin tarafından taşınabilirler. Çocuklar kendi kendine hareketliliği oturma ve erişimin kontrolü için ileri derecede donanımlı motorlu hareket aracı ile sandalye kullanarak başarabilirler. Hareketlilikteki kısıtlılıklar fiziksel aktivite ve spora katılımı sağlamak için fiziksel yardım ve motorlu hareketlilik cihazı kullanımını içeren uyarlamaları gerektirir (88).

3.3.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi Kid-KINDL

Yaşam kalitesini değerlendirmek için Kid-KINDL sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Kid-KINDL 8-12 yaş arası çocuklar için geliştirilmiş 24 madde ve 6 boyuttan (bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul) oluşan genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeğidir. Uzun süreli hastalığı olan çocuklar için anketin sonunda 6 soruluk ek bir bölüm vardır. Özgün sürümü Almanca olan ölçeğin farklı dillere uyarlanmış sürümleri de bulunmaktadır. Kid-KINDL Türkçe sürümünün geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir. Yaşa özel sürümleri çocuk gelişimindeki yaşam kalitesinin boyutlarında gözlenen değişimi dikkate almaktadır. Çocukların yanıtladığı Kid-KINDL Anketi beş noktalı sıralı yanıt seçeneği içeren 24 madde ve 6 boyuttan oluşmaktadır (21,89).

3.3.3. Çocuklarda Katılım ve Eğlenmenin Değerlendirilmesi Anketi CAPE (Children's Assessment of Participation and Enjoyment)

55 maddeli bir testtir. 6-21 yaş arası sağlıklı ve engelli bireyler için geliştirilen testin tamamlanması 30-45 dakika sürer. Anketteki her bir sorunun kendine ait siyah beyaz bir resmi vardır. Anket prosedürü gereği her bir soru çocuklara bu resimler gösterilerek sorulmuştur. Çocukların okul dışındaki günlük aktivitelere nasıl katıldıklarını ölçer. Bu test 5 tip aktiviteyi değerlendirir (eğlence aktiviteleri, fiziksel aktiviteler, sosyal aktiviteler, beceri temelli aktiviteler ve kişisel gelişim aktiviteleri)(tablo 3.2). Bu 5 tip aktiviteyi aşağıda belirtilen katılımın bir çok boyutuna göre değerlendirir ; (tablo 3.1).

- aktivite çeşitliliği (yapılan aktivite sayısı).
- aktivite sıklığı (aktiviteye katılımın sıklığı).
- eğlenme derecesi
- aktivitenin kiminle yapıldığı
- aktivitenin nerede yapıldığı (60,90).

Tablo 3.1. Katılımın 5 Boyutunun Değerlendirilmesi

Çeşitlilik	Sıklık	Kiminle Yapıldığı	Nerede Yapıldığı	Eğlenme Derecesi
0: Hayır 1: Evet	1: Son 4 ayda 1 kere 2: Son 4 ayda 2 kere 3: Ayda 1 kere 4: Ayda 2-3 kere 5: Haftada 1 kere 6: Haftada 2-3 kere 7: Günde 1 kere yada daha fazla	1: Yalnız 2: Aile ile 3: Diğer akrabalar ile 4: Arkadaşlar ile 5: Diğerleri ile	1: Ev 2: Akrabaların evi 3: Komşu ortamlar 4: Okul (ders dışında) 5: Kendi ortamı 6: Kendi ortamının dışı	1: Hiç 2: Biraz 3: Oldukça fazla 4: Çok 5: Çok fazla

Tablo 3.2. CAPE’de ve PAC’de Değerlendirilen Aktivite Tipleri

EĞLENCE AKTİVİTELERİ	<ul style="list-style-type: none"> - Yapboz yapma - Masa veya kart oyunları oynama - El sanatı, çizim veya boyama yapma - Bir şeyler biriktirme - Bilgisayar veya video oyunları oynama - Evcil hayvanlarla oynama - Taklit veya hayali oyunlar oynama - Bir şeyler veya oyuncaklarla oynama - Yürüyüşe veya dolaşmaya çıkma - Araç gereçlerle oynama - Televizyon veya kiralanmış film izleme - Evcil bir hayvana bakma
FİZİKSEL AKTİVİTELER	<ul style="list-style-type: none"> - Dövüş sporları yapma - Yarış veya pist ve saha sporları yapma - Takım sporu yapma - Okul kulüplerine katılma - Bisiklet sürme, paten kayma veya kaykaya binme - Su sporları yapma - Kar sporları yapma - Oyunlar oynama - Bahçe işleriyle uğraşma - Balık tutma - Bireysel fiziksel aktiviteleri yapma - Takım oyunu olmayan sporları yapma - Paralı bir iş yapma
SOSYAL AKTİVİTELER	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonda konuşma - Partiye gitme - Dışarıda takılma - Ziyarete gitme - Başkalarını eğlendirme - Sinemaya gitme - Canlı gösterilere gitme - Bütün gün süren dışarı gezilerine gitme - Müzik dinleme - Yiyecek hazırlama
BECERİ TEMELLİ AKTİVİTELER	<ul style="list-style-type: none"> - Yüzme - Jimnastik yapma - Ata binme - Şarkı söylemeyi öğrenme (koro veya bireysel dersler) - Sanat dersi alma - Dans etmeyi öğrenme - Müzik aleti çalma - Müzik dersleri alma - Toplumsal organizasyonlara katılma - Dans etme

Tablo 3.2.'nin devamı

KİŞİSEL GELİŞİM AKTİVİTELERİ	<ul style="list-style-type: none"> - Mektup yazma - Hikaye yazma - Bir öğretmenden okul ödevi için ilave yardım alma - Dini bir aktivite yapma - Kütüphaneye gitme - Okuma - Gönüllü bir iş yapma - Günlük ev işleri yapma - Ev ödevi yapma - Alışveriş yapma
---------------------------------	---

CAPE ve PAC'in 55 aktivitesi doğaları gereği planlanmış ve planlanmamış aktiviteler olarak ve tipleri gereği ise eğlence, fiziksel, sosyal, beceri temelli ve kişisel gelişim aktiviteleri olarak kategorize edilmiştir.

CAPE 3 puanlama seviyesi verir;

- 1- Kapsamlı puanlama,
- 2- Planlanmış veya planlanmamış olmasıyla ilişkin puanlama,
- 3- Aktivite tiplerine ilişkin puanlama. (tablo 3.3)

Planlanmış aktiviteler hedefleri ve kuralları olan ve genellikle bir yardımcı eşliğinde yapılan aktiviteler olarak tanımlanır. Örneğin organize edilmiş sporlar veya müzik dersleri gibi. Planlanmamış aktiviteler ise daha az yapılandırılmış ve planlanmıştır. Örneğin oyuncaklarla oynamak veya dışarıda arkadaşlarla takılmak gibi (90).

Tablo 3.3. Puanlama Seviyelerinden Örnekler

Aktivite Puanı	Aktivite Sayısı	Örnek Aktiviteler
Kapsamlı puanlama	55	Bütün aktiviteler
Planlanmış ve planlanmamış aktiviteler		
Planlanmamış aktiviteler	40	Yapboz yapma Dans etme Balık tutma Ev ödevi yapma Televizyon izleme
Planlanmış aktiviteler	15	Dövüş sporları Takım sporları Müzik dersleri alma
Aktivite tipleri		
Eğlence aktiviteleri	12	Masa oyunları oynama Yürüyüşe veya dolaşmaya çıkma Televizyon izleme Evcil hayvanlarla oynama
Fiziksel aktiviteler	13	Pist veya saha sporları Su sporları Bahçe işleri Takım oyunu olmayan sporlar
Sosyal aktiviteler	10	Telefonda konuşma Ziyarete gitme Sinemaya gitme
Beceri temelli aktiviteler	10	Yüzme Dans etmeyi öğrenme Müzik aleti çalma
Kişisel gelişim aktiviteleri	10	Hikaye yazma Okuma Ev ödevi yapma Günlük ev işleri yapma

3.3.4. Çocuklarda Aktivite Tercihlerinin belirlenmesi Anketi PAC (Preferences for Activity of Children)

PAC aktivite tercihlerinin değerlendirilmesinde kullanılan bir ankettir. Çocuğun hangi tip aktiviteyi ne kadar tercih ettiğini belirler. 6-21 yaşlar arası çocuklar ve gençler için geliştirilmiştir. PAC'te 55 aktivite eğlence, fiziksel, sosyal, beceri temelli ve kişisel gelişim aktiviteleri olarak 5 tipte kategorize edilmiştir (tablo 3.2).

Her aktivitenin siyah beyaz birer çizili resmi vardır. Çocuğa bu resimler gösterilerek her birini yapmak isteyip istemediği veya ne kadar istediği sorulmuştur. Cevaplar; 1- yapmayı hiç istemiyorum, 2- yapmayı biraz istiyorum, 3- yapmayı çok istiyorum şeklindedir. Çocuktan bu cevapların birini vermesi istenmiştir (60,90).

3.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS 17.0 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 karşılaştırılmalarda, gruplar arasında fark bulunduğu durumlarda, farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için Tukey HSD ve Dunnet testi uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişki için Korelasyon testi kullanıldı. 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. CAPE Toplam Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Grup A: sp'li çocuklar

Grup K: sağlıklı çocuklar

Tablo 4.1. CAPE Toplam Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Toplam Aktivite	Grup A (n=30)				Grup K (n=60)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşitlilik ¹	17,43	5,87	8,00	37,00	21,87	7,63	8,00	39,00	0,006*
Sıklık ²	1,51	0,60	0,40	3,60	1,90	0,79	0,42	3,85	0,020*
Kiminle ³	2,04	0,36	1,33	2,86	2,15	0,48	1,00	3,52	0,250
Nerede ⁴	2,52	0,55	1,69	3,75	2,88	0,74	1,13	4,85	0,021*
Eğlenme Derecesi⁵	4,39	0,52	3,25	5,00	3,88	0,68	1,47	4,96	0,001*

1- 55 Aktivite

3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)

5- Düşük/Yüksek (1-5 Puan)

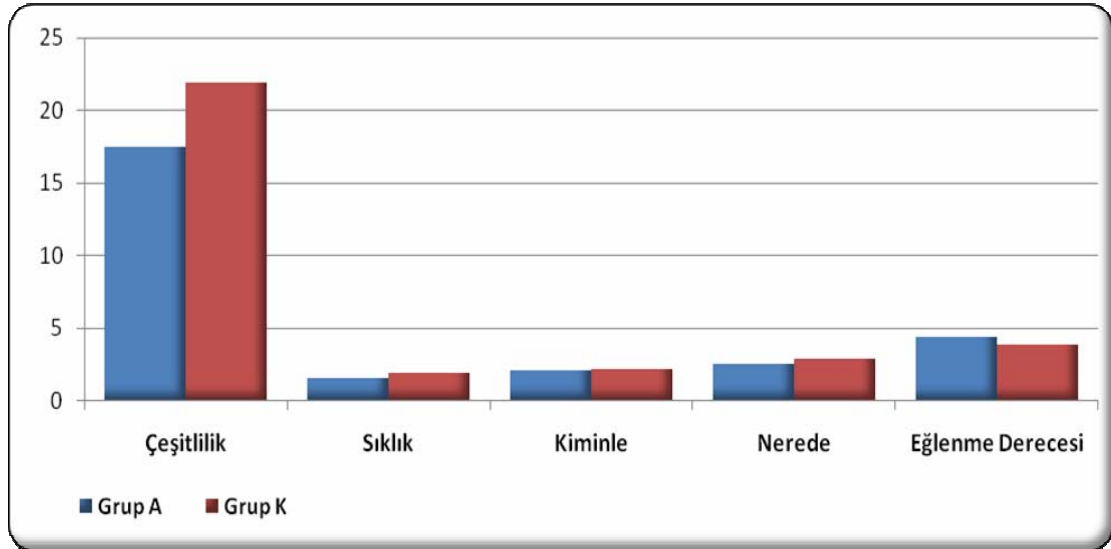
2- Kaç kere / 7

4- Ev/Toplum (1-6 Puan)

* = p<0,05

CAPE anketinde toplam 55 adet aktivite mevcuttur.

Sp'li ve sağlıklı çocuklar arasında katılım gösterdikleri aktivite sayısı, aktivitelere katılım sıklıkları, aktiviteleri nerede yaptıkları ve eğlenme dereceleri değerleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p<0,05). Sp'li çocukların sağlıklı çocuklara göre aktiviteleri daha az sayıda, daha az sıklıkta yaptıkları ve bu aktivitelere daha çok ev ortamında katılım gösterdikleri ancak aktivitelere daha fazla eğlendikleri bulunmuştur (tablo 4.1).



Şekil 4.1. Toplam Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.2. Toplam Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=30)		Grup K (n=60)		TOPLAM (n=90)	
	n	%	n	%	n	%
Yapboz yapma	16	53,3	36	60,0	52	57,8
Kart oyunları	13	43,3	34	56,7	47	52,2
El sanatı, boyama	22	73,3	46	76,7	68	75,6
Bir şey biriktirme	7	23,3	44	73,3	51	56,7
Bilgisayar oynama	20	66,7	49	81,7	69	76,7
Telefonda konuşma	24	80,0	31	51,7	55	61,1
Partiye gitme	7	23,3	23	38,3	30	33,3
Dışarıda takılma	21	70,0	42	70,0	63	70,0
Ziyarete gitme	27	90,0	36	60,0	63	70,0
Mektup yazma	5	16,7	11	18,3	16	17,8
Başkalarını eğlendirme	17	56,7	31	51,7	48	53,3
Hayvanlarla oynama	10	33,3	29	48,3	39	43,3
Hikaye yazma	6	20,0	26	43,3	32	35,6
Hayali oyunlar oynama	3	10,0	22	36,7	25	27,8
Oyuncaklarla oynama	16	53,3	31	51,7	47	52,2
Dövüş sporları yapma	3	10,0	15	25,0	18	20,0
Yüzme	4	13,3	24	40,0	28	31,1
Jimnastik yapma	2	6,7	9	15,0	11	12,2
Ata binme	2	6,7	16	26,7	18	20,0
Yarış, pist, saha sporları	2	6,7	22	36,7	24	26,7

Tablo 4.2.'nin devamı

	Grup A (n=30)		Grup K (n=60)		TOPLAM (n=90)	
	n	%	n	%	n	%
Takım sporu yapma	5	16,7	31	51,7	36	40,0
Şarkı söylemeyi öğrenme	3	10,0	28	46,7	31	34,4
Sanat dersi alma	2	6,7	11	18,3	13	14,4
Dans etmeyi öğrenme	2	6,7	9	15,0	11	12,2
Okul ödevi yardımı alma	4	13,3	6	10,0	10	11,1
Müzik aleti çalma	5	16,7	24	40,0	29	32,2
Müzik dersi alma	3	10,0	16	26,7	19	21,1
Toplumsal organizasyon	2	6,7	15	25,0	17	18,9
Dini aktivite yapma	11	36,7	31	51,7	42	46,7
Okul kluplerine katılma	19	63,3	33	55,0	52	57,8
Dans etme	12	40,0	13	21,7	25	27,8
Dolaşmaya çıkma	14	46,7	33	55,0	47	52,2
Bisiklet, paten veya kayak	6	20,0	33	55,0	39	43,3
Su sporları yapma	1	3,3	13	21,7	14	15,6
Kar sporları yapma	1	3,3	7	11,7	8	8,9
Araç gereçlerle oynama	3	10,0	12	20,0	15	16,7
Oyunlar oynama	17	56,7	45	75,0	62	68,9
Bahçe işleriyle uğraşma	7	23,3	12	20,0	19	21,1
Balık tutma	3	10,0	9	15,0	12	13,3
Fiziksel aktivite yapma	18	60,0	14	23,3	32	35,6
Takım oyunu olmayan sporlar	3	10,0	14	23,3	17	18,9
Sinemaya gitme	9	30,0	27	45,0	36	40,0
Kütüphaneye gitme	1	3,3	11	18,3	12	13,3
Televizyon izleme	30	100,0	27	45,0	57	63,3
Canlı gösterilere gitme	6	20,0	18	30,0	24	26,7
Tüm gün dışarı gezileri	8	26,7	6	10,0	14	15,6
Okuma	12	40,0	47	78,3	59	65,6
Müzik dinleme	25	83,3	30	50,0	55	61,1
Gönüllü bir iş yapma	6	20,0	15	25,0	21	23,3
Günlük ev işleri yapma	0	0,0	16	26,7	16	17,8
Paralı bir iş yapma	1	3,3	2	3,3	3	3,3
Yiyecek hazırlama	6	20,0	21	35,0	27	30,0
Ev ödevi yapma	25	83,3	52	86,7	77	85,6
Alışveriş yapma	21	70,0	28	46,7	49	54,4
Evcil hayvana bakma	5	16,7	24	40,0	29	32,2

Toplam aktivite katılımında sp'li çocukların %100 ile en fazla televizyon veya kiralanmış film izleme, sağlıklı çocukların ise %86.7 ile en fazla ev ödevi yapma aktivitesine katıldıkları bulunmuştur. (tablo 4.2)

4.2. CAPE Eğlence Aktiviteleri Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Tablo 4.3. CAPE Eğlence Aktiviteleri Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Eğlence Aktiviteleri	Grup A (n=30)				Grup K (n=60)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşitlilik¹	5,30	2,17	2,00	11,00	6,48	2,29	3,00	11,00	0,021*
Sıklık²	2,25	0,87	1,08	4,50	2,71	1,15	0,58	5,08	0,054
Kiminle³	1,71	0,68	1,00	3,09	1,87	0,57	1,00	3,75	0,231
Nerede⁴	1,64	0,64	1,00	3,14	2,14	0,80	1,00	5,00	0,003*
Eğlenme Derecesi⁵	4,60	0,53	3,33	5,20	3,90	0,72	1,44	5,00	0,000*

1- 55 Aktivite

3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)

5- Düşük/Yüksek (1-5 Puan)

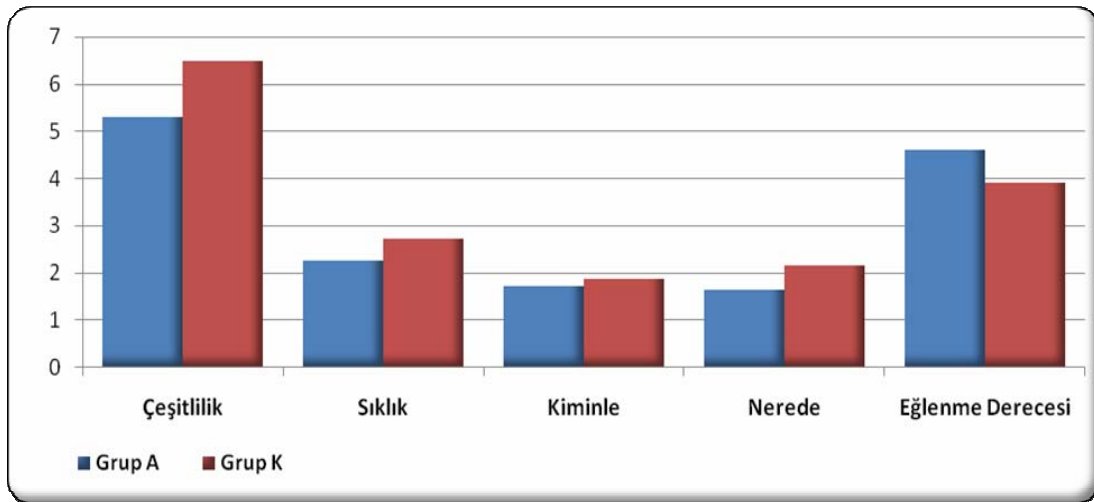
2- Kaç kere / 7

4- Ev/Toplum (1-6 Puan)

* = $p < 0,05$

CAPE anketinde toplam 12 adet eğlence aktivitesi mevcuttur.

Eğlence aktivitelerinde sp'li ve sağlıklı çocuklar arasında aktivitelere katılım sıklıkları ve aktiviteleri yalnız veya sosyal olarak yapmaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0,05$), katılım gösterilen aktivite sayısı, aktivitelerin nerede yapıldığı ve aktivitelerden ne kadar eğlenildiği yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Sp'li çocukların eğlence aktivitelerine daha az sayıda katıldıkları, bu aktiviteleri daha çok ev ortamında yaptıkları ancak daha fazla eğlendikleri bulunmuştur (tablo 4.3).



Şekil 4.2. Eğlenme Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

4.3. CAPE Fiziksel Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Tablo 4.4. CAPE Fiziksel Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Fiziksel Aktivite	Grup A (n=30)				Grup K (n=60)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşitlilik ¹	2,87	1,36	0,00	7,00	4,17	2,16	0,00	9,00	0,003*
Sıklık ²	0,98	0,60	0,00	3,08	1,49	0,93	0,00	3,62	0,008*
Kiminle ³	2,51	0,78	1,00	4,33	2,76	0,93	1,00	4,25	0,213
Nerede ⁴	3,04	1,27	1,00	5,00	3,99	1,24	1,00	6,00	0,001*
Eğlenme Derecesi ⁵	3,97	1,17	1,00	5,00	4,07	0,93	1,00	5,00	0,665

1- 55 Aktivite

3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)

5- Düşük/Yüksek (1-5 Puan)

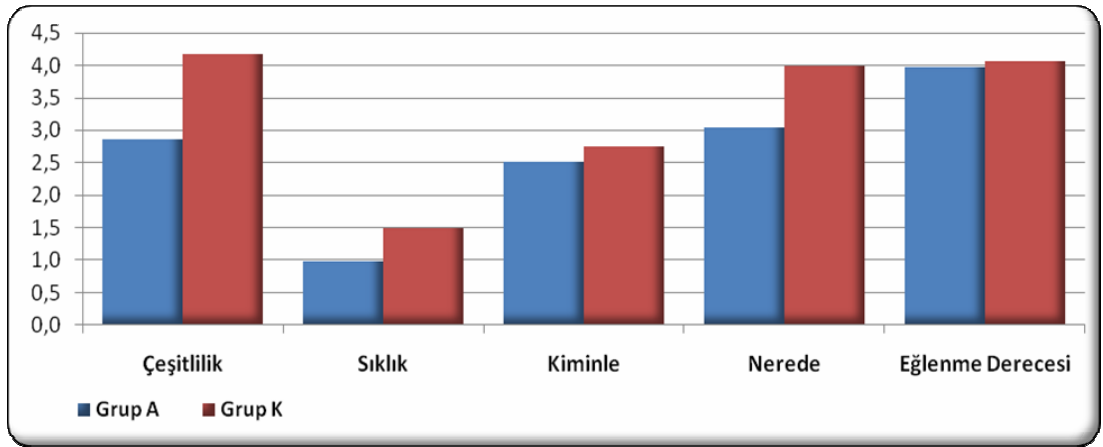
2- Kaç kere / 7

4- Ev/Toplum (1-6 Puan)

* = p<0,05

CAPE anketinde toplam 13 adet fiziksel aktivite mevcuttur.

Fiziksel aktivitelerde sp'li ve sağlıklı çocuklar arasında aktivitelerin yalnız veya sosyal olarak yapılması ve aktivitelerden ne kadar eğlenildiği yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), katılım gösterilen aktivite sayısı, sıklığı ve aktivitelerin nerede yapıldığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sp'li çocukların fiziksel aktivitelere sağlıklı çocuklara göre daha az sayıda, daha az sıklıkta ve daha çok ev ortamında katıldıkları bulunmuştur (tablo 4.4).



Şekil 4.3. Fiziksel Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

4.4. CAPE Sosyal Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Tablo 4.5. CAPE Sosyal Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Sosyal Aktivite	Grup A (n=30)				Grup K (n=60)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşitlilik¹	5,00	1,70	2,00	8,00	4,42	2,10	1,00	9,00	0,191
Sıklık²	2,19	0,98	0,20	4,10	2,08	1,20	0,10	5,10	0,680
Kiminle³	2,18	0,35	1,50	2,86	2,49	0,88	1,00	5,00	0,020*
Nerede⁴	3,22	0,74	1,25	5,50	3,34	1,26	1,00	6,00	0,618
Eğlenme Derecesi⁵	4,50	0,71	2,50	5,00	3,80	0,85	1,00	5,00	0,000*

1- 55 Aktivite

3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)

5- Düşük/Yüksek (1-5 Puan)

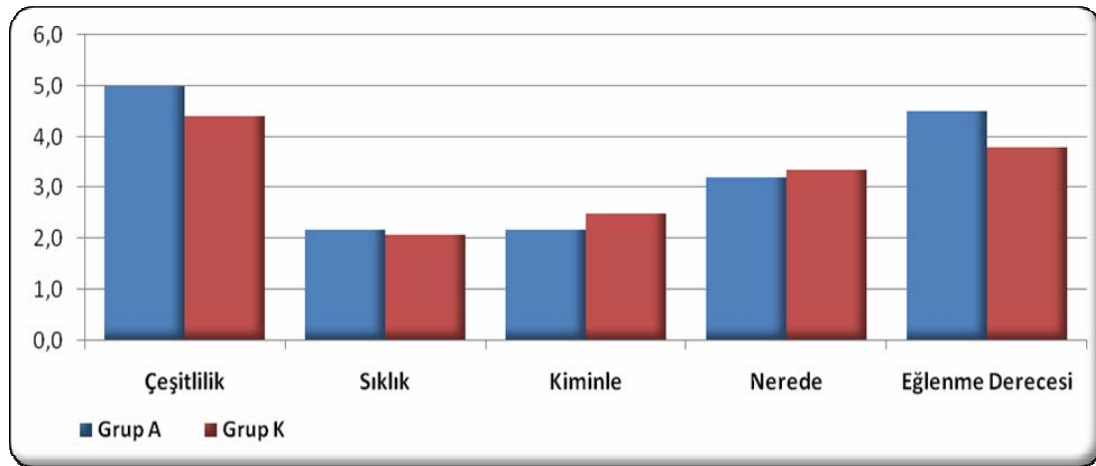
2- Kaç kere / 7

4- Ev/Toplum (1-6 Puan)

* = $p < 0,05$

CAPE anketinde toplam 10 adet sosyal aktivite mevcuttur.

Sosyal aktivitelerde sp'li ve sağlıklı çocuklar arasında katılım gösterilen aktivite sayısı, aktivitelere katılım sıklığı ve aktivitelerin nerede yapıldığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0,05$), aktivitelerin yalnız veya sosyal olarak yapılması ve ne kadar eğlenildiği yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Sp'li çocukların sosyal aktiviteleri sağlıklı çocuklara göre daha yalnız yaptıkları ancak bu aktivitelerden daha fazla eğlendikleri bulunmuştur (tablo 4.5).



Şekil 4.4. Sosyal Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

4.5. CAPE Beceri Temelli Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Tablo 4.6. CAPE Beceri Temelli Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Beceri Temelli Aktivite	Grup A (n=30)				Grup K (n=60)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşitlilik ¹	1,23	1,28	0,00	5,00	2,75	1,63	0,00	6,00	0,000*
Sıklık ²	0,57	0,72	0,00	3,30	1,10	0,80	0,00	3,40	0,003*
Kiminle ³	2,01	1,03	1,00	4,00	2,38	0,94	1,00	4,00	0,139
Nerede ⁴	2,56	1,82	1,00	5,50	3,58	1,58	1,00	6,00	0,021*
Eğlenme Derecesi ⁵	4,46	0,80	3,00	5,00	4,02	0,87	1,50	5,00	0,054

1- 55 Aktivite

3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)

5- Düşük/Yüksek (1-5 Puan)

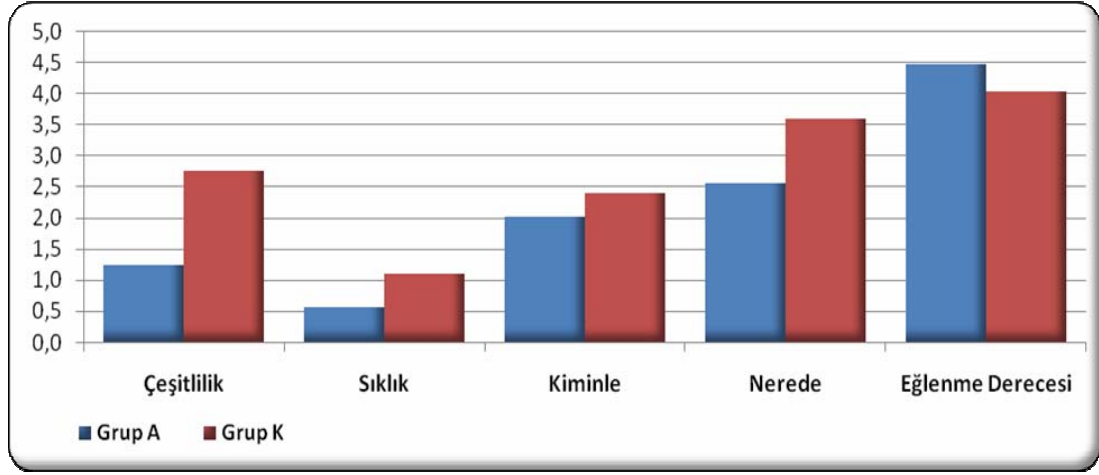
2- Kaç kere / 7

4- Ev/Toplum (1-6 Puan)

* = $p < 0,05$

CAPE anketinde toplam 10 adet beceri temelli aktivite mevcuttur.

Beceri temelli aktivitelerde sp'li ve sağlıklı çocuklar arasında aktivitelerin yalnız veya sosyal olarak yapılması ve ne kadar eğlenildiği yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), katılım gösterilen aktivite sayısı, sıklığı ve aktivitelerin nerede yapıldığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sp'li çocukların beceri temelli aktivitelere sağlıklı çocuklara göre daha az sayıda, daha az sıklıkta ve daha çok ev ortamında katılım gösterdikleri bulunmuştur (tablo 4.6).



Şekil 4.5. Beceri Temelli Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

4.6. CAPE Kişisel Gelişim Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Tablo 4.7. CAPE Kişisel Gelişim Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Kişisel Gelişim Aktivite	Grup A (n=30)				Grup K (n=60)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşitlilik ¹	3,03	1,79	0,00	7,00	4,05	1,93	1,00	8,00	0,018*
Sıklık ²	1,60	0,95	0,00	3,40	2,09	1,12	0,30	5,20	0,045*
Kiminle ³	1,85	0,54	1,00	3,00	1,53	0,51	1,00	3,00	0,009*
Nerede ⁴	2,15	0,85	1,00	5,00	2,00	0,94	1,00	4,50	0,489
Eğlenme Derecesi ⁵	4,07	1,08	1,00	5,00	3,65	1,08	1,00	5,00	0,095

1- 55 Aktivite

3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)

5- Düşük/Yüksek (1-5 Puan)

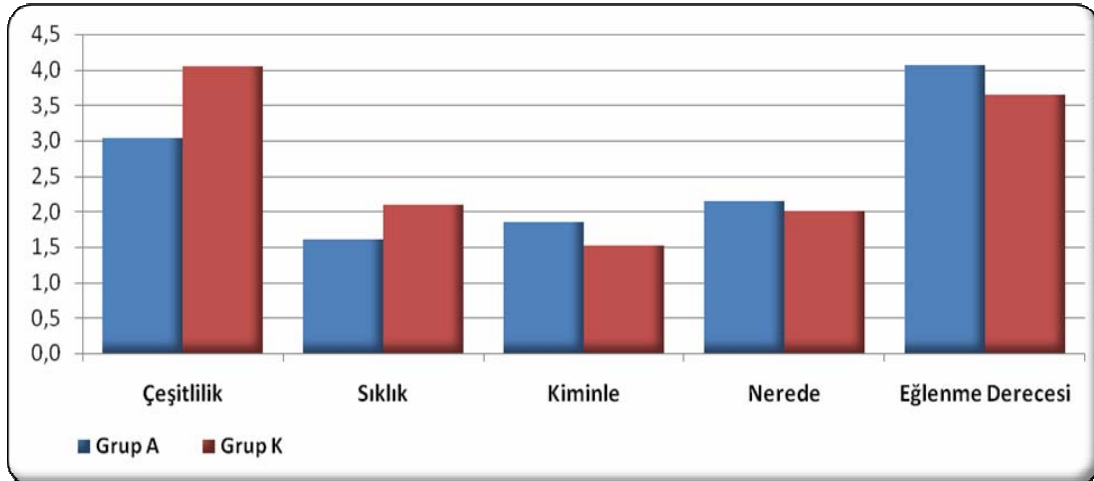
2- Kaç kere / 7

4- Ev/Toplum (1-6 Puan)

* = $p < 0,05$

CAPE anketinde toplam 10 adet kişisel gelişim aktivitesi mevcuttur.

Kişisel gelişim aktivitelerinde sp'li ve sağlıklı çocuklar arasında aktivitelerin yapıldığı yer ve ne kadar eğlenildiği yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0,05$), katılım gösterilen aktivite sayısı, sıklığı ve aktivitelerin yalnız veya sosyal olarak yapılması yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Sp'li çocukların kişisel gelişim aktivitelerine sağlıklı çocuklara göre daha az sayıda, daha az sıklıkta ve daha sosyal olarak katılım gösterdikleri bulunmuştur (tablo 4.7).



Şekil 4.6. Kişisel Gelişim Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

4.7. Planlanmamış Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Tablo 4.8. Planlanmamış Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Planlanmamış Aktivite	Grup A (n=30)				Grup K (n=60)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşitlilik ¹	15,13	4,69	6,00	30,00	16,95	6,01	6,00	32,00	0,151
Sıklık ²	1,84	0,65	0,45	3,78	2,09	0,89	0,53	4,50	0,164
Kiminle ³	1,90	0,37	1,31	2,73	2,04	0,46	1,00	3,48	0,161
Nerede ⁴	2,40	0,49	1,58	3,33	2,69	0,72	1,16	4,93	0,053
Eğlenme Derecesi⁵	4,41	0,53	3,00	5,00	3,89	0,68	1,46	4,95	0,000*

1- 55 Aktivite

3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)

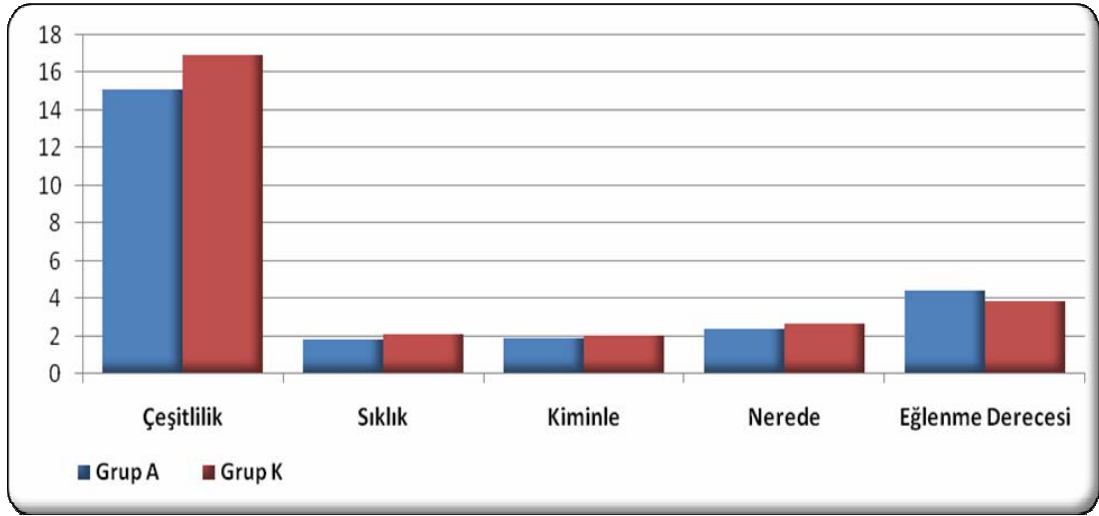
5-Düşük/Yüksek (1-5 Puan)

2- Kaç kere / 7

4- Ev/Toplum (1-6 Puan)

* = p<0,05

Gruplar arasında; Planlanmamış Aktivite katılımında katılım gösterilen aktivite sayısı, sıklığı, nerede yapıldığı ve yalnız veya sosyal olarak yapılması yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), aktivitelerden ne kadar eğlendiği yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sp'li çocukların sağlıklı çocuklara göre planlanmamış aktivitelerden daha fazla eğlendikleri bulunmuştur (tablo 4.8).



Şekil 4.7. Planlanmamış Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

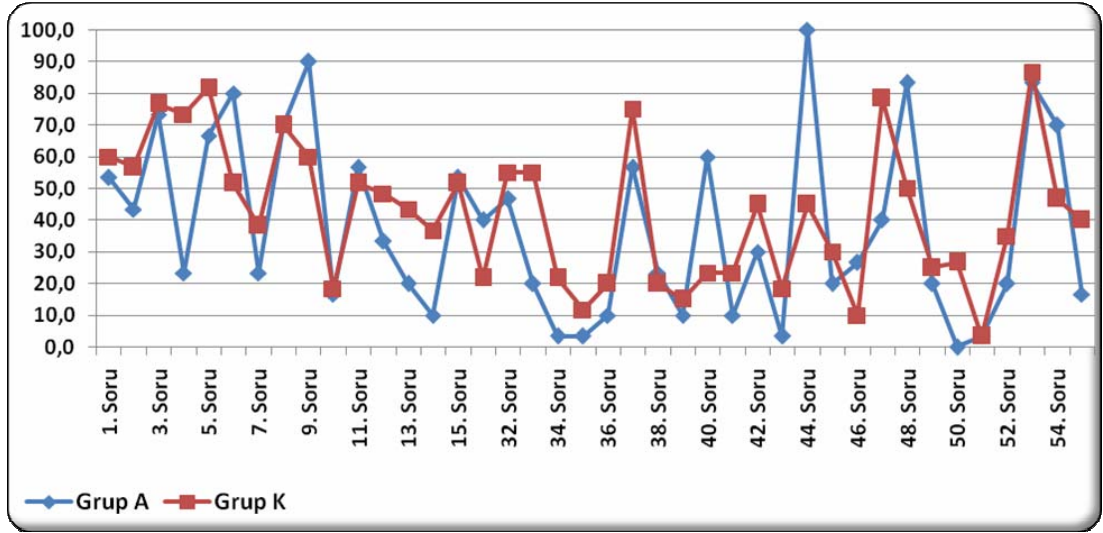
Tablo 4.9. Planlanmamış Aktivite Katılım Sayıları

	Grup A		Grup K		TOPLAM			
	(n=30)		(n=60)		(n=90)			
	n	%	n	%	n	%		
Tv izleme	30	100,0	Ev ödevi	52	86,7	Ev ödevi	77	85,6
Ziyaret	27	90,0	Bilgisayar oynama	49	81,7	Bilgisayar oynama	69	76,7
Müzik din.	25	83,3	okuma	47	78,3	Elsanati,boyama	68	75,6
Yiyecek haz.	25	83,3	Elsanati,boyama	46	76,7	Dışarıda takılma	63	70,0
Telefon	24	80,0	Oyun oynama	45	75,0	Ziyaret	63	70,0
Elsanati,boyama	22	73,3	Biriktirme	44	73,3	Oyun oynama	62	68,9
Dışarıda takılma	21	70,0	Dışarıda takılma	42	70,0	Okuma	59	65,6
Alışveriş	21	70,0	Yapboz	36	60,0	Tv izleme	57	63,3
Bilgisayar oynama	20	66,7	Ziyaret	36	60,0	telefon	55	61,1
Fiziksel akt.	18	60,0	Kart oyunları	34	56,7	Müzik dinleme	55	61,1
Eğlendirme	17	56,7	Dolaşma	33	55,0	Yapboz	52	57,8
Oyun oynama	17	56,7	Bisiklet, paten	33	55,0	Biriktirme	51	56,7
Yapboz	16	53,3	Telefon	31	51,7	alışveriş	49	54,4
Oyuncakla oyna.	16	53,3	Eğlendirme	31	51,7	Eğlendirme	48	53,3
Dolaşma	14	46,7	Oyuncakla oyna.	31	51,7	Kart oyunları	47	52,2
Kart oyunları	13	43,3	Müzik dinleme	30	50,0	Oyuncakla oyna.	47	52,2
Dans etme	12	40,0	Hayvanla oynama	29	48,3	Dolaşma	47	52,2
Okuma	12	40,0	alışveriş	28	46,7	Hayvanla oynama	39	43,3
Hayvanla oynama	10	33,3	Sinema	27	45,0	Bisiklet, paten	39	43,3
Sinema	9	30,0	Tv izleme	27	45,0	Sinema	36	40,0
Dışarı gezileri	8	26,7	Hikaye yazma	26	43,3	Hikaye yazma	32	35,6
Biriktirme	7	23,3	Hayvana bakma	24	40,0	Fiziksel akt.	32	35,6

Tablo 4.9'un davamı

	Grup A		Grup K		TOPLAM			
	(n=30)		(n=60)		(n=90)			
	n	%	n	%	n	%		
Partiye gitme	7	23,3	Partiye gitme	23	38,3	Partiye gitme	30	33,3
Bahçe işleri	7	23,3	Taklit oyunlar	22	36,7	Hayvana bakma	29	32,2
Hikaye yazma	6	20,0	Yiyecek hazırlama	21	35,0	Yiyecek hazırlama	27	30,0
Bisiklet, paten	6	20,0	Canlı gösteri	18	30,0	Taklit oyunlar	25	27,8
Canlı gösteri	6	20,0	Ev işleri	16	26,7	Dans teme	25	27,8
Gönüllü iş	6	20,0	Gönüllü iş	15	25,0	Canlı gösteri	24	26,7
Yiyecek hazırlama	6	20,0	Fiziksel akt.	14	23,3	Gönüllü iş	21	23,3
Mektup yazma	5	16,7	Takımoyunolma.	14	23,3	Bahçe işleri	19	21,1
Hayvana bakma	5	16,7	Dans etme	13	21,7	Takımoyunolma.	17	18,9
Taklit oyunlar	3	10,0	Su sporları	13	21,7	Mektup yazma	16	17,8
Araç gereçle oynama	3	10,0	Araç gereçle oynama	12	20,0	Ev işleri	16	17,8
Balık tutma	3	10,0	Bahçe işleri	12	20,0	Araç gereçle oynama	15	16,7
Takımoyunolma.	3	10,0	Mektup yazma	11	18,3	Su sporları	14	15,6
Su sporları	1	3,3	kütüphane	11	18,3	Dışarı gezileri	14	15,6
Kar sporları	1	3,3	Balık tutma	9	15,0	Balık tutma	12	13,3
kütüphane	1	3,3	Kar sporları	7	11,7	kütüphane	12	13,3
Paralı iş	1	3,3	Dışarı gezileri	6	10,0	Kar sporları	8	8,9
Ev işleri	0	0,0	Paralı iş	2	3,3	Paralı iş	3	3,3

Planlanmamış aktivite katılımında sp'li çocuklarda %100 ile en yüksek katılımın televizyon veya kiralanan film izleme aktivitesine, sağlıklı çocuklarda ise %86,7 ile ev ödevi yapma aktivitesine olduğu bulunmuştur. Toplamda en yüksek katılımın %85,6 ile ev ödevi yapma aktivitesine olduğu bulunmuştur (tablo 4.9).



Şekil 4.8. Planlanmamış Aktivite Katılımı Karşılaştırılması

- 1.Soru: yapboz yapma,
 3.Soru: el sanatı, çizim veya boyama yapma,
 5.Soru: bilgisayar veya video oyunları oynama,
 7.Soru: partiye gitme,
 9.Soru: ziyarete gitme,
 11.Soru: başkalarını eğlendirme,
 13.Soru: hikaye yazma,
 15.Soru: bir şeyler veya oyuncaklarla oynama,
 32.Soru: yürüyüşe veya dolaşmaya çıkma,
 34.Soru: su sporları yapma,
 36.Soru: araç gereçlerle oynama,
 38.Soru: bahçe işleriyle uğraşma,
 40.Soru: bireysel fiziksel aktiviteleri yapma,
 42.Soru: sinemaya gitme,
 44.Soru: televizyon veya kiralanan film izleme,
 46.Soru: bütün gün süren dışarı gezilerine gitme,
 48.Soru: müzik dinleme,
 50.Soru: günlük ev işleri yapma,
 52.Soru: yiyecek hazırlama,
 54.Soru: alışveriş yapma (şekil 4.8).

4.8. Planlanmış Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Tablo 4.10. Planlanmış Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Planlanmış Aktivite	Grup A (n=30)				Grup K (n=60)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşitlilik ¹	2,30	1,58	0,00	7,00	4,82	2,24	1,00	10,00	0,000*
Sıklık ²	0,66	0,62	0,00	3,13	1,40	0,77	0,13	3,13	0,000*
Kiminle ³	2,84	1,05	1,00	4,00	2,66	0,93	1,00	4,50	0,417
Nerede ⁴	3,28	1,29	1,00	5,33	3,73	1,39	1,00	6,00	0,147
Eğlenme Derecesi ⁵	4,13	1,18	1,00	5,00	3,92	0,90	1,50	5,00	0,341

1- 55 Aktivite

3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)

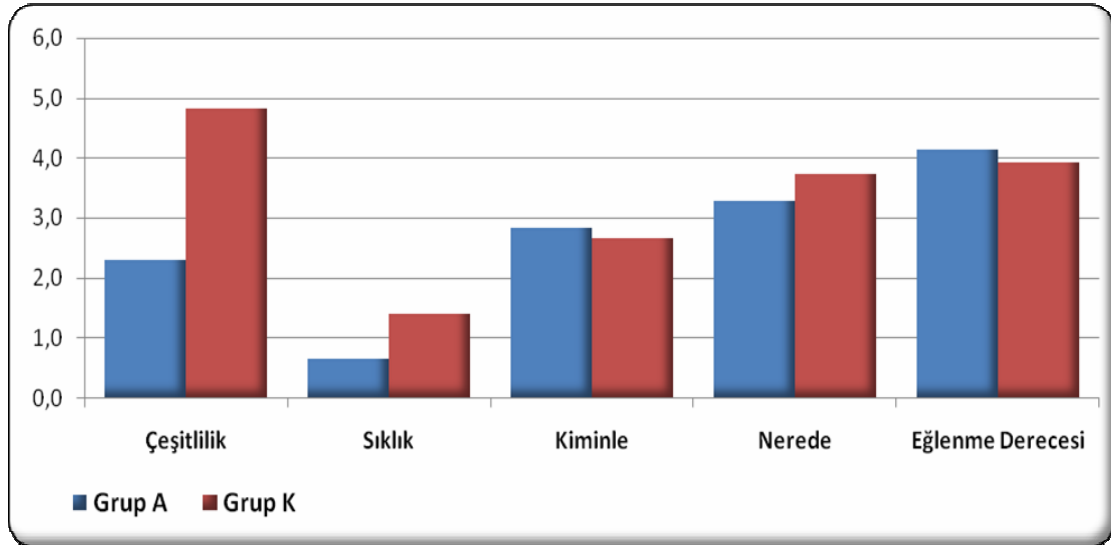
5- Düşük/Yüksek (1-5 Puan)

2- Kaç kere / 7

4- Ev/Toplum (1-6 Puan)

* = $p < 0,05$

Gruplar arasında; Planlanmış Aktivite katılımında aktivitelerin nerede yapıldığı, ne kadar eğlenildiği ve yalnız veya sosyal olarak yapılması yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0,05$), katılım gösterilen aktivite sayısı ve sıklığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Sp'li çocukların sağlıklı çocuklara göre planlanmış aktivitelere daha az sayıda ve daha az sıklıkta katıldıkları bulunmuştur (tablo 4.10).

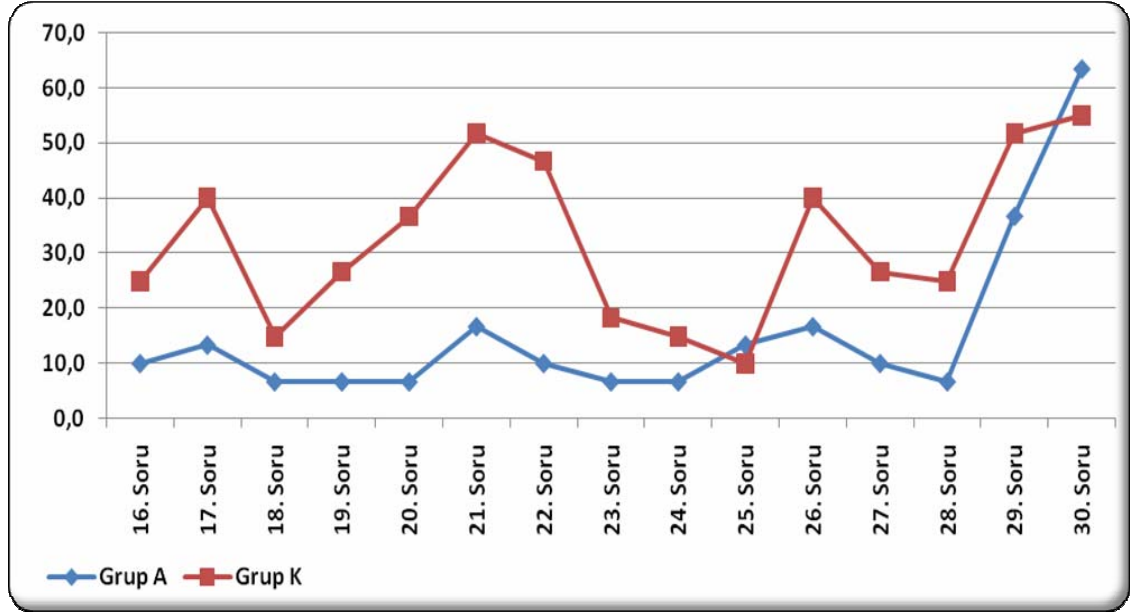


Şekil 4. 9. Planlanmış Aktivite Katılımının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.11. Planlanmış Aktivite Katılım Sayıları

	Grup A (n=30)		Grup K (n=60)		TOPLAM (n=90)			
	n	%	n	%	n	%		
Okul klüpleri	19	63,3	Okul klüpleri	33	55,0	Okul klüpleri	52	57,8
Dini bir aktivite	11	36,7	Takım sporu	31	51,7	Dini bir aktivite	42	46,7
Takım sporu	5	16,7	Dini bir aktivite	31	51,7	Takım sporu	36	40,0
Müzik aleti çalma	5	16,7	Şarkı söyleme öğrenme	28	46,7	Şarkı söyleme öğrenme	31	34,4
Yüzme	4	13,3	Yüzme	24	40,0	Müzik aleti çalma	29	32,2
Okul ödevi için yardım	4	13,3	Müzik aleti çalma	24	40,0	Yüzme	28	31,1
Dövüş sporları	3	10,0	Yarış	22	36,7	Yarış	24	26,7
Şarkı söyleme öğrenme	3	10,0	Ata binme	16	26,7	Müzik dersleri alma	19	21,1
Müzik dersleri alma	3	10,0	Müzik dersleri alma	16	26,7	Dövüş sporları	18	20,0
Jimnastik yapma	2	6,7	Dövüş sporları	15	25,0	Ata binme	18	20,0
Ata binme	2	6,7	Organizasyonlara katılma	15	25,0	Organizasyonlara katılma	17	18,9
Yarış	2	6,7	Sanat dersi alma	11	18,3	Sanat dersi alma	13	14,4
Sanat dersi alma	2	6,7	Jimnastik yapma	9	15,0	Jimnastik yapma	11	12,2
Dans etmeyi öğrenme	2	6,7	Dans etmeyi öğrenme	9	15,0	Dans etmeyi öğrenme	11	12,2
Organizasyonlara katılma	2	6,7	Okul ödevi için yardım	6	10,0	Okul ödevi için yardım	10	11,1

Planlanmış aktivite katılımında sp'li ve sağlıklı çocuklarda en yüksek katılımın okul kluplerine katılma aktivitesine olduğu bulunmuştur (tablo 4.11).



Şekil 4.10. Planlanmış Aktivite Katılımı Karşılaştırılması

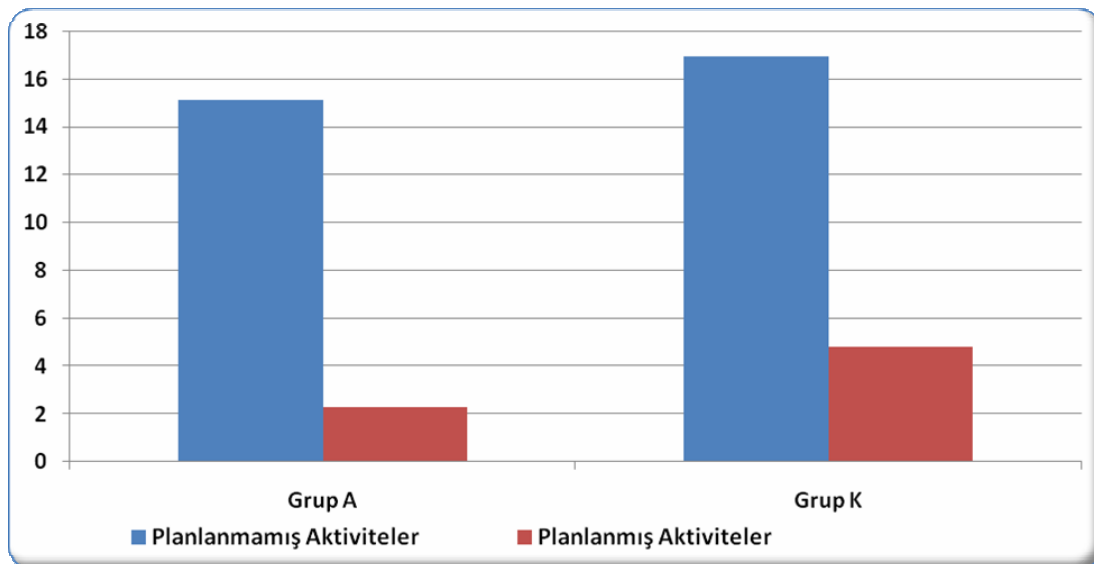
- 16.Soru:** dövüş sporları yapma,
17.Soru: yüzme,
18.Soru: jimnastik yapma,
19.Soru: ata binme,
20.Soru: yarış veya pist ve saha sporları yapma,
21.Soru: takım sporu yapma,
22.Soru: şarkı söylemeyi öğrenme (koro veya bireysel dersler),
23.Soru: sanat dersi alma,
24.Soru: dans etmeyi öğrenme,
25.Soru: bir öğretmenden okul ödevi için ilave yardım alma,
26.Soru: müzik aleti çalma,
27.Soru: müzik dersleri alma,
28.Soru: toplumsal organizasyonlara katılma,
29.Soru: dini bir aktivite yapma,
30.Soru: okul klüplerine katılma (şekil 4.10).

Tablo 4.12. CAPE Planlanmamış–Planlanmış Aktivite Katılımının Karşılaştırılması

	GRUP A (n=30)				GRUP K (n=60)			
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
Planlanmamış Aktiviteler	15,13	4,7	6,0	30,0	16,95	6,0	6,0	32,0
Planlanmış Aktiviteler	2,30	1,6	0,0	7,0	4,82	2,2	1,0	10,0
P	0,000				0,000			

Araştırma Grubunda; Planlanmamış – Planlanmış aktivite katılım değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sp’li çocukların planlanmamış aktivite katılımının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (tablo 4.12).

Kontrol Grubunda; Planlanmamış – Planlanmış aktivite katılım değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlıklı çocuklarda planlanmamış aktivite katılımının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (tablo 4.12).



Şekil 4.11. CAPE Planlanmamış – Planlanmış Aktivite Katılımı

4.9. CAPE Aktivite Katılım Değerlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Tablo 4.13. CAPE Aktivite Katılım Değerlerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Grup A	Kız (n=38)				Erkek (n=52)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Çeşitlilik ¹	17,23	6,37	12	37	17,59	5,66	8	29	0,872
Sıklık ²	1,59	0,67	1	4	1,45	0,56	0	2	0,531
Kiminle ³	2,05	0,45	1	3	2,03	0,29	1	3	0,894
Nerede ⁴	2,31	0,41	2	3	2,69	0,60	2	4	0,062
Eğlenme Derecesi ⁵	4,50	0,40	4	5	4,30	0,60	3	5	0,298
Grup K									
Çeşitlilik ¹	22,60	7,75	11	39	21,34	7,62	8	35	0,534
Sıklık ²	1,78	0,84	0,42	3,8	1,99	0,76	1	4	0,316
Kiminle ³	2,05	0,46	1,2	3,08	2,22	0,49	1	4	0,184
Nerede ⁴	2,58	0,67	1,23	3,75	3,09	0,72	1	5	0,007*
Eğlenme Derecesi ⁵	3,61	0,72	1,47	4,82	4,08	0,58	2	5	0,007*
Grup A - Grup K									
	Kız				Erkek				
	P				P				
Çeşitlilik ¹	0,039*				0,078*				
Sıklık ²	0,030*				0,012*				
Kiminle ³	0,493				0,139				
Nerede ⁴	0,190				0,480				
Eğlenme Derecesi ⁵	0,000*				0,215				

1- 55 Aktivite

3- Yalnız/Sosyal (1-5 Puan)

5- Düşük/Yüksek (1-5 Puan)

2- Kaç kere / 7

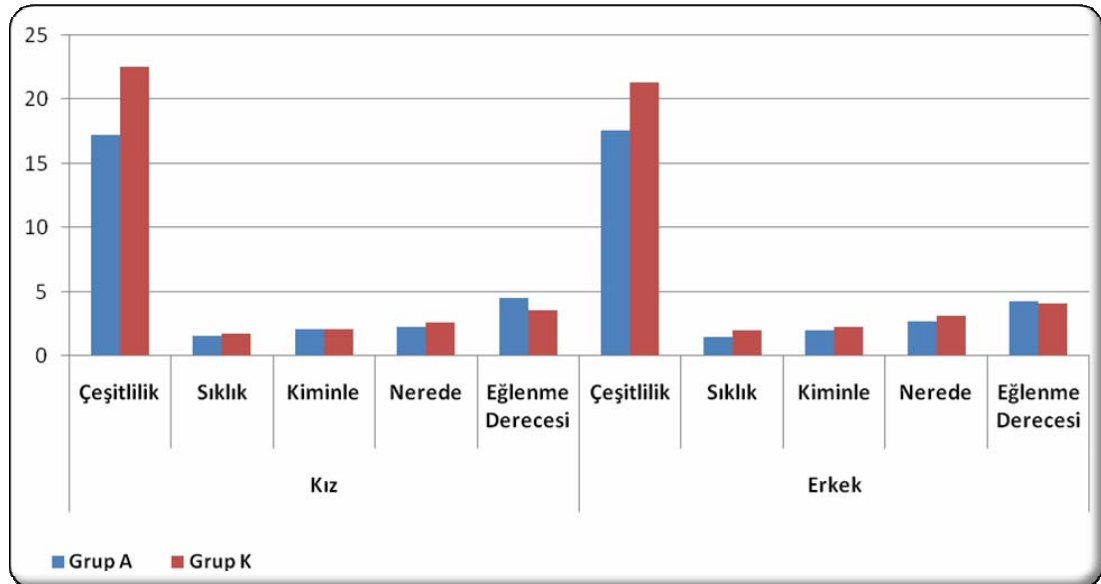
4- Ev/Toplum (1-6 Puan)

* = p<0,05

Sp'li çocuklarda, cinsiyete göre aktivite katılım değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), sağlıklı çocuklarda cinsiyete göre aktivitelerin nerede yapıldığı ve ne kadar eğlendiği yönünden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sp'li kız çocukları ile sp'li erkek çocukları arasında aktivite katılım değerleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aktivite katılımında sağlıklı erkek çocukların sağlıklı kız çocuklarına göre daha fazla eğlendikleri ve aktiviteleri daha toplum temelli yaptıkları tespit edilmiştir (tablo 4.13).

Cinsiyetlere göre aktivite katılımları Araştırma ve Kontrol gruplarında karşılaştırıldığında; Kızlarda, katılım gösterilen aktivite sayısı, sıklığı ve ne kadar eğlendiği yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sp'li kız çocuklarının aktivitelerine sağlıklı kız çocuklarına göre daha az sayıda ve daha az sıklıkta katılım gösterdikleri tespit edilmiştir (tablo 4.13).

Erkeklerde, katılım gösterilen aktivite sayısı ve sıklığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sp'li erkek çocukların aktivitelerine sağlıklı erkek çocuklarına göre daha az sayıda ve sıklıkta katılım gösterdikleri tespit edilmiştir (tablo 4.13).



Şekil 4.12. CAPE Aktivite Katılımının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.14. CAPE Gruplara Göre Kızların Aktivite Katılım Sıralaması

KIZ (n=38)							
Sıra No	Aktivite No	Grup A (n=13)		Grup K (n=25)		Sıra No	
		n	%	n	%		
1	El sanatı, boyama	13	100,0	23	92,0	Okuma	1
2	Tv izleme	13	100,0	22	88,0	Ev ödevi	2
3	Ziyarete gitme	12	92,3	21	84,0	Ziyarete gitme	3
4	Müzik dinleme	12	92,3	20	80,0	El sanatı, boyama	4
5	Oyunlar oynama	11	84,6	20	80,0	Bir şeyler biriktirme	5
6	Ev ödevi yapma	11	84,6	20	80,0	Şarkı söylemeyi öğrenme	6
7	Yapboz yapma	9	69,2	19	76,0	Yapboz yapma	7
8	Bilgisayar oynama	9	69,2	19	76,0	Oyunlar oynama	8
9	Telefonda konuşma	9	69,2	17	68,0	Bilgisayar oynama	9
10	Oyuncaklarla oynama	9	69,2	16	64,0	Okul klüpleri	10
11	Okul klüpleri	9	69,2	14	56,0	Hayvanla oynama	11
12	Alışveriş yapma	9	69,2	14	56,0	Bisiklet, paten, kayak	12
13	Dışarıda takılma	8	61,5	13	52,0	Hikaye yazma	13
14	Fiziksel aktivite yapma	7	53,8	13	52,0	Dolaşmaya çıkma	14
15	Kart oyunları oynama	6	46,2	13	52,0	Müzik dinleme	15
16	Başkalarını eğlendirme	6	46,2	13	52,0	Yiyecek hazırlama	16
17	Dans etme	6	46,2	13	52,0	Alışveriş yapma	17
18	okuma	5	38,5	12	48,0	Kart oyunları oynama	18
19	Dini aktivite yapma	4	30,8	12	48,0	Telefonda konuşma	19
20	Dolaşmaya çıkma	4	30,8	12	48,0	Dışarıda takılma	20
21	Bisiklet, paten, kayak	4	30,8	12	48,0	Müzik aleti çalma	21
22	Dışarı gezilerine gitme	4	30,8	11	44,0	Eğlendirme	22
23	Gönüllü bir iş yapma	4	30,8	11	44,0	Dini aktivite yapma	23
24	Bir şeyler biriktirme	3	23,1	11	44,0	Tv izleme	24
25	Evcil hayvanla oynama	3	23,1	11	44,0	Hayvana bakma	25
26	Taklit oyunlar oynama	3	23,1	10	40,0	Partiye gitme	26
27	Sinemaya gitme	3	23,1	10	40,0	Oyuncaklarla oynama	27
28	Yiyecek hazırlama	3	23,1	10	40,0	Sinemaya gitme	28
29	Partiye gitme	2	15,4	10	40,0	Canlı gösteriler	29

Tablo 4.14'ün devamı

KIZ (n=38)						
Sıra No	Aktivite No	Grup A (n=13)		Grup K (n=25)		Sıra No
		n	%	n	%	
30	Mektup yazma	2	15,4	9	36,0	30
31	yüzme	2	15,4	9	36,0	31
32	Okul ödevi için yardım	2	15,4	8	32,0	32
33	Müzik aleti çalma	2	15,4	8	32,0	33
34	Evcil hayvana bakma	2	15,4	8	32,0	34
35	Hikaye yazma	1	7,7	8	32,0	35
36	Ata binme	1	7,7	7	28,0	36
37	Yarış, pist, saha	1	7,7	7	28,0	37
38	Takım sporu yapma	1	7,7	7	28,0	38
39	Şarkı söylemeyi öğrenme	1	7,7	6	24,0	39
40	Sanat dersi alma	1	7,7	6	24,0	40
41	Dans etmeyi öğrenme	1	7,7	6	24,0	41
42	Müzik dersi alma	1	7,7	5	20,0	42
43	Bahçe işleri	1	7,7	5	20,0	43
44	Balık tutma	1	7,7	5	20,0	44
45	Kütüphaneye gitme	1	7,7	5	20,0	45
46	Canlı gösteriler	1	7,7	5	20,0	46
47	Paralı iş yapma	1	7,7	5	20,0	47
48	Dövüş sporları	0	0,0	4	16,0	48
49	jimnastik	0	0,0	4	16,0	49
50	Toplumsal organizasyon	0	0,0	4	16,0	50
51	Su sporları	0	0,0	3	12,0	51
52	Kar sporları	0	0,0	2	8,0	52
53	Araç gereçlerle oynama	0	0,0	2	8,0	53
54	Takım oyunu olmayan spor	0	0,0	1	4,0	54
55	Ev işleri	0	0,0	0	0,0	55

Kızlarda;

En çok katılımı olan aktivite; Sp'li kızlarda 1. sırada %100,0 ile el sanatı, çizim veya boyama yapma ve televizyon veya kiralananmış film izleme aktiviteleri olurken, sağlıklı kızlarda 1. sırada %92,0 ile okuma aktivitesi olduğu tespit edilmiştir (tablo 4.14).

En az katılımı olan aktivite; Sp'li kızlarda hiç katılımı olmayan aktivitelerin dövüş sporları yapma, jimnastik yapma, toplumsal organizasyonlara katılma, su sporları yapma, kar sporları yapma, araç gereçlerle oynama, takım oyunu olmayan sporları yapma ve günlük ev işleri yapma aktiviteleri olduğu tespit edilmiştir. Sağlıklı kızlarda ise hiç katılım gösterilmeyen aktivitenin paralı bir iş yapma aktivitesi olduğu bulunmuştur (tablo 4.14).

Tablo 4.15. CAPE Gruplara Göre Erkeklerin Aktivite Katılım Sıralaması

ERKEK (n=52)							
Sıra No	Aktivite No	Grup A (n=17)		Grup K (n=35)		Aktivite No	Sıra No
		n	%	n	%		
1	Tv izleme	17	100,0	32	91,4	Bilgisayar oynama	1
2	Telefonda konuşma	15	88,2	30	85,7	Dışarıda takılma	2
3	Ziyarete gitme	15	88,2	30	85,7	Ev ödevi yapma	3
4	Ev ödevi yapma	14	82,4	26	74,3	El sanatı, boyama	4
5	Dışarıda takılma	13	76,5	26	74,3	Oyunlar oynama	5
6	Müzik dinleme	13	76,5	24	68,6	Bir şeyler biriktirme	6
7	Alışveriş yapma	12	70,6	24	68,6	Takım sporu yapma	7
8	Bilgisayar oynama	11	64,7	24	68,6	Okuma	8
9	Başkalarını eğlendirme	11	64,7	22	62,9	Kart oyunları oynama	9
10	Fiziksel aktivite	11	64,7	21	60,0	Oyuncakla oynama	10
11	Okul kluplerine katılma	10	58,8	20	57,1	Başkalarını eğlendirme	11
12	Dolaşmaya çıkma	10	58,8	20	57,1	Dini aktivite	12
13	El sanatı, boyama	9	52,9	20	57,1	Dolaşmaya çıkma	13
14	Yapboz yapma	7	41,2	19	54,3	Telefonda konuşma	14
15	Kart oyunları oynama	7	41,2	19	54,3	Bisiklet,paten,kaykay	15
16	Evcil hayvanla oynama	7	41,2	17	48,6	Yapboz yapma	16
17	Oyuncakla oynama	7	41,2	17	48,6	Yarış,pist,saha sporu	17
18	Dini aktivite	7	41,2	17	48,6	Okul kluplerine katılma	18
19	Okuma	7	41,2	17	48,6	Sinemaya gitme	19
20	Dans etme	6	35,3	17	48,6	Müzik dinleme	20
21	Oyunlar oynama	6	35,3	16	45,7	Tv izleme	21
22	Bahçe işleri	6	35,3	15	42,9	Ziyarete gitme	22
23	Sinemaya gitme	6	35,3	15	42,9	Evcil hayvanla oynama	23
24	Partiye gitme	5	29,4	15	42,9	Yüzme	24
25	Hikaye yazma	5	29,4	15	42,9	Alışveriş yapma	25
26	Canlı gösteriler	5	29,4	14	40,0	Taklit oyunlar	26
27	Bir şeyler biriktirme	4	23,5	13	37,1	Partiye gitme	27
28	Takım sporu	4	23,5	13	37,1	Hikaye yazma	28
29	Dışarı gezileri	4	23,5	13	37,1	Evcil hayvana bakma	29

Tablo 4.15'in devamı

ERKEK (n=52)							
Sıra No	Aktivite No	Grup A (n=17)		Grup K (n=35)		Aktivite No	Sıra No
		n	%	n	%		
30	Mektup yazma	3	17,6	12	34,3	Müzik aleti çalma	30
31	Dövüş sporları	3	17,6	11	31,4	Dövüş sporları	31
32	Müzik aleti çalma	3	17,6	10	28,6	Ata binme	32
33	Araç gereçlerle oynama	3	17,6	10	28,6	Toplumsal organizasyon	33
34	Takım oyunu olmayan spor	3	17,6	10	28,6	Takım oyunu olmayan spor	34
35	Yiyecek hazırlama	3	17,6	9	25,7	Fiziksel aktivite	35
36	Evcil hayvana bakma	3	17,6	8	22,9	Şarkı söylemeyi öğrenme	36
37	Yüzme	2	11,8	8	22,9	Müzik dersi alma	37
38	Jimnastik yapma	2	11,8	8	22,9	Kütüphaneye gitme	38
39	Şarkı söylemeyi öğrenme	2	11,8	8	22,9	Canlı gösteriler	39
40	Okul ödevi için yardım	2	11,8	8	22,9	Gönüllü iş yapma	40
41	Müzik dersi alma	2	11,8	8	22,9	Yiyecek hazırlama	41
42	Toplumsal organizasyon	2	11,8	7	20,0	Su sporları	42
43	Bisiklet,paten,kaykay	2	11,8	7	20,0	Araç gereçlerle oynama	43
44	Balık tutma	2	11,8	7	20,0	Bahçe işleri	44
45	Gönüllü iş yapma	2	11,8	7	20,0	Ev işleri yapma	45
46	Ata binme	1	5,9	6	17,1	Sanat dersi alma	46
47	Yarış,pist,saha sporu	1	5,9	5	14,3	Dans etme	47
48	Sanat dersi alma	1	5,9	5	14,3	Kar sporları	48
49	Dans etmeyi öğrenme	1	5,9	5	14,3	Dışarı gezileri	49
50	Su sporları	1	5,9	4	11,4	Balık tutma	50
51	Kar sporları	1	5,9	3	8,6	Mektup yazma	51
52	Taklit oyunlar	0	0,0	3	8,6	Jimnastik yapma	52
53	Kütüphaneye gitme	0	0,0	2	5,7	Okul ödevi için yardım	53
54	Ev işleri yapma	0	0,0	2	5,7	Paralı iş yapma	54
55	Paralı iş yapma	0	0,0	1	2,9	Dans etmeyi öğrenme	55

Erkeklerde;

En çok katılımı olan aktivite; Sp'li erkek çocuklarında 1. sırada %100,0 ile televizyon veya kiralanan film izleme olurken, sağlıklı erkek çocuklarında 1. sırada %91,4 ile bilgisayar veya video oyunları oynama aktivitesi olduğu bulunmuştur (tablo 4.15).

En az katılımı olan aktivite; Sp'li erkek çocuklarında hiç katılımı olmayan taklit veya hayali oyunlar oynama, kütüphaneye gitme, günlük ev işleri yapma ve paralı bir iş yapma aktiviteleri olurken, sağlıklı erkek çocuklarında en az katılımı olan %2,9 ile dans etmeyi öğrenme aktivitesi olduğu bulunmuştur (tablo 4.15).

Tablo 4.16. CAPE Cinsiyete Göre Aktivite Katılım Sıralaması

Sıra No	Aktivite No	Kız (n=38)		Erkek (n=52)		Aktivite No	Sıra No
		n	%	n	%		
1	El sanatı, boyama	33	86,8	44	84,6	Ev ödevi yapma	1
2	Ziyarete gitme	33	86,8	43	82,7	Bilgisayar oynama	2
3	Ev ödevi yapma	33	86,8	43	82,7	Dışarıda takılma	3
4	Oyunlar oynama	30	78,9	35	67,3	El sanatı, boyama	4
5	Yapboz yapma	28	73,7	34	65,4	Telefonda konuşma	5
6	Okuma	28	73,7	33	63,5	Tv izleme	6
7	Bilgisayar oynama	26	68,4	32	61,5	Oyunlar oynama	7
8	Okul kluplerine katılma	25	65,8	31	59,6	Başkalarını eğlendirme	8
9	Müzik dinleme	25	65,8	31	59,6	Okuma	9
10	Tv izleme	24	63,2	30	57,7	Ziyarete gitme	10
11	Bir şeyler biriktirme	23	60,5	30	57,7	Dolaşmaya çıkma	11
12	Alışveriş yapma	22	57,9	30	57,7	Müzik dinleme	12
13	Telefonda konuşma	21	55,3	29	55,8	Kart oyunları oynama	13
14	Şarkı söylemeyi öğrenme	21	55,3	28	53,8	Bir şeyler biriktirme	14
15	Dışarıda takılma	20	52,6	28	53,8	Oyuncakla oynama	15
16	Oyuncakla oynama	19	50,0	28	53,8	Takım sporu	16
17	Kart oyunları oynama	18	47,4	27	51,9	Dini aktivite	17
18	Bisiklet,paten,kaykay	18	47,4	27	51,9	Okul kluplerine katılma	18
19	Başkalarını eğlendirme	17	44,7	27	51,9	Alışveriş yapma	19
20	hayvanla oynama	17	44,7	24	46,2	Yapboz yapma	20
21	Dolaşmaya çıkma	17	44,7	23	44,2	Sinemaya gitme	21
22	Yiyecek hazırlama	16	42,1	22	42,3	hayvanla oynama	22
23	Dini aktivite	15	39,5	21	40,4	Bisiklet,paten,kaykay	23
24	Hikaye yazma	14	36,8	20	38,5	Fiziksel aktivite	24
25	Müzik aleti çalma	14	36,8	18	34,6	Partiye gitme	25
26	Dans etme	14	36,8	18	34,6	Hikaye yazma	26
27	Sinemaya gitme	13	34,2	18	34,6	yariş,pist,saha sporu	27
28	Hayvana bakma	13	34,2	17	32,7	Yüzme	28
29	Partiye gitme	12	31,6	16	30,8	Hayvana bakma	29
30	Fiziksel aktivite	12	31,6	15	28,8	Müzik aleti çalma	30
31	Taklit oyunlar	11	28,9	14	26,9	Taklit oyunlar	31

Tablo 4.16'nın devamı

Sıra No	Aktivite No	Kız (n=38)		Erkek (n=52)		Aktivite No	Sıra No
		n	%	n	%		
32	Yüzme	11	28,9	14	26,9	Dövüş sporları	32
33	Canlı gösteriler	11	28,9	13	25,0	Bahçe işleri	33
34	Gönüllü iş yapma	11	28,9	13	25,0	Takım oyunu olmayan	34
35	Mektup yazma	10	26,3	13	25,0	Canlı gösteriler	35
36	Dans etmeyi öğrenme	9	23,7	12	23,1	Toplumsal organizasyon	36
37	Ev işleri yapma	9	23,7	11	21,2	Ata binme	37
38	Takım sporu	8	21,1	11	21,2	Dans etme	38
39	Müzik dersi alma	8	21,1	11	21,2	Yiyecek hazırlama	39
40	Ata binme	7	18,4	10	19,2	Şarkı söylemeyi öğrenme	40
41	Jimnastik yapma	6	15,8	10	19,2	Müzik dersi alma	41
42	yarış,pist,saha sporu	6	15,8	10	19,2	Araç gereçlerle oynama	42
43	Sanat dersi alma	6	15,8	10	19,2	Gönüllü iş yapma	43
44	Okul ödevi için yardım	6	15,8	9	17,3	Dışarı gezileri	44
45	Su sporları	6	15,8	8	15,4	Su sporları	45
46	Bahçe işleri	6	15,8	8	15,4	Kütüphaneye gitme	46
47	Toplumsal organizasyon	5	13,2	7	13,5	Sanat dersi alma	47
48	Araç gereçlerle oynama	5	13,2	7	13,5	Ev işleri yapma	48
49	Dışarı gezileri	5	13,2	6	11,5	Mektup yazma	49
50	Dövüş sporları	4	10,5	6	11,5	Kar sporları	50
51	Takım oyunu olmayan	4	10,5	6	11,5	Balık tutma	51
52	Kütüphaneye gitme	4	10,5	5	9,6	Jimnastik yapma	52
53	Balık tutma	3	7,9	4	7,7	Okul ödevi için yardım	53
54	Kar sporları	2	5,3	2	3,8	Dans etmeyi öğrenme	54
55	Paralı iş yapma	1	2,6	2	3,8	Paralı iş yapma	55

Sp'li ve sağlıklı tüm kızlarda; en çok katılımı olan aktivite, 1. sırada %86,8 ile el sanatı, çizim ve boyama yapma ve ziyarete gitme aktiviteleri olurken, en az katılımı olan aktivitenin %2,6 ile paralı bir iş yapma aktivitesi olduğu bulunmuştur (tablo 4.16).

Sp'li ve sağlıklı tüm erkeklerde; en çok katılımı olan aktivite, 1. sırada %84,6 ile ev ödevi yapma olurken, en az katılımı olan aktivite, %3,8 ile paralı bir iş yapma ve dans etmeyi öğrenme aktiviteleri olduğu bulunmuştur (tablo 4.16).

Tablo 4.17. CAPE Cinsiyete Göre Planlanmamış Aktivite Katılım Sıralaması

Sıra No	Aktivite No	Kız (n=38)		Erkek (n=52)		Aktivite No	Sıra No
		n	%	n	%		
1	El sanatı, boyama	33	86,8	44	84,6	Ev ödevi yapma	1
2	Ziyarete gitme	33	86,8	43	82,7	Bilgisayar oynama	2
3	Ev ödevi yapma	33	86,8	43	82,7	Dışarıda takılma	3
4	Oyunlar oynama	30	78,9	35	67,3	El sanatı, boyama	4
5	Yapboz yapma	28	73,7	34	65,4	Telefonda konuşma	5
6	Okuma	28	73,7	33	63,5	Tv izleme	6
7	Bilgisayar oynama	26	68,4	32	61,5	Oyunlar oynama	7
8	Müzik dinleme	25	65,8	31	59,6	Başkalarını eğlendirme	8
9	Tv izleme	24	63,2	31	59,6	Okuma	9
10	Bir şeyler biriktirme	23	60,5	30	57,7	Ziyarete gitme	10
11	Alışveriş yapma	22	57,9	30	57,7	Dolaşmaya çıkma	11
12	Telefonda konuşma	21	55,3	30	57,7	Müzik dinleme	12
13	Dışarıda takılma	20	52,6	29	55,8	Kart oyunları oynama	13
14	Oyuncakla oynama	19	50,0	28	53,8	Bir şeyler biriktirme	14
15	Kart oyunları oynama	18	47,4	28	53,8	Oyuncakla oynama	15
16	Bisiklet,paten,kaykay	18	47,4	27	51,9	Alışveriş yapma	16
17	Başkalarını eğlendirme	17	44,7	24	46,2	Yapboz yapma	17
18	Evcil hayvanla oynama	17	44,7	23	44,2	Sinemaya gitme	18
19	Dolaşmaya çıkma	17	44,7	22	42,3	Evcil hayvanla oynama	19
20	Yiyecek hazırlama	16	42,1	21	40,4	Bisiklet,paten,kaykay	20
21	Hikaye yazma	14	36,8	20	38,5	Fiziksel aktivite	21
22	Dans etme	14	36,8	18	34,6	Partiye gitme	22
23	Sinemaya gitme	13	34,2	18	34,6	Hikaye yazma	23
24	Evcil hayvana bakma	13	34,2	16	30,8	Evcil hayvana bakma	24
25	Partiye gitme	12	31,6	14	26,9	Taklit oyunlar	25
26	Fiziksel aktivite	12	31,6	13	25,0	Bahçe işleri	26
27	Taklit oyunlar	11	28,9	13	25,0	Takım oyunu olmayan	27
28	Canlı gösteriler	11	28,9	13	25,0	Canlı gösteriler	28
29	Gönüllü iş yapma	11	28,9	11	21,2	Dans etme	29
30	Mektup yazma	10	26,3	11	21,2	Yiyecek hazırlama	30
31	Ev işleri yapma	9	23,7	10	19,2	Araç gereçlerle oynama	31

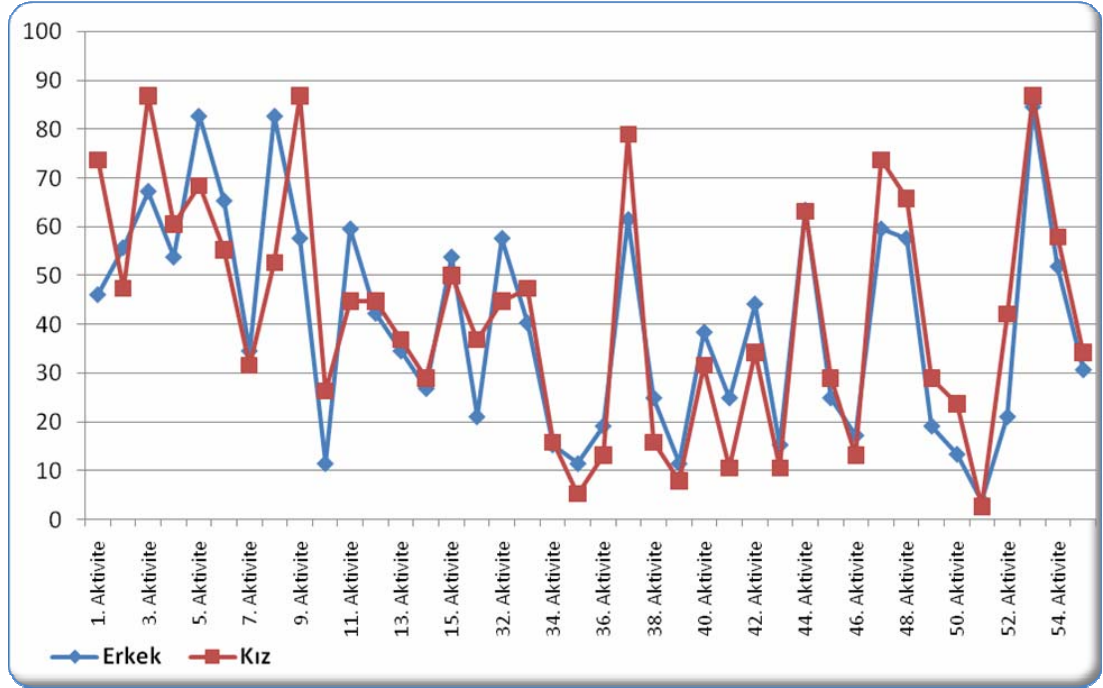
Tablo 4.17'nin devamı

Sıra No	Aktivite No	Kız (n=38)		Erkek (n=52)		Aktivite No	Sıra No
		n	%	n	%		
32	Su sporları	6	15,8	10	19,2	Gönüllü iş yapma	32
33	Bahçe işleri	6	15,8	9	17,3	Dışarı gezileri	33
34	Araç gereçlerle oynama	5	13,2	8	15,4	Su sporları	34
35	Dışarı gezileri	5	13,2	8	15,4	Kütüphaneye gitme	35
36	Takım oyunu olmayan	4	10,5	7	13,5	Ev işleri yapma	36
37	Kütüphaneye gitme	4	10,5	6	11,5	Mektup yazma	37
38	Balık tutma	3	7,9	6	11,5	Kar sporları	38
39	Kar sporları	2	5,3	6	11,5	Balık tutma	39
40	Paralı iş yapma	1	2,6	2	3,8	Paralı iş yapma	40

Planlanmamış aktivite katılımında;

Kızlarda; en çok katılımı olan aktivite, 1. sırada %86,8 ile el sanatı, çizim veya boyama yapma ve ziyarete gitme aktiviteleri olurken, en az katılımı olan aktivite, %2,6 ile paralı bir iş yapma aktivitesi olmuştur (tablo 4.17).

Erkeklerde; en çok katılımı olan aktivite, 1. sırada %84,6 ile ev ödevi yapma olurken, en az katılımı olan aktivite, %3,8 ile paralı bir iş yapma aktivitesi olmuştur (4.17).



Şekil 4.13. CAPE Cinsiyete Göre Planlanmamış Aktivite Katılımı

- 1.Aktivite: yapboz yapma,
3.Aktivite: el sanatı, çizim veya boyama yapma,
5.Aktivite: bilgisayar veya video oyunları oynama,
7.Aktivite: partiye gitme,
9.Aktivite: ziyarete gitme,
11.Aktivite: başkalarını eğlendirme,
13.Aktivite: hikaye yazma,
15.Aktivite: bir şeyler veya oyuncaklarla oynama,
32.Aktivite: yürüyüşe veya dolaşmaya çıkma,
34.Aktivite: su sporları yapma,
36.Aktivite: araç gereçlerle oynama,
38.Aktivite: bahçe işleriyle uğraşma,
40.Aktivite: bireysel fiziksel aktiviteleri yapma,
42.Aktivite: sinemaya gitme,
44.Aktivite: televizyon veya kiralanan film izleme,
46.Aktivite: bütün gün süren dışarı gezilerine gitme,
48.Aktivite: müzik dinleme,
50.Aktivite: günlük ev işleri yapma,
52.Aktivite: yiyecek hazırlama,
54.Aktivite: alışveriş yapma (şekil 4.13).

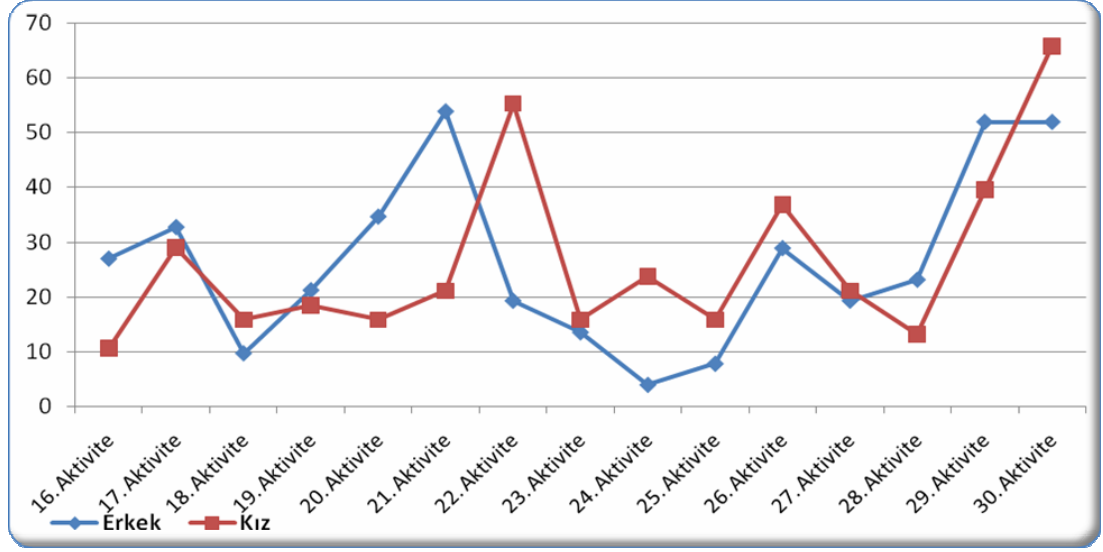
Tablo 4.18. CAPE Cinsiyete Göre Planlanmış Aktivite Katılım Sıralaması

Sıra No	Aktivite No	Kız (n=38)		Erkek (n=52)		Aktivite No	Sıra No
		n	%	n	%		
1	Okul kluplerine katılma	25	65,8	28	53,8	Takım sporu	1
2	Şarkı söylemeyi öğrenme	21	55,3	27	51,9	Dini aktivite	2
3	Dini aktivite	15	39,5	27	51,9	Okul kluplerine katılma	3
4	Müzik aleti çalma	14	36,8	18	34,6	yarış,pist,saha sporu	4
5	Yüzme	11	28,9	17	32,7	Yüzme	5
6	Dans etmeyi öğrenme	9	23,7	15	28,8	Müzik aleti çalma	6
7	Takım sporu	8	21,1	14	26,9	Dövüş sporları	7
8	Müzik dersi alma	8	21,1	12	23,1	Toplumsal organizasyon	8
9	Ata binme	7	18,4	11	21,2	Ata binme	9
10	Jimnastik yapma	6	15,8	10	19,2	Şarkı söylemeyi öğrenme	10
11	yarış,pist,saha sporu	6	15,8	10	19,2	Müzik dersi alma	11
12	Sanat dersi alma	6	15,8	7	13,5	Sanat dersi alma	12
13	Okul ödevi için yardım	6	15,8	5	9,6	Jimnastik yapma	13
14	Toplumsal organizasyon	5	13,2	4	7,7	Okul ödevi için yardım	14
15	Dövüş sporları	4	10,5	2	3,8	Dans etmeyi öğrenme	15

Planlanmış aktivite katılımında;

Kızlarda; en çok katılımı olan aktivite, 1. sırada %65,8 ile okul kluplerine katılma aktivitesi olurken, en az katılımı olan aktivitenin %10,5 ile dövüş sporları yapma aktivitesi olduğu bulunmuştur (tablo 4.18).

Erkeklerde; en çok katılımı olan aktivite 1. sırada %53,8 ile takım sporu yapma aktivitesi olurken, en az katılımı olan aktivite %3,8 ile dans etmeyi öğrenme aktivitesi olduğu bulunmuştur (tablo 4.18).



Şekil 4.14. CAPE Cinsiyete Göre Planlanmış Aktivite Katılımı

- 16. Aktivite:** dövüş sporları yapma,
17. Aktivite: yüzmeye,
18. Aktivite: jimnastik yapma,
19. Aktivite: ata binme,
20. Aktivite: yarış veya pist ve saha sporları yapma,
21. Aktivite: takım sporu yapma,
22. Aktivite: şarkı söylemeyi öğrenme (koro veya bireysel dersler),
23. Aktivite: sanat dersi alma,
24. Aktivite: dans etmeyi öğrenme,
25. Aktivite: bir öğretmenden okul ödevi için ilave yardım alma,
26. Aktivite: müzik aleti çalma,
27. Aktivite: müzik dersleri alma,
28. Aktivite: toplumsal organizasyonlara katılma,
29. Aktivite: dini bir aktivite yapma,
30. Aktivite: okul klüplerine katılma (şekil 4.14).

4.10. CAPE Aktivite Katılım Değerlerinin Yaşa Göre Karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Tablo 4.19. CAPE Aktivite Katılım Değerlerinin Yaşa Göre Karşılaştırılması

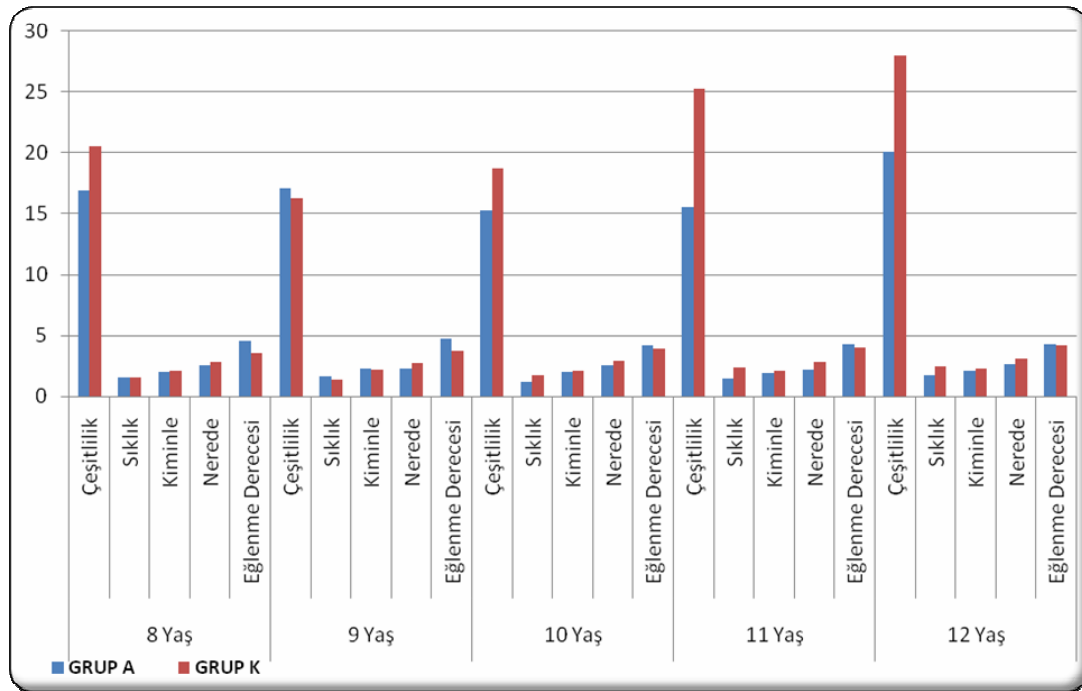
		GRUP A (n=30)				GRUP K (n=60)				P
		Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
8 Yaş	Çeşitlilik ¹	16,8	4,7	8,0	24,0	20,4	5,1	15,0	31,0	0,111
	Sıklık ²	1,5	0,5	0,4	2,2	1,6	0,4	0,9	2,1	0,669
	Kiminle ³	2,0	0,4	1,3	2,6	2,1	0,5	1,4	2,8	0,647
	Nerede ⁴	2,5	0,5	1,7	3,8	2,8	0,4	2,2	3,3	0,172
	Eğlenme Derecesi ⁵	4,5	0,5	3,3	5,0	3,5	0,6	2,6	4,4	0,085
9 Yaş	Çeşitlilik ¹	17,0	2,8	15,0	19,0	16,2	6,8	8,0	35,0	0,571
	Sıklık ²	1,6	0,6	1,2	2,1	1,3	0,5	0,4	1,9	0,305
	Kiminle ³	2,3	0,2	2,1	2,4	2,2	0,5	1,2	3,1	0,800
	Nerede ⁴	2,2	0,0	2,2	2,3	2,8	0,7	1,5	3,9	0,305
	Eğlenme Derecesi ⁵	4,7	0,0	4,7	4,7	3,7	0,9	1,5	4,9	0,076
10 Yaş	Çeşitlilik ¹	15,2	1,3	14,0	17,0	18,7	6,2	11,0	34,0	0,067
	Sıklık ²	1,2	0,3	0,7	1,7	1,7	0,8	0,8	3,5	0,079
	Kiminle ³	2,0	0,3	1,7	2,4	2,1	0,5	1,3	3,0	0,753
	Nerede ⁴	2,5	0,7	1,9	3,6	2,9	0,6	1,5	3,9	0,224
	Eğlenme Derecesi ⁵	4,2	0,7	3,3	4,9	3,9	0,6	2,8	4,8	0,157
11 Yaş	Çeşitlilik ¹	15,5	0,7	15,0	16,0	25,2	7,8	11,0	39,0	0,076
	Sıklık ²	1,4	0,1	1,4	1,5	2,3	0,9	0,8	3,8	0,076
	Kiminle ³	1,9	0,3	1,7	2,1	2,1	0,3	1,4	2,5	0,476
	Nerede ⁴	2,2	0,2	2,0	2,3	2,8	0,8	1,2	3,8	0,229
	Eğlenme Derecesi ⁵	4,3	0,2	4,1	4,4	4,0	0,5	3,3	4,8	0,381
12 Yaş	Çeşitlilik ¹	20,0	8,9	8,0	37,0	27,9	5,4	19,0	35,0	0,021*
	Sıklık ²	1,7	0,9	0,7	3,6	2,5	0,7	1,3	3,9	0,021*
	Kiminle ³	2,1	0,4	1,7	2,9	2,3	0,6	1,0	3,5	0,186
	Nerede ⁴	2,7	0,6	1,7	3,5	3,1	1,0	1,1	4,9	0,262
	Eğlenme Derecesi ⁵	4,3	0,5	3,3	4,9	4,2	0,5	3,4	5,0	0,512
P	Çeşitlilik ¹		0,826				0,000*			
	Sıklık ²		0,619				0,000*			
	Kiminle ³		0,758				0,855			
	Nerede ⁴		0,758				0,806			
	Eğlenme Derecesi ⁵		0,447				0,164			

*= p<0,05

Sp'li çocuklarda, yaşa göre aktivite katılım değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), sağlıklı çocuklarda yaşa göre katılım gösterilen aktivite sayısı ve sıklığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (tablo 4.19).

Sağlıklı çocuklarda farklılığın hangi grup/gruplardan kaynaklandığını bulmak için alt testler uygulanmış; katılım gösterilen aktivite sayısı yönünden 9 yaşındakiler ile 11 ve 12 yaşındakiler arasında, ayrıca 10 yaş ile 12 yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sağlıklı çocuklarda yaşın büyümesiyle katılım gösterilen aktivite sayılarının arttığı tespit edilmiştir. Aktivitelere katılım sıklığı yönünden 9 ve 10 yaşlar ile 11 ve 12 yaşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. sağlıklı çocuklarda yaş büyüdükçe aktivitelere katılım sıklığının arttığı tespit edilmiştir (tablo 4.19).

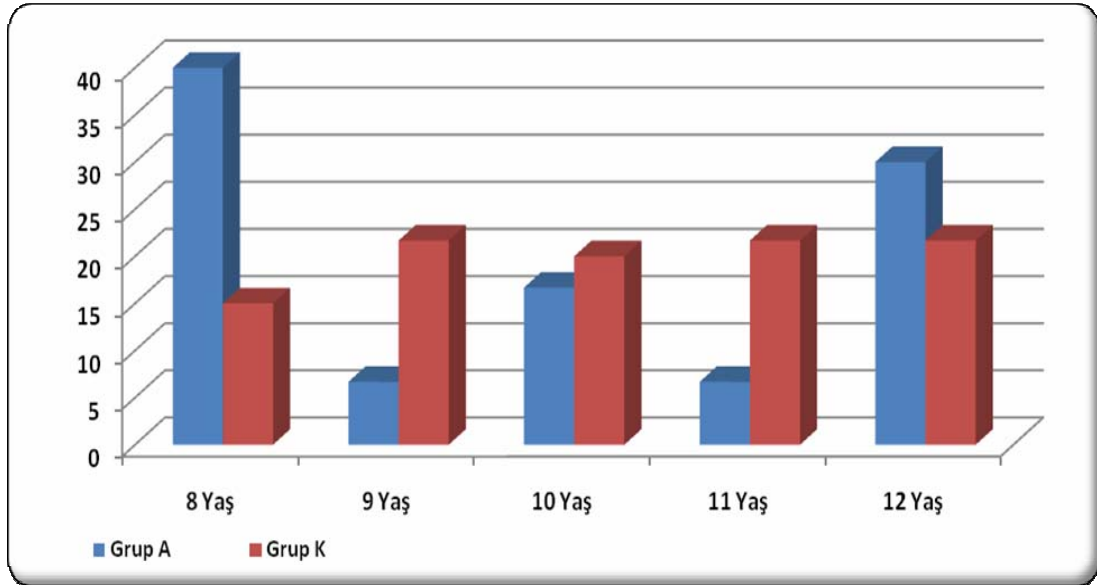
Yaşa göre aktivite katılımları Araştırma ve Kontrol gruplarında karşılaştırıldığında; 12 yaşta katılım gösterilen aktivite sayısı ve sıklığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). 12 yaşındaki sp'li çocukların aktivitelere 12 yaşındaki sağlıklı çocuklara göre sayı ve sıklık olarak daha az katıldıkları tespit edilmiştir (tablo 4.19).



Şekil 4.15. CAPE Aktivite Katılımının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Tablo 4.20. Yaşın Gruplara Göre Dağılımı

	Grup A		Grup K		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
8 Yaş	12	40,0	9	15,0	21	23,3
9 Yaş	2	6,7	13	21,7	15	16,7
10 Yaş	5	16,7	12	20,0	26	18,9
11 Yaş	2	6,7	13	21,7	15	16,7
12 Yaş	9	30,0	13	21,7	22	24,4
Toplam	30	100,0	60	100,0	90	100,0



Şekil 4.16. Yaşa Göre Grupların Karşılaştırılması (%)

4.11. CAPE Aktivite Katılım Değerlerinin GMFCS'ye Göre Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

Tablo 4.21. Sp'li Çocukların GMFCS Seviyelerine Göre Dağılımı

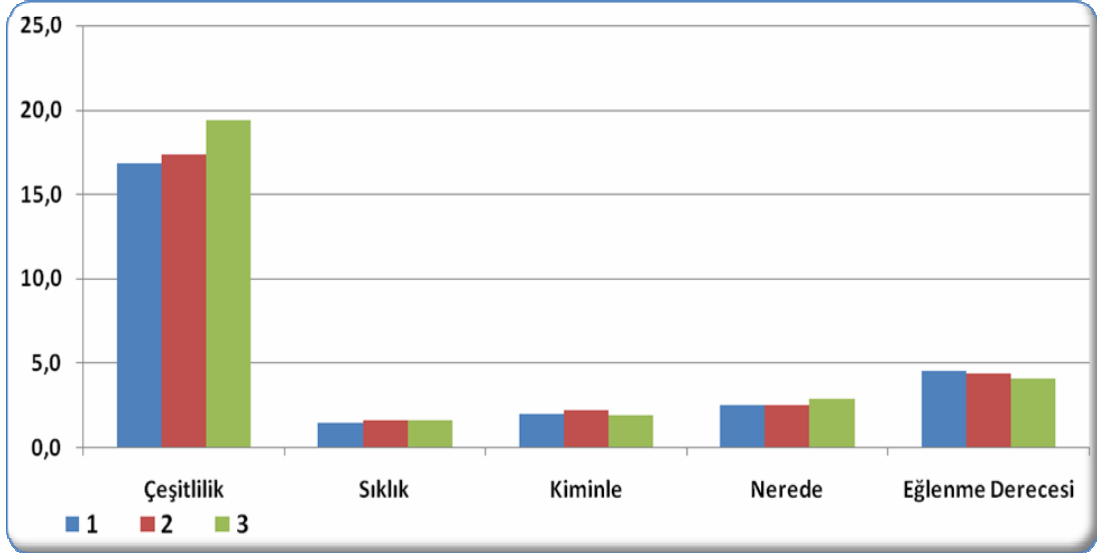
GRUP A (n=30)		
	n	%
GMFCS - 1	14	46,7
GMFCS - 2	11	36,7
GMFCS - 3	5	16,7

Çalışmaya GMFCS seviyelerine göre 1. seviyede 14, 2. seviyede 11 ve 3. seviyede 5 çocuk katılmıştır (tablo 4.21).

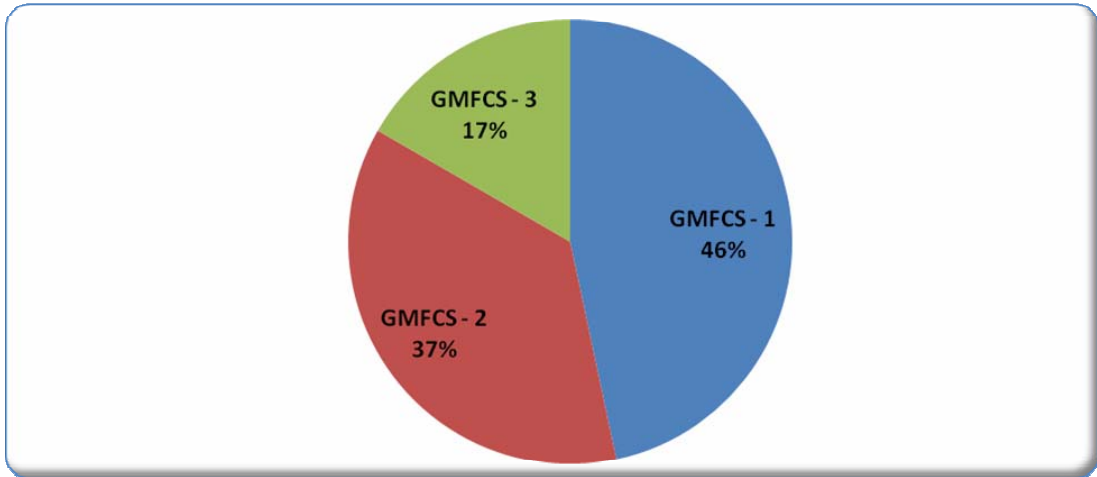
Tablo 4.22. CAPE Aktivite Katılım Değerlerinin GMFCS'ye Göre Karşılaştırılması

		GRUP A (n=30)			
		Mean	SD	Min	Max
GMFCS - 1	Çeşitlilik¹	16,8	4,9	8,0	24,0
	Sıklık²	1,5	0,4	0,7	2,2
	Kiminle³	2,0	0,4	1,3	2,6
	Nerede⁴	2,5	0,5	1,7	3,5
	Eğlenme Derecesi⁵	4,5	0,4	3,9	5,0
GMFCS - 2	Çeşitlilik¹	17,4	7,3	8,0	37,0
	Sıklık²	1,6	0,8	0,4	3,6
	Kiminle³	2,2	0,4	1,7	2,9
	Nerede⁴	2,4	0,6	1,7	3,8
	Eğlenme Derecesi⁵	4,4	0,5	3,3	5,0
GMFCS - 3	Çeşitlilik¹	19,4	5,6	15,0	29,0
	Sıklık²	1,6	0,6	0,7	2,3
	Kiminle³	1,9	0,1	1,7	2,1
	Nerede⁴	2,9	0,6	2,2	3,6
	Eğlenme Derecesi⁵	4,0	0,7	3,3	4,8
P	Çeşitlilik¹		0,708		
	Sıklık²		0,873		
	Kiminle³		0,234		
	Nerede⁴		0,300		
	Eğlenme Derecesi⁵		0,231		
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)			

Araştırma grubunda, GMFCS'ye göre aktivite katılım değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Sp'li çocuklarda GMFCS 1, 2 ve 3 seviyelerinin aktivite katılımında etkili olmadığı tespit edilmiştir (tablo 4.22).



Şekil 4.17. Aktivite Katılım Değerlerinin GMFCS'ye Göre Karşılaştırılması



Şekil 4.18. Toplam Aktivite Katılım Değerlerinin GMFCS'ye göre karşılaştırılması

4.12. PAC Aktivite Tercihinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Tablo 4.23. PAC'e Göre En Çok Yapılmak İstenen Aktiviteler

	GRUP A (n=30)						GRUP K (n=60)								
	1		2		3		1		2		3				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
1.	TV	1	3,3	0	0,0	29	96,7	7	11,7	9	15,0	44	73,3	Bilgisayar Oynama	1.
2.	Oyun Oynama	1	3,3	3	10,0	26	86,7	10	16,7	7	11,7	43	71,7	Bisiklet	2.
3.	Bilgisayar Oynama	3	10,0	2	6,7	25	83,3	12	20,0	7	11,7	41	68,3	Sinema	3.
4.	Ziyarete Gitme	2	6,7	3	10,0	25	83,3	13	21,7	8	13,3	39	65,0	Biriktirme	4.
5.	Alışveriş	1	3,3	4	13,3	25	83,3	12	20,0	9	15,0	39	65,0	Oyun Oynama	5.
6.	Dışarıda Takılma	4	13,3	2	6,7	24	80,0	13	21,7	8	13,3	39	65,0	Yüzme	6.
7.	Sinema	4	13,3	2	6,7	24	80,0	8	13,3	13	21,7	39	65,0	Okuma	7.
8.	Müzik Dinleme	4	13,3	2	6,7	24	80,0	12	20,0	10	16,7	38	63,3	Hayvanla Oynama	8.
9.	Yüzme	5	16,7	1	3,3	24	80,0	13	21,7	9	15,0	38	63,3	Hayvan Bakma	9.
10.	Telefonda Konuşma	4	13,3	3	10,0	23	76,7	13	21,7	9	15,0	38	63,3	Dışarıda Takılma	10.
11.	Dışarı Gezi	6	20,0	1	3,3	23	76,7	10	16,7	12	20,0	38	63,3	Ev Ödevi	11.
12.	Müzik Aleti Çal.	5	16,7	3	10,0	22	73,3	18	30,0	5	8,3	37	61,7	Canlı Gösteri	12.
13.	Ata Binme	8	26,7	1	3,3	21	70,0	14	23,3	10	16,7	36	60,0	Takım Sporlu	13.
14.	Canlı Gösteri	7	23,3	3	10,0	20	66,7	18	30,0	7	11,7	35	58,3	Gönüllü İş Yapma	14.
15.	Dolaşma	7	23,3	4	13,3	19	63,3	16	26,7	10	16,7	34	56,7	El Sanatı	15.
16.	Hayvan Bakma	11	36,7	0	0,0	19	63,3	20	33,3	6	10,0	34	56,7	Müzik Aleti Çal.	16.
17.	Partiye Gitme	9	30,0	2	6,7	19	63,3	17	28,3	9	15,0	34	56,7	Dini Aktivite	17.
18.	Dini Aktivite	11	36,7	1	3,3	18	60,0	17	28,3	10	16,7	33	55,0	Dolaşma	18.
19.	Okuma	6	20,0	6	20,0	18	60,0	18	30,0	10	16,7	32	53,3	Ata Binme	19.
20.	Ev Ödevi	7	23,3	5	16,7	18	60,0	19	31,7	11	18,3	30	50,0	Kart Oyunları	20.
21.	Şarkı Öğrenme	12	40,0	1	3,3	17	56,7	22	36,7	8	13,3	30	50,0	TV	21.
22.	Sanat Dersi	12	40,0	1	3,3	17	56,7	18	30,0	12	20,0	30	50,0	Partiye Gitme	22.
23.	Müzik Dersi	11	36,7	2	6,7	17	56,7	19	31,7	11	18,3	30	50,0	Eğlendirme	23.
24.	Balık Tutma	11	36,7	3	10,0	16	53,3	15	25,0	15	25,0	30	50,0	Müzik Dinleme	24.

Tablo 4.23'ün devamı

		GRUP A (n=30)						GRUP K (n=60)							
		1		2		3		1		2		3			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
25.	El Sanatı	14	46,7	1	3,3	15	50,0	26	43,3	5	8,3	29	48,3	Kar Sporü	25.
26.	Birikirme	11	36,7	4	13,3	15	50,0	20	33,3	11	18,3	29	48,3	Ahşveriş	26.
27.	Okul Klupleri	12	40,0	3	10,0	15	50,0	26	43,3	7	11,7	27	45,0	Yarış	27.
28.	Bisiklet	15	50,0	0	0,0	15	50,0	21	35,0	12	20,0	27	45,0	Su Sporü	28.
29.	Su Sporü	14	46,7	1	3,3	15	50,0	25	41,7	10	16,7	25	41,7	Oy.Oynama	29.
30.	Bahçe İşleri	13	43,3	2	6,7	15	50,0	19	31,7	16	26,7	25	41,7	Ziyarete Gitme	30.
31.	Eğlendirme	12	40,0	3	10,0	15	50,0	23	38,3	13	21,7	24	40,0	Balık Tutma	31.
32.	Dans Öğrenme	14	46,7	1	3,3	15	50,0	19	31,7	17	28,3	24	40,0	Dışarı Gezi	32.
33.	Mektup Yazma	11	36,7	4	13,3	15	50,0	20	33,3	16	26,7	24	40,0	Yiyecek Haz.	33.
34.	Kütüphane	12	40,0	3	10,0	15	50,0	30	50,0	6	10,0	24	40,0	Top. Organizasyon	34.
35.	Oy.Oynama	9	30,0	7	23,3	14	46,7	29	48,3	8	13,3	23	38,3	Şarkı Öğrenme	35.
36.	Hayvanla Oynama	15	50,0	2	6,7	13	43,3	33	55,0	4	6,7	23	38,3	Sanat Dersi	36.
37.	Hikaye Yazma	13	43,3	4	13,3	13	43,3	26	43,3	11	18,3	23	38,3	Dans Etme	37.
38.	Ödev İçin Yardım	14	46,7	3	10,0	13	43,3	29	48,3	8	13,3	23	38,3	Kütüphane	38.
39.	Kart Oyunları	13	43,3	5	16,7	12	40,0	27	45,0	11	18,3	22	36,7	Fiziksel Ak.	39.
40.	Takım Sporü	14	46,7	4	13,3	12	40,0	28	46,7	10	16,7	22	36,7	Müzik Dersi	40.
41.	Yiyecek Haz.	16	53,3	2	6,7	12	40,0	27	45,0	11	18,3	22	36,7	Hikaye Yazma	41.
42.	Yapboz	9	30,0	10	33,3	11	36,7	26	43,3	13	21,7	21	35,0	Okul Klupleri	42.
43.	Dans Etme	15	50,0	4	13,3	11	36,7	28	46,7	12	20,0	20	33,3	Taklit	43.
44.	Kar Sporü	17	56,7	4	13,3	9	30,0	28	46,7	12	20,0	20	33,3	Bahçe İşleri	44.
45.	Fiziksel Ak.	18	60,0	3	10,0	9	30,0	25	41,7	15	25,0	20	33,3	Telefonda Konuşma	45.
46.	Jimnastik	19	63,3	2	6,7	9	30,0	31	51,7	9	15,0	20	33,3	Dans Öğrenme	46.
47.	Top. Organizasyon	20	66,7	2	6,7	8	26,7	26	43,3	14	23,3	20	33,3	Ödev İçin Yardım	47.
48.	Araçgereç	22	73,3	1	3,3	7	23,3	31	51,7	10	16,7	19	31,7	Ev İşleri	48.
49.	Dövüş Spor	24	80,0	1	3,3	5	16,7	19	31,7	23	38,3	18	30,0	Yapboz	49.
50.	Yarış	23	76,7	2	6,7	5	16,7	28	46,7	14	23,3	18	30,0	Tk.Oyunuolmayan	50.
51.	Tk.Oyunuolmayan	24	80,0	1	3,3	5	16,7	24	40,0	19	31,7	17	28,3	Araçgereç	51.
52.	Taklit	25	83,3	1	3,3	4	13,3	30	50,0	13	21,7	17	28,3	Jimnastik	52.
53.	Paralı İş	25	83,3	1	3,3	4	13,3	37	61,7	9	15,0	14	23,3	Dövüş Spor	53.
54.	Ev İşleri	23	76,7	3	10,0	4	13,3	39	65,0	11	18,3	10	16,7	Paralı İş	54.
55.	Gönüllü İş Yapma	23	76,7	4	13,3	3	10,0	43	71,7	7	11,7	10	16,7	Mektup Yazma	55.

Sp'li çocuklarda 1. sırada %96,7 ile en çok yapılmak istenen aktivite televizyon veya kiralınmış film izleme olurken, sağlıklı çocuklarda 1. sırada %73,3 ile bilgisayar veya video oyunları oynama aktivitesi olduğu bulunmuştur (tablo 4.23).

Tablo 4.24. PAC'e Göre En Az Yapılmak İstenen Aktiviteler

		GRUP A (n=30)						GRUP K (n=60)							
		1		2		3		1		2		3			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1.	Gönüllü İş Yapma	23	76,7	4	13,3	3	10,0	39	65,0	11	18,3	10	16,7	Paralı İş	1.
2.	Taklit	25	83,3	1	3,3	4	13,3	43	71,7	7	11,7	10	16,7	Mektup Yazma	2.
3.	Paralı İş	25	83,3	1	3,3	4	13,3	37	61,7	9	15,0	14	23,3	Dövüş Spor	3.
4.	Ev İşleri	23	76,7	3	10,0	4	13,3	24	40,0	19	31,7	17	28,3	Araçgereç	4.
5.	Dövüş Spor	24	80,0	1	3,3	5	16,7	30	50,0	13	21,7	17	28,3	Jimnastik	5.
6.	Yarış	23	76,7	2	6,7	5	16,7	19	31,7	23	38,3	18	30,0	Yapboz	6.
7.	T.Oyunuolmayan	24	80,0	1	3,3	5	16,7	28	46,7	14	23,3	18	30,0	T.Oyunuolmayan	7.
8.	Araçgereç	22	73,3	1	3,3	7	23,3	31	51,7	10	16,7	19	31,7	Ev İşleri	8.
9.	Top. Organizasyon	20	66,7	2	6,7	8	26,7	28	46,7	12	20,0	20	33,3	Taklit	9.
10.	Kar Spor	17	56,7	4	13,3	9	30,0	28	46,7	12	20,0	20	33,3	Bahçe İşleri	10.
11.	Fiziksel Ak.	18	60,0	3	10,0	9	30,0	25	41,7	15	25,0	20	33,3	Telefonda Konuşma	11.
12.	Jimnastik	19	63,3	2	6,7	9	30,0	31	51,7	9	15,0	20	33,3	Dans Öğrenme	12.
13.	Yapboz	9	30,0	10	33,3	11	36,7	26	43,3	14	23,3	20	33,3	Ödev İçin Yardım	13.
14.	Dans Etme	15	50,0	4	13,3	11	36,7	26	43,3	13	21,7	21	35,0	Okul Klup	14.
15.	Kart Oyunları	13	43,3	5	16,7	12	40,0	27	45,0	11	18,3	22	36,7	Fiziksel Ak.	15.
16.	Takım Spor	14	46,7	4	13,3	12	40,0	28	46,7	10	16,7	22	36,7	Müzik Dersi	16.
17.	Yiyecek Haz.	16	53,3	2	6,7	12	40,0	27	45,0	11	18,3	22	36,7	Hikaye Yazma	17.
18.	Hayvan Oy.	15	50,0	2	6,7	13	43,3	29	48,3	8	13,3	23	38,3	Şarkı Öğrenme	18.
19.	Hikaye Yazma	13	43,3	4	13,3	13	43,3	33	55,0	4	6,7	23	38,3	Sanat Dersi	19.
20.	Ödev İçin Yardım	14	46,7	3	10,0	13	43,3	26	43,3	11	18,3	23	38,3	Dans Etme	20.
21.	Oy.Oynama	9	30,0	7	23,3	14	46,7	29	48,3	8	13,3	23	38,3	Kütüphane	21.
22.	El Sanatı	14	46,7	1	3,3	15	50,0	23	38,3	13	21,7	24	40,0	Balık Tutma	22.
23.	Biriktirme	11	36,7	4	13,3	15	50,0	19	31,7	17	28,3	24	40,0	Dışarı Gezi	23.
24.	Okul Klup	12	40,0	3	10,0	15	50,0	20	33,3	16	26,7	24	40,0	Yiyecek Haz.	24.
25.	Bisiklet	15	50,0	0	0,0	15	50,0	30	50,0	6	10,0	24	40,0	Top. Organizasyon	25.
26.	Su Spor	14	46,7	1	3,3	15	50,0	25	41,7	10	16,7	25	41,7	Oy.Oynama	26.
27.	Bahçe İşleri	13	43,3	2	6,7	15	50,0	19	31,7	16	26,7	25	41,7	Ziyarete Gitme	27.
28.	Eğlendirme	12	40,0	3	10,0	15	50,0	26	43,3	7	11,7	27	45,0	Yarış	28.
29.	Dans Öğrenme	14	46,7	1	3,3	15	50,0	21	35,0	12	20,0	27	45,0	Su Spor	29.

Tablo 4.23'ün devamı

		GRUP A (n=30)						GRUP K (n=60)							
		1		2		3		1		2		3			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
30.	Mektup Yazma	11	36,7	4	13,3	15	50,0	26	43,3	5	8,3	29	48,3	Kar Spor	30.
31.	Kütüphane	12	40,0	3	10,0	15	50,0	20	33,3	11	18,3	29	48,3	Alışveriş	31.
32.	Balık Tutma	11	36,7	3	10,0	16	53,3	19	31,7	11	18,3	30	50,0	Kart Oyunları	32.
33.	Şarkı Öğrenme	12	40,0	1	3,3	17	56,7	22	36,7	8	13,3	30	50,0	TV	33.
34.	Sanat Dersi	12	40,0	1	3,3	17	56,7	18	30,0	12	20,0	30	50,0	Partiye Gitme	34.
35.	Müzik Dersi	11	36,7	2	6,7	17	56,7	19	31,7	11	18,3	30	50,0	Eğlendirme	35.
36.	Dini Aktivite	11	36,7	1	3,3	18	60,0	15	25,0	15	25,0	30	50,0	Müzik Dinleme	36.
37.	Okuma	6	20,0	6	20,0	18	60,0	18	30,0	10	16,7	32	53,3	Ata Binme	37.
38.	Ev Ödevi	7	23,3	5	16,7	18	60,0	17	28,3	10	16,7	33	55,0	Dolaşma	38.
39.	Dolaşma	7	23,3	4	13,3	19	63,3	16	26,7	10	16,7	34	56,7	El Sanatı	39.
40.	Hayvan Bakma	11	36,7	0	0,0	19	63,3	20	33,3	6	10,0	34	56,7	Müzikaleti Çal.	40.
41.	Partiye Gitme	9	30,0	2	6,7	19	63,3	17	28,3	9	15,0	34	56,7	Dini Aktivite	41.
42.	Canlı Gösteri	7	23,3	3	10,0	20	66,7	18	30,0	7	11,7	35	58,3	Gönüllü İş Yapma	42.
43.	Ata Binme	8	26,7	1	3,3	21	70,0	14	23,3	10	16,7	36	60,0	Takım Spor	43.
44.	Müzikaleti Çal.	5	16,7	3	10,0	22	73,3	18	30,0	5	8,3	37	61,7	Canlı Gösteri	44.
45.	Telefonda Konuşma	4	13,3	3	10,0	23	76,7	12	20,0	10	16,7	38	63,3	Hayvan Oy.	45.
46.	Dışarı Gezi	6	20,0	1	3,3	23	76,7	13	21,7	9	15,0	38	63,3	Hayvan Bakma	46.
47.	Dışarıda Takılma	4	13,3	2	6,7	24	80,0	13	21,7	9	15,0	38	63,3	Dışarıda Takılma	47.
48.	Sinema	4	13,3	2	6,7	24	80,0	10	16,7	12	20,0	38	63,3	Ev Ödevi	48.
49.	Müzik Dinleme	4	13,3	2	6,7	24	80,0	13	21,7	8	13,3	39	65,0	Biriktirme	49.
50.	Yüzme	5	16,7	1	3,3	24	80,0	12	20,0	9	15,0	39	65,0	Oyun Oynama	50.
51.	Bilgisayar Oynama	3	10,0	2	6,7	25	83,3	13	21,7	8	13,3	39	65,0	Yüzme	51.
52.	Ziyarete Gitme	2	6,7	3	10,0	25	83,3	8	13,3	13	21,7	39	65,0	Okuma	52.
53.	Alışveriş	1	3,3	4	13,3	25	83,3	12	20,0	7	11,7	41	68,3	Sinema	53.
54.	Oyun Oynama	1	3,3	3	10,0	26	86,7	10	16,7	7	11,7	43	71,7	Bisiklet	54.
55.	TV	1	3,3	0	0,0	29	96,7	7	11,7	9	15,0	44	73,3	Bilgisayar Oynama	55.

Sp'li çocuklarda 1. sırada %10,0 ile en az yapılmak istenen aktivite gönüllü bir iş yapma aktivitesi olurken, sağlıklı çocuklarda 1. sırada %16,7 ile paralı bir iş yapma aktivitesi olduğu bulunmuştur (tablo 4.24).

Tablo 4.25. PAC Aktivite Tercihinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Aktivite Çeşidi	Grup A (n=30)				Grup K (n=60)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Eğlence ¹	2,12	0,3	1,5	2,8	2,21	0,4	1,3	2,9	0,281
Fiziksel ²	1,85	0,4	1,2	2,5	2,02	0,4	1,0	2,9	0,062
Sosyal ³	2,47	0,4	1,4	3,0	2,20	0,4	1,4	3,0	0,007*
Beceri Temelli ⁴	2,13	0,5	1,2	3,0	2,00	0,6	1,0	3,0	0,313
Kişisel Gelişim ⁵	2,07	0,5	1,2	2,9	2,07	0,5	1,1	3,0	0,977

1- 12 Aktivite

3- 10 Aktivite

5- 10 Aktivite

2- 13 Aktivite

4- 10 Aktivite

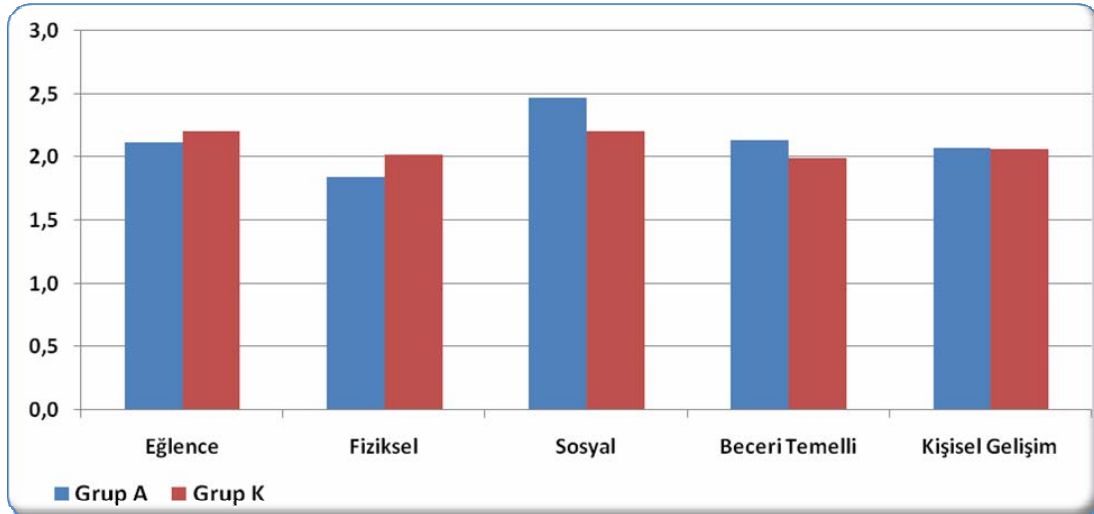
* = p<0,05

PAC anketinde toplam 55 aktivite mevcuttur.

Gruplar arasında Aktivite Tercihi yönünden; Eğlence, Fiziksel, Beceri Temelli ve Kişisel Gelişim aktivite tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), sosyal aktivite tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sp'li çocukların sosyal aktivite tercihlerinin sağlıklı çocuklara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (tablo 4.25).

Sp'li çocuklarda fiziksel aktivite en az tercih edilen aktivite olurken, sosyal aktivite en çok tercih edilen aktivite olmuştur (tablo 4.25).

Sağlıklı çocuklarda beceri temelli aktivite en az tercih edilen aktivite olurken, eğlence aktivitesi en çok tercih edilen aktivite olmuştur (tablo 4.25).

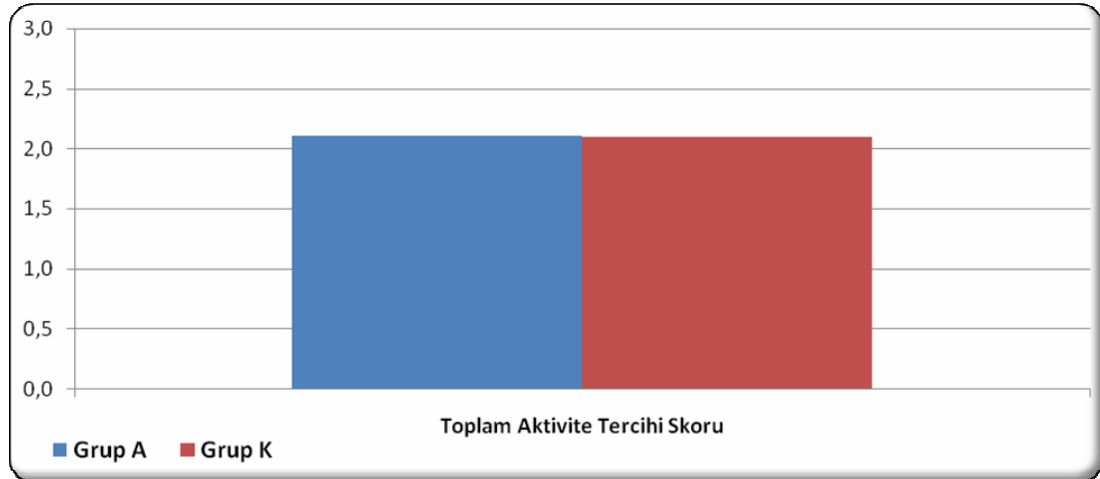


Şekil 4.19. PAC Aktivite Tercihinin Karşılaştırılması

Tablo 4.26. PAC Toplam Aktivite Tercihi Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=30)				Grup K (n=60)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Toplam Aktivite Tercihi Skoru	2,11	0,34	1,42	2,71	2,10	0,35	1,45	2,85	0,855

Gruplar arasında; Toplam Aktivite Tercihi Skoru yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

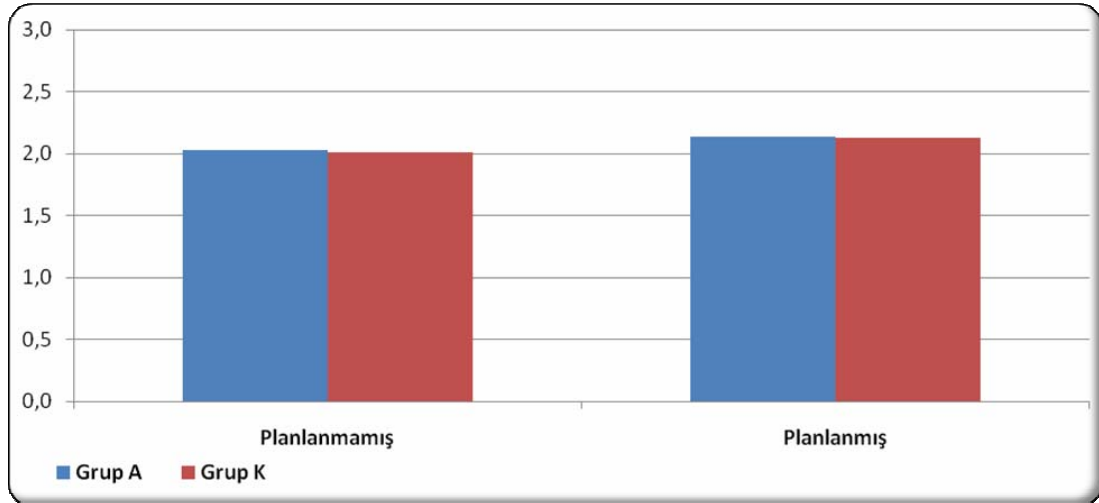


Şekil 4.20. Toplam Aktivite Tercih Skorunun Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Tablo 4.27. PAC Planlanmamış–Planlanmış Aktivite Tercihinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=80)				Grup K (n=80)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Planlanmamış	2,03	0,41	1,20	2,73	2,01	0,44	1,27	3,00	0,810
Planlanmış	2,14	0,34	1,50	2,88	2,13	0,34	1,48	2,88	0,889

Gruplar arasında; Aktivite Tercihinin (Planlanmamış ve Planlanmış) değerleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Şekil 4.21. Planlanmamış ve Planlanmış Aktivite Seçiminin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

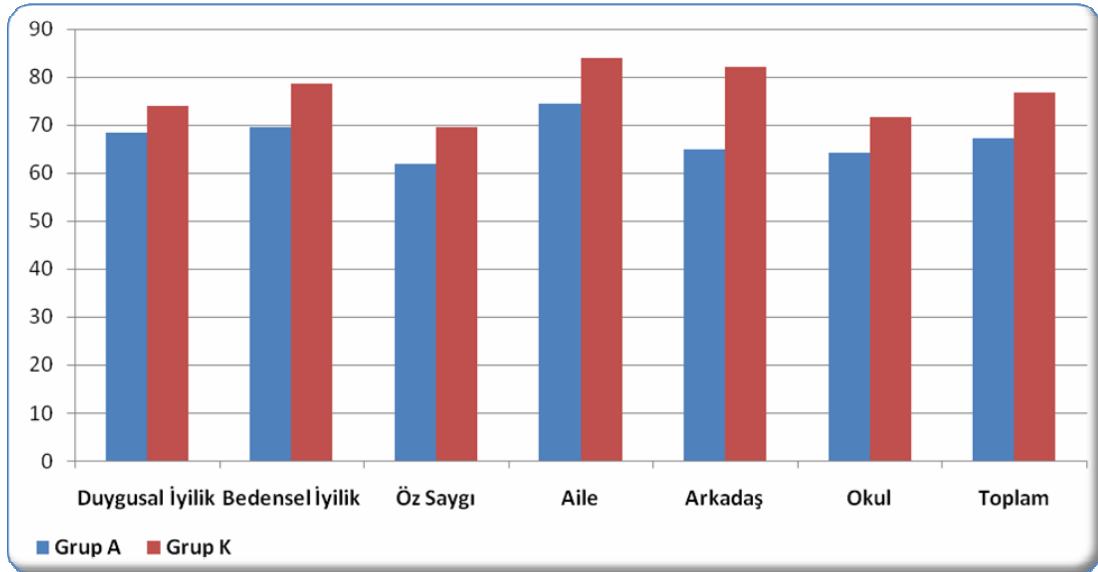
4.13. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması ile ilgili bulgular

Tablo 4.28. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

	Grup A (n=30)				Grup K (n=60)				P
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	
Duygusal İyilik	68,33	20,56	31,25	100,00	74,06	20,87	18,75	100,00	0,221
Bedensel İyilik	69,58	20,55	31,25	100,00	78,54	18,64	25,00	100,00	0,041*
Öz Saygı	61,88	30,06	12,50	100,00	69,58	20,66	18,75	100,00	0,157
Aile	74,38	20,98	18,75	100,00	83,85	17,08	25,00	100,00	0,024*
Arkadaş	64,79	21,43	0,00	93,75	82,19	17,86	31,25	100,00	0,000*
Okul	64,17	21,52	18,75	100,00	71,56	14,30	31,25	100,00	0,055
Toplam	67,19	14,92	39,58	95,83	76,63	11,35	44,79	95,83	0,001*

* = p<0,05

Gruplar arasında Yaşam Kalitesi yönünden; Duygusal İyilik, Öz Saygı ve Okul değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), Bedensel İyilik, Aile, Arkadaş ve Toplam Skor değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sp'li çocukların sağlıklı çocuklara göre toplam yaşam kalitelerinin ve bedensel iyilik, aile ve arkadaş alanlarında yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (tablo 4.28).



Şekil 4.22. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

4.14. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Toplam Skoru ile CAPE Toplam Aktivite Katılımları Arasındaki Korelasyon analizi sonuçları

Tablo 4. 29. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Toplam Skoru ile CAPE Toplam Aktivite Katılımları Arasındaki Korelasyon

	Grup A (n=30)			Grup K (n=60)		
	Yaşam Kalitesi Toplam Skor	Yaşam Kalitesi Toplam Skor	Yaşam Kalitesi Toplam Skor	Yaşam Kalitesi Toplam Skor	Yaşam Kalitesi Toplam Skor	Yaşam Kalitesi Toplam Skor
	r*	R**	P	r*	R**	P
Çeşitlilik¹	0,152	0,023	0,424	-0,112	0,013	0,393
Sıklık²	0,223	0,050	0,236	-0,101	0,010	0,444
Kiminle³	0,170	0,029	0,369	-0,140	0,020	0,285
Nerede⁴	-0,069	0,005	0,717	-0,153	0,023	0,244
Eğlenme Derecesi⁵	0,370	0,137	0,044	0,133	0,018	0,312

* Korelasyon Katsayısı

** Tanımlayıcılık Katsayısı

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)

Araştırma Grubunda;

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – katılım gösterilen aktivite sayısı değerleri arasında, $r=0,152$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Sp’li çocuklarda katılım gösterilen aktivite sayısının yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.29).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – aktivitelere katılım sıklığı değerleri arasında, $r=0,223$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Sp’li çocuklarda aktivitelere katılım sıklığının yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.29).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – aktivitelerin kiminle yapıldığı değerleri arasında, $r=0,170$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı

olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Sp'li çocuklarda aktivitelerin yalnız veya sosyal olarak gerçekleştirilmesinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.29).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – aktivitelerin nerede yapıldığı değerleri arasında, $r = -0,069$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Sp'li çocuklarda aktivitelerin yapıldığı yerin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.29).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru –aktivitelerden ne kadar eğlenildiği değerleri arasında, $r=0,370$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Sp'li çocukların eğlenme dereceleri arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı tespit edilmiştir (tablo 4.29).

Kontrol Grubunda;

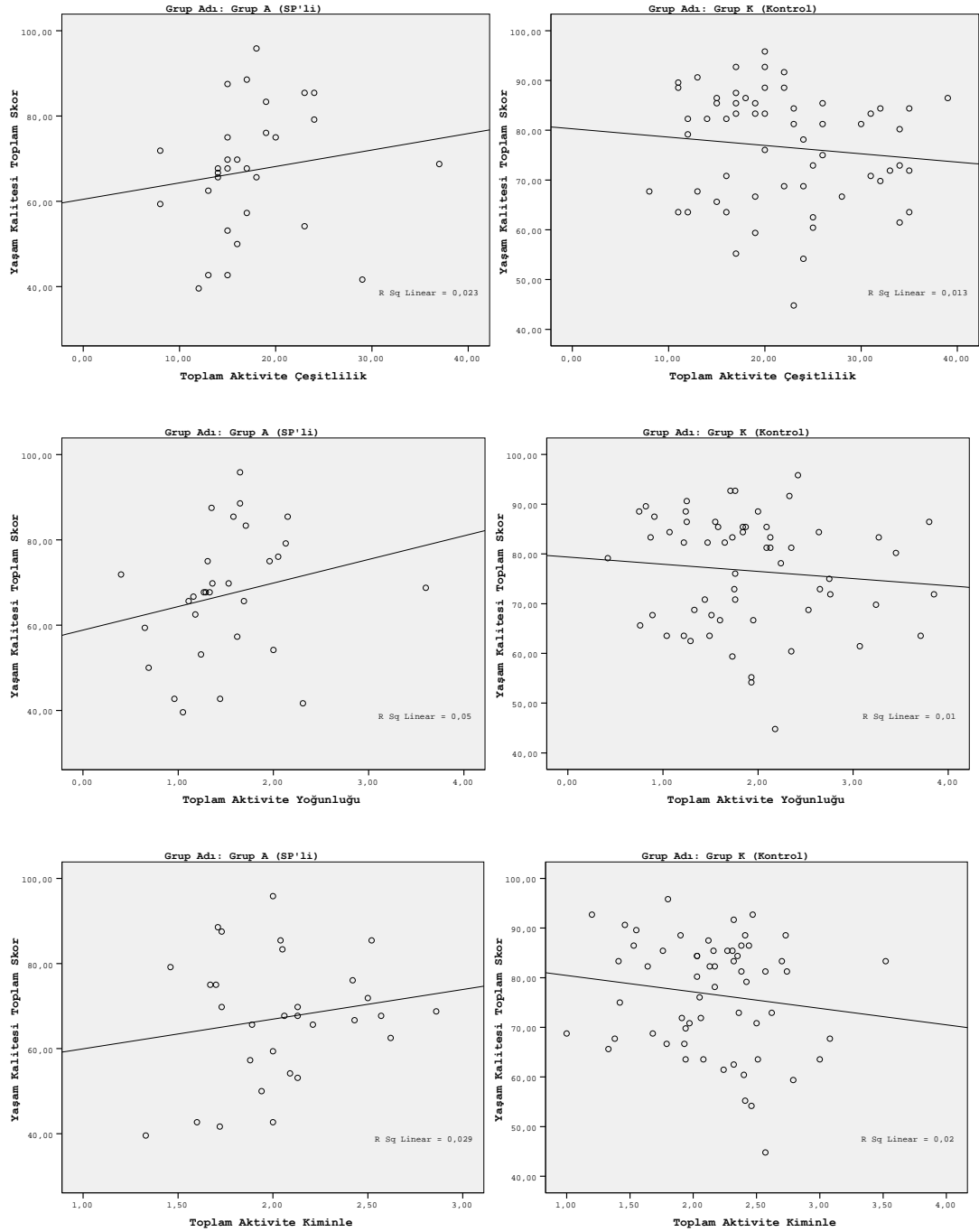
Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – katılım gösterilen aktivite sayısı değerleri arasında, $r = -0,112$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Sağlıklı çocuklarda katılım gösterilen aktivite sayısının yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.29).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – aktivitelere katılım sıklığı değerleri arasında, $r = -0,101$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Sağlıklı çocuklarda aktivitelere katılım sıklığının yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.29).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – aktivitelerin kiminle yapıldığı değerleri arasında, $r = -0,140$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Sp'li çocuklarda aktivitelerin yalnız veya sosyal olarak gerçekleştirilmesinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.29).

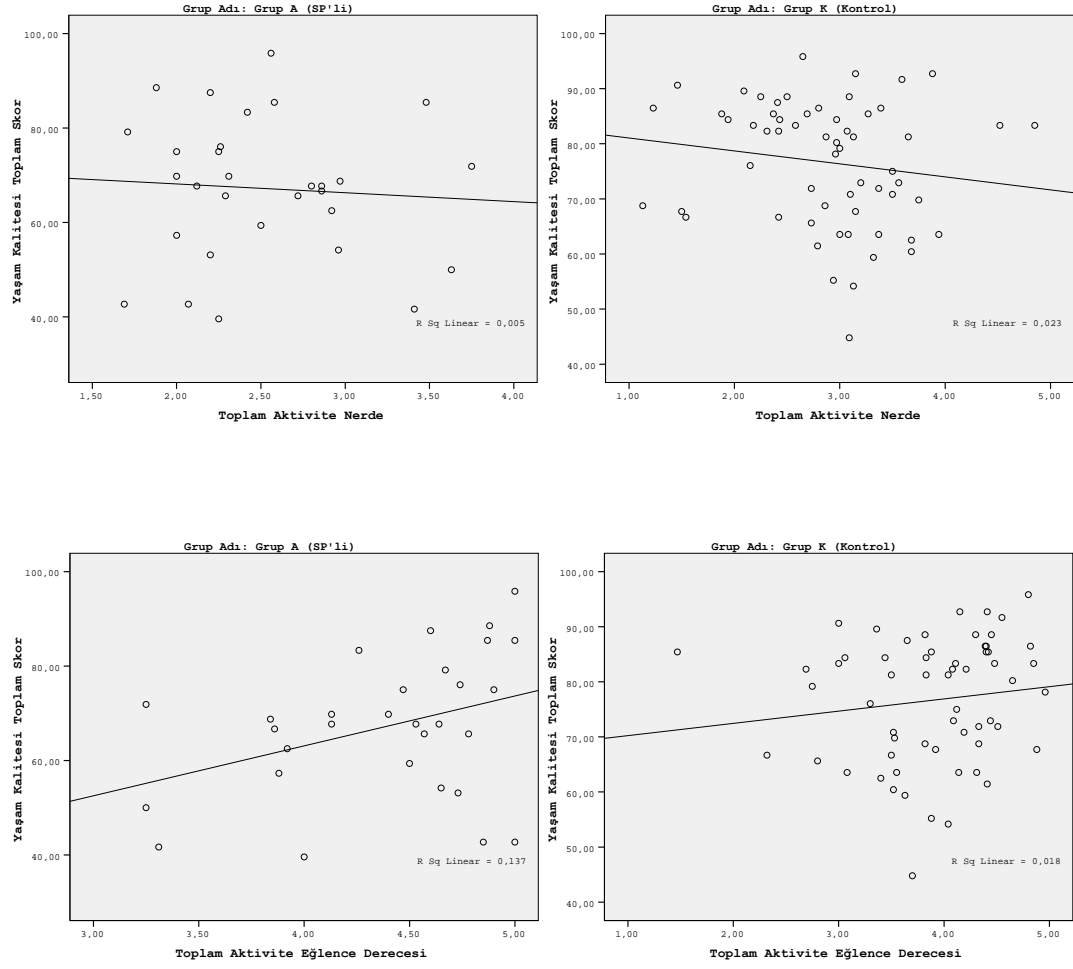
Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – aktivitelerin nerede yapıldığı değerleri arasında, $r = -0,153$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Sağlıklı çocuklarda aktivitelerin yapıldığı yerin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.29).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – ne kadar eğlendiği değerleri arasında, $r=0,133$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Sağlıklı çocuklarda aktivitelerden ne kadar eğlendiğinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.29).



Şekil 4.23. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Toplam Skoru ile CAPE Toplam Aktivite Katılımları Arasındaki Korelasyon

Şekil 4.23'ün devamı



4.15. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Toplam Skoru ile PAC Aktivite Tercih Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 4.30. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Toplam Skoru ile PAC Aktivite Tercih Arasındaki Korelasyon

	Grup A (n=30)			Grup K (n=60)		
	Yaşam Kalitesi Toplam Skoru			Yaşam Kalitesi Toplam Skoru		
	r*	R**	P	r*	R**	P
Eğlence¹	0,252	0,063	0,180	0,160	0,026	0,223
Fiziksel²	0,312	0,097	0,094	-0,129	0,017	0,328
Sosyal³	0,536	0,288	0,002	-0,202	0,041	0,122
Beceri Temelli⁴	0,273	0,075	0,144	-0,021	0,000	0,874
Kişisel Gelişim⁵	0,181	0,033	0,340	0,114	0,013	0,388
Toplam⁶	0,393	0,155	0,031	-0,020	0,000	0,881

* Korelasyon Katsayısı

** Tanımlayıcılık Katsayısı

1- 12 Aktivite

3- 10 Aktivite

5- 10 Aktivite

2- 13 Aktivite

4- 10 Aktivite

6- 55 Aktivite

Araştırma Grubunda;

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – Eğlence Aktiviteleri Tercih değerleri arasında, $r=0,252$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Sp’li çocuklarda eğlence aktivite tercihinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.30).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – Fiziksel Aktivite Tercih değerleri arasında, $r=0,312$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Sp’li çocuklarda fiziksel aktivite tercihinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.30).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – Sosyal Aktivite Tercih değerleri arasında, $r=0,536$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu

bulunmuştur ($p < 0,05$). Sp'li çocuklarda sosyal aktivite tercihleri arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı tespit edilmiştir (tablo 4.30).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – Beceri Temelli Aktivite Tercihi değerleri arasında, $r = 0,273$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Sp'li çocuklarda beceri temelli aktivite tercihinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.30).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – Kişisel Gelişim Aktivite Tercihi değerleri arasında, $r = 0,181$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Sp'li çocuklarda kişisel gelişim aktivite tercihinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.30).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – Toplam Aktivite Tercihi değerleri arasında, $r = 0,393$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Sp'li çocuklarda aktivite tercihleri arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı tespit edilmiştir (tablo 4.30).

Kontrol Grubunda;

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – Eğlence Aktivitesi Tercihi değerleri arasında, $r = 0,160$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Sağlıklı çocuklarda eğlence aktivite tercihinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.30).

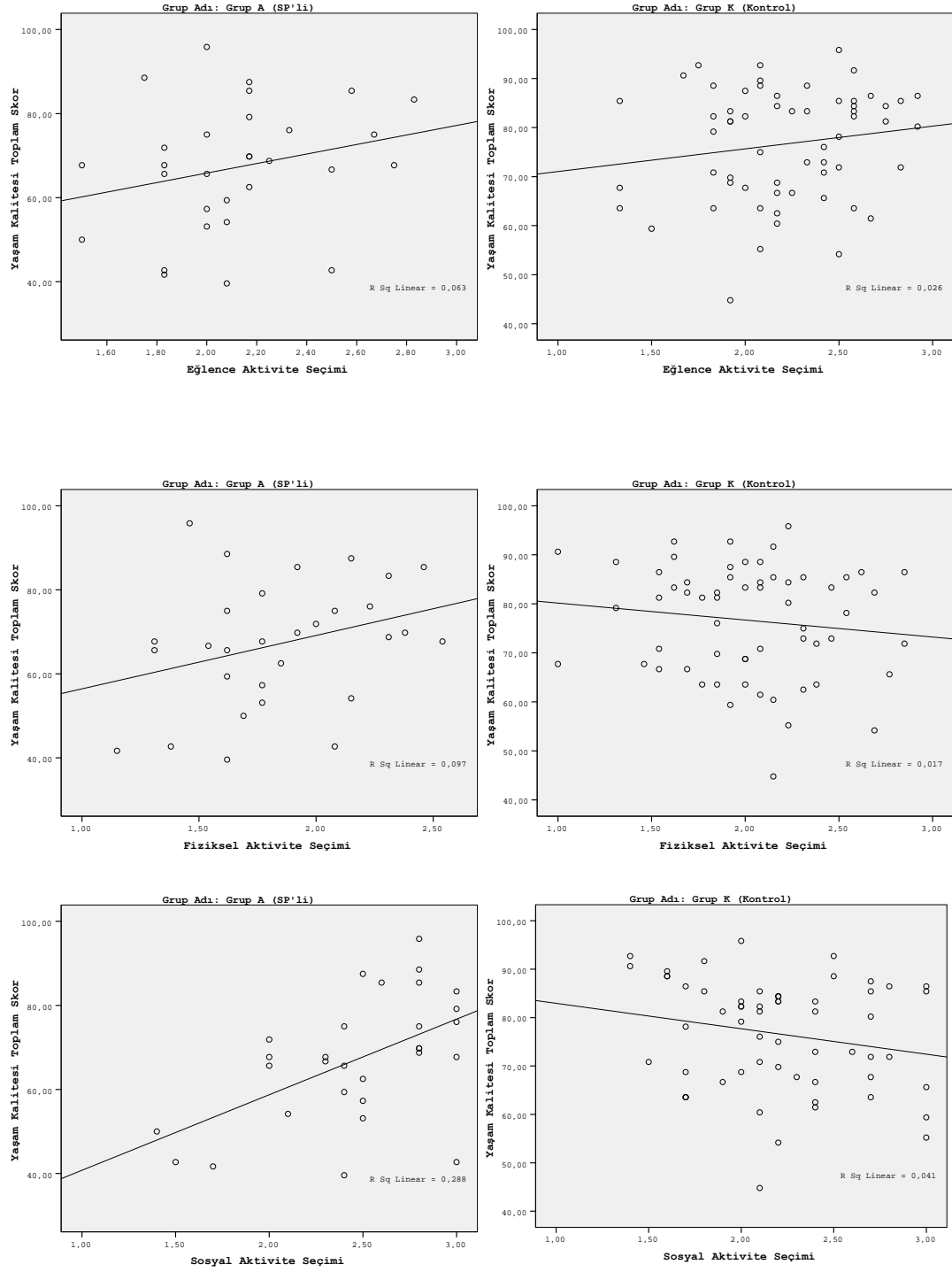
Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – Fiziksel Aktivite Tercihi değerleri arasında, $r = -0,129$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Sağlıklı çocuklarda fiziksel aktivite tercihinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.30).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – Sosyal Aktivite Tercihi değerleri arasında, $r = -0,202$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Sağlıklı çocuklarda sosyal aktivite tercihinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.30).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – Beceri Temelli Aktivite Tercihî değerleri arasında, $r = -0,021$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Sağlıklı çocuklarda beceri temelli aktivite tercihinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.30).

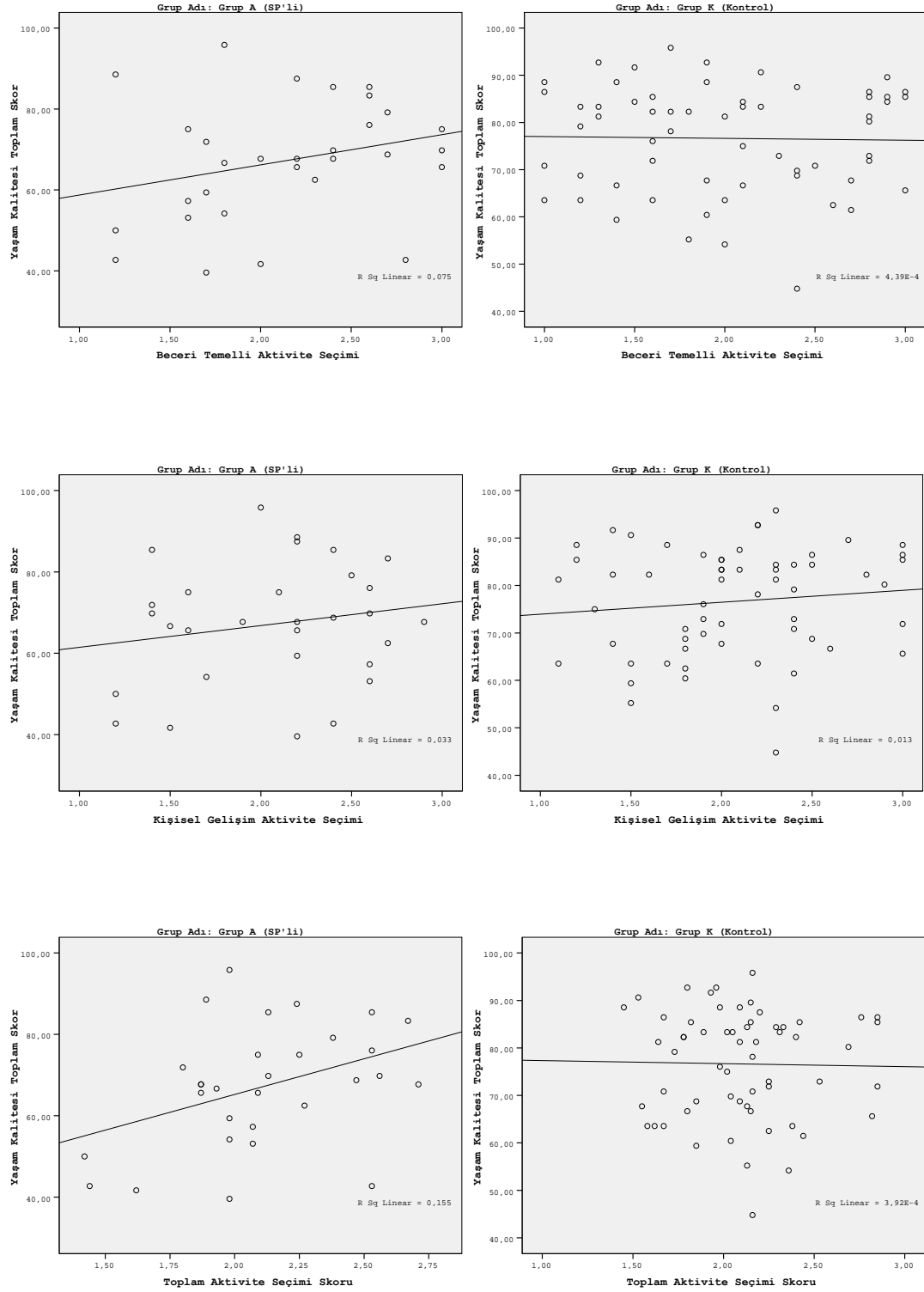
Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – Kişisel Gelişim Aktivite Tercihî değerleri arasında, $r = 0,114$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Sağlıklı çocuklarda kişisel gelişim aktivite tercihinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.30).

Yaşam Kalitesi Toplam Skoru – Toplam Aktivite Tercihî değerleri arasında, $r = -0,020$ düzeyinde bir ilişki olduğu, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Sağlıklı çocuklarda toplam aktivite tercihinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (tablo 4.30).



Şekil 4.24. Kid-KINDL Yaşam Kalitesi Toplam Skoru ile PAC Toplam Aktivite Tercihleri Arasındaki Korelasyon

Şekil 4.24'ün devamı



5.TARTIŞMA

Katılım aktiviteye dahil olmak, başkalarıyla paylaşım içinde olmak veya bir şeyin parçası olmak olarak tanımlanmaktadır. Günlük aktivitelere katılım engeli olup olmamasına bakılmaksızın bütün çocukların sağlıklı gelişimleri için gereklidir (18). Eşitlik ve insan hakları tarafından bakıldığında engelli çocukların diğerlerinden ne kadar az katılım gösterdiklerinin bilinmesi gereklidir. Engelli çocukların katılımlarını ölçmek toplumda sağlık hizmetlerinin ve finansın sağlanması ve müdahalelerin etkinliğini görmek açısından önem taşır (17).

Günümüzde katılımı ilgili çalışmalara giderek ilgi artmaktadır ancak bu konuda çok fazla sayıda çalışma yoktur (18). Okul dışı aktivitelere katılarak çocuklar müfredat dışı hedeflerle ve ilgi alanlarıyla daha özgürce ilgilenebilmektedirler. Bu nedenle bu durumun yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir (72). Yapılan çalışmalar aktivitelere katılımın yaşam kalitesini etkilediğini ortaya koymuştur (91). Sp'li çocukların aktivitelere katılımlarının toplumdaki sağlıklı çocuklardan daha düşük olduğu bilinmektedir ancak bu durum yaşam kalitesi için geçerli değildir. Yaşam kalitesi çocuğun fiziksel engellerinden daha az etkilenmektedir. Katılım ve yaşam kalitesi arasındaki bu tezat klinik çalışmalarda her ikisinin de incelenmesi gerekliliğini artırmaktadır (92). Bu gerekliliğe rağmen literatürde yaşam kalitesi ve katılımı ilgili az sayıda çalışma vardır (4,20). Çalışmamızda 8-12 yaş sp'li ve sağlıklı çocukların aktivitelere katılımlarının yaşam kalitelerini etkileyip etkilemediği incelenmiştir. Çalışmamızda çocuğun ne yaptığını ölçen objektif bir ölçüm olan katılım ve çocuğun ne hissettiğini ölçen subjektif bir ölçüm olan yaşam kalitesi değerlendirmeleri uygulanmıştır (20).

Sp'li çocuklar eğitim ve sosyal ilişkiler konusunda dezavantajlı bir grup olarak belirtilmektedir (20). Ayrıca stabil bozukluklara sahip bir gruptur, katılımları ve yaşam kaliteleri sosyal ve akademik çevrelerden ve tıbbi müdahalelerden etkilenmektedir.

Çalışmamızda 8-12 yaş çocuklar okul öncesi çocuklara göre daha az araştırılan bir grup olduğu için bu yaş grubu seçilmiştir (2,19,20). Ayrıca bu yaş grubu testleri kendileri cevaplayabilmekte, yaşam kalitesi seviyelerini

belirleyebilmekte ve ergenliğin getirdiği ek faktörlerden etkilenmemektedirler (19,20). Çocuğun yaşının ilgi alanlarını, tercihlerini, katılım çeşitliliğini ve tipini etkilediği bilinmektedir (8). Bu nedenle çalışmamızda 8-12 yaş arası farklı yaş grubundaki çocuklar değerlendirilmiştir. Ayrıca cinsiyetin de katılımı etkileyen bir faktör olduğu düşünüldüğü için çalışmamızda aktivite katılımı ve yaşam kalitesi cinsiyet açısından değerlendirilmiştir (7). Çalışmamızda sp'li çocukların kısıtlılıkları GMFCS'ye göre sınıflandırılarak katılım ve yaşam kalitesi açısından fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Engelin derecesini uygun bir şekilde sınıflandırabilen bir yöntem olarak kabul edildiği için çalışmamızda GMFCS kullanılmıştır (93).

Okul dışındaki eğlence aktivitelerinin fiziksel engeli olan veya olmayan bütün çocuklar için çok önemli olduğu bilinmektedir. Okul dışındaki aktiviteler okuldan bağımsız olarak genellikle çocuk ve ailesi tarafından belirlenir. Okul dışı aktivitelere katılarak çocuklar müfredat dışı hedeflerle ve ilgi alanlarıyla daha özgürce ilgilenebilmektedirler (72). Bu nedenle çalışmamızda çocukların okul dışındaki günlük eğlence aktivitelerine nasıl katıldıkları değerlendirilmiştir. Katılım çok boyutlu bir kavram olduğu için çalışmamızda katılımı incelerken sp'li ve sağlıklı çocukların eğlence aktivitelerine, fiziksel aktivitelere, sosyal aktivitelere, beceri temelli aktivitelere ve kişisel gelişim aktivitelerine katılımlarını aktivite çeşitliliği (yapılan aktivite sayısı), aktivite yoğunluğu (aktiviteye katılım sıklığı), eğlenme derecesi, kiminle yapıldığı ve nerede yapıldığı açısından çok boyutlu olarak değerlendiren CAPE ölçeği kullanılmıştır.

Sp'li çocuklar ve gençler için uygun ve tatmin edici aktiviteleri belirleyebilmek için aktivite tercihleri önemli bir göstergedir. Ayrıca aktivite tercihleri çocuklar için katılımı belirlemektedir (94). Bu nedenle çalışmamızda sağlıklı ve sp'li çocukların aktivite tercihleri değerlendirilmiştir ve değerlendirme için PAC ölçeği kullanılmıştır.

Sp'li çocukların sağlıkları ve yaşam kaliteleri hakkında çok az bilgi vardır (95). Çocuklardaki yaşam kalitesi çalışmaları genelde ebeveynlerin veya bakım verenlerin algılarına dayanmaktaydı, ancak günümüzde eğer mümkünse çocuğun görüşünün alınması gerektiği savunulmaktadır (20). Çalışmaların %90'ı kişinin kendinin rapor ettiği ölçümlerin azlığından bahsetmektedir (21). Son araştırmalar

yaşam kalitesi testlerinin çocuğun yaşına ve algı seviyesine uygunsu çocukların kendi iyilik hallerini ve fonksiyonelliklerini doğru bir şekilde rapor edebildiklerini göstermiştir. Çocuğun yaşam kalitesiyle ilgili kendi kişisel raporlarına önem artmaktadır (11). Çocuğun yaşam kalitesinin kendisi tarafından değerlendirilmesi gerektiğini düşündüğümüz için çalışmamızda çocukların yaşam kalitelerini kişisel olarak rapor edebilecekleri bir ölçek olan KIND-L kullanılmıştır.

Çalışmamızda **toplam aktivite puanları** gruplar arasında karşılaştırıldığında her iki grubun da çok sosyal olmadığı ve aktiviteleri daha çok yalnız başlarına yaptıkları görülmüştür. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Engel-Yeger ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada sağlıklı çocukların aktiviteleri sp'li akranlarına göre daha sosyal yaptıkları görülmüştür (24). Sosyalleşmek bu yaştaki çocuklar için oldukça önemlidir. Çocukların bu dönemde akranları ile kurduğu ilişkinin niteliği hem okul yaşantısını etkileyecek hem de bu evredeki deneyimleri yetişkin yaşamına yön verecektir. Akran gurubunda bir yer edinmek ya da diğer bir ifade ile bir akran gurubuna ait olmak, bu dönemin sosyal ilişkiler çerçevesinde en önemli önceliktir. Bu dönemde akran ilişkileri sosyal gelişim açısından çocuğa birçok şey kazandırır. Bunlar; yetişkinlik dönemine yansiyacak bir arkadaşlık bilincinin yerleşmesi, sosyal beceriler için bir eğitim zemini sağlaması, sosyal bilgi alışverişine girip bilgileri sınamasına ve kendini geliştirmesine olanak sağlaması, yeni bir yol arkadaşı ve duygusal paylaşım ortamı sağlayarak duygularını ifade edebilecek, paylaşabilecek yeni ve farklı bir bakış açısı olarak özetlenebilir (96). Ebeveynlerin, ergoterapistlerin ve öğretmenlerin çocukların sağlıklı gelişmeleri için sosyalleşmelerine önem vermeleri gerektiği görülmektedir. Ersoy (2009) Türk aile yapısının korumacı tavrından bahsetmiştir ve ailelerin çocuklarına karşı çok fazla korumacı davrandıklarını belirtmiştir (97). Ülkemizdeki bu koruyucu aile yapısının fiziksel engeli olsun ya da olmasın çocukların çok fazla sosyalleşmesini engellediği düşünülmektedir. Değerlendirmeler gerçekleştirilirken çocukların çoğu ailelerinin ev dışında arkadaşlarla yapılabilecek aktivitelere çok fazla izin vermediklerini belirtmişlerdir. Bu durumun, koruyucu aile yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda gruplar arasında **toplam aktivite katılımında** sp'li çocukların sağlıklı çocuklara göre daha az sayıda aktiviteye daha az sıklıkta katılmış oldukları ve aktiviteleri daha çok ev ortamında gerçekleştirdikleri görülmüştür. Sonuçlarımıza benzer olarak Koyuncu (2011), Colver ve arkadaşlarının (2010), Engel-Yeger ve arkadaşlarının (2009) ve Michelsen ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmalarda da sağlıklı çocukların daha fazla sayıda aktiviteye katıldıkları görülmüştür (17,24,99,100). Katılım gösterilen aktivite sayısının yüksek olması istenilen ve önemli bir durumdur. Ancak bazı durumlarda daha fazla aktiviteye katılmanın çocuklar için daha yararlı sonuçlar getirmediği de göz önünde bulundurulmalıdır. (24). Daha çok aktiviteye katılım her zaman daha iyi katılım anlamına gelmemektedir (94,101). Önemli olan çocukların gerçekten ihtiyacı olan veya tercih ettikleri aktivitelere katılıp katılmadıklarıdır (14). Katılımdan sağlanan tatmin bazen daha önemli olabilmektedir. Çocuk sadece bir iki aktiviteye katılıyor olabilir, bu durum düşük CAPE puanlarıyla sonuçlansa da bu aktiviteler çocuk için çok önemli olabilir ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir (94,101). Ayrıca CAPE son 4 ayda yapılan aktiviteleri sorguladığından mevsimsel değişimler aktivite çeşitliliğinde etkili olabilir. Çocuk bir aktiviteyi belirli bir mevsimde yaparken diğer bir mevsimde yapmayabilir (102). Çalışmamızın aksine Lepage ve arkadaşları (1998) sp'li çocuklar ile diğer fiziksel engeli olan çocukların katılımları arasında bir fark olmadığını belirtmiştir (103). Çocukların toplumsal katılımını araştıran çalışmalarda bu farklılıkların çalışmaların yapıldıkları yıllar ile ülkeler arasındaki sosyal güvenlik, eğitim, destek, çevrenin fiziksel koşulları, bakım hizmetlerinin ve aile yapılarının farklılığından kaynaklandığını düşünülmektedir.

Çalışmamızda sağlıklı ve sp'li çocukların aktivitelere katılım sıklığı değerlendirildiğinde sp'li çocukların aktivitelere daha az sıklıkta katılım gösterdikleri görülmüştür. Koyuncu (2011), Engel-Yeger ve arkadaşları (2009) ve Michelsen ve arkadaşları (2009) çalışmamıza benzer şekilde sağlıklı çocukların aktiviteleri sp'li akranlarına göre daha sık yaptığını belirtmişlerdir (17,24,100). Katılımın sıklığı çocuğun katılımı ne ölçüde gerçekleştirdiğini gösterdiği için önemli olarak görülmektedir (2). Aktivitelere düşük sıklıkta katılım çocuğun beceri gelişimini, zindeliğini, arkadaş edinmesini ve kişisel algısını etkileyebilir ancak sp'li çocukların aktivitelere daha sık katılmaları için sağlıklı çocuklara göre engellerinden dolayı

daha fazla zamana ve yardımcı araç gerece ihtiyaçları vardır (101). Düşük sıklıkta katılımın nedenlerinin sp'li çocukların bağımsız ve arzu edildiği kadar hareket edebilmek için sağlıklı akranlarına göre daha fazla yardımcı araç gerece ve çevresel uyarlamalara ihtiyaçları olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda **toplam aktivite** katılımı çocukların aktiviteleri yaptıkları yerler incelendiğinde sp'li çocukların aktiviteleri daha çok ev ortamında, sağlıklı çocukların ise ev veya eve yakın yerlerde veya komşularda gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir. Koyuncu (2011), Lepage ve arkadaşlar (1998), Imms ve arkadaşları (2008), Engel-Yeger ve arkadaşları (2009) ve Kang ve arkadaşları (2010) çalışmamızda çıkan sonuçlara benzer şekilde sp'li çocukların sağlıklı akranlarıyla karşılaştırıldığında aktivitelere daha çok ev ortamında katılım gösterdiklerini rapor etmişlerdir (24,99,101,103,104). Kanadalı bir grup araştırmacı yaptıkları bir çalışmada sp'li çocukların toplum temelli aktivitelere katılmada ciddi sıkıntıları olduğunu belirtmişlerdir (103). Literatürde fiziksel engeli olanların aile ortamları dışında kısıtlı sosyal olanaklara sahip oldukları ve sp'li çocukların aile ortamının dışında ilişki kurabilmeleri için yeterli olanaklarının olmadığından şikayet ettikleri belirtilmiştir (104). Açık hava oyun alanları sp'li çocukların deneyim yaşamaları ve aktivite katılımları için gereklidir. Oyun, her çocuğun ideal gelişimi için, beslenme, sağlık, barınma ve eğitim kadar yaşamsal önem taşımaktadır. Günümüzde öncelikle bireyin çocukluk dönemi ve bu dönemi nasıl geçirdiğine dair araştırmalar üzerinde durulmaktadır. Nitelikli oyun fırsatını elde eden çocuğun yaratıcı olduğu, problem çözme konusuna esnek yaklaştığı, daha iyi sosyal ilişkilere sahip olduğu ve fiziksel olarak daha sağlıklı olduğu belirlenmiştir (98). Ülkemizde genelde sokaklar otomobil egemenliğine dayandığından çocuklar için sokaklarda oynamak tehlikeli olmaktadır (105). Oyun alanları da çoğunlukla gereksinimleri karşılamadığından çocuklar zamanlarının çoğunu kapalı alanlarda geçirmektedir. İyi tasarlanmış bir oyun alanı zihinsel, motor, sosyal ve duygusal gelişim sağlar. Üretkenlik, problem çözme ve eğlence için olanak sağladığı bilinmektedir (68). Kent nüfusunun hızlı artışı, sosyal, ekonomik, politik ve kültürel koşullar sonucu günümüz kentlerinde, özellikle kent merkezlerinde çok katlı yapıların artması, yeni yerleşim ve sanayi alanlarının yoğun bir şekilde eklenmesi, gibi nedenler açık yeşil alanların giderek azalmasına yol açmaktadır. Ülkemizdeki hızlı, düzensiz ve çarpık kentleşme eğilimi pek çok sorunu

da beraberinde getirmekte, insan sağlığını ve yaşam kalitesini ciddi şekilde olumsuz etkilemektedir. Böyle bir yapıya sahip kentler, insanları özellikle de çocukları doğal ortamdanda uzaklaştırmakta, monotonlaştırmakta, fiziksel ve zihinsel açıdan olumsuz etkilemektedir. Açık-yeşil alanlar kent içindeki işlevlerini yerine getirebilmeleri için nitelik ve nicelik olarak yeterli olması yanı sıra hizmet sundukları insanların oturdukları bölgelere (mahalle, semt vb.) yakın yani kolayca ulaşılabilir olmalarına da bağlıdır. Ülkemiz kentlerinde kişi başına düşen güvenli açık yeşil alan miktarı, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında çok düşük düzeylerde bulunmaktadır (106). Engelli ocuklar da yaşıtları gibi kendi kendine yeten, özgüvenli ve bağımsız bireyler olarak yetiştirilebilirler. Özel olarak tasarlanmış oyun alanlarında sağlıklı çocuklar gibi oyun oynayabilirler, eğitimle oyun bilincine varabilirler, oyun kurallarına uymayı renebilirler. Özellikle yürüyemeyen çocuklar için temel olan, açık havada eylemlerini herhangi bir fizyolojik ve psikolojik rahatsızlık duymadan yerine getirebilmeleri için gerekli koşulların sağlanmasıdır. Bu ocukların fizyolojik, boyutsal, görsel, sağlıkla ve emniyetle ilgili ihtiyaçları giderilmelidir. Engelli ocukların sosyal evre ile uyumlarını sağlamada, başka insanlarla bir arada yaşamalarını sağlamak önemlidir. Engelli ocuklar, sokakta ya da oyun alanlarında sağlıklı çocuklarla beraber oynamak isterler. Bu şekilde sosyal evre ile bağ kurarak insanlarla iletişim sağlayabilirler. Dış mekanlarda oyun oynama, çocukların becerilerini geliştirir, renme yeteneklerini artırır, kendi kişiliklerini bulmalarını sağlar ve çevrelerini algılamalarını kolaylaştırır. Son yıllarda dünyada çocukların doğal oyun ortamları yok olmuştur. Günümüzde kentlerde açık-yeşil alanlar içerisinde önemli bir yer tutan, çocukların büyük dünyalarını oluşturan ocuk oyun alanlarına yeterince yer verilmemektedir (98). Ayrıca kamu alanlarının ve ulaşım araçlarının engelliler düşünülerek tasarlanmamış, yapılandırılmamış olmaları çocukların toplumsal katılımlarını olumsuz etkilemektedir. Kamusal alanlardaki mimari düzenlemelerin engelliler düşünülerek tasarlanmadığını ve dolayısıyla gündelik yaşantıda karşılaşılan fiziksel engellerin engelli çocuğu olumsuz etkilediğini söylemek mümkündür. Ergüden (2008) alışmasında engelliler için kamusal alanlardaki yapı ve düzenlemelerin yetersiz olduğunu tespit etmiştir. Toplumun bilinçlendirilmesi ve yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi gereklidir (107). Sp'li çocukların aktiviteleri daha fazla evde yapmalarının nedeninin ev dışında

engel durumlarına uygun açık oyun alanlarının olmaması, kamusal alanların uygunsuzluğu, ulaşım imkanlarının yetersizliği veya eksikliği olarak düşünülmektedir. Sp'li çocukların evde daha fazla katılım göstermelerinin bir başka sebebi ise ebeveynlerinin onlara evde daha fazla yardım ediyor olmaları olarak düşünülmektedir. Sağlıklı çocuklar daha bağımsız hareket edebildiği için ev dışında daha çok aktiviteye ebeveyn yardımı olmadan katılabilmektedirler. Önceki çalışmalar sp'li çocukların evde daha çok aktivite yaptığını ve ebeveynlere bağımlı olduklarını desteklemektedir (24). Serebral paralizi gibi fiziksel engeli olan çocukların daha çok ev ortamında aktivitelere katılıyor olmaları sosyal olarak dışlanmalarına neden olabilir ve bu durum dikkate alınması gereken önemli bir durumdur. Çünkü dışlanma ve yalnızlık duygusu daha az sayıda aktivite katılımına ve pasif bir yaşam tarzına neden olabilmektedir (108). Son yıllarda dünya genelinde insanla doğayı bütünleştirici bir yaklaşımla oluşmuş planlama stratejileri geliştirilerek, kentlerde oyun alanlarının oluşturulması önerilmektedir (98).

Çalışmamızda sağlıklı ve sp'li çocukların **toplam aktivite** katılımındaki eğlenme derecesini incelediğimizde sp'li çocukların aktiviteleri yaparken sağlıklı çocuklara göre daha fazla eğlendikleri görülmüştür. Çalışmamıza benzer şekilde Imms ve ark. (2008) ve Engel-Yeger ve ark. (2009) spli çocukların eğlenme derecelerinin sağlıklı akranlarına göre daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (24,90). Majnemer ve ark. (2008) ise yaptıkları çalışmada aktivitelerdeki eğlenme derecesinin her iki grup için de aynı olduğunu belirtmişlerdir (102). Engellilik konusundaki toplumun görüşü onların mutlu olamayacakları veya kendilerini iyi hissedemeyecekleri yönünde olsa da bu düşüncenin aksine literatürde ve bizim çalışmamızda eğlence aktivitelerine katılımdaki eğlenme derecesinin fiziksel engele veya engelin derecesine bağlı olmadığı görülmektedir (102,109). Majnemer sp'li çocukların arkadaş edinme problemleri olduğunu, daha yalnız olduklarını belirtmiş ve aktivitelere katılımın akranlarıyla sosyalleşmelerini ve arkadaşlıklar geliştirmelerini sağladığı için aktivitelerden daha çok eğlendiklerini ifade etmiştir (102). Sp'li çocukların çalışmamızda da belirlendiği gibi daha yalnız olmalarından dolayı aktivitelere daha fazla anlam yüklediklerini, daha az sıklıkta aktivitelere katıldıkları ve bu aktiviteleri yapabilecek beceriye sahip olabilmenin onlar için daha

değerli olduğunu ve aktivitelerin sosyalleşmelerine ve arkadaş edinmelerine yardımcı olmalarından dolayı daha fazla eğlendiklerini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda sağlıklı ve sp'li çocukların **eğlence aktivitelerine** katılımı karşılaştırıldığında sp'li ve sağlıklı çocukların eğlence aktivitelerini aynı sıklıkta ve yalnız gerçekleştirdikleri belirlenmiştir. Çalışmamızda sp'li çocukları yaşıtı olan sağlıklı çocuklarla karşılaştırdığımızda sp'li çocukların katılım gösterdikleri eğlence aktivitesi sayısının daha düşük olduğu ve bu aktiviteleri daha çok ev ortamında gerçekleştirdikleri görülmüştür. CAPE'te eğlence aktiviteleri televizyon izleme, bilgisayar veya video oyunları oynama, çizim veya boyama yapma, evcil hayvanlarla oynama, birşeyler biriktirme ve yapboz yapma gibi daha çok evde ve yalnız yapılan aktivitelerden oluşmaktadır. Bu durum sp'li çocukların eğlence aktivitelerine yalnız ve ev ortamında katılım göstermelerini açıklayabilir. Sağlıklı akranlarıyla karşılaştırıldığında katılım puanları düşük çıkmış olsa da sp'li çocukların eğlence aktivitelerine oldukça yüksek seviyede katılım gösterdikleri görülmüştür. Majnemer ve arkadaşlarının belirttiği gibi sp'li çocuklar sayısı az da olsa eğlence aktivitelerine katılmaktadır (102). Ancak Lepage ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada sp'li çocukların eğlence ve toplum temelli aktivitelere katılmada ciddi sıkıntıları olduğunu belirtmişlerdir (103). Çalışmamızdan çıkan sonuçlara benzer şekilde Stevenson ve arkadaşları sp'li gençlerin katıldıkları eğlence aktivitelerinin sayısının daha az olduğunu ve sosyal olarak daha çok dışlandıklarını ortaya koymuşlardır (110). Yine benzer şekilde Margalit, sp'li ve sağlıklı çocukların eğlence aktivitelerine katılımını karşılaştırdığı bir çalışmada sp'li çocukların aktivitelerinin genellikle evde gerçekleştiğini ve ebeveyn ve öğretmenlerine bağımlı olduklarını belirtmiştir (111). Birçok araştırmacı fiziksel engeli olan çocukların akranlarıyla kıyaslandığında daha az sayıda eğlence aktivitelerine katıldığını rapor etmiştir (7,60). Sonuçlarımızdan farklı olarak Kang ve arkadaşları sp'li çocukların katıldıkları eğlence aktiviteleri sayısını sağlıklı çocuklardan daha yüksek bulmuşlardır (104).

Çalışmamızda eğlence aktivitelerinde sp'li çocukların sağlıklı çocuklardan daha fazla eğlendiği tespit edilmiştir. Benzer şekilde Majnemer ve arkadaşları da eğlence aktivitelerinde sp'li çocukların eğlenme derecelerinin yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (102). Sağlıklı çocuklarla kıyaslandığında sp'li çocuklar daha yalnız

oldukları için katılım gösterdikleri her aktivitenin onlar için daha değerli olduğunu bu nedenle daha fazla eğlendiklerini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda çocukların eğlence aktivitelerinden en fazla hangi aktivitelere katıldıklarını incelediğimizde televizyon veya kiralanmış film izleme aktivitesine sp'li çocukların tümünün, sağlıklı çocukların ise %45'inin katılım gösterdiği tespit edilmiştir. Arnas (2005) çalışmasında Türkiye'de ailelerin her birinin evinde bir televizyon olduğu ve yarısının evinde iki ve daha fazla televizyon olduğunu, çocukların 3/1'inin odasında televizyon olduğunu ve çocukların %85.3'ünün televizyon izlerken bir şeyler yiyip içtiğini, %10.1'inin ödev yaptığını, %4'ünün kitap okuduğunu belirtmiştir (112). Arslan ve arkadaşları (2006) Ankara ilinde yaptıkları bir çalışmada 6-12 yaş arası çocukların %43'ünün televizyon izleme sürelerinin günde 3 saatten fazla olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmalarında çocukların %54'ünün can sıkıntısından dolayı, %48'inin ise sevdiği için televizyon izledikleri belirlenmiştir. Bu çalışmada annesi çalışmayan çocukların izleme süresinin daha uzun olduğu ve yaşla birlikte televizyon izleme süresinin arttığı belirlenmiştir (113). Sonuçlar televizyonun her yaş grubundaki çocuğun odasında bulunan bir alet olduğunu göstermektedir. Oysaki bu kitle iletişim aracının her yaştaki çocuğun odasında bulunması ve kolay ulaşılabilir olması, ailelerin gözetimi dışında kullanılması nedeniyle çocukların yaş ve gelişim düzeylerine göre bazı tehlikeler oluşturabilmektedir (112). Endüstrileşme ve kentleşme ile çocukların doğal dış mekan oyun alanları yok edilerek onlara, betonlaşmış, ağaçlardan ve hayvanlardan uzak, mekanik bir dünya sunulmuştur. Günümüzde dört duvar arasında kalan çocuk, televizyona ve bilgisayara yönelerek kendisini dış mekandan soyutlamıştır (114). Çocuk psikologlarının ve doktorlarının ortak kanısı, dış mekandan yoksun, kapalı alanlarda oyun oynamanın çocukların zihinsel, fiziksel ve sosyal gelişimlerini olumsuz yönde etkilediğidir (98). Televizyon, ortaya çıktığı andan itibaren insanoğlunun hayatına her alanda girmiş ve vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Televizyon hareket, ses, renk ve ışığı birleştirerek ilgi çekmekte; birden fazla duyuya yöneldiği için de etkisi artmaktadır. Toplumun en küçük bireyleri olan çocuklar da, günümüzün en yaygın ve etkin kitle iletişim aracı olan televizyondan etkilenmektedirler (115). Günümüzde her evde olan televizyon, bazen çocuğun gelişimine katkıda bulunan bazen de çocuk için zararlar getiren en mükemmel ve en

korkunç oyuncaktır. Çok televizyon izleyen çocuk, gelişmek için gereksinim duyduğu kendi dünyasından kopar. Ancak kısa süreli ve kontrollü televizyon iyi bir eğitici olabilir. Radyo Televizyon Üst Kurulunun yaptığı bir araştırmaya göre çocukların %68.3'ünün günde üç saatten fazla %26.4'ünün ise beş saatten fazla televizyon izlediklerini ortaya koymuştur. Bu süre kendi dünyasından kopuk olan çocuk, ayrıca televizyon karşısında uygun olmayan cinste ve miktarda yiyecek ve içecekleri tüketmekte ve yine bu sürede hareketsiz kalmaktadır. Bu çocuklarda obezite yaygınlığı artmaktadır. Bu nedenle, televizyon programı ilkeleri içinde, şiddete karşı bireyi ve toplumu duyarsızlaştıran, insanları şiddet kullanmaya yönelten, özendirilen yayın yapılmaması, genel ahlak kurallarına aykırı olmaması, saldırgan davranışların ve şiddet eylemine yol açmaması yer almalıdır. Televizyon programlarında çocuk ve ergen ruh sağlığı üzerinde kalıcı etkiler yapan, abartılı dramatik programlar yayınlanmaktadır. Ekranında ses ve görüntü bakımından aşırı ve abartılı sunumlar da çocuklarda uyku ve iştah bozuklukları, kaygı ve algılama bozukluğu, düşünce ve yargılamalarında kargaşaya neden olmaktadır. Bu nedenlerle, vazgeçilmez gibi görünen bir oyuncak olarak televizyonun çocuk ve ergenlere olan etkilerini kontrol açısından aileye ve programlara önemli sorumluluklar düşmektedir (116). Çukur (2003) çalışmasında bilinen gerçeklere rağmen hiçbir önlemin alınmadığını ve ebeveynlerin yeterli bilinç düzeyine sahip olmadıklarını belirtmiştir (105). Ebeveynlerin büyük çocuğunluğu çocuklarının televizyon izleme faaliyetlerine karışmamakta, onları bu konuda yönlendirmemekte ve çocukların tv izleme örüntülerine ilişkin fazla bir bilgi sahibi olmamaktadır (117). Televizyonun toplumun yararına bir kitle iletişim aracı olarak işlevselliğini ve önemini koruyabilmesi için eğitici içerikte programlara yer verilmesi ve çocuklara yönelik nitelikli yayınların gerçekleştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (115). Ülkemizdeki ailelere çocuklarının televizyon izleme durumları ve izlemenin riskleri ile ilgili farkındalıklarını arttıracak ve alınabilecek önlemler ile ilgili eğitimler verilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

El sanatı, çizim veya boyama yapma aktivitesine katılım her iki grupta da yüksek ve yapıma yüzdesi olarak birbirine yakın çıkmıştır. Bu aktiviteye sp'li çocukların %73.3'ü, sağlıklı çocukların ise %76.7'si katılım göstermiştir. Michelsen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da sanat aktivitelerine eşit seviyede katılım

görülmüştür (17). El sanatı, çizim veya boyama yapma aktivitesine her iki grubun da yüksek katılım göstermesini bu aktivitenin okulda müfredat içinde yer almasına ve evde de yapılabilecek eğlenceli ve kolay ulaşılabilir bir aktivite olmasına bağlamaktayız.

Çalışmamızda çocukların bilgisayar veya video oyunları oynama aktivitesine katılımlarının oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sp’li çocukların bu aktiviteye katılım oranı %66.7, sağlıklı çocukların katılım oranı ise %81.7 olarak bulunmuştur. Arnas (2005) Türkiye’de 3-18 yaş arası çocuklarla yaptığı bir çalışmada ailelerin %35.7’sinin evinde bilgisayar, %21.7’sinin evinde internet bulunduğunu belirtmiştir. Evlerinde bilgisayar bulunan ailelerin %21.3’ünde bilgisayarın çocuğun odasında bulunduğu ve eve bilgisayarın daha çok çocukların okul ödevlerini yapması (ders çalışmak) amacı ile alındığını saptamıştır. Arnas’ın çalışmasında çocukların sadece %19.7’sinin bilgisayarı okul ödevleri için bilgi toplamak ve ödev yapmak için kullandıkları belirlenirken, %7.8’inin internet sitelerine girmek, %13.6’sının eğlenmek, %5.7’sinin chat yapmak, %22.6’sının oyun oynamak amacı ile kullandıkları görülmüştür. Ayrıca çocukların %45.4’ünün zaman zaman internet kafelere gittikleri belirlenmiştir. Bugün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her evde kitle iletişim araçlarından birçoğu bulunmaktadır ve çocuk ve gençlerin yaşamında özellikle bilgisayar bir yer tutmaktadır. Ailelerin birçoğu çocuklarına eğitim olanakları sağlamak ve onları “bilgi çağına” hazırlamak amacıyla evlerine bilgisayar ve internet almakla birlikte pek çok aile bilgisayarın çocukları üzerindeki olumsuz etkileri ile ilgili olarak yoğun kaygılar yaşamaktadırlar (112). Akbaş ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada çocukların bilgisayar oynarken eğlendiklerini ve kendilerini oyunun içinde hissettiklerini belirtmiştir. Yapılan araştırmalara göre bilgisayar oyunlarının hem olumlu hem de olumsuz etkilerinin olduğu belirtilmiştir. Bilgisayar oyunlarının öğrenmeyi teşvik etme, öğrenirken eğlendirme, motivasyonu ve ilgiyi artırma, uğraşmayı artırma, bilgiyi hatırlama ve tekrar kullanma gibi olumlu etkilerinin yanında, sosyal izolasyona yol açma, şiddet eğilimi artırma, bağımlılık yaratma ve bazı sağlık problemlerine neden olma gibi olumsuz etkileri vardır (118). Bilgisayar kullanımında olumsuz etkilerin azaltılmasında aile denetimi en sağlıklı yol olarak görülmektedir (119). Geçmiş yıllara oranla artık gençler çok erken dönemde teknoloji ile tanışmakta ve onu

günlük yaşamında kullanır hale gelmektedir. Tüm bu sonuçlar ışığında ebeveynlere şunlar önerilebilir; ebeveynlerin çocuklarını kontrolsüz bırakmamaları çağın gereği olan bilgisayar ve internet kullanmaları konusunda cesaretlendirmeleri ancak çocuklarının bilgisayar ve interneti kullanımlarını takip etmeleri, birlikte kullanım programı hazırlamaları ve kurallar koymaları, kontrol edemeyecekleri durumlar için çocukların yatak odalarında internet bağlantılı bilgisayar bulundurmamaları, bilgisayar oyunları ve video oyunları konusunda çocuklarına rehberlik yapmaları ve denetimsiz olarak bu oyunları oynamalarına izin vermemeleri önerilebilir (112). Ayrıca ailelerin oyunların kapsamı ve oyun seçimi konusunda bilinçlendirilmeleri çocuklarına doğru rehberlik etme ve onları tehlikesiz aktivitelere yönlendirmede faydalı olabilir (118). Bilgisayar oyunlarının belirli özelliklerinin müfredata eklendiğinde, öğrenenlerin motivasyonunu artırdığı ile ilgili olarak literatürde yaygın bir görüş mevcuttur (120). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocukların bilgisayar oyunlarına ayırdıkları zaman artmaktadır. Bu sonuçlar ışığında bilgisayar oyunlarının ülkemizdeki eğitsel ortamlara uyarlanması için çaba sarf etmek önemlidir (121). Bu nedenle ergoterapistlerin çocukların ilgi alanlarına ve aktivite analiz sonuçlarına göre sp'li çocukların oldukça katılım gösterdikleri ve doğru kullanıldığı takdirde motivasyonu arttırdığı bilinen bilgisayar kullanımı aktivitesini terapatik bir müdahaleye çevirerek anlamlı ve amaçlı bir aktivite olarak önererek beceri gelişimlerini artırmaya yönelik bir aktiviteye dönüştürebilecekleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda oyuncaklarla oynama aktivitesine katılım sp'li çocuklarda %53.3, sağlıklı çocuklarda % 51.7 olarak bulunmuştur. Çocuk gelişimi açısından ele alındığında oyuncak ile anlam açısından ayrılmaz bir parçası olan oyunu, yalnızca eğlence olarak nitelemek yetersiz kalmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde, oyun çocuğun hiçbir dış baskı etkisinde kalmadan kendi isteği ile giriştiği tüm etkinliklerdir. Oyun, çocuğun kendini anlatma, yeteneklerini anlama ve dil, akıl, sosyal, duygusal ve motor becerilerini geliştirmede, önemli bir olay olarak tanımlanabilir (122). Oyunun çocuğun gelişimine etkileri şu şekilde genel olarak ele alınabilir; oyun çocuğun fiziksel gelişimini, zihinsel işlevlerini olumlu olarak etkiler, çocuktaki bastırılmış duygusal enerjinin, ihtiyaç ve arzuların ortaya çıkmasına yol açar, çocuk oyun ile sosyal kuralları, ahlaki standartları, uygun cinsiyet rollerini öğrenir. Çocuğun öğrenmesi oyun ile çok kolaylaştırılmış olur ve çocuğun

yaratıcılığı gelişir ve artar. Oyunda aldığı roller aracılığı ile arzu edilen kişilik özelliklerinin gelişimi sağlanır (123). Ergoterapistler açısından çocukların en önemli aktivite performans alanı oyun aktiviteleridir. Bu nedenle gerek engelli gerekse sağlıklı çocukların toplumsal katılımlarının gerçekleşmesinde oyun aktiviteleri önemli bir role sahiptir. Bu nedenle hem okul hem de ev içinde oyun için fırsat yaratılmalıdır. Oyunun eğitsel aktivitelerde ve müdahalelerde kullanılması çocukların bu aktivitelere ve müdahalelere katılımlarını artıracakı düşünülmektedir.

Sp'li ve sağlıklı çocukların **fiziksel aktivitelere** katılımlarını karşılaştırdığımızda her iki grubun da fiziksel aktiviteleri yaparken çok sosyal olmadıkları görülmüştür. Çalışmamızda sp'li ve sağlıklı çocukların fiziksel aktiviteleri yaparken yüksek derecede eğlendikleri tespit edilmiştir. Imms ve arkadaşları da sp'li çocukların fiziksel aktivitelerdeki eğlenme derecelerinin yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (101). Sp'li çocukların daha az sayıdaki fiziksel aktiviteyi daha az sıklıkta ve daha çok ev ortamında yaptıkları ortaya çıkmıştır. Sp'li çocukların katılabildikleri az sayıdaki fiziksel aktiviteyi fiziksel engellerine rağmen başardıklarında yaşadıkları başarı duygusunun bu aktivitelere daha fazla eğlenmelerini açıklayabilmektedir. Sp'li çocuklarda aktif fiziksel aktivitelere katılım bizim çalışmamızda, Imms ve arkadaşları ve Maher ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da sağlıklı akranlarına göre düşük bulunmuştur (27,101). Law ve arkadaşları fiziksel aktivitelere katılmadaki eksikliklerin çocuklarda uzun dönem sağlık problemlerine yol açtığını belirtmişlerdir (7). Shikako-Thomas ve arkadaşları (2012) fiziksel aktivitelere katılan okul çağındaki çocukların temel aktiviteleri daha kolay yaptıklarını ve enerji seviyelerinin, sosyal hayatlarının, okul durumlarının ve duygularının olumlu yönde etkilendiğini belirtmişlerdir (23). Oyun alanlarının, parkların ve eğlence aktivitelerinin varlığı ve güvenli oluşu çocukların fiziksel aktivitelere ve spor faaliyetlerine katılım oranını arttırabilmektedir (14). Sağlıklı ya da engelli çocuğu yaşamda daha aktif kılmak için fiziksel aktiviteyi destekleyen stratejiler geliştirmek gerekir. Bu stratejiler eğlenceli olmalıdır. Çocukların aktif olmaları desteklenmeli ve aktivitenin yararları öğretilmelidir. Sağlık ve fiziksel aktivite durumunu iyileştirmek için sağlık çalışanları, aileler ve toplumsal kuruluşlar arasındaki ilişkiyi arttırmak gerekir. Aileleri bilinçlendirmek, çocukların gelişimlerine uygun aktiviteleri seçmek, emin ve elverişli ortamlar oluşturmak,

çocukları cesaretlendirmek ve destek vermek fiziksel aktivitelere katılımı artırabilir. Aktiviteler farklı yetenek ve ilgileri olan çocukların ihtiyaçlarını karşılamalı, her türlü gelir düzeyine uygun olmalıdır. Fiziksel aktiviteyi arttırmada ailelere, sağlık profesyonellerine ve toplumsal kuruluşlara görevler düşmektedir. Buna bağlı olarak aileler çocukların sedanter aktivitelerini kısıtlayabilir (TV ve video seyretme, bilgisayar oyunu oynama gibi), kendilerini ve çocuklarını spor salonlarına yazdırabilirler. Sağlık çalışanları fiziksel aktiviteyi arttırmada anahtar rolü oynar. Sağlık çalışanları çocukları ve aileleri eğitebilir, sağlık kontrolleri sırasında fiziksel aktivite seviyelerini değerlendirebilir, aileleri uygun aktivite programlarına yönlendirebilir, çocukları engelleyen durumları tanımlayabilir ve danışmanlık verebilirler. Toplumsal kuruluşlarda eğlenceli, çocuk gelişimine uygun, yarışmaya değil katılıma odaklanan fiziksel aktivite programları olmalıdır (124). Uygun bilgilendirme ve egzersizle çocukların katılım için gerekli olan fiziksel becerileri geliştirmeleri sağlanabilir (104). Sp'li çocukların fiziksel aktivitelere katılımının düşük çıkmasının nedeninin ülkemizdeki çevresel bariyerler, spor faaliyetlerine ulaşılabilirlikteki zorluklar ve ailelerin tutumları olduğunu düşünmekteyiz. Katılımın bariyerlerini belirleme aşamasında sp'li bireylerin ve ailelerinin dahil edilmesi, etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi açısından önemlidir (104).

Çalışmamızda fiziksel aktivitelere katılımı incelediğimizde sp'li çocukların en fazla okul klüplerine katılma aktivitesine katıldıkları bulunmuştur. Sağlıklı çocuklarda da bu aktiviteye katılımın oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu aktiviteye katılımın yüksek çıkmasının nedeninin çocukların gittikleri okulda bu tür aktivitelerin olmasından dolayı olduğu düşünülmektedir. Aktivite okul tarafından düzenlenmektedir ve çevrenin olumsuz şartlarından etkilenmemektedir, ayrıca hiçbir maddi olanak gerektirmemektedir. Bu durumların aktiviteye katılımı artırdığı kanaatindeyiz.

Sp'li çocukların fiziksel aktivite katılımında ikinci sırada %60 ile bireysel fiziksel aktivite yapma aktivitesine katıldıkları görülmüştür. Sağlıklı çocukların ise %23.3'ü bu aktiviteye katılım göstermiştir. Çalışmamıza katılan sp'li çocukların hepsi fizik tedavi hizmeti almaktaydılar. Bu nedenle bireysel fiziksel aktivitelere katılımlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda takım sporu yapma oranı sp'li çocuklarda %16.7 iken sağlıklılarda %51.7 olarak bulunmuştur. Takım oyunu olmayan sporları yapma sp'li çocuklarda %30 iken sağlıklılarda %45 idi. Michelsen ve arkadaşlarının çalışmalarında da olduğu gibi çalışmamızda sp'li çocukların spor aktivitelerine daha az katıldıkları görülmektedir (17). Spor; fiziksel kapasitenin kullanılabilmesi ve kişinin anatomik, fizyolojik ve psikolojik yönden sağlıklı olabilmesi için önemlidir. Özel eğitime ihtiyaç duyan çocuklarda planlanacak spor aktiviteleri psikomotor, duyuşsal ve bilişsel alanlarda gelişimi sağlayacak nitelikte olmalıdır. Spor, çocukların fiziksel etkinliklere katılarak fiziksel ve motor uygunluk düzeylerinin gelişmesine, beden yapısının temel bileşenlerinin gelişimini sağlanmasına, koordinasyon kazanılmasına, kas dayanıklılığı ve kas kuvvetin oluşturulmasına, bedenin denge ve esneklik gibi özelliklerinin kazandırılmasına, olanak sağlamaktadır. Spor ile engelli çocuğun günlük yaşamında ve spor etkinliklerinde ince, kaba motor becerileri kolaylıkla yapılabilmesi mümkün olabilmektedir (125). Grupla yapılan spor aktivitelerinde engelli çocuk; paylaşma, iletişim kurma, sosyal davranışları öğrenme ve geliştirebilme yetisi kazanacaktır (126). Bireysel veya grupla yapılan spor çalışmalarıyla fonksiyonel özellikleri geliştirilen çocuk günlük ihtiyaçlarını karşılayacak etkinlikleri gerçekleştirmede kendine yetebilecek düzeyi elde edecektir (125). Yeterli sıklık ve düzeyde fiziksel aktiviteye katılmayan engelli çocuk, normal büyüme ve gelişme için gerekli olan hareket ve beceri niteliklerinde önemli kayıplara uğrayacaktır (127). Spor yapmanın olumlu etkileri göz önüne alındığında, engelli çocukların düzenli ve sürekli olarak fiziksel aktivitelere katılmaları sağlanmalıdır. Çocukların engel gruplarına uygun spor türleri belirlenmelidir. Engelli çocuklarda yapılacak olan düzenli spor aktiviteleri engellilerin kendilerine yetebilen sağlıklı ve mutlu bireyler olmalarını sağlayacaktır (125).

Çalışmamızda **sosyal aktivite** katılımında sağlıklı çocukların daha sosyal olduğu bulunurken sp'li çocukların daha fazla eğlendiği görülmüştür. Sp'li ve sağlıklı çocukların sosyal aktivitelere katılımında sp'li çocukların sosyal aktivitelere sağlıklı çocuklar kadar katılım gösterdikleri tespit edilmiştir. Majnemer ve arkadaşları ve Palisano ve arkadaşları çalışmamıza benzer olarak sp'li çocukların sosyal aktivitelere katılmalarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir (63,102).

Çalışmamızın aksine King ve arkadaşları, Law ve arkadaşları ve Engel-Yeger ve arkadaşları sp'li çocukların sosyal aktivitelere katılımını sağlıklı çocuklara göre daha düşük bulmuştur (7,24,60). CAPE'te sosyal aktiviteler; ziyarete gitme, telefonda konuşma, partiye gitme, başkalarını eğlendirme, müzik dinleme ve yiyecek hazırlama gibi aktivitelerden oluşmaktadır. Sosyal aktiviteler sp'li çocukların akranlarıyla sosyalleşmelerini sağlar ve arkadaş edinmelerine yardımcı olur (128). Sp'li çocuklarda katılımın yüksek çıkmasının nedeninin sosyal aktivitelerin sp'li çocuklar için çok önemli olan arkadaş edinme fırsatı yaratmasından, çok fazla fiziksel iyilik gerektirmediğinden veya az bir yardımla yapılabilecek olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda sosyal aktivite katılımında sp'li çocukların %90 katılım ile en fazla ziyarete gitme aktivitesine katıldıkları tespit edilmiştir. Sağlıklı çocukların katılımı ise %60 olarak bulunmuştur. Çalışmamızı yürütürken çocuklar bazen isteyerek bazen de aileleri istediği için aileleriyle birlikte çok sık akrabalarını ziyaret ettiklerini belirtmişlerdir.

Müzik dinleme aktivitesine sp'li çocukların katılımı %83.3, sağlıklı çocukların katılımı ise %50 olarak bulunmuştur. Henüz anne karnında iken duymaya başlayan insanoğlunun, doğumu takip eden ilk günlerden itibaren müziğe tepki verdiği bilinmektedir. Bu nedenle müzik normal gelişim gösteren çocuklarda olduğu kadar engelli çocukların da eğitim programları içine yerleştirilmelidir. Engelli çocukların eğitiminde müzik çok değerlidir. Müziğin bu kadar değerli olmasının nedeni başarı getiren bir etkinlik olmasıdır. Başarı motivasyonu artırır ve çocukların kendilerine güvenmelerini sağlar, bu da çocukların diğer alanlarda başarılı olma isteklerini pekiştirir. Müzik, bir eğitim aracı ve yöntemi olarak programlar içine etkin bir şekilde yerleştirildiğinde çocukların dil, motor, bilişsel, öz bakım ve sosyal gelişim alanlarını desteklemektedir. Müziğin etkili ve kalıcı öğrenme sağladığı unutulmamalıdır (129). Müzikle tedavinin insan yaşamındaki olumlu etkileri ve katkıları yadsınmaz. Bu alanda özellikle Avrupa, Amerika ve Güney Amerika ülkelerinde müzikle tedavi eğitimi verilmekte, dernekler kurulmakta, bilimsel konferans ve kongreler düzenlenmektedir. Bu ülkelerde müzik terapisi önemli bir durum olarak kabul edilmekte, terapistler kamu kurum ve kuruluşlarında görev

yapmaktadırlar. Müzikle tedavi uygulamaları engellilerin yaşam kalitesini arttırma, hastalarının tedavi seanslarının daha etkili olması ve ağrının etkisinin azaltması gibi konularda etkili ve faydalı olmuştur. Müziğin insanların günlük hayatındaki yeri ve önemi bilinmektedir ve bundan sonra da daha etkili, bilinçli bir tedavi yöntemi olarak kullanılabilmesi için bilimsel çalışmalar yapılmalıdır (130). Çalışmamızda müzik dinleme aktivitesine sp'li çocukların çok yüksek katılım gösterdikleri görülmüştür, bu sonuçlar ışığında müziğin ergoterapi müdahalelerine dahil edilmesinin müdahale etkinliğini ve katılımını arttıracacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda telefonda konuşma aktivitesine sp'li çocukların %80'i, sağlıklı çocukların ise %51.7'si katılım göstermiştir. Telefonda konuşma aktivitesine sp'li çocuklar tarafından yüksek bir oranda katılım gösterilmesinin nedeninin bu aktivitenin ihtiyaç duydukları sosyalleşmeye yardımcı olması ve kolay ulaşılabilir bir aktivite olmasından dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sinemaya gitme oranının sp'li çocuklarda % 30, sağlıklı çocuklarda %45 olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızı yürütürken sp'li çocuklara sinemaya gidip gitmediklerini sorduğumuzda bazıları sinemaların tekerlekli sandalyeler için uygun olmadığını ifade etmiş, bazıları ise sinemanın nasıl bir yer olduğunu bile bilmediklerini belirtmişlerdir. Sinemaya gitme oranını; çevrenin fiziksel bariyerlerinin yanı sıra ailelerin ekonomik ve sosyokültürel seviyelerinin de etkilediğini düşünmekteyiz çünkü sağlıklı çocukların da sinemaya gitme oranının çok yüksek olmadığı görülmüştür. Aral ve arkadaşları televizyon izleyen çocukların sinemaya daha az gittiklerini belirtmişlerdir (131). Çalışmamızda çocukların televizyon izleme oranları çok yüksek olarak tespit edilmiştir. Sinemaya gitme oranının düşük olmasının bir başka nedeninin bu durumdan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda sp'li ve sağlıklı çocukların **beceri temelli aktivitelere** katılımlarını incelediğimizde her iki grubun da bu aktiviteleri yaparken çok sosyal olmadıkları ve oldukça eğlendikleri tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Koyuncu da beceri temelli aktivitelerde aktivitelerin kiminle yapıldığı aktivitelerden ne kadar eğlenildiği bakımından her iki grup arasında bir fark olmadığını belirtmişlerdir (100). Çalışmamızda her iki grupta da beceri temelli aktivitelerde

eğlenme derecesi yüksek çıkmıştır. Çalışmamızın aksine Majnemer ve arkadaşları beceri temelli aktivitelerde eğlenme seviyelerini düşük bulmuştur (102). Çalışmamızda sağlıklı çocukların daha fazla beceri temelli aktiviteyi daha sık ve daha toplum temelli yaptıkları görülmüştür. Benzer şekilde Majnemer ve arkadaşları, Michelsen ve arkadaşları, Orlin ve arkadaşları ve Imms ve arkadaşları da beceri temelli aktivitelere sp'li çocukların sağlıklı çocuklardan daha az katıldıklarını bildirmişlerdir (17,94,101,102).

Sp'li çocukların beceri temelli aktivitelerden %40 oran ile en fazla dans etme aktivitesine katılım gösterdikleri tespit edilmiştir. Sağlıklı çocuklarda ise dans etme aktivitesine katılım oranı %21.7 olarak bulunmuştur. Paulson, dansı “hissetmek, anlamak ve iletişim kurmak için hareketin araç olduğu bir sanat dalı” olarak tanımlamaktadır. Dans; kişisel yaratıcılığı geliştirir, çocukların estetik deneyimlere açık hale getirir, kültürel ve birleştirici zengin bir ortam sağlar, çocukların boş zamanlarını eğlenceli ve dolu geçirmelerine yardımcı olur, çocuğun daha fazla egzersiz yapmasına olanak sağlar (132). Çalışmamızda çıkan sonuçlara göre dans etmenin sp'li çocuklar arasında oldukça ilgi gösterilen bir aktivite olduğu görülmüştür, bu durumdan yola çıkarak ergoterapistlerin sp'li çocuklarla çalışırken müdahalelerinde bir aktivite aracı olarak dansı kullanmalarının müdahale etkinliğini artıracığı düşünülmektedir.

Sp'li çocukların dans etme aktivitesinden sonra beceri temelli aktivitelerden %16.7 ile en fazla katılım gösterdikleri aktivitenin müzik aleti çalma aktivitesi olduğu tespit edilmiştir. Sağlıklı çocuklarda bu aktiviteye katılım %40 olarak bulunmuştur. Imms ve arkadaşları müzik aleti çalma oranının her iki grup için de aynı olduğunu rapor etmişlerdir (101). Ancak bizim çalışmamızda müzik aleti çalma aktivitesine katılım sağlıklı çocuklarda çok daha yüksek bulunmuştur. Bir müzik aleti çalmasını öğrenmeleri, çocuklara sayısız yararlar sağlar. Zekâlarını geliştirmenin yanı sıra, onlara disiplinli olma, hızlı problem çözme ve her konuda sistematik çalışma alışkanlıkları kazandırır. Çocuğun enstrüman çalmayı başarması kendisini ifade edebilmesi ve beceri kazanması açısından çok yararlıdır (133). Müzik aleti çalma aktivitesine sp'li çocukların daha az katılım göstermelerini bu aktivitenin

fiziksel engeli olan çocuklar için yardımcı araç ve gereç gerektirmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda sp'li ve sağlıklı çocukların **kişisel gelişim aktivitelerini** incelediğimizde her iki grupta da eğlenme derecelerinin yüksek olduğu ve aktiviteleri daha çok ev ortamında yaptıkları görülmüştür. Majnemer ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kişisel gelişim aktivitelerindeki eğlenme derecelerinin bizim çalışmamıza göre biraz daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (102).

Çalışmamızda sp'li çocukların kütüphaneye gitme, ev ödevi yapma ve alışveriş yapma gibi aktivitelerden oluşan kişisel gelişim aktivite katılımlarında sp'li çocukların bu aktiviteleri yalnız yapmadıkları tespit edilmiştir. Çalışmamızı yürütürken çocuklar aktiviteleri daha çok anne babalarının yardımlarıyla gerçekleştirebildiklerini ancak kendi yapabildikleri aktivitelerde bile çoğu zaman ebeveynlerinin yardım konusunda ısrarcı olduklarını ifade etmişlerdir. Sp'li çocukların kişisel gelişim aktivitelerini gerçekleştirebilmek için başkalarına ihtiyaçları olduğundan veya ihtiyaçları olmadığında da ailelerin sergiledikleri korumacı tutumlardan dolayı aktiviteleri kiminle yaptıkları açısından puanlarının yüksek çıktığı kanaatindeyiz. Çalışmamızda sağlıklı çocukların daha fazla sayıdaki kişisel gelişim aktivitesine daha sık katıldıkları görülmüştür. Ancak sp'li çocukların da kişisel gelişim aktivitelerine katılma puanları yüksek çıkmıştır. Palisano ve arkadaşları ile Majnemer ve arkadaşları çalışmamıza benzer şekilde sp'li çocukların kişisel gelişim aktivite puanlarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir (63,102).

Çocukların kişisel gelişim aktivitelerine katılımları incelendiğinde ev ödevi yapma aktivitesine sağlıklı çocukların %86.7'sinin, sp'li çocukların ise %83.3'ünün katılım gösterdiği tespit edilmiştir. Ev ödevi yapma aktivitesine her iki grupta da yüksek katılım olmasının nedeninin her iki grubun da okula gidiyor olmaları ve ev ödevi yapma mecburiyetleri olması olarak düşünülmektedir.

Alışveriş yapma aktivitesine sp'li çocukların %70'inin, sağlıklı çocukların %46.7'sinin katılım gösterdiği tespit edilmiştir. Alışveriş aktivitesine katılımın oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Sp'li çocuklar tarafından yüksek katılım gösterilen bu aktivitenin çocuğun karar verme, yardımcı olma ve sorumluluk alma

becerilerinin geliştirilmesine yönelik kullanılabileceği düşünülmektedir. Ancak çocuk yardım etmeye çalışırken bazı gecikmelere, kazalara neden olabilir, yardım ve denetime ihtiyaç duyabilir bu nedenle bu tür küçük sorumlulukların kazandırılmasında çocuklar teşvik edilmeli ve sabırlı olunmalıdır (134).

Okuma aktivitesine katılım sp'li çocuklarda %40, sağlıklı çocuklarda %78.3 olarak tespit edilmiştir. Okuma, temel dil becerilerinden birisi olup insan hayatında önemli bir yere sahiptir. Çünkü anlama, sosyalleşme, bilgi edinme ve kişisel gelişimin temeli okumaya dayanır. Karmaşık bir süreç olarak nitelendirilen okuma, görme ve seslendirme yönüyle fizyolojik, anlama yönüyle de zihinsel bir beceridir. İnsanın yaşama çevresindeki okuma imkânları ve faktörler, onun hayatını doğrudan etkilemekte, eğitim ve öğretim faaliyetlerine yön vermektedir. Bu faktörler aile, arkadaş çevresi, okul-öğretmen ve kitap-kütüphane imkânları şeklinde sıralanabilir (135). Çocuğun kişilik kazanmasında ve toplumsallaşmasında en önemli kurum olan aile her açıdan belirleyici ilk toplumsal çevredir. Bütün alışkanlıklarda olduğu gibi okuma alışkanlığı kazanılmasında da ailenin yaklaşım ve tutumu, diğer bir deyişle duyarlılığı başlıca etkendir (136).

Çalışmamızda kütüphaneye gitme oranı sp'li çocuklarda %3.3, sağlıklı çocuklarda %18.3 olarak tespit edilmiştir. Kültür Bakanlığı Kütüphaneler Genel Müdürlüğü'nün web sayfasında yayınlanan verilerine göre 2011 yılı itibariyle Türkiye genelindeki 45 tane çocuk kütüphanesi bulunmaktadır. Her ilde çocuk kütüphanesi bulunmamaktadır (137). Yılmaz (2004) Türkiye'de çocukların çok ciddi boyutlarda bir kütüphane kullanma alışkanlığı sorunu olduğunu çocukların kütüphaneye gitme alışkanlıkları edinmelerinde ailenin tutumunun ve duyarlılığının etken olduğunu belirtmiştir. Yılmaz çocukların okuma ve kütüphaneye gitme alışkanlıklarında ebeynlerin duyarlılığı ile ilgili yaptığı araştırmada şu sonuçlar çıkmıştır; ebeveynler genelde çocuklarını bir kütüphane ile tanıştırmamışlardır, ebeveynler çocuklarının kütüphaneye gidip gitmemeleri konusunda tepkisiz kalmakta, duyarsız davranmaktadırlar, çocuklar ebeveynlerinin genelde kütüphane kullanmadıklarını düşünmektedirler, ebeveynler gerek okuma gerekse kütüphane kullanma alışkanlıkları konusunda çocuklarına ilişkin olarak genelde duyarsız davranmaktadırlar. Yılmaz ebeveynlerin bu duyarsızlıklarının büyük ölçüde

kendilerinin de bu alışkanlıklara ve dolayısıyla bu bilince sahip olmamalarından kaynaklandığını ve çocukları için okuma ve kütüphane kullanma alışkanlıkları konusunda iyi birer model olmadıklarını belirtmiştir (136). Sp'li ve sağlıklı çocukların kütüphaneye gitme oranlarının ailelerin tutumlarından ve çocuk kütüphane sayısının azlığından etkilendiği düşünülmektedir.

Günlük ev işleri yapma aktivitelerine katılımı incelediğimizde sp'li çocukların hiçbirinin günlük ev işlerine katılmadığı görülmüştür. Sağlıklı çocuklar ise yüksek olmamakla birlikte % 26.7 oranıyla bu aktiviteye katılım göstermişlerdir. Ev işleri yapma gibi aktivitelere katılımın çocukların daha bağımsız bir yetişkinliğe geçiş yapmalarına yardımcı olmaktadır (101). Law ve arkadaşları (2006) fiziksel engeli olan çocukların ev işlerine katılımının Kanada'da %85, Avustralya'da %59.6 olduğunu rapor etmişlerdir (7). Ülkemizde ev işlerine katılımın bu kadar düşük olmasının nedeninin annelerin aşırı korumacı davranışlarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çalışmamızı yürütürken çocukların bazıları ev işlerine yardım etmek istediklerinde annelerinden 'gerek yok, sen yorulma, ben yaparım' gibi cevaplar aldıklarını ifade etmişlerdir. Ersoy (2009) toplumumuzda genel olarak ebeveynlerin çocuklarına karşı fazla korumacı davrandıklarını ve sorumluluk alma yaşını geciktirdiklerini belirtmiştir. Bireyler, insani kaynaklarının içinde yer alan fiziksel yaşam becerilerini geliştirmeyi erken çocukluk döneminde öğrenmeye başlamalıdır. Böylece küçük yaşlardan itibaren ailede bilinçli olarak verilecek fiziksel becerilerin eğitimi, bireyin kendine güvenerek daha hızlı sosyalleşmesini ve yapacağı atılımlarda başarıya ulaşmasını kolaylaştıracaktır. Çocuğu yetişkin yaşamına hazırlamak amacıyla çocuğa erken yaşlarda fiziksel yaşam becerileri ile ilgili sorumluluklar verilerek bireysel gelişiminin hızlandırılması sağlanabilir. Ailede verilecek fiziksel sorumluluklar oyun gibi zevkli bir uğraş olarak benimsetilirse, günlük yaşamın doğal bir parçası olarak öğrenilir ve sürdürülebilir. Böyle bir durumda ebeveynler sabırsız davranarak çocuklarına acıyıp, ailedeki bütün fiziksel faaliyetlerin sorumluluğunu üstlenirlerse onun sorumluluk duygusuna sahip olmasını önleyebilirler. Eğer fazla korumacı yaklaşırlar ve sorumluluk verme yaşını geciktirilirse, çocuğun bağımsız iş yapma isteği engellenir ve çocuk kendi ihtiyaçlarını karşılayacak çalışma alışkanlığını kazanamaz. Dolayısıyla çocuğun sorunlarıyla kendi kendine başa çıkması ve özgüven kazanması zorlaşır. Kendi yapması gereken

işlerin başkaları tarafından karşılanması ona doğal gelmeye başlar ve sorumluluklarını kendiliğinden yerine getirme isteği körelmiş olur. Çocuğun iş yapma şevkini kırmadan verilen sorumluluğu tamamlaması sağlanırsa, ona yararlı olduğu duygusu kazandırılır ve ileriki yıllarda yapacağı atılımlarda kaydedeceği başarılarına katkı sağlanmış olur (97). Böylece çocukta küçük yaştan itibaren fiziksel yaşam becerileri gelişerek yaşamına yön veren değerleri ve tutumları algılaması kolaylaşır, kendisini keşfederek karşılaştığı sorunların üstesinden gelmeyi öğrenebilir (134). Üstelik bu tür görevler, çocuğun aile hayatının bir parçası olduğunu, yaşadığı yeri benimsemeyi, herhangi bir faaliyetin ardından dağıttığı yeri toplamayı, yeni ve değişik uğraşların üstesinden gelmeyi öğrenerek büyümesini sağlar. Çocuk ailesi için önem taşıyan bir işi bitirdiğinde, kendine güveni ve özsaygısı artar, kendisini yetenekli ve yeterli hissettiği için hem enerjisini arzu edilen davranış ve becerilere yönlendirebilir hem de daha çok çalışmaya motive olabilir. Diğer bir ifade ile ebeveynler çocuklarına değişik fiziksel sorumluluklar vererek ve sorumlulukların derecesini yaşlarıyla orantılı olarak artırarak birkaç becerinin birden üstesinden gelmeyi öğrenmelerini ve yaşamlarının diğer alanlarında kendilerine yardımcı olacak yeni beceriler edinmelerini sağlayabilirler. Çocuğun sorumluluklarındaki artış, kendine güvenini ve özsaygısını artırdığı gibi paylaşma ve başarıya duygularını tatmin ederek karar verme, organize ve kontrol etme becerilerini de geliştirir (97). Yüklenen sorumlulukların çocuğun yaşıyla ve fiziki gücüyle uyum içinde olması gerekir. Aksi takdirde bu sorumluluk artışı, çocuğun arkadaşlarından izole olmasına ve yaşının gerektirdiği faaliyetlere yeterince zaman ayıramamasına neden olur. Bu nedenle ebeveynlerin, çocuklarına verdikleri fiziksel sorumluluk konusunda esnek ve gerçekçi olmaları gerekmektedir (138). Çocuklara ailede fiziksel sorumluluk verirken onların takdir edilmesi de ödül olarak değerlendirilebilir. Özellikle küçük çocukların evle ilgili fiziksel faaliyetlere katılarak kendilerinin önemli olduğunu hissetmeye ihtiyaçları vardır. Bitirdiği bir faaliyet ebeveyni tarafından övülen çocuk, kendini gereksinim duyulan yararlı bir kişi olarak hissedecek ve yeni sorumluluklara gönüllü olarak aday olacaktır. Çocuğun yeteneği doğrultusunda istediği fiziksel sorumluluğu üstlenmesine izin verilmesidir. Bunun için de ona birkaç alternatif sunulmalı ve içlerinden birini seçmesine izin verilmelidir. Çocuklar, birden fazla seçenekleri olduğunu bilirlerse, uygun olan bir planı seçerek, beraber çalışmaya gönüllü

olabilirler. Bu durumda onların ilgi alanları alternatifler arasından yapacakları seçimler doğrultusunda keşfedilerek, fiziksel yaşam becerilerini yetenekleri doğrultusunda geliştirmelerine fırsat verilmesi gerekmektedir. Çocukların küçük yaştan itibaren evle ilgili fiziksel faaliyetlere katılmaları, sosyalleşmeleri için çok önemli bir süreç olup, ileriki yaşamlarında da bu alışkanlıklarını sürdürmeleri, ebeveynlerinin tutum ve davranışlarıyla direkt ilişkili görülmektedir (97). Ebeveyn-çocuk ilişkilerinin, çocukların yaşamı anlamalarında etkili olduğu ve çocukların değerlerinin öncelikle aile yaşantısı içinde geliştiği söylenebilir (139).

Çalışmamızda sp'li ve sağlıklı çocuklarda **planlanmamış aktivite katılımı** karşılaştırılmıştır. Planlanmamış aktiviteler hiç veya çok az planlama gerektiren ve genellikle kişinin kendisi tarafından başlatılan aktivitelerdir. Planlanmamış aktivite katılımında gruplar arasında yapılan aktivite sayısı, aktivitelerin yapılma sıklığı, kiminle ve nerede yapıldığı bakımından bir fark bulunmamıştır. Her iki grupta da planlanmamış aktivitelere katılım yüksek olduğu ve her iki grubunda aktiviteleri daha çok ev ortamında gerçekleştirdikleri ve çok sosyal olmadıkları tespit edilmiştir. Ülkemizde engeli olup olmamasına bakılmaksızın bütün çocuklar için çevresel ulaşılabilirlik ve güvenlik bariyerlerinin mevcut olması her iki grubun da çok sosyal olmamasını ve aktiviteleri daha çok evde yapmalarını açıklayabilir (105). Bizim sonuçlarımızdan farklı olarak Eriksson ve arkadaşları ve Engel-Yeger ve arkadaşları katılım gösterilen planlanmamış aktivite sayısı açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğunu ve sp'li çocukların planlanmamış aktivitelere sağlıklı çocuklara kıyasla daha az katıldıklarını rapor etmişlerdir (24,140). Çalışmamızda planlanmamış aktivite katılımında katılım sıklığı açısından da gruplar arasında fark çıkmadığı görülmüştür. Engel-Yeger ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak sağlıklı çocukların planlanmamış aktiviteleri daha sık yaptıkları görülmüştür (24). Planlanmamış aktivite katılımında sp'li çocukların daha fazla eğlendikleri görülmüştür. Majnemer ve arkadaşları da sp'li çocukların planlanmamış aktivitelerde eğlenme derecelerinin yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Planlanmamış aktivite katılımında sp'li çocukların %100'ü televizyon izleme, %90'ı ziyarete gitme, %83.3'ü müzik dinleme ve %83.3'ü ev ödevi yapma aktivitelerine katılım göstermişlerdir. Sağlıklı çocukların ise %86.7'si ev ödevi yapma, %81.7'si bilgisayar veya video oyunları oynama, %78.3'ü okuma ve %76.7'si el sanatı çizim veya

boyama yapma aktivitelerine katılım gösterdikleri görülmüştür. Her iki grubun toplamda %85.6 ile ev ödevi yapma ve %76.7 ile bilgisayar veya video oyunları oynama aktivitesine katıldıkları görülmüştür. Sp'li çocukların en fazla televizyon izleme aktivitesine katılmalarının nedeninin bu aktivitenin kolay ulaşılabilir, eğlenceli ve ev ortamında yapılabilen bir aktivite olması olarak düşünülmektedir. Sp'li ve sağlıklı tüm çocukların en fazla ev ödevi yapma aktivitesine katıldıkları belirlenmiştir. Michelsen ve arkadaşları yaptıkları çalışmada çalışmamızdan farklı olarak sp'li çocukları ev ödevi yapma aktivitesine sağlıklı çocuklara göre daha az katıldıklarını belirtmişlerdir (17). Çalışmamızda ev ödevine katılımın bu kadar yüksek olması çalışmaya katılan tüm çocukların okula gitmelerinin ve ev ödevi yapma zorunluluklarının bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Bilgisayar ve video oyunları oynama aktivitesine katılımın sağlıklı çocuklarda daha yüksek olmakla birlikte sp'li çocuklarda da yüksek olduğu belirlenmiştir. Michelsen ve arkadaşlarının çalışmasında çıkan sonuçlara benzer şekilde sp'li ve sağlıklı çocuklar sanat aktivitelerine ve bilgisayar veya video oyunları oynama aktivitesine yaklaşık yüzdelerde katılım göstermişlerdir (17). Çocukların bilgisayar ve video oyunları oynama aktivitesine katılımlarının yüksek olmasının bu aktivitenin kolay ulaşılabilir, fazla fiziksel beceri gerektirmeyen, 8-12 yaş arası çocukların ilgi alanına giren ve ev ortamında yapılabilecek bir aktivite olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Imms ve arkadaşları çalışmamızdan çıkan sonuçların tam aksi bilgisayar oyunları oynama ve el sanatı aktivitelerinin oranının sp'li çocuklarda daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (101). Henry çalışmasında her iki grubun ilgi alanlarının benzer olduğunu bulmuştur (141). Literatürde çalışmalar arasındaki farklılığın ülkeler ve bölgeler arasındaki çevresel ve sosyo kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Planlanmış aktiviteler belirli bir eğitmen veya lider eşliğinde yapılan, kuralları ve hedefleri olan yapılandırılmış aktivitelerdir. Çalışmamızda sp'li ve sağlıklı çocuklar arasında planlanmış aktivite katılımı karşılaştırıldığında aktivitelerin kiminle yapıldığı, aktivitelerden ne kadar eğlenildiği ve aktivitelerin nerede yapıldığı yönünden bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Koyuncu'nun yaptığı çalışmaya benzer olarak planlanmış aktivite katılımında her iki grubun da çok sosyal olmadıkları ve bu aktiviteleri yalnız başlarına yaptıkları görülmüştür (100). Katılım

gösterilen aktivite sayısı ve sıklığı bakımından sağlıklı çocukların değerlerinin sp'li çocukların değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlıklı çocukların planlanmış aktiviteleri sp'li çocuklara göre biraz daha toplum temelli yaptıkları görülmüştür. Engel-Yeger ve arkadaşları da sp'lilerin sağlıklılarla kıyaslandığında daha çok evde aktivite yaptıklarını belirtmişlerdir (24). Çalışmamızda sağlıklı çocukların sp'li akranlarıyla karşılaştırıldığında planlanmış aktiviteleri sayı ve sıklık bakımından daha çok yaptıkları görülmüştür. Koyuncu ile Eriksson ve arkadaşları da fiziksel engeli olan çocukların planlanmış aktivitelere katılımlarının daha düşük olduğunu rapor etmişlerdir (100,140). Sp'li çocukların planlanmış aktivitelere katılımlarının düşük olmasının bu aktivitelerin (örneğin: ata binme, müzik aleti çalma, takım sporu yapma) engelli çocuklar için ulaşılabilirliğinin zor olması, yardımcı araç gereçlere ihtiyaç duyulması ve çocukların fiziksel yetersizliklerinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Gruplar arasında eğlenme derecesi değişkenine baktığımızda diğer bütün aktivite tiplerinde de olduğu gibi sp'li çocukların değerlerinin sağlıklı çocukların değerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Majnemer ve arkadaşları da sp'li çocukların eğlenme derecelerinin oldukça yüksek olduğunu rapor etmiştir (102). Planlanmış aktivite katılımında sp'li çocukların %63.3'ü okul klüplerine katılma, %36.7'si dini bir aktivite yapma, %16.7'si takım sporu yapma aktivitelerine katılırken sağlıklı çocukların ise %55'i okul klüplerine katılma, %51.7'si dini bir aktivite yapma ve %51.7'si ise takım sporu yapma aktivitelerine katılmıştır. Planlanmış aktivite katılımında sp'li ve sağlıklı çocukların aynı aktivitelere katılım gösterdikleri görülmüştür. Ancak sağlıklı çocukların bu aktivitelere katılımlarının çok daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Michelsena ve arkadaşları çalışmamızda çıkan sonuçlara benzer şekilde sp'li çocukların spor yapma aktivitesine daha az katıldıklarını belirtmişlerdir (17). Çalışmamızda tüm çocukların planmış aktivitelerden en fazla okul klüplerine katılma ve dini bir aktivite yapma aktivitelerine katılım gösterdikleri belirlenmiştir. Çocukların tümünün okula devam etmesi nedeniyle okul klüplerine katılma aktivitesine katılımın yüksek çıktığı düşünülmektedir. Planlanmış aktivitelerden dini bir aktivite yapma aktivitesinin de çocukların çoğu tarafından yapılmasının ailelerinin ve kendilerinin sosyokültürel yapılarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda sağlıklı çocukların kendi içlerinde planlanmış aktivitelerden daha çok planlanmamış aktivitelere katıldıkları görülmüştür. Aynı şekilde sp'li çocukların da planlanmamış aktivitelere daha çok katıldıkları belirlenmiştir. Engel-Yeger ve arkadaşları çalışmamızdan farklı olarak planlanmış aktivitelere katılımın daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (24). Ancak çalışmamıza benzer şekilde literatürde çalışmaların büyük bir kısmında sp'li çocukların planlanmamış aktivitelere daha çok katıldığı rapor edilmiştir (7,23,102,142). Planlanmış aktivitelerin daha fazla yardımcı araç ve gereç, ebeveyn yardımı, zaman ve maddi olanak gerektirmesinin bu aktivitelere katılımı azalttığı düşünülmektedir.

Law ve arkadaşları **cinsiyetin** katılımı etkileyen bir faktör olduğunu belirtmişlerdir (7). Çalışmamızda Sağlıklı erkek çocukların sağlıklı kızlara göre aktivitelere daha toplum temelli katılım gösterdikleri ve daha çok eğlendikleri görülmüştür. Sağlıklı kız çocuklarının sp'li kızlara göre daha fazla sayıda aktiviteye daha sık katıldıkları, ve aktivitelerden daha fazla eğlendikleri tespit edilmiştir. Sağlıklı erkek çocukları da sp'li erkek çocuklarına göre daha fazla aktiviteye daha sık katılım göstermiştir.

Sp'li kız çocuklarının en fazla katıldıkları aktiviteler; el sanatı, çizim veya boyama yapma, televizyon veya kiralanan film izleme, ziyarete gitme, müzik dinleme, ev ödevi yapma ve oyunlar oynama şeklinde belirlenmiştir. *Sağlıklı kız çocuklarının* katıldıkları aktivitelerin okuma, ev ödevi yapma, ziyarete gitme, el sanatı çizim veya boyama yapma, birşeyler biriktirme ve şarkı söylemeyi öğrenme olduğu görülmüştür. Sağlıklı ve sp'li kız çocuklarının katılım gösterdikleri aktivitelerde benzerlik olduğu belirlenmiştir. *Tüm kız çocuklarının* engelden bağımsız olarak daha çok ev ortamında aktiviteleri yaptıkları görülmüştür. Dövüş sporları yapma, jimnastik yapma, toplumsal organizasyonlara katılma, su sporları yapma, kar sporları yapma, araç gereçlerle oynama, takım oyunu olmayan sporlar yapma ve günlük ev işleri yapma aktivitelerine *sp'li kız çocuklarının* hiç biri katılım göstermemiştir. *Sağlıklı kız çocuklarının* hiç biri ise paralı bir iş yapma aktivitesine katılım göstermemiştir.

Sp'li erkek çocuklarının en fazla katıldıkları aktiviteler sırasıyla televizyon izleme, telefonda konuşma, ziyarete gitme, ev ödevi yapma, dışarıda takılma, müzik

dinleme ve bilgisayar veya video oyunları oynama olarak belirlenmiştir. *Sağlıklı erkek çocuklarının* ise en fazla katıldıkları aktivitelerin bilgisayar veya video oyunları oynama, dışarıda takılma, ev ödevi yapma, el sanatı çizim veya boyama yapma, oyunlar oynama, birşeyler biriktirme, takım sporu yapma ve okuma olduğu görülmüştür. Taklit veya hayali oyunlar oynama, kütüphaneye gitme, günlük ev işleri yapma ve paralı bir iş yapma aktivitelerine hiçbir *sp'li erkek çocuğu* katılım göstermemiştir. *Sağlıklı erkek çocuklarının* ise en az katılım gösterdikleri aktivitenin %2.9 ile dans etmeyi öğrenme aktivitesi olduğu belirlenmiştir.

Takım sporu yapma, bireysel fiziksel aktiviteleri yapma ve takım oyunu olmayan sporları yapma aktivitelerine katılım *sp'li erkeklerde sp'li kızlara* göre çok yüksek bulunmuştur. Michelsen ve arkadaşları, Kang ve arkadaşları ve Law ve arkadaşları da çalışmalarında erkek çocukların fiziksel aktivitelere kızlardan çok katılım gösterdiklerini belirtmişlerdir (7,17,104). Çalışmamızda sağlıklı ve *sp'li* tüm çocukların (n=90) aktivitelere katılımları incelendiğinde *kız çocuklarında* %86.8 ile en fazla el sanatı çizim veya boyama yapma, ziyarete gitme ve ev ödevi yapma aktivitelerine katılım görülmüştür. Daha sonra sırasıyla oyunlar oynama, yapboz yapma ve okuma aktiviteleri yapılmıştır. *Erkek çocuklarında* ise %84.6 ile en fazla katılım gösterilen aktivite ev ödevi yapma iken daha sonra sırasıyla bilgisayar veya video oyunları oynama, dışarıda takılma, elsanatı çizim veya boyama yapma ve telefonda konuşma aktiviteleri olarak bulunmuştur. King ve arkadaşları da çalışmamıza benzer şekilde kızların daha çok küçük gruplarla oturarak yapılan aktivitelere katıldıklarını rapor etmişlerdir (60).

Planlanmamış aktivite katılımında en fazla katılım gösterilen aktivite *kızlarda* el sanatı, çizim veya boyama yapma ve ziyarete gitme aktiviteleri, *erkeklerde* ise ev ödevi yapma aktivitesi olarak belirlenmiştir. Kız ve erkeklerin hiç biri paralı bir iş yapma aktivitesine katılım göstermemiştir.

Planlanmış aktivite katılımında *kızların* en fazla okul klüplerine katılma aktivitesine, *erkeklerin* ise en fazla takım sporu yapma aktivitesine katıldıkları görülmüştür. Erkeklerin en az dans etmeyi öğrenme, kızların ise en az dövüş sporları yapma aktivitelerine katıldıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda cinsiyetin aktivite tipi açısından etkili olduğu görülmüştür (2). Larson ve Verma; cinsiyetin, aktivite tipinin seçiminde majör faktör olduğunu ifade etmektedir (143). Toplumumuzda çocukluktan başlayan cinsiyet ayrımı, her bireyin kadın ve erkek kimliğini vurgulayarak sosyal etkileşim alanında toplumsallaşmasını yönlendirmektedir. Aile içinde en yakın etkileşim, aynı cinsiyetler arasında yoğunlaşmaktadır (anne-kız çocuk; baba-erkek çocuk). Aile içi toplumsallaşma sürecinde kız çocuk tertipli, itaatkar, evi çekip çeviren, başkaları için yaşamaya ve fedakarlık yapmaya hazır bir birey olarak yetiştirilirken; erkek çocuk, güçlü, göreceli olarak bağımsız, otoriter ve istediği zaman dışarıda vakit geçirebilen bir birey olarak eğitilmektedir (144). Kız ve erkek çocukları arasındaki katılım gösterilen aktivitelerdeki farklılığının nedeninin, kız ve erkek çocuğunun gelişimsel farklılığının ve yetiştirilme tarzının bir sonucu olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda **yaşa** göre aktivitelere katılım incelendiğinde sp'li çocuklarda yaşın artmasına veya azalmasına bağlı olarak aktivite katılımında bir değişiklik bulunmamıştır. Mcmanus ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzer şekilde çalışmamızda sp'li çocuklar için katılımın yaştan bağımsız olduğu belirlenmiştir (2). Law ve arkadaşları çalışmalarında sp'li çocuklarda yaş büyüdükçe katılım gösterilen aktivite sayılarının azaldığını belirtmişlerdir (7). Aynı şekilde Orlin ve arkadaşlarının sp'li çocuklarla yaptıkları çalışmada küçük çocukların katıldıkları aktivite sayısının ve katılım sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür (94).

Çalışmamızda sağlıklı çocuklarda yaşa göre katıldıkları aktivite sayısı ve katılım sıklığı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu bulunmuştur. Sağlıklı çocuklarda yaş büyüdükçe katılım gösterilen aktivite sayısı ve katılma sıklığı artmıştır. Sağlıklı çocuklarda büyüdükçe aktivite katılımlarının artmasının bağımsızlaşmalarının ve fiziksel becerilerinin gelişmesinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaş büyüdükçe sp'li çocukların eğlenme derecelerinde bir farklılık oluşmamıştır. Majnemer ve arkadaşları sp'li çocuklarda yaş büyüdükçe çocuklardaki eğlenme derecesinin azaldığını belirtmişlerdir (102). Palisano ve arkadaşları çocuğun yaşının ilgi alanlarını, tercihlerini, katılım çeşitliliğini ve tipini etkilediğini rapor etmişlerdir (8). Yaşa göre aktivite katılımları sp'li ve sağlıklı

çocuklarda karşılaştırıldığında 12 yaşta sağlıklı çocukların katıldıkları aktivite sayısının ve sıklığının sp'li çocuklardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. 12 yaş sağlıklı çocukların aynı yaşlardaki sp'li çocuklardan daha fazla sayıdaki aktiviteye daha sık katıldıkları görülmüştür.

Çalışmamızda sp'li çocukların aktivite katılımları engelin derecesini sınıflandıran bir yöntem olan GMFCS'ye göre karşılaştırılmıştır (93). GMFCS 9-13 yaş arası sp'li çocuklardaki hareket, kendine bakım ve günlük yaşam için bir gösterge olarak kabul edilmektedir (28). Çalışmamızda GMFCS'ye göre aktivite katılım değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bizden farklı olarak Orlin ve arkadaşları katılımın bütün alanlarında GMFCS açısından anlamlı bir fark bulmuştur (94). Akyürek çalışmasında fonksiyonel bağımsızlık ve mobilite seviyelerinin toplumsal katılımı etkilediğini belirtmiştir (145). GMFCS ile aktivite katılımı açısından fark çıkmamasının bir nedeninin örneklemimizin büyüklüğü olduğu kanaatindeyiz. Daha büyük bir örnekleme yapılan bir çalışmada farklı sonuçlar ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda okula gidebildikleri için yalnızca GMFCS'ye göre 1., 2. ve 3. seviyedeki çocuklar dahil edilmiştir. Imms ve arkadaşları motor becerilerin (5. Seviye hariç) katılımı kısıtlayıcı faktör olmayabileceğini belirtmişlerdir (101). Çalışmamıza 4. ve 5. seviyeleri dahil edilmiş olsa idi aktivitelere katılım açısından farklılıklar ortaya çıkabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda sağlıklı ve sp'li çocukların **aktivite tercihleri** PAC testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu teste göre çocuklara testteki 55 aktivite için 'aktiviteleri yapıp yapmadığımız önemli değil, her bir aktiviteyi yapmayı tercih edip etmediğiniz yönünde cevaplayınız' şeklinde açıklama yapılmıştır. Çocuklardan her bir aktivite için '1= yapmayı hiç istemiyorum', '2= yapmayı biraz istiyorum', '3= yapmayı çok istiyorum', şeklinde yanıt vermeleri istenmiştir. Çalışmamızda çıkan sonuçlara göre sp'li çocuklarda yapılması en çok tercih edilen ilk beş aktivite %96.7 ile televizyon izleme, %86.7 ile oyun oynama, %83.3 ile bilgisayar veya video oyunları oynama, %83.3 ile ziyarete gitme ve %83.3 ile alışveriş yapma olarak bulunurken, sağlıklı çocuklarda %73.3 ile bilgisayar veya video oyunları oynama, %71.7 ile bisiklet sürme, paten kayma veya kayak binme, %68.3 ile sinemaya

gitme, %65 ile birşeyler biriktirme ve %65 ile oyun oynama olarak bulunmuştur. Sp'li çocukların *yapmayı tercih ettikleri* aktivitelerin çok fiziksel beceri gerektirmeyen aktiviteler olduğunu görmekteyiz. Bilgisayar ve video oyunları oynama her iki grupta da yüksek derecede tercih edilmiştir. Henry çalışmamıza benzer şekilde çalışmasında her iki grubun ilgi alanlarının benzer olduğunu bulmuştur ve ilk dört sırada müzik dinlemek, arkadaşlarla takılma, televizyon izleme ve telefonda konuşma olduğunu belirtmişlerdir (141). Her iki grupta da aktivite olarak bilgisayar kullanımının *tercih edilmesi* şaşırtıcı değildir. Değerlendirmelerimizi yürütürken çocukların çoğu ailelerinin onları dışarı göndermek istemediklerinde veya dışarıda oynayacak güvenli bir yer olmadığı evde bilgisayar oynarken çok eğlendiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca sp'li çocuklar fiziksel engellerinden ötürü fiziksel beceri gerektiren aktiviteler yerine bilgisayar kullanmaktan ve televizyon izlemekten daha fazla zevk aldıklarını ifade etmişlerdir. Günümüzde bilgisayarların kolay ulaşılabilir olmasının yanı sıra 8-12 yaş çocukların ilgisini çeken ve çok fazla fiziksel beceri gerektirmeyen bir aktivite olmasının da bilgisayar kullanımını arttırdığı düşünülmektedir.

Sp'li ve sağlıklı çocukların *yapmayı tercih etmedikleri* aktiviteler sorulduğunda sp'li çocukların %83.3'ü taklit veya hayali oyunlar oynama, %83.3'ü paralı bir iş yapma, %80'i dövüş sporları yapma ve %80'i takım oyunu olmayan sporları yapma aktiviteleri yapmayı hiç tercih etmediklerini belirtmişlerdir. Sağlıklı çocukların ise %71.7'si mektup yazma, %65'i paralı bir iş yapma, %61.7'si dövüş sporları yapma, %50'si jimnastik yapma aktivitelerini hiç yapmak istemedikleri tespit edilmiştir. Her iki grupta da paralı bir iş yapma ativitesi yapılmak istenmemiştir. Bu sonucun ailelerin korumacı tavırlarından ve kültürün etkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda sağlıklı ve sp'li çocuklar açısından *eğlence, fiziksel, beceri temelli ve kişisel gelişim aktivite tercihleri* arasında bir fark olmadığı ancak sosyal aktiviteleri, sağlıklı akranlarıyla karşılaştırıldığında sp'li çocukların daha fazla tercih ettikleri ortaya çıkmıştır.

Sağlıklı çocuklarda *beceri temelli aktiviteler* en az tercih edilen aktivite tipi olurken, *eğlence aktiviteleri* en çok tercih edilen aktivite tipi olmuştur. Sp'li

çocuklarda ise *fiziksel aktivite* en az tercih edilen aktivite tipi olurken, *sosyal aktiviteler* en çok tercih edilen aktivite tipi olmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Koyuncu ve arkadaşları sp'li çocukların en fazla sosyal aktiviteleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir (100). Sp'li çocuklar aktivitelere katılımlarını daha çok ev ortamında ve yalnız yapmaktadırlar ve aile dışında arkadaşlarla ve diğer kişilerle ilişki kurabilmeleri için kısıtlı olanaklara sahiptirler (101,104). Sp'li çocuklar sosyalleşmelerine ve arkadaş edinmelerine olanak vermesinden dolayı sosyal aktiviteleri yapmayı tercih etmektedirler ve bu aktivitelerden oldukça eğlenmektedirler (128). Çalışmamızda çıkan bulgular da bu durumu desteklemektedir. Kısıtlılıklardan dolayı fiziksel engelli çocuklar için her zaman mümkün olmasa da sosyal olmak ve sosyal olarak dışlanmamak önemlidir. Sp'li çocukların bu nedenle en çok sosyal aktiviteleri yapmayı tercih ettiklerini düşünmekteyiz. Serebral paralizi gibi fiziksel engeli olan çocukların sosyal olarak dışlanması dikkate alınması gereken bir durumdur çünkü dışlanma ve yalnızlık duygusu daha az sayıda aktivite katılımına ve pasif bir yaşam tarzına neden olabilmektedir (108).

Çalışmamızda çıkan sonuçlara göre sp'li çocuklar en az *fiziksel aktiviteleri* yapmayı tercih etmişlerdir. Çalışmamızı yürütürken sp'li çocuklar günlük yaşamın birçok alanında kendilerini fiziksel olarak yetersiz hissettiklerini, fiziksel engellerinden dolayı sürekli egzersiz tedavisi almak zorunda kaldıklarını ve durumdan çok sıkıldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bazı çocuklar okuldan sonra egzersiz tedavisi aldıkları için kalan azıcık zamanlarını da fiziksel aktivitelere ayırmayı tercih etmediklerini söylemişlerdir. Sp'li çocukların okul dışındaki fiziksel aktiviteleri bu nedenlerle tercih etmediklerini düşünmekteyiz. Fiziksel aktivite sorunlarını gidermek amacıyla ergoterapistler çocukların hedef belirlemelerine, aktiviteler için gerekli becerilerini saptamalarına ve aktiviteleri eğlenceli hale getirmelerine yardımcı olabilirler (104).

Yaşam kalitesi çok boyutludur ve alışkanlıklar, kültür ve etikten etkilenebilmektedir (146). Çalışmamızda yaşam kalitesini; *bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul* olmak üzere altı boyutta değerlendiren KINDL ölçeği kullanılmıştır. Yaşam kalitesinin her bir boyutu için çocuklara son bir hafta ile

ilgili dört soru sorulmuştur ve soruları hiçbir zaman, nadiren, bazen, sıklıkla ve her zaman şeklinde yanıtlamaları istenmiştir. Sağlıklı ve sp'li çocuklarda yaşam kalitesi değerlerinde *duygusal iyilik*, *öz saygı* ve *okul* kategorileri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak *bedensel iyilik*, *aile*, *arkadaş* ve *toplam yaşam kalitesi* alanlarında sağlıklı çocukların puanları daha yüksek bulunmuştur. Fauconnier ve arkadaşlarının da belirttiği gibi çalışmamızda yaşam kalitesinin birçok alanının aktivite katılımına göre fiziksel kısıtlılıklardan daha az etkilendiğini görülmektedir (92).

Yaşam kalitesi ölçeğinin *duygusal iyilik* boyutundaki soruları; ‘‘eğlendim ve çok güldüm’’, ‘‘canım sıkıldı’’, ‘‘kendimi yalnız hissettim’’ ve ‘‘korktum’’ şeklinde idi. *Öz saygı* ile ilgili sorular ise; ‘‘kendimle gurur duydum’’, ‘‘kendimi herşeyin üstünde hissettim’’, ‘‘kendimden hoşnutluk duydum’’ ve ‘‘birçok güzel düşüncem vardı’’ şeklinde idi. Her ne kadar toplumun görüşü farklı da olsa çalışmamızda sp'li çocukların *duygusal iyilik ve öz saygı* puanları sağlıklı akranlarıyla aynı bulunmuştur. Yaşam kalitesinin *duygusal iyilik ve öz saygı* alanında fiziksel yeterlilik gerekmediği görülmektedir. Hatta fiziksel engeli olan çocuklar yaşam kalitelerini biraz daha yüksek rapor edebilmektedirler çünkü başarılı bir şekilde sorunlarla baş etme sürecini akranlarına göre daha yoğun yaşamaktadırlar (21). Çalışmamızda sp'li ve sağlıklı çocukların *duygusal iyilik ve öz saygı* puanlarının aynı çıkmasının nedeninin yaşam kalitesinin bu boyutlarının kişinin kendi hoşnutluğu ile ilgili öznel algısı olması ve fiziksel engelden bağımsız olarak bireyin psikososyal durumu ile doğrudan ilgili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi ölçeğinin *okul* boyutundaki soruları; ‘‘okul ödevimi yapmak kolaydı’’, ‘‘derslerden hoşlandım’’, ‘‘önümüzdeki haftaların gelmesini dört gözle bekledim’’ ve ‘‘zayıf notlar almaktan korktum’’ şeklinde idi. Çalışmamızda *okul* alanında da her iki grup açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dickinson ve arkadaşları sp'li çocukların yaşam kalitelerinin *okul* alanında sağlıklı çocuklara göre daha yüksek olduğunu belirtmişler ancak Varni ve arkadaşları ise daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (4,147). *Okul* alanında literatürdeki bu farklılıkların bölgesel koşullardan, katılım gösterilen okulların çeşitliliğinden ve çocukların beklentilerindeki farklılıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çalışmamızda

yaşam kalitesinin *okul* alanında gruplar arasında farklılık çıkmamasının nedeni 8-12 yaş arası çocukların engeli olup olmamasına bakılmaksızın derslere ve ödevlere bakış açılarının benzer olması olarak düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi ölçeğinin *aile* boyutundaki soruları; ‘‘annem babamla aram iyiydi’’, ‘‘evde kendimi iyi hissettim’’, ‘‘evde tartıştık’’ ve ‘‘annem babam bazı şeyleri yapmamı engellediler’’ şeklinde idi. Çalışmamızda yaşam kalitesinde sağlıklı çocukların *aile* puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonucun nedeninin sağlıklı çocukların sp’li çocuklara göre ailelerinden daha bağımsız olmaları olarak düşünülmektedir. Değerlendirmeler yapılırken sp’li çocuklar birşeyler yapmak istediklerinde aileleri tarafından yapamayacakları düşünüldüğü için engellendiklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamızı yürütürken sp’li çocukların bazıları aileleri ile duygularını ‘anneme yemek hazırlarken yardım etmek istiyorum ama annem istemiyor, herhalde yapamayacağımı düşünüyor’, ‘karşı dairede arkadaşım var ama annem oraya bile gitmeme izin vermiyor’, ‘yalnız başıma bir şey yapmama izin verilmiyor’ ve ‘babam bir yere giderken beni götürmemek için bir sürü bahane söylüyor’ ‘annemin tek başıma bir şey yapmama izin vermemesi beni üzüyor’ şeklinde ifade etmişlerdir. Ersoy (2009) çalışmamıza katılan çocukların da belirttiği gibi toplumumuzda genel olarak ebeveynlerin çocuklarına karşı fazla korumacı davrandıklarını ve sorumluluk alma yaşını geciktirdiklerini belirtmiştir (97). Türk toplumundaki çekirdek ailede, batılı ailenin sevgi ve toleransındaki dengenin aksine; çocuk, aşırı sevgi ve kontrol çemberinde yetişmektedir. Her ne kadar, son yıllarda modern çekirdek ailede ebeveynler çocuğun ilgi ve yeteneklerine daha duyarlı olmaya başlasalar da, hâlâ ebeveyn otoritesi, çocuğun kendini özgürce ifade edebilmesini engellemektedir. Ebeveynlere düşen en büyük sorumluluk; çocuğun özgüveni yüksek, kendine yetebilen, sağlıklı bir birey olarak yetişebilmesi için, yaratıcılığını, ilgi ve becerilerini ortaya çıkartabilecekleri boş zaman etkinliklerine yönlendirmeleridir. Bilindiği gibi, çocuğun boş zamanını değerlendirme konusunda sahip olduğu tutum ve davranışlar, onun aile içi etkileşim yoluyla edindiği değer ve normlar ile belirlenmektedir. Türkiye’de geleneksel değerlerin geçerli olduğu bu toplumda birey, çocukluktan itibaren toplum değerleriyle yetişmektedir. Çocuk bu sosyal düzende ‘‘bağımlı’’ bir birey olarak yetişmektedir. Çocuğun yeteneklerini tanıyıp bu yeteneklerini geliştirmek amacıyla çeşitli sosyal etkinliklere katılmasında

aile ortamı ve bu ortamda çocuğun ebeveyn ile kurduğu iletişim önemli rol oynamaktadır (144). Sp'li çocukların *aile* puanlarının düşük olmasının nedeninin çocukların ailelerinin korumacı tavırlarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Engelli ailelerine çocuklarının engel durumları ve kapasiteleri konusunda farkındalık yaratacak ve çocuklarına beceri gelişimlerini ve öz güvenlerini artıracak sorumluluklar vermeleri konusunda eğitimler verilmesi önemlidir. Arnaud ve arkadaşları sp'li çocuklarda ailenin yüksek geliri, yüksek eğitim seviyesi, iş sahibi olmaları ve boşanmamış olmalarının da çocukların yaşam kalitelerini arttırdığını belirtmektedirler (148). Bullinger ve arkadaşları çocukların yaşam kalitelerini değerlendirirken ailenin de yaşam kalitesine bakmanın yararlı olabileceğini belirtmişlerdir (54). Çalışmamızda ailelerin yaşam kaliteleri ve sosyo ekonomik durumları incelenmemiştir ancak sp'li çocuklardaki *aile* puanlarının düşük olmasının bir başka nedeninin bu faktörler olabileceği düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi ölçeğinin *bedensel iyilik* boyutundaki soruları; “kendimi hasta hissettim”, “baş ağrım veya karın ağrım oldu”, “yorgun ve bitkindim” ve “kendimi güçlü ve enerji dolu hissettim” şeklinde idi. *Arkadaş* boyutundaki sorular ise; “arkadaşlarımla oynadım”, “diğer çocuklar benden hoşlandılar”, “arkadaşlarımla iyi geçiniyordum” ve “kendimi diğer çocuklardan farklı veya önemsiz issettim” şeklinde idi. Çalışmamızda sp'li çocukların *bedensel iyilik ve arkadaş* puanları sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldığında düşük bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Varni ve arkadaşları sp'li çocukların yaşam kalitesi değerlerinin fiziksel ve sosyal alanda daha düşük olduğunu bulmuşlardır (147). Literatürde birçok çalışma da bu bulgumuzu desteklemektedir (4,23,25,149,150,151). Çalışmamızda sp'li çocukların bedensel iyilik puanlarının düşük çıkmasının fiziksel engellerinden dolayı hissettikleri bedensel yetersizliğin ve güçsüzlüğün bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Adamson sp'li çocukların arkadaş azlığından ve aile dışındaki kişilerle iletişim içinde olmaları için kısıtlı olanakları olduğundan şikayet ettiklerini belirtmiştir (152). Sp'li çocuklar topluma ait olma ve başkaları tarafından benimsenmenin yaşamlarındaki başarı için anahtar faktör olduğuna inanmaktadırlar (142). Engelli olmaktan kaynaklanan üzüntü ve ümitsizlik ile sosyal ilişkilerin yürütülmesinde yaşanan zorluklar engelli bireylerin toplumdan kaçmasına, yalnızlığı tercih etmesine neden olabilmektedir. Bu durum yaşam kalitelerini

etkileyebilmektedir. Engelli kişiler çevrelerinden gördüğü hor görme ya da acıma, aşırı yardımda bulunma gibi duygu ve davranışlar nedeniyle huzursuz olmakta kendilerine olan güvenlerini kaybetmektedir. Engelli çocukların toplumla bütünleştirilmesinin ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi önemlidir (154). Sp'li çocukların sağlıklı çocuklardan daha yalnız olmaları ve kendilerini fiziksel olarak diğer çocuklardan farklı hissetmeleri arkadaş puanlarının daha düşük çıkmasını açıklayabilmektedir. Fiziksel engelli çocukların topluma entegre olmaları önemlidir. Fiziksel engelli çocuklara acıma ve üzüme gibi duygularla yaklaşılmamalıdır çünkü çalışmalar onların da hayattaki çoğu şeyi sağlıklı akranlarıyla aynı duygularla yaşadıklarını göstermiştir. Fiziksel engelli ve sağlıklı çocuklar arasındaki bu benzerlik göz önünde bulundurularak yasalar onların topluma entegre olmalarını sağlamak için haklarını birer engelli olarak değil, birer vatandaş olarak gözetmelidir (4). Bu amaçla sp'li çocukların kendileri hakkındaki algıları sağlık hizmeti verenler ve kanun yapıcılar için yol gösterici olabilmektedir (152). Bu sonuçlar ışında sağlık hizmeti verenlerin sp'li çocukların arkadaşlarla iletişimini arttırmaya yönelik destek vermelerinin önemi görülmektedir. Ergoterapistlerin sp'li çocukları sosyalleşmeleri için toplumsal aktivitelere yönlendirmeleri, ulaşım ve yardımcı araç gereçlerle ilgili bilgilendirmelerinin çocukların arkadaş ilişkilerini ve yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyeceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda sağlıklı ve sp'li çocukların **aktivitelere katılım** değerlerinin **yaşam kalitelerini** etkileyip etkilemediği değerlendirilmiştir. Sp'li çocuklarda katılım gösterilen aktivite sayısının, aktivitelere katılım sıklığının, aktivitelere yapıldığı yerin ve kiminle yapıldıklarının yaşam kalitesini etkilemediği tespit edilmiştir. Bulgularımızdan farklı olarak Bar Shalita ve arkadaşları katılımın yaşam kalitesini etkilediğini ortaya koymuştur (91). Salar (2011) omurilik yaralanması olan kişilerde yaptığı bir çalışmada toplumsal katılımın yaşam memnuniyeti üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir (155). Çalışmamızda yaşam kalitesi ile katılım arasında sadece eğlenme derecesi değeri açısından bir ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarına göre sp'li çocukların aktivitelere katılımlarındaki eğlenme düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı görülmektedir. Sağlıklı çocuklarda ise yaşam kalitesi ve katılım arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Sp'li çocuklardaki eğlenme düzeyinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmasının nedenini sp'li çocukların

algularından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aktivitelere katılımında da sp'li çocuklar daha fazla eğlenme derecesi puanları almışlardır. Aktiviteleri gerçekleştirebilmedeki sıkıntılar, çevresel modifikasyonların eksikliklerinden dolayı aktivitelere ulaşabilmekteki zorluklar ve aktiviteyi başardıklarında yaşadıkları mutluluk aktiviteleri sp'li çocuklar için daha değerli kılmaktadır. Bu nedenle aktivitelerden daha fazla eğlenmekte oldukları, eğlenmenin sp'li çocuklar için daha önemli olduğu ve bunun sonucu olarak da yaşam kalitelerini sağlıklı çocuklara göre daha fazla etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda sp'li ve sağlıklı çocukların **aktivite tercihleri** ile **yaşam kaliteleri** arasındaki ilişki incelenmiştir. Sp'li çocuklarda; *eğlence aktiviteleri*, *fiziksel aktiviteler*, *beceri temelli aktiviteler* ve *kişisel gelişim aktiviteleri* tercih değerlerinin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür. Shikako-Thomas ve arkadaşları (2012) sp'li çocuklarda fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (23). Ancak bizim çalışmamızda sadece *sosyal aktivite* tercihi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sp'li çocuklarda *sosyal aktivite tercihi* arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmüştür. Sağlıklı çocuklarda ise yaşam kalitesi ve bütün aktivite tercihi tipleri arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Sosyal aktiviteler sp'li çocukların yapmak isteyeceği türden aktivitelerdir. Ayrıca sosyal aktiviteler sp'li çocukların ihtiyaçları olan sosyalleşmeye ve arkadaş edinmelerine yardımcı olur (128). Sosyalleşmek bu yaşta çocuklar için çok önemlidir ve çocukların yalnızlık duygularını azaltabilmektedir (104,96). Sp'li çocuklar topluma ait olma ve başkaları tarafından benimsenmenin yaşamlarındaki başarının yolu olduğuna inanmaktadırlar. Bu nedenle sosyal aktivitelerin sp'li çocukların yaşam kalitesi üzerinde etkili bir parametre olduğu düşünülmektedir (146). Sp'li çocukların sosyal aktivite tercihlerinin; arkadaş edinmelerine yardımcı olduğu, başkalarıyla iletişim içinde olmalarını ve sağlıklı akranları gibi hissetmelerini sağladığı için yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda tespit edilen sonuçlar ışığında ergoterapistler tarafından kişi merkezli değerlendirmeler yapılarak aktivite katılımının ve aktivite tercihlerinin belirlenmesi, çocukların fiziksel durumlarına uygun, eğlenceli, ilgi alanları ve yaşam

koşullarıyla paralel, sosyal içerikli, anlamlı ve amaçlı müdahaleler planlanması gerektiği düşünülmektedir. Bu çalışma engelli çocukların yaşamlarını ve sağlıklarını iyileştirmek yönünde yol gösterici olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda zihinsel engeli olmayan 8-12 yaş arasındaki sp'li çocuklar engel derecelerine göre (GMFCS'ye göre 1 ile 3 arası) sınıflandırılıp, yaşa ve cinsiyete göre aynı yaştaki sağlıklı çocuklarla kıyaslanarak aktivite katılımları ve aktivite tercihleri belirlenmiştir ve her iki grupta aktivite katılımının ve tercihlerinin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olup olmadığına bakılmıştır. Gerçekleştirdiğimiz çalışmadan elde edilen sonuçlar şöyledir;

1-Sp'li çocukların sağlıklı çocuklara göre *tüm aktivitelere* daha az sayıda ve sıklıkta katıldıkları ve aktiviteleri daha çok ev ortamında yaptıkları; ancak aktivitelerden daha fazla eğlendikleri belirlenmiştir. Sp'li çocukların fiziksel engellerinin aktiviteleri toplum temelli gerçekleştirmelerini etkilediği; ancak aktivitelerden alınan keyfi etkilemediği tespit edilmiştir.

Sp'li çocukların tüm aktivitelerde sağlıklı çocuklara göre daha çok eğlendikleri görülmüştür. Sp'li çocukların daha yalnız olmalarından dolayı aktivitelere daha fazla anlam yüklediklerini, daha az sıklıkta aktivitelere katıldıkları ve bu aktiviteleri yapabilecek beceriye sahip olabilmenin onlar için daha değerli olduğunu ve aktivitelerin sosyalleşmelerine ve arkadaş edinmelerine yardımcı olmalarından dolayı daha fazla eğlendiklerini düşünmekteyiz. Aileleri bilinçlendirmek, çocukların gelişimlerine uygun aktiviteleri seçmek, emin ve elverişli ortamlar oluşturmak, çocukları cesaretlendirmek ve destek vermenin aktivitelerle katılımı artırabileceği düşünülmektedir.

Sp'li çocukların aktiviteleri daha çok ev ortamında yapmalarının nedeninin çevrenin fiziksel uygunsuzluğu, Türk ailelerinin korumacı yapısı, oyun alanlarının gereksinimleri karşılamaması, kamu alanlarının ve ulaşım araçlarının engelliler düşünülerek tasarlanmamış ve yapılandırılmamış olması olarak düşünülmektedir. Bu nedenle, öncelikle kamusal alanlardaki bina, yapı ve düzenlemelerin engelliler düşünülerek ulaşılabilir şekilde tasarlanması ve yeniden yapılandırılmasına yönelik politikaların geliştirilmesi gereklidir. Sp'li çocukların toplumsal katılımını artırmaya yönelik kamusal alanlarda yolların, kaldırımların, merdivenlerin, tuvaletlerin, kentsel mekanların ve özellikle ulaşım araçlarının engellilere uyumlu hale getirilmesi

ve kentlerde güvenli açık hava oyun alanlarının oluşturulması gerekmektedir. Ailelere çocuklarının engel durumları ile ilgili eğitimlerin verilmesi ve toplumun bilinçlendirilmesi önemlidir. Çocukların aktivitelere katılımlarını artırmak amacıyla ergoterapistler tarafından çocuk, çevre ve aktiviteye yönelik detaylı değerlendirmeler yapılarak toplumsal katılımı etkileyen faktörler belirlenmeli ve buna göre çocuğa uygun aktiviteleri içeren ergoterapi müdahaleleri planlanmalıdır.

2- Çalışmamızda *eğlence aktivitelerinden* televizyon izleme aktivitesine sp'li çocukların tümünün, sağlıklı çocukların ise %45'inin katılım gösterdiği tespit edilmiştir. Endüstrileşme ve kentleşme ile çocukların doğal dış mekan oyun alanları yok edilerek onlara, betonlaşmış, ağaçlardan ve hayvanlardan uzak, mekanik bir dünya sunulmuştur ve günümüzde dört duvar arasında kalan çocuğun televizyona ve bilgisayara yönelerek kendisini dış mekandan soyutladığı görülmüştür. Dış mekandan yoksun, kapalı alanlarda oyun oynamanın çocukların zihinsel, fiziksel ve sosyal gelişimlerini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Ancak kısa süreli ve kontrollü televizyon iyi bir eğitici olabilmektedir. Ülkemizdeki ailelere çocuklarının televizyon izleme durumları ve izlemenin riskleri ile ilgili farkındalıklarını arttıracak ve alınabilecek önlemler ile ilgili eğitimler verilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda çocukların bilgisayar veya video oyunları oynama aktivitesine katılımlarının da oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sp'li çocukların bu aktiviteye katılım oranı %66.7, sağlıklı çocukların katılım oranı ise %81.7 olarak bulunmuştur. Bugün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her evde kitle iletişim araçlarından birçoğu bulunmaktadır. Bilgisayar oyunlarının öğrenmeyi teşvik etme, öğrenirken eğlendirme, motivasyonu ve ilgiyi artırma, uğraşmayı artırma, bilgiyi hatırlama ve tekrar kullanma gibi olumlu etkilerinin yanı sıra, sosyal izolasyona yol açma, şiddet eğilimi artırma, bağımlılık yaratma ve bazı sağlık problemlerine neden olma gibi olumsuz etkileri de vardır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocukların bilgisayar oyunlarına ayırdıkları zaman artmaktadır. Araştırmacılar bilgisayarın eğitsel alanlara ve beceri gelişimine katkı sağlayacak şekilde kullanımı üzerinde durmaktadırlar. Bu nedenle ergoterapistlerin çocukların ilgi alanlarına ve aktivite analiz sonuçlarına göre daha fazla katılım gösterdikleri bilgisayar kullanımı aktivitesini terapatik bir müdahaleye çevirerek sp'li çocuk için anlamlı ve amaçlı bir

aktivite olarak önermesinin bu çocukların beceri gelişimlerini artıracığı düşünülmektedir.

3- Çalışmamızda *fiziksel aktivitelerden* oyun oynama aktivitesine hem sp'li hem de sağlıklı çocukların yüksek katılım gösterdikleri tespit edilmiştir. Oyun, hem çocukların dünyayı nasıl yorumladıklarını dile getiren, hem de çocuk gelişimi ve eğitimine katkıda bulunan bir etkinliktir. Oyunun eğitsel aktivitelerde ve müdahalelerde kullanılmasının çocukların bu aktivitelere ve müdahalelere katılımlarını artıracığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda sp'li çocukların spor yapma aktivitesine katılımları sağlıklı çocuklardan önemli ölçüde düşük olduğu görülmüştür. Spor yapmanın olumlu etkileri göz önüne alındığında, sp'li çocukların da sağlıklı akranları gibi düzenli ve sürekli olarak sportif aktivitelere katılımlarının sağlanması önemlidir. Terapistler tarafından sp'li çocukların engel gruplarına uygun spor türleri belirlenerek ve ailelerin de aktif katılımı sağlanarak spor faaliyetleri düzenlenmelidir. Düzenli spor aktiviteleri engellilerin kendilerine yetebilen sağlıklı ve mutlu bireyler olmalarını sağlayacaktır ve toplumsal katılımlarını artıracaktır.

4- Sp'li çocukların *sosyal aktivitelere* sağlıklı çocuklar kadar katılım gösterdikleri tespit edilmiştir. Katılımın yüksek çıkmasının nedeninin sosyal aktivitelerin (örneğin; telefonda konuşma, ziyarete gitme, müzik dinleme, partiye gitme) engeli olup olmamasına bakılmaksızın bütün çocukların yapmayı isteyecekleri türden aktiviteler olmasından, sp'li çocuklar için çok önemli olan arkadaş edinme fırsatı yaratmasından, çok fazla fiziksel iyilik gerektirmediğinden veya az bir yardımla yapılabilecek olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Sosyal aktivitelerden müzik dinleme aktivitesine sp'li çocukların katılımı %83.3, sağlıklı çocukların katılımı ise %50 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda oldukça yüksek katılım gösterilen müzik, hem sağlıklı çocuklarda hem de engelli çocuklarda etkili ve kalıcı öğrenme sağlar. Müzik, bir eğitim aracı ve yöntemi olarak eğitim programlarının içine etkin bir şekilde yerleştirildiğinde çocukların dil, motor, bilişsel, öz bakım ve sosyal gelişim alanlarını destekler. Müzikle tedavinin insan yaşamındaki olumlu etkileri ve katkıları bilinmektedir. Bu sonuçlar ışığında müziğin

ergoterapi müdahalelerine dahil edilmesinin müdahale etkinliğini ve katılımını arttıracığı düşünülmektedir.

5- Sp'li çocukların *beceri temelli aktivitelerden* %40 oran ile en fazla dans etme aktivitesine katılım gösterdikleri tespit edilmiştir. Dansın yaratıcılığı geliştirmesi, çocukların zamanlarını eğlenceli ve dolu geçirmelerine yardımcı olması ve çocuğun daha fazla egzersiz yapmasına olanak sağlaması ve çalışmamızda çıkan sonuçlara göre dans etmenin sp'li çocuklar arasında oldukça ilgi gösterilen bir aktivite olmasından dolayı sp'li çocuklarla çalışan terapistlerin müdahalelerinde dansı kullanmalarının çocukların müdahaleye katılımını artıracığı düşünülmektedir.

6- *Kişisel gelişim aktivitelerinden* günlük ev işleri yapma aktivitesine katılımı incelediğimizde sp'li çocukların hiçbirinin günlük ev işlerine katılmadığı görülmüştür. Ev işleri yapma gibi aktivitelere katılım fiziksel aktivite olmasının yanı sıra çocukların daha bağımsız bir yetişkinliğe geçiş yapmalarına yardımcı olmaktadır. Ülkemizde ev işlerine katılımın bu kadar düşük olmasının nedeninin genel olarak ebeveynlerin çocuklarına karşı fazla korumacı davranmaları ve sorumluluk alma yaşını geciktirmeleri olarak düşünülmektedir. Çocuğu yetişkin yaşamına hazırlamak amacıyla çocuğa erken yaşlarda fiziksel yaşam becerileri ile ilgili sorumluluklar verilerek bireysel gelişiminin hızlandırılması sağlanabilir.

7- Çalışmamızda sp'li çocukların planlanmış aktivitelerden çok planlanmamış aktivitelere katılım gösterdikleri belirlenmiştir. Planlanmış aktivitelerin daha fazla yardımcı araç ve gereç, ebeveyn yardımı, zaman ve maddi olanak gerektirmesinin bu aktivitelere katılımı azalttığı düşünülmektedir. Ayrıca sp'li çocukların planlanmış aktivitelere katılımlarının düşük olmasının bir başka nedeninin bu aktivitelerin (örneğin: ata binme, müzik aleti çalma, takım sporu yapma) engelli çocuklar için ulaşılabilirliğinin zor olması, yardımcı araç gereçlere ihtiyaç duyulması ve çocukların fiziksel yetersizliklerinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir.

8- Sp'li çocuklarda kaba motor fonksiyon seviyelerinin aktivite katılımını etkilemediği görülmektedir. Kaba motor fonksiyon seviyeleri ile aktivite katılımı arasında anlamlı bir ilişki çıkmamasının nedeninin çalışmamıza 1-3 seviyede, mobil olabilen ve okula giden çocukların alınması olarak düşünülmektedir. GMFCS'ye

göre 4. ve 5. Seviyedeki çocukların dahil edildiği çalışmalar ile daha fazla sayıdaki olgu ile bu konunun detaylı incelenmesine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

9- Çalışmamızda çocukların hangi aktiviteleri yapmayı *tercih ettikleri* incelendiğinde sp'li çocukların en fazla sosyal aktiviteleri yapmayı tercih ettikleri görülmüştür. Fiziksel engelli çocuklar için her zaman mümkün olmasa da sosyal olmak ve sosyal olarak dışlanmamak önemlidir. Sp'li çocuklar aktivitelere katılımlarını daha çok ev ortamında ve yalnız yapmaktadırlar ve aile dışında arkadaşlarla ve diğer kişilerle ilişki kurabilmeleri için kısıtlı olanaklara sahiptirler ve bu durumdan dolayı sosyal olmak onlar için sağlıklı çocuklara göre daha değerli olmaktadır. Sosyalleşmelerine ve arkadaş edinmelerine olanak vermesinden dolayı daha çok sosyal aktiviteleri yapmayı tercih ettikleri ve bu aktivitelerden bu nedenle oldukça eğlendikleri düşünülmektedir.

10- Çalışmamızda çıkan sonuçlara göre sp'li çocuklar en az *fiziksel aktiviteleri* yapmayı tercih etmişlerdir. Çalışmamızı yürütürken sp'li çocuklar günlük yaşamın birçok alanında kendilerini fiziksel olarak yetersiz hissettiklerini, fiziksel engellerinden dolayı sürekli egzersiz tedavisi almak zorunda kaldıklarını ve durumdan çok sıkıldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bazı çocuklar okuldan sonra egzersiz tedavisi aldıkları için kalan diğer zamanlarında fiziksel aktivite yapmayı tercih etmediklerini söylemişlerdir. Sp'li çocukların okul dışındaki fiziksel aktiviteleri bu nedenlerle tercih etmediklerini düşünmekteyiz. Sp'li çocukların fiziksel yetersizliklerinden dolayı aktiviteleri yaparken zorluk yaşamaları ve yardımcı araç ve gereçlere ihtiyaç duymalarının da fiziksel aktivite tercihini azalttığını düşünmekteyiz. Fiziksel aktivite sorunlarını gidermek amacıyla ergoterapistler çocukların aktivite seçimi için hedef belirlemelerine, aktiviteler için gerekli becerileri saptamalarına ve aktiviteleri eğlenceli hale getirmelerine yardımcı olabilirler.

11- Çalışmamızda sp'li çocukların yaşam kalitesi ölçeğinde *aile ilişkilerini* değerlendiren puanlarının sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonucun nedeninin sp'li çocukların sağlıklı çocuklar kadar ailelerinden bağımsız olmamaları olarak düşünülmektedir. Değerlendirmeler yapılırken sp'li çocuklar bir şeyler yapmak istediklerinde aileleri tarafından yapamayacakları düşünüldüğü için

engellendiklerini ve bu nedenle bazen ailelerine karşı kızgın olduklarını ifade etmişlerdir. Türk toplumundaki çekirdek ailede çocuk aşırı sevgi ve kontrol çemberinde yetişmektedir. Ebeveynlere düşen en büyük sorumluluk; çocuğun özgüveni yüksek, kendine yetebilen, sağlıklı bir birey olarak yetişebilmesi için, yaratıcılığını, ilgi ve becerilerini ortaya çıkartabilecekleri boş zaman etkinliklerine yönlendirmeleridir. Sp'li çocukların *aile* puanlarının düşük olmasının nedeninin çocukların ailelerinin korumacı ve engelleyici tavırlarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Engelli ailelerine çocuklarının engel durumları ve kapasiteleri konusunda farkındalık yaratacak ve çocuklarına beceri gelişimlerini ve öz güvenlerini artıracak sorumluluklar vermeleri konusunda eğitimler verilmesi önemlidir.

12- Çalışmamızda sp'li çocukların yaşam kalitesi ölçeğinin *arkadaş ile ilgili* puanlarının sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmalar sp'li çocuklar için topluma ait olma ve başkaları tarafından benimsenmenin yaşamlarındaki başarı için anahtar faktör olduğunu göstermektedir. Yalnızlık ve arkadaş ihtiyacı yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir. Sp'li çocukların sağlıklı çocuklardan daha yalnız olmaları ve kendilerini fiziksel olarak diğer çocuklardan farklı hissetmeleri arkadaş puanlarının daha düşük çıkmasını açıklayabilmektedir. Fiziksel engelli çocukların topluma entegre olmaları önemlidir. Bu sonuçlar ışında sağlık hizmeti verenlerin sp'li çocukların arkadaşlarla iletişimlerini arttırmaya yönelik destek vermeleri önemlidir. Sp'li çocukların sosyalleşmeleri için daha fazla toplumsal aktivitelere yönlendirilmelerinin çocukların arkadaş ilişkilerini ve yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyeceğini düşünmekteyiz.

13- Çalışmamızda sp'li çocuklarda sadece aktivitelerdeki eğlenme derecesinin yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür. Sp'li çocuklardaki eğlenme düzeyinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmasının nedenini sp'li çocukların algılarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aktiviteleri gerçekleştirebilmedeki sıkıntılar, çevresel faktörlerden dolayı aktivitelere ulaşabilmekteki zorluklar ve aktiviteyi başardıklarında yaşadıkları mutluluk aktiviteleri sp'li çocuklar için daha değerli kılmaktadır. Bu nedenle aktivitelerden daha fazla eğlenmekte oldukları, eğlenmenin sp'li çocuklar için daha önemli olduğu ve bunun sonucu olarak da yaşam

kalitelerini sağlıklı çocuklara göre daha fazla etkilediği düşünülmektedir. Çalışmamızda eğlenmenin sp'li çocuklar için çok önemli olduğu, hatta yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Bu nedenle ergoterapistler tarafından kişi merkezli değerlendirmeler yapılarak ocuk için eğlenceli, anlamlı ve amaçlı aktiviteler önerilmesi önemlidir.

14- Çalışmamızda sp'li çocuklarda *sosyal aktivite tercihi* arttıa yaşam kalitesinin de arttığı görülmüştür. Sp'li çocukların sosyal aktivite tercihlerinin; çocukların ihtiyaçları olan sosyalleşmeye, arkadaş edinmelerine yardımcı olduğu, başkalarıyla iletişim içinde olmalarını ve sağlıklı akranları gibi hissetmelerini sağladığı için yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

15- Çocukların aktivitelere katılımı ve yaşam kaliteleri ile ilgili ileride yapılacak çalışmalarda daha fazla sayıda olguda aktivitelere katılımı ve yaşam kalitesini etkileyebilecek diğer faktörlerin detaylı olarak incelenmesinin müdahalelerin planlanması açısından terapistlere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Shapiro, B. K. ve Capute, A.J. (1990). Cerebral Palsy. F.A. Oski, (Ed.) *Principles and Practice of Pediatrics* (s. 616-622). Philadelphia: JB Lippincott Company.
- 2- McManus, V., Corcoran, P. ve Perry, I.J. (2008). Participation in everyday activities and quality of life in pre-teenage children living with cerebral palsy in south west Ireland. *BMC Pediatric*, 50(8), 1471-2431.
- 3- Lim, M. S. Y. ve Wong, C. P. (2009). Impact of cerebral palsy on the quality of life in patients and their families. *Neurology Asia*, 14, 27-33.
- 4- Dickinson, H. O., Parkinson, K. N., Ravens-Sieberer, U., Schirripa, G., Thyen, U., Arnaud, C. ve diğerleri (2007). Self-reported quality of life of 8-12-year-old children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. *Lancet*, 369, 2171-2178.
- 5- Jurimae, T. ve Jurimae, J. (2000). Growth, Physical Activity and Motor Development in Prepubertal Children. Florida: CRC Press LLC.
- 6- Murphy, N. A. ve Carbone, P. S. (2008). Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation, and physical activities. *Pediatrics*, 121(5), 1057-1061.
- 7- Law, M., King, G., King, S., Kertoy, M., Hurley, P., Rosenbaum, P. ve diğerleri (2006). Patterns of participation in recreational and leisure activities among children with complex physical disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48, 337-342.
- 8- Palisano, R., Snider, L. M. ve Orlin, M. N. (2004). Recent advances in physical and occupational therapy for children with cerebral palsy. *Semin Pediatric Neurology*, 11, 66-77.
- 9- Laliberte-Rudman, D. (2002). Linking occupation and identity: lessons learned through qualitative exploration. *Journal of Occupational Science*, 9(1), 12-19.
- 10- WHO. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization (1995). *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.

- 11- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B. M., Bruil, J. ve diğerleri (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Soz- Präventivmed*, 46, 294-302.
- 12- Bjornson, K., F. ve McLaughlin, J. (2001). The measurement of health-related quality of life (HRQL) in children with cerebral palsy. *European Journal of Neurology*, 8, 183-193.
- 13- Children and Young People's Unit (CYPU) (2001). Learning to Listen: Core Principles in the Involvement of Children and Young People. London: CYPU.
- 14- Law, M., Petrenchic, T., Ziviani, J. ve King, G. (2006). Participation of Children in School and Community. S. Rodger ve J. Ziviani (Ed.). *Occupational Therapy With Children* (s. 67-90). Great Britain: Blackwell Publishing Ltd.
- 15- Mandich, A. ve Rodger, S. (2006). Doing, Being and Becoming: Their Importance for Children. S. Rodger ve J. Ziviani (Ed.). *Occupational Therapy With Children* (s. 115-135). Great Britain: Blackwell Publishing Ltd.
- 16- King, G., Law, M., King, S., Rosenbaum, P., Kertoy, M. K. ve Young, N. L. (2003). A conceptual model of the factors affecting the recreation and leisure participation of children with disabilities. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 23(1), 63-90.
- 17- Michelsen, S. I., Flachs, E. M., Uldall, P., Eriksen, E. L., McManus, V., Parkes, J. ve diğerleri (2009). Frequency of participation of 8-12 year old children with cerebral palsy: A multi-center cross-sectional European study. *European Journal of Pediatric Neurology*, 13, 165-177.
- 18- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56 (6), 640-649.
- 19- Dickinson, H., Parkinson, K., McManus, V., Arnaud, C., Beckung, E., Fauconnier, J. ve diğerleri. (2006). Assessment of data quality in a multi-center cross-sectional study of participation and quality of life of children with cerebral palsy. *BMC Public Health*, 6, 273-285.
- 20- Colver, A. (2006). Study Protocol: SPARCLE- a multi-center european study of the relationship of environment to participation and quality of life in children with cerebral palsy. *BMC Public Health*, 6, 105-115.

- 21- Ravens-Sieberer, U. ve Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, 7, 399-407.
- 22- Calley, A., Williams, S., Reid, S., Blair, E., Valentine, J., Girdler, S. ve Elliott, C. (2012). A comparison of activity, participation and quality of life in children with and without spastic diplegia cerebral palsy. *Disability Rehabilitation Journal*, 34(15), 1306-1310.
- 23- Shikako-Thomas, K., Dahan-Oliel, N., Shevell, M., Law, M., Birnbaum, R., Rosenbaum, P. ve diğerleri (2012). Play and be happy? Leisure participation and quality of life in school-aged children with cerebral palsy. *International Journal of Pediatrics*, 2012, 1-7.
- 24- Engel-Yeger, B., Jarus, T., Anaby, D. ve Law, M. (2009). Differences in patterns of participation between youths with cerebral palsy and typically developing peers. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 96-104.
- 25- Beckung, E., White-Koning, M., Marcelli, M., McManus, V., Michelsen, S., Parkes, J. ve diğerleri (2008). Health status of children with cerebral palsy living in Europe: a multi-centre study. *Child, Care, Health and Development*, 34(6), 806-814.
- 26- Christiansen, C. H. ve Baum, C. M. (2005). The Complexity of Human Occupation. C. H. Christiansen, C. M. Baum ve J. Bass-Haugen (Ed.). *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being* (3rd ed.)(s.2-24). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- 27- Kielhofner, G. W. (1995). *A Model of Human Occupation: Theory and Application*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- 28- Voorman, J.M., Dallmeijer, A.J., Schuengel, C., Knol, D.L., Lankhorst, G.J. ve Becher, J.G. (2006). Activities and participation of 9 to 13 year old children with cerebral palsy. *Clinical Rehabilitation*, 20, 937-948.
- 29- Heah, T., Case, T., McGuire, B. ve Law, M. (2007). Successful participation: the lived experience among children with disabilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 38-47.

- 30- Batya, E. Y. ve Tal, J. (2008). Cultural and gender effects on Israeli children's preferences for activities. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 75(3),139-148.
- 31- Law, M. ve Baum, C. (2005). Measurement in Occupational Therapy. M. Law, C. Baum ve W. Dunn (Ed.). *Measuring Occupational Performance* (s. 3-20). Thorofare: SLACK Incorporated.
- 32- Hinojosa, J., ve Kramer, P. (1997). Fundamental concepts of occupational therapy: Occupation, purposeful activity, and function. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 864–866.
- 33- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, W., ve Townsend, E.(1997). Core concepts of occupational therapy. E. Townsend (Ed.). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (s.29-56). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- 34- Bing, R. K. (1991). Occupational therapy revisited: A paraphrastic journey. *American Journal of Occupational Therapy*, 35(8), 499-518.
- 35- Roley, S. S., DeLany, J. V., Barrows, C. J., Brownrigg, S., Honaker, D., Sava, D. I. ve diğerleri (2008). Occupational therapy practice framework: domain & practice, 2nd edition. *The American Journal of Occupational Therapy* , 62(6), 625-683.
- 36- Jonsson, H. ve Josephsson, S. (2005). Occupation and Meaning. C. H. Christiansen, C. M. Baum, ve J. Bass-Haugen (Ed.), *Occupational therapy: Performance, Participation, and Well-Being* (s. 116-133) (3rd ed.). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- 37- Reed, K. L. (1984). *Models of Practice in Occupational Therapy*. Baltimore; Williams and Wilkins.
- 38- Barnes, K. J. ve Case-Smith J. (2002). Adaptive Strategies For Children with Developmental Disabilities. C. H. Christiansen ve K. M. Matuska (Ed.), *Ways of Living: Adaptive Strategies for Special Needs* (2nd ed.)(s. 109-147). Bethesda, MD: AOTA Press.
- 39- Donohue, M. V. (2011). Social Participation in Professional Education. M. B. Cole ve M. V. Donohue (Ed.). *Social Participation in Occupational Contexts* (s. 81-96). Thorofare USA: SLACK Incorporated.

- 40- Hollenbeck, J. (1997). Childhood Occupations. L. D. Parham, ve L. S. Fazio, (Ed.). *Play in Occupational Therapy for Children* (s. 171-196). St. Louis, MO: Mosby.
- 41- Bundy, A. (1997). Play and Playfulness: What to Look For. L. D. Parham ve L. S. Fazio, L. (Ed.). *Play in Occupational Therapy For Children* (s. 52-66). St. Louis, MO: Mosby.
- 42- Baum, C. M. ve Christiansen, C. H. (2005). Person-Environment-Occupation-performance: An occupation-based framework for practice. C. H. Christiansen, C. M. Baum ve J. Bass-Haugen (Ed.). *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being* (3rd ed.)(s. 242-267). Thorofare. NJ: SLACK Incorporated.
- 43- Allison, K. R., Dwyer, J. J., Goldenberg, E., Fein, A., Yoshio, K. K. ve Boutilier, M. (2005). Male adolescents' reasons for participating in physical activity, barriers to participation, and suggestions for increasing participation. *Adolescence*, 40, 155-170.
- 44- Meyer, A. (1922). The philosophy of occupation therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 1(1), 1-10.
- 45- Düger, T., Bumin, G., Uyanık, M., Akı, E. ve Kayıhan, H. (1999). The Assessment of Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency in Children. *Pediatric Rehabilitation*, 3(3), 125-131.
- 46- American Occupational Therapy Association (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609–639.
- 47- Law, M., Babtiste, S. ve Mills, J. (1995). Client centered practice: what does it mean and does it make a difference?. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62, 250-257.
- 48- Matheis-Kraft, C., George, S., Olinger, M. J. ve York, L. (1990). Patient-driven health care Works! *Nursing Management*, 21, 124-128.
- 49- Law, M. (1998). Client-Centered Occupational Therapy. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

- 50- Waters, F., Maher, F., Salmon, L., Reddihough, D. ve Boyd, R. (2005). Development of a condition-specific measure of quality of life for children with cerebral palsy: empirical thematic data reported by parents and children. *Child, Care, Health and Development*, 31, 127-135.
- 51- United Nations Convention on the rights of the child (1989). New York: United Nations.
- 52- Keenaghan, C. ve Kilroe, J. (2008). A study on the quality of life tool Kidscreen for children and adolescents in Ireland. Results of the Kidscreen National survey 2005. Health Service Executive and the Kidscreen Group Europe.
- 53- Bullinger, M. ve Ravens- Sieberer, U. (1995). Health related quality of life assessment in children: a review of the literature. *European Review of Applied Psychology*, 45, 245-254.
- 54- Bullinger, M., Schmidt, S., Petersen, C. ve The DISABKIDS Group (2002). Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: a European approach. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25, 197-206.
- 55- Eriksson, L. Ve Grandlund, M. (2004). Conceptions of participation in students with disabilities and persons in their close enviroment. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 16, 229-245.
- 56- Chawla, L. (2001). Evaluating children's participation: seeking areas of consensus. *PLA Notes*, 42, 9-13.
- 57- World Health Organization (WHO) (2001). International Classification of Functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization.
- 58- Poulsen, A. A., Ziviani, J. M., Cuskelly, M. ve Smith, R. (2007). Boys with developmental coordination disorder: loneliness and team sports participation. *American Journal of Occupational Therapy* , 61, 451-462.
- 59- Brown, M. ve Gordon W. A. (1987). Impact of impairment on activity patterns of children. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 68, 828-832.
- 60- King, G. A., Law, M. ve King, S. (2007). Measuring children's participation in recreation and leisure activities: construct validation of the CAPE and PAC. *Child, Care, Health & Development*, 33, 28-39.

- 61- McNeish, D. ve Newman, T. (2002). Involving Children and Young People in Decision-making. D. McNeish, H. Newman ve H. Roberts (eds). *What Works for Children? Effective Services for Children and Families*. Open University Press: Buckingham.
- 62- Sinclair, R. Ve Franklin, A. (2000). A Quality Protects Research Briefing: Young People's Participation. Department of Health. Research in Practice and Making Research Count: London.
- 63- Palisano, R. J., Kang, L. J., Chiarello, L. A., 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. *Physical Therapy*, 89(12), 1304-1314.
- 64- Chen, H. F. Ve Cohn, E. S. (2003). Social participation for children with developmental coordination disorder: conceptual, evaluation and intervention considerations. *Physical Occupational Therapy Pediatric*, 23, 61-78.
- 65- Dijkers, M. P., Whiteneck, G. ve El-jaroudi, R. (2000). Measures of social outcomes in disability research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 63-80.
- 66- Sakzewski, L., Boyd, R. ve Ziviani, J. (2007). Clinimetric properties of participation measures for 5 to 13 year old children with cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 232-240.
- 67- Hemmingsson, H., Borell, L. ve Gustavsson, A. (2003). Participation in school: school assistants creating opportunities and obstacles for pupils with disabilities. *Occupation, Participation and Health*, 23(3), 88-98.
- 68- Ziviani, J. ve Rodger, S. (2006). Environmental Influences on Children's Participation. S. Rodger ve J. Ziviani (Ed.). *Occupational Therapy With Children* (s. 41-66). Great Britain: Blackwell Publishing Ltd.
- 69- Dünya Sağlık Örgütü (2004). İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması. (E. Kabakçı ve A. Göğüş, çev.): Geneva (2001).
- 70- Beauvais, C. (2001). Literature Review on Learning Through Recreation. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.

- 71- Rodger, S. ve Ziviani, J. (2006). Children, Their Environments, Roles and Occupations in Contemporary Society. S. Rodger ve J. Ziviani (Ed.). *Occupational Therapy With Children* (s. 3-21). Great Britain: Blackwell Publishing Ltd.)
- 72- Poulsen, A. ve Ziviani, J. (2006). Childrens Participation Beyond The School Grounds. S. Rodger ve J. Ziviani (Ed.). *Occupational Therapy With Children* (s. 280-298). Great Britain: Blackwell Publishing Ltd.
- 73- Mahoney, J. L., Lord, H. ve Carryl, E. (2005). An ecological analysis of after-school program participation and the development of academic performance and motivational attributes for disadvantaged children. *Child Development*, 76(4), 811-825.
- 74- Nakamura, J. Ve Csikszentmihalyi, M. (2002). The Concept of Flow. C. R. Snyder ve S. J. Lopez (Ed.). *Handbook of Positive Psychology* (s. 89-105). New York: Oxford University Press.
- 75- Zeijl, E., Poel, Y., Dubois-Reymond, M., Ravesloot, J., ve Meulman, J. J. (2000). The role of parents and peers in the leisure activities of young adolescents. *Journal of Leisure Research*, 32, 379-402.
- 76- Kinney, W. B. ve Coyle, C. P. (1992). Predicting life satisfaction among adults with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 863-869.
- 77- Spetcht, J., King, G., Brown, E. Ve Foris, C. (2002). The importancia of leisure in the lives of persons with congenital physical disabilities. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(4), 436-445.
- 78- Coleman, D. (1993). Leisure based social support, leisure dispositions and health. *Journal of Leisure Research*, 25, 350-361.
- 79- Wells, L. ve Blendinger, J. (1998). How middle school students spend their time outside of school: a longitudinal investigation. Paper presented at the Mid-South Educational Research Association Conference, New Orleans, LA.
- 80- Huston, A. J., Wright, J. C., Marquis, J. ve Green, S. B. (1999). How young children spend their time: television and other activities. *Developmental Psychology*, 35, 912-925.

- 81- Doig, D. (1995). Leisure reading, attitudes and practices of Australian year six children. *Australian Journal of Language and Literacy*, 18, 204-217.
- 82- Roe, K. Ve Muijs, D. (1998). Children and computer games : a profile of the heavy user. *European Journal of Communication*, 13, 181-200.
- 83- Harding, D. J. (1997). Measuring children's time use: a review of methodologies and findings. Working paper 97-1. Princeton, NJ: Bendheim-Thoman Center for Research on Child Wellbeing, Princeton University.
- 84- Lawlor, K., Mihaylov, S., Welsh, B., Jarvis, S. ve Colver, A. (2006). A qualitative study of the physical. Social and attitudinal enviroments influencing the participation of children with cerebral palsy in northeast England. *Pediatric Rehabilitation*, 9(3), 219-228.
- 85- Moneta, G. B. Ve Csikszentmihalyi, M. (1996). The effect of perceived challenges and skills on the quality of subjective experience. *Journal of Personality*, 64, 275-310.
- 86- Sinclair, R. (2004). Participation in Practice: Making it Meaningful, Effective and Sustainable. *Childeren & Society*, 18, 106-118.
- 87- Litvak, S. Ve Martin, D. (2000). The state of the independent living movement. *International Journal of Self-Help and Self-Care*, 1, 49-51.
- 88- Eser, E., Yüksel, H., Baydur, H., Erhart, M., Saatlı, G., Cengiz Özyurt, B. ve diğerleri. (2008). Çocuklar için Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 409-417.
- 89- www.Canchild.ca. Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi (1997). Can Child Center for Childhood Disability Research Institute for Applied Health Sciences. McMaster University.
- 90- Imms, C. (2008). Review of the children's assessment of participation and enjoyment and the preferences for acticity of children. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 28(4), 389-404.
- 91- Bar-Shalita, T., Yochman, A., Shapiro-Rihtman, T., Vatine, J. J. ve Parush, S. (2009). The participation in childhood occupations questionnaire (PICO-Q): a pilot study. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 29(3), 295-310.

- 92- Fauconnier, J., Dickinson, H. O., Beckung, E., Marcelli, M., McManus, V., Michelsen, S. I. ve diğeri (2009). Participation in life situations of 8-12 year old children with cerebral palsy: cross sectional European study. *British Medical Journal*, 1-12.
- 93- Oeffinger, D., Gorton, G., Bagley, A., Nicholson, D., Barnes, D., Calmes, J. ve diğeri (2007). Outcome assessments in children with cerebral palsy, Part I: descriptive characteristics of GMFCS Levels I to III. *Developmental Medicine & Child Neurology* , 49, 172–180.
- 94- Orlin, M. N., Palisano, R. J., Chiarello, L. A., Kang, L. J., Polansky, M., Almasri, N. ve diğeri. (2010). Participation in home, extracurricular, and community activities among children and young people with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* , 52: 160–166.
- 95- Young, N. L., Rochon, T. G., McCormick, A., Law, M., Wedge, J. H. ve Fehlings, D. (2010). The health and quality of life outcomes among youth and young adults with cerebral palsy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 143-148.
- 96- Bayrakdar, M. (2012). Akran/Arkadaş İlişkileri (7-11 yaş). F. Cürebal ve G. Ç. Özben (Ed.). Anne-Baba, Veli Aile Eğitimi ve Rehberliği (s. 82-84). İstanbul: Kadıköy İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü.
- 97- Ersoy-Quadır, S. (2009). Ailede Evle İlgili Fiziksel Yaşam Becerilerini Çocuklara Öğretmede Ebeveyn Rehberliği. *Aile ve Toplum*, 4(16), 51-61.
- 98- Yılmaz, Z. ve Bulut, Z. (2002). Kentsel Mekanlarda Çocuk Oyun Alanları Planlama ve Tasarım İlkeleri. *Atatürk Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 33 (3), 345-351.
- 99- Colver, A. F., Dickinson, H. O. Ve SPARCLE group (2010). Determinants of participation and quality of life of adolescents with cerebral palsy: a longitudinal study (SPARCLE2). *BMC Public Health*, 10(280), 1-10.
- 100- Koyuncu, G. (2011). Serebral Palsili ve Sağlıklı Çocuklarda Aktivite ve Katılımının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi.
- 101- Imms, C., Reilly, S., Carlin, J. ve Dodd, K. (2008). Diversity of participation in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* , 50, 363–369.

- 102- Majnemer, A., Shevell, M., Law, M., Birnbaum, R., Chilingaryan, G., Rosenbaum, P. ve diğeri (2008). Participation and enjoyment of leisure activities in schoolaged children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 751–758.
- 103- Lepage, C., Noreau, L., Bernard, P. M. ve Fougereyrollas, P. (1998). Profile of handicap situations in children with cerebral palsy. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 30, 263–72.
- 104- Kang, L. J., Palisano, R. J., Orlin, M. N., Chiarello, L. A., King, G. A., Polansky, M. ve diğeri (2010). Determinants of social participation-with friends and others who are not family members—for youths with cerebral palsy. *Physical Therapy*, 90 (12), 1743-1757.
- 105- Çukur, D. (2003) Türkiye’de Bir Öteki Olarak Çocuk ve Kent Planlamada Temsil Sorunsalı. Yüksek Lisans Tezi.
- 106- Gül, A. ve Küçük, V. (2001). Kentsel Açık-Yeşil Alanlar ve Isparta Kenti Örneğinde İrdelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 2, 27-48.
- 107- Ergüden, A. D. (2008). Sosyal Dışlanma Açısından Bedensel Engelli Bireylerin Yaşantılarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi.
- 108- King, G. A., Cathers, T., Miller Polgar, J., MacKinnon, E. ve Havens, L. (2000). Success in life for older adolescents with cerebral palsy. *Qualitative Health Research*, 10, 734–749.
- 109- Oliver M. (1986). Social policy and disability; some theoretical issues. *Disability, Handicap & Society*, (1), 5–18.
- 110- Stevenson, C. J., Pharoah, P. O. ve Stevenson, R. (1997). Cerebral palsy—the transition from youth to adulthood. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39, 336–342.
- 111- Margalit, M. (1981). Leisure activities of cerebral palsied children. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 18, 209–214.
- 112- Aktaş Arnas, Y. (2005). 3-18 Yaş Grubu Çocuk ve Gençlerin İnteraktif İletişim Araçlarını Kullanma Alışkanlıklarını Değerlendirilmesi. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 4, 1303-1321.

- 113- Arslan, F., Ünal, A. S., Güler, H. ve Kardeş, K. (2006). Okul Çağı Çocuklarının Televizyon İzleme Alışkanlıklarının İncelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(6): 391-401.
- 114- Öztürk, M. (2001). Çocuk Oyunla Gelişir. *Zoom Dergisi*, Sonbahar Sayısı, 28-31.
- 115- Büyükbaykal, G. (2011). Televizyonun Çocuklar Üzerindeki Etkileri. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Hakemli Dergisi*, 28, 31-44.
- 116- Egemen, A., Yılmaz, Ö. ve Akil, İ. (2004). Oyun, Oyuncak ve Çocuk. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 5(2) , 39 – 42.
- 117- Batmaz, V. ve Aksoy, A. (1995). Türkiye’de Televizyon ve Aile. Tc Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Ankara.
- 118- Akbaş, O., Usta, E. ve Çakır, R. (2009). Lise Birinci Sınıf Öğrencilerinin Sınıf İçi Güven Algılarının Bilgisayar Oynama Durumlarına Göre İncelenmesi. *Aile ve Toplum*, 5(18), 59-72.
- 119- Esgin, A. (2001). Sanal Dünya, Çocuk ve Aile. 1. Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu. Ankara.
- 120- Garris, R., Ahlers, R. ve Driskell, J. E. (2002). Games, motivation, and learning: A research and practice model. *Simulation & Gaming*, 33(4), 441-467.
- 121- Tüzün, H. (2006). Eğitsel Bilgisayar Oyunları ve Bir Örnek: Quest Atlantis. *H.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30, 220-229.
- 122- Egemen, A., Yılmaz, Ö. ve Akil, İ. (2004). Oyun, Oyuncak ve Çocuk. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 5(2) , 39 – 42.
- 123- Ulutaşdemir, N. (2007). Engelli Çocuklarda İletişim ve Oyunun Önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 36-51.
- 124- Gürses, H. N. (2007). Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite: Fiziksel Aktiviteyi Engelleyen Kardiyopulmoner Durumlar. *Özürlüler’07, Kongre Bildirileri Kitabı, Özürlüler Vakfı*.
- 125- Koparan, Ş. (2003). Özel İhtiyaçları Olan Çocuklarda Spor. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 153-160.
- 126- Özer, D. S. (2001). Engelliler İçin Beden Eğitimi ve Spor, Ankara: Nobel Yayın Evi.
- 127- Kalyoncu, A. (1997). *Özürlülerde Spor*. Ankara: Kitap Evi.

- 128- Kang, L. J., Palisano, R. J., King, G. A., Chiarello, L. A., Orlin, M. N. ve Polansky, M. (2011). Social participation of youths with cerebral palsy differed based on their self-perceived competence as a friend. *Child: Care, Health and Development*, 38(1), 117-127.
- 129- Artan, İ. (2001). Engelli Çocukların Eğitiminde Etkili Bir Teknik: Müzik, *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(2), 43-55.
- 130- Uçaner, B. ve Öztürk, B. (2009). Türkiye’de ve Dünyada Müzikle Tedavi Uygulamaları. 1. Uluslararası Eğitim ve Araştırma Kongresi, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi.
- 131- Aral, N. ve Aktaş, Y. (1997). Çocukların Televizyon ve Diğer Etkinliklere Harcadıkları Sürenin İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 99-105.
- 132- Lin, C. M. (2005). Perception of Dance Instructors Regarding General Dance Education Curricula in Taiwan, Unpublished Dissertation, The University of South Dakota, USA.
- 133- Alkaya Yener, Y. (2011). Müziğin Çocuklar ve Yaşlılar Üzerindeki Etkileri. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29, 119-124.
- 134- Özen, Y. (2001). Sorumluluk Eğitimi. 1. Basım, Nobel Yayınları, Ankara.
- 135- Özbay, M. (2006). Okuma Eğitiminde Çevre Faktörü. *Eurasian Journal of Educational Research*, 24, 161-170.
- 136- Yılmaz, B. (2004). Öğrencilerin Okuma ve Kütüphane Kullanma Alışkanlıklarında Ebeveynlerin Duyarlılığı. *Bilgi Dünyası*, 5(2), 115-136.
- 137- <http://www.kygm.gov.tr/TR,9/istatistikler.html>
- 138- Telsiz, M. (2000). Tek Ebeveynli Aileler. *Ev Ekonomisi Dergisi*, 6(6), 49-52.
- 139- Terzioğlu, R. (2002). Ailede Değerlerin, Amaçların Yeri ve Önemi. Ö. Bener (Ed.). *Aile Yaşantısı Eğitimi* (s. 4-7). Ankara: Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu.
- 140- Eriksson, L., Welander, J ve Granlund, M. (2007). Participation in every day school activities for children with and without disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19(5), 485-502.
- 141- Henry, A. D. (1998). Development of a measure of adolescent leisure interests. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 531-539.

- 142- Palisano, R. J., Chiarello, L. A., Orlin, M., Oeffinger, D., Polansky, M., Maggs, J. ve diğeri. (2011). Determinants of intensity of participation in leisure and recreational activities by children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 142–149.
- 143- Larson, RW. ve Verma, S. (1999). How children and adolescents spend time across the world: work, play, and developmental opportunities. *Psychological Bulletin*, 125(6), 701-736.
- 144- Aslan, N ve Arslan Cansever, B. (2007). Okuldaki Sosyal Etkinliklere Katılımda Ebeveyn Çocuk Etkileşimi. *Ege Eğitim Dergisi*, 8 (1), 113-130.
- 145- Akyürek, G. (2011). Engelli Kişilerin Toplumsal Katılımlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi.
- 146- Thomopoulou, I., Thomopoulou, D. ve Koutsouki, D. (2010). The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of Exercise (JBE)*, 6.2, 13-28.
- 147- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Sherman, S. A., Hanna, K., Berrin, S. J., Malcarne, V. L. ve arkadaşları (2005). Health related quality of life of children and adolescents with cerebral palsy: hearing the voices of children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47, 592-597.
- 148- (Arnaud, C., White-Koning, M., Michelsen, S. I., Parkes, J., Parkinson, K., Thyen, U. Ve diğeri (2008). Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in Europe. *Pediatrics*, 121(1), 54-64.
- 149- Tsoi, W. S. E., Zhang, L. A., Wang, W. Y., Tsang, K. L. ve Lo, S. K. (2011). Improving quality of life of children with cerebral palsy: a systematic review of clinical trials. *Child, Care, Health and Development*, 38(1), 21–31.
- 150- McCarthy, M., Silberstein, C., Atkins, E., Harryman, S., Sponseller, P. ve Hadley-Miller, N. A. (2002). Comparing reliability and validity of pediatric instruments for measuring health and well-being of children with spastic cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44, 468-476.
- 151- Vargus-Adams, J. (2005). Health-related quality of life in childhood cerebral palsy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 940-945.
- 152- Adamson, L. (2003). Self-image, adolescence and disability. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 558-578.

- 153- Shields, N., Murdoch, A., Loy, Y., Dodd, K. J. ve Taylor, N. F. (2006). A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48,151–157.
- 154- Sayar, Ö. (2009). Bir Sosyal Dışlanma Fotoğrafı, Engelli Bireylerin Toplumla Bütünleştirilmesine Yönelik Tespit, Bilgilendirme ve Veri Tabanı Oluşturma Çalışması (Özveri-Malatya) Projesi Araştırma Sonuçları. *Aile ve Toplum*, 5(17), 59-76.
- 155- Salar, S. (2011). Omurilik Yaralanması Olan Kişilerde Çevresel Faktörlerin Toplumsal Katılım Ve Yaşam Memnuniyetine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi.