

ÖZÜRLÜLER'07

KONGRE SERGİ ve SOSYAL ETKİNLİKLERİ



KONGRE BİLDİRİLERİ KİTABI



HARBİYE ASKERİ MÜZE VE KÜLTÜR SİTESİ

06 - 09 ARALIK 2007



ÖZÜRLÜLER VAKFI

ÖZÜRLÜLER'07 KONGRE SERGİ ve SOSYAL ETKİNLİKLERİ

“ÖZEL EĞİTİME DİSİPLİNLER ARASI BAKIŞ”

“ ÖZÜRLÜLERE İLİŞKİN HUKUKİ DÜZENLEMELER”

KONGRE BİLDİRİLERİ KİTABI

HARBİYE ASKERİ MÜZE VE KÜLTÜR SİTESİ

06 - 09 ARALIK 2007

ÖZÜRLÜLER'07 Başbakanlık Tanıtma Fonu katkıları gerçekleşmiştir.

Düzenleyen Kuruluş: ÖZÜRLÜLER VAKFI

www.ozurlulervakfi.org.tr

info@ozurlulervakfi.org.tr

Düzenleme: Esra Berberoğlu

Grafik Hazırlık: Viraj Reklam

Bu bildiri kitabının yayın hakkı Özürlüler Vakfı'na aittir. Tüm hakları saklıdır.
Bu kitabın hiçbir bölümü Özürlüler Vakfı'nın ve yazarların yazılı izni olmadan
elektronik, dijital veya mekanik olarak çoğaltılıp dağıtılamaz.

ÖNSÖZ

Özürlüler Vakfı olarak ülkemizde yaşayan özürlülerin sorunlarına toplum nezdinde dikkat çekmek, sorunlara toplumsal çözümler üretilmesi amacıyla projeler üretmek ve bu yönde geliştirilmiş projelere destek vermek amacıyla faaliyet göstermekteyiz.

2003 yılından itibaren hayata geçirdiğimiz "Özürlüler Kongre Sergi ve Sosyal Etkinlikleri" nin bu yıl üçüncüsünü "Özürlüler'07 / Yüzleşme" adı altında 06-09 Aralık 2007 tarihleri arasında Harbiye Askeri Müze ve Kültür Sitesi'nde Başbakanlık Tanıtma Fonu'nun katkılarıyla gerçekleştirdik.

Bu organizasyonun amacı, özürlüler ile ilgili yapılacak projelerin desteklenmesi; sorunların tespiti ve çözümünde sorumlu olan ilgili sivil toplum örgütleri, kurum ve kuruluşlar ile akademisyenlerin bir araya getirilmesi; özürlü sorunlarının doğru tespiti ve beraberinde özürünün yaşam standartlarının düzeltilmesidir.

Bu yıl tıp, hukuk, özel eğitim alanında birçok bilim insanını bir araya getiren bu organizasyonun hedefi ülkemizde özürllük konusunda çalışma yapan kişi ve kurumlara kaynak oluşturulmasında öncü ve yardımcı olmaktır.

Özürlüler'07, Kongre Sergi ve Sosyal Etkinlikler olmak üzere üç bölümden oluşmuştur:

Kongre başkanlığını Prof.Dr. Azmi Hamzaoglu'nun üstlendiği kongrede; tıp alanında "Travmatik Omurilik Yaralanmalarına Multidisipliner Yaklaşım", hukuk alanında "Özürlülere İlişkin Hukuki Düzenlemeler", özel eğitim alanında ise "Özel Eğitime Disiplinlerarası Bakış" adı altında akademik düzeyde toplantılar düzenlenmiştir.

Ayrıca Türk Tabipleri Birliği, Asansör ve Yürüyen Merdiven Sanayicileri Derneği ve Disabled Peoples' International'ın katkılarıyla "Sosyal Platformlar" adı altında düzenlenen panellerde yurtdışı ve yurtiçinden katılımcılar, özürlüler ile ilgili sorunların çözümüne yönelik çalışmalarını dile getirmiştir.

Bu kitapta, hukuk alanında "Özürlülere İlişkin Hukuki Düzenlemeler" ve özel eğitim alanında "Özel Eğitime Disiplinlerarası Bakış" konuları altında yer alan bildiriler yer almaktadır.

Bu alanda çalışma yapan kişi ve kurumlara kaynak olacağını düşündüğümüz bu kitabın ve Özürlüler'07'nin hayata geçmesinde emeği geçen herkese teşekkür ederiz.

Seyhan SANDIKYAPAN
Özürlüler Vakfı Başkanı

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM-1

“ÖZEL EĞİTİME DİSİPLİNLERARASI BAKIŞ”

ÖZEL EĞİTİMİN TARİHÇESİ VE TÜRKİYE’DEKİ DURUMU

Özel Eğitimin Türkiye’deki Tarihçesi, Prof. Dr. Adnan Kulaksızoğlu	10
Dünden Bugüne Otizm, Doç. Dr. Binyamin Birkan	14

ÖZÜRLÜLER KANUNUN YÜKSEKÖĞRETİM KURUMLARINA YANSIMASI VE ÜNİVERSİTELERDEN ÖRNEKLER

Yüksek Öğrenimdeki Engelli Öğrencilerin Karşılaştığı Sorunlar Engellilere Sağlanan Eğitim Önlemleri, Prof. Dr. Ayşegül Ataman	17
Engelli Öğrenci Destek Birimlerine Doğru, Claire Özel	24
Engelli Öğrenci Desteği, Elzi Menda	28
Görme Engelliler Teknoloji ve Eğitim Laboratuvarı, Uzm. Öğretmen Engin Yılmaz	32

ÖZEL EĞİTİMDE MESLEK EDİNME

Özel Eğitimde İş ve Uğraşı Tedavisi, Doç.Dr. Esra Akı	36
Mesleki Rehabilitasyonda Değerlendirme, Yrd.Doç.Dr. Ali Kitiş	39
Ülkemizde Zihinsel Öğrenme Yetersizliği Olan Çocuklara İş ve Meslek Eğitimi Veren Okullara İlişkin Bir Durum Saptaması ve Öneriler , Öğr.Gör. Tuna Şahsuvaroğlu	44

ENGELLİ ÇOCUĞUN EĞİTİMİNDE FİZYOTERAPİ-REHABİLİTASYON

Milli Eğitim Bakanlığı Özel Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Fizyoterapinin Rolü - Sorun ve Öneriler, Prof. Dr. Ayşe Livanelioğlu	53
Özel Eğitimde Fizyoterapistin Çalışma Alanı, Sorumlulukları, Çocuğa, Aileye Yaklaşım Modelleri, Uzm.Fzt. Ela Tarakçı	55
Zihinsel Engelli Çocuklarda Sağlık Eğitimi ve Farkındalığın Arttırılması, Yrd .Doç. Dr. Feryal Subaşı	60

ENGELLİ ÇOCUKLARDA FİZİKSEL AKTİVİTE

Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite: Fiziksel Aktiviteyi Engelleyen Kardiyopulmoner Durumlar, Prof.Dr. H. Nilgün Gürses	64
Engelli Çocuklarda Fiziksel Uygunluğun Değerlendirilmesi: Brockport Fiziksel Uygunluk Test Bataryası, Prof. Dr. Uğur Cavlak	75
Engellilerde Postür ve Adaptasyonları, Yrd.Doç.Dr. İpek Yeldan	76
Özür, Engellilik ve Spor, Prof. Dr. H Serap İnal	79

ÖZÜRLÜ BİREY VE ÇEVRE İLE İLİŞKİLERİ

Özürlü Çocuk ve Aile, Doç. Dr. Behiye Alyanak	88
Özürlü Çocuk ve Anaokulu Uyum Çalışması , Sosyal Pedagog Nalan İster	91

BEYİN VE ÖZEL EĞİTİM

Beyin Nasıl Çalışır? Özel Eğitimi, Ne Kadarını Bilmek Zorunda?, Dr.Bülent Madi	94
Riskli Yenidoğanda Nöro-Gelişimsel Yaklaşım, Uzm. Fzt. Feride Bilir	97

ÖZÜRLÜLÜK YARATAN NÖROLOJİK VE ORTOPEDİK HASTALIKLARDA FİZYOTERAPİSTİN ROLÜ

İnmeli Hastaların Rehabilitasyonunda Fizyoterapistin Rolü, Prof. Dr. Ferda Dokuztuğ Üçsular	99
Multipl Skleroz Rehabilitasyonu, Dr. Fzt. Fatma Karantay Mutluay	103
Spinal Kord Yaralanmalarının Tedavisinde Fizyoterapistin Rolü, Prof. Dr. Uğur Cavlak	107
Parkinson ve Rehabilitasyonu, Doç. Dr. Kadriye Armutlu	108
Nöromusküler Hastalıklarda Fizyoterapi Rehabilitasyon, Prof. Dr. Ayşe Karaduman	112
Serebral Paralizili Çocuklar, Doç. Dr. Mintaze Kerem Günel	118
Sekresyon Atımında Güçlük Yaşayan Çocukların Rehabilitasyonunda Fizyoterapistin Rolü, Dr.Fzt. Semiramis Özyılmaz	123
Solunum Kas Güçsüzlüğü Olan Çocukların Rehabilitasyonunda Fizyoterapistin Rolü, Dr.Fzt. Rengin Demir	129
Yürüme Analizi, Prof. Dr. Yener Temelli - Dr.Fzt. Ekin Akalan	134

ÖZEL UYGULAMALAR

Özürlülüğün Değerlendirilmesi ve Bağımsızlığı Arttıran Araç Gereçlerin Seçimi, Doç. Dr. E.Handan Tüzün	140
Duyu İntegrasyonu, Doç. Dr. Gonca Bumin	143
Mesleki Rehabilitasyon ve Ergoterapi, Prof. Dr. Arzu Razak Özdiğerler	149

DİL BOZUKLUĞU - ÖĞRENME BOZUKLUĞU

Dil Bozukluklarından Öğrenme Bozukluklarına: Nörobiyolojik Temeller, Prof.Dr. Barış Korkmaz	154
--	-----

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ

Zihinsel Engelli Çocukların Dilsel Özellikleri, DK Uzm. Ayşegül Turan	158
Afazide Dil ve Konuşma Terapisi, DKT. Gayem Köprücü Türsoy	160
Akıcılık Bozuklukları, DKT. Serkan Bengisu	165
Developmental Dyspraxia - Davetli Konuşmacı, Catharina Anna Verschoor	166

İŞARET DİLİ

İşitme Kaybı Konusunda Doğru Bilgilendirilmenin Önemi Ve Eğitimde Model Seçimine Etkisi, Op.Dr.Ömer Cenker Ilıcalı	186
İşitme Yetersizliği Olan Çocukların Eğitiminde Neredeyiz?, Prof. Dr. Gönül Akçamete	188

YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUKLARDA ÖZEL EĞİTİM

Otizme Dost Bir Yaklaşım: TEACCH, Yrd.doç. Dr. Alev Girli	196
Otizm ve Kardeşler / Kardeşleri Fark Etmek, Uzm.Psk. Senem Eke Yıldız	203
Türkiye’de Otizm, Psk. Pelin Eraktan	209
Davetli Konuşmacı	
“Özürlülüğe Yurttaşlık Penceresinden Bir Bakış”, Uzm. Dr.Bülent İlik	212

UYGULAMALI PSİKOLOJİ ve EĞİTİM HİZMETLERİ

Farklı Gelişenlerin Ele Alınışında Terapi-Eğitim ve Projelendirme, Uzm.Psk. Fatma Sayman	215
---	-----

ÖZEL EĞİTİMDE TANI VE YÖNLENDİRME PROBLEMLERİ

Özel Eğitimde Yönlendirme ve Değerlendirme Problemleri, Uzm.Psk. Hülya Zambak	218
--	-----

ÖTEKİLEŞTİRME

Garip, Psk.Dan. Ümit Eren Yurtsever	221
Ötekileştirme, Dr. Murat Kemaloğlu	225

SERBEST BİLDİRİLER

Orta Derecede Mental Retardasyon Tanılı Çocuklarda El Becerileri İle	
Günlük Yaşam Aktiviteleri Arası İlişki, Uzm.Fzt. Ela Tarakçı, Uzm. Fzt. Devrim Tarakçı	227
Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olan Annelerde Görülen Tükenmişlik Düzeyi, Uzm.Psk. Hayriye Hacıbayramoğlu	229
Engelleri Sporla Aşalım Projesi (ESAP), Yrd.Doç.Dr.Erkan Çalışkan, Dr.Ahmet Şirinkan, Öğretmen Seher Şirinkan	230

POSTER SUNUMLARI

Engelli Öğrenci Destek Birimi-Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Prof. Dr. Gülten Mert	235
Özel Eğitim Alan Çocuklarda Davranış Problemi Sıklığı, Z.E.Ö Mercan Mutlu, Uzm. Fzt. Ela Tarakçı, Uzm. Psk. Hayriye Hacıbayramoğlu	243

BÖLÜM-2**ÖZÜRLÜLERE İLİŞKİN HUKUKİ DÜZENLEMELER**

Özürlü Bireylere Sosyolojik Bakış, Doç.Dr. Esra Burcu	246
Özürlü Hakları Kapsamında İdarenin Yükümlülükleri, Prof. Dr. Turan Yıldırım	258
Ceza Hukukunda Engelliler, Doç. Dr. Hamide Zafer	262

ÖZEL EĞİTİM VE HUKUK ALANLARI KONU VE KONUŞMACILARI	269
--	-----

DESTEKLEYEN SİVİL TOPLUM KURULUŞLARI	275
---	-----

ORGANİZASYON YAPISI

Vakıf Başkanı

Seyhan Sandıkyapan

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Azmi Hamzaoglu

Florence Nightingale Hastanesi

Bilimsel Sekreteryä

Esra Berberoğlu

Yürütme Kurulu

Kln. Psk. Cafer Cataloluk

Av. Gökhan Küçük

Doç. Dr. Serkan Yıldırım

Bilimsel Düzenleme Kurulu

Hukuk Kurulu

Prof. Dr.Bihterin Dinçkol

İstanbul Ticaret Üniversitesi

Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi

Genel Kamu Hukuku A.B.D Başkanı

Prof. Dr. Nihal Saban

Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi

Vergi Hukuku A.B.D

Doç.Dr. Nurşen Caniklioğlu

Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi

İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku

A.B.D Başkanı

Doç. Dr. Pervin Somer

Kadir Has Üniversitesi

Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi

Roma Hukuku A.B.D. Başkanı

Prof. Dr. Turan Yıldırım

Marmara Üniversitesi

Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi

İdare Hukuku A.B.D Başkanı

Özel Eğitim Kurulu

Prof. Dr. Adnan Kulaksızoğlu
Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi
Özel Eğitim Bölüm Başkanı

Prof. Dr. Barış Korkmaz
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Nöroloji A.B.D Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Hande Sart
Boğaziçi Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Bölümü

Yrd. Doç.Dr. Nevin Eracar
Marmara Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Prof. Dr. Serap İnal
İstanbul Üniversitesi
Beden Eğitimi Spor Yüksek Okulu

Tıp Kurulu

Doç Dr. Belgin Erhan
İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Klinik Şefi

Doç.Dr. Mehmet Tezer
İstanbul Bilim Üniversitesi
Florence Nightingale Hastanesi
Omurga Cerrahisi Merkezi

Prof. Dr. Murat Hancı
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Beyin ve Sinir Cerrahisi A.B.D.

Uzm. Dr. Nur Akgün
Fatih Sultan Mehmet
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Anestezi ve Reanimasyon Klinik Şefi

Prof. Dr. Sedat Özkan
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı Başkanı

Türk Tabipleri Birliği

Dr.Ali Çerkezoęlu
İstanbul Tabip Odası

Dr.Ümit Ünüvar Atılmış
İstanbul Tabip Odası

Danışma Kurulu

Prof.Dr. Coşkun Özdemir
Kas Hastalıkları Derneği Başkanı

Prof.Dr.Gençay Gürsoy
Türk Tabipleri Birliği Başkanı

Halis Kuralay
İl Milli Eğitim Müdürlüğü Özel Eğitim Şube Müdürü

Prof.Dr. Hıfzı Özcan
Türkiye Spastik Çocuklar Vakfı Başkanı

Jean-Luc Simon
Disabled Peoples' Intenational Avrupa Başkanı

Sefa Targıt
Asansör ve Yürüyen Merdiven Sanayicileri Derneği Başkanı

Siral Demiral
İstanbul Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri Derneği Başkanı

BÖLÜM I

ÖZEL EĞİTİME DİSİPLİNLER ARASI BAKIŞ

ÖZEL EĞİTİMİN TARİHÇESİ VE TÜRKİYE'DEKİ DURUMU

ÖZEL EĞİTİMİN TÜRKİYE'DEKİ TARİHÇESİ

Prof. Dr. Adnan Kulaksızoğlu

Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Başkanı

Osmanlı döneminde özel eğitim alanında en dikkat çekici gelişme sarayda çalışacak ve devleti yöneteceklerin özel eğitimi idi. Enderun bir Osmanlı Saray üniversitesiydi. İmparatorluğun bu en yüksek dereceli eğitim müessesesi Topkapı Sarayında bulunuyordu. Enderun dünyadaki ilk üstün yetenekliler eğitimi örneğidir.

Enderun uygulaması dışında bir özel eğitim örneği 1889' da İstanbul'da Maarif Mektebi içinde açılan görme ve işitme engelliler sınıflarıdır. Bu sınıflar daha sonra ayrı bir okul olmuş 1912 yılına kadar 30 yıl süre ile eğitim vermiştir. 1921 yılında İzmir' de Özel İzmir Sağır ve Körler Müessesesi ismini taşıyan bir okul açıldığı, daha sonra Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığına bağlanarak 1950 yılına kadar faaliyetini sürdürdüğü bilinmektedir (Kargın, 2003).

Dünya'da Çağdaş eğitim anlayışının yaygınlaşması, herkesin bireysel özelliklerine göre eğitim alma hakkı olduğunun kabul edilmesini sağladı. Böylelikle özel eğitime ihtiyaç duyanların eğitimine daha çok ağırlık verilmeğe başlandı.

Özel eğitim, bireylerin çoğunluktan farklı olarak belirli bazı bedensel, zihinsel ve sosyal özellikler göstermesinden dolayı onlar için tasarlanmış eğitimidir. Özel eğitime ihtiyaç duyanlar aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir, (Özyürek, 1983, s.16 ve Şahin, 2003, s.561)

1. Bedensel özellikleri bakımından

- A. Görme engelliler
- B. İşitme engelliler
- C. Bedensel engelliler
- D. Sürengen hastalığı olanlar

2. Zihinsel özellikleri bakımından

- A. Zeka engelliler
- B. Özel öğrenme güçlüğü çekenler
- C. Üstün zekalılar ve özel yetenekliler

3. Sosyal ve davranışsal özellikleri bakımından

- A. Korunmaya muhtaç çocuklar
- B. Suçlu çocuklar

4. İletişim özelliklerine göre

A. Konuşma bozukluğu olanlar

Ülkemizde yaklaşık 8.5 milyon insan yukarıdaki özür gruplarından en az birine dahil edilebilir. Bu da genel nüfusun yaklaşık %12'sinin özel eğitime ihtiyacı olduğunu göstermektedir, (II. Özürlüler Şurası, 2005, s.70)

Cumhuriyet döneminde özel eğitimle ilgili gelişmeler şu şekildedir. Cumhuriyetin kuruluşundan önce Ankara hükümeti korunmaya muhtaç çocuklar hakkında önemli girişimlerde bulunmuştur. Osmanlı İmparatorluğunun son yıllarında kurulan ve korunmaya muhtaç çocuklar için büyük hizmetler yapan Darüleytamlar hakkında bir yönetmelik çıkarılmış ve bu kurumun yönetimi belirli kurallara bağlanmıştır, (Çağlar, 1982, s.1).

Ulusal kurtuluş savaşının çok can kaybına mal olması birçok kimsesiz ve yoksul çocukların korunmasını gerektirdi. Bu nedenle Himaye-i Etfal Cemiyeti adı altında 10 Haziran 1921'de Çocuk Esirgeme Kurumu kurulmuştur, (Çağlar, 1982, s.1).

1923 yılında Türkiye Cumhuriyeti adına Atatürk tarafından onaylanan Cenevre Bildirisi özel eğitim konusunda bir ilerleme olarak görülmektedir, (Şahin, 2003, s.58).

Ülkemizdeki zeka engelli çocukların özel eğitimleri çok geç başlamıştır. Ekim 1952 tarihinde Gazi Eğitim Enstitüsü'nde Özel Eğitim bölümü açılmıştır. Bölümde Üstün ve Geri Zekâlı çocukların eğitimi konusunda bir uzmanlık bölümü bulunmaktaydı, (Çağlar, 1974, s.106).

1965 yılında özel eğitim alanında öğretmen yetiştirmek amacı ile Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesinde Özel Eğitim Bölümü açılmış bu iki bölüm daha sonra kapatılmıştır. 1950 yılında görme engellilerin topluma katılımını sağlamak amacı ile altı Altı Nokta Körler Eğitim ve Kalkındırma Derneği kurulmuştur, (Şahin, 2003, s.59).

1955 yılında özel eğitime muhtaç çocukları incelemek amacı ile bu günkü adı ile ilk Rehberlik ve Araştırma Merkezi (RAM) kurulmuştur, (Şahin, 2003, s.59).

1963-64 öğretim yılında Ankara ve İstanbul'da üstün yetenekli bir öğrenci grubu özel sınıflarda yetiştirilmiştir, ancak bu uygulamaya 1968 yılında son verilmiştir. 1957 yılında çıkarılan 6660 sayılı yasa ile güzel sanatlarda yaratıcı ve üstün yetenekli çocukların devlet eli ile yurt dışı eğitimden yararlanmaları sağlanmıştır. 1961 anayasasında ilk kez özel eğitim ile ilgili hükümler konulmuş ve ilk defa özel eğitim yönetmeliği çıkarılmıştır. 1962 yılında çıkarılan 222 sayılı ilköğretim kanununda "Mecburi ilköğretim çağında bulundukları halde zihnen, bedenen, ruhen ve sosyal yönden özürli olan çocukların özel eğitim ve öğretim görmesi sağlanır" hükmü konularak engelli bireylerin özel eğitim görmesi yasaya girmiştir. 1971 yılında çıkarılan 1475 sayılı iş kanununda işverenlerin 50 ve daha fazla işçi çalıştıranlarına %3 oranında engelli birey çalıştırma zorunluluğu getirilmiştir, (Kepenekçi, 2000, s.88).

1973'de yürürlüğe giren 1739 sayılı Milli eğitim Temel Kanunu'nda da özel eğitimle ilgili maddeler bulunmaktadır. Özel eğitim ve rehberlik daire başkanlığı konumunda olan ilgili daire artan ihtiyacı karşılamak üzere 30 Nisan 1992'de Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü haline dönüştürülmüştür. 1997'de 571-573 sayılı Kanun Hükmünde kararname ile T.C. Başbakanlık Özürli İdaresi Başkanlığı kurulmuştur. Bu başkanlık özürliyle / engellilerle ilgili çalışmaların eşgüdümü için kurulmuş bir kuruluştur, (Şirin ve Sayita, 2000, s.251). Kabul tarihi 1.7.2005 olan 5378 sayılı "Özürli ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunla" özürliilerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunların çözümü için yasal düzenleme yapılmıştır. Yukarıda sözü edilen yasal düzenlemeden sonra engelli çocuklar için ailelerine ödenen 388 YTL. ödenek özel eğitim hizmeti veren özel eğitim kurum sayısında ciddi bir artış yaşatmış bu da beraberinde bu kurumların denetlenmesi sorununu getirmiştir.

Ülkemizdeki özel eğitim hizmetleri okullarda kaynaştırma uygulamaları ile veya engel grupları için açılmış özel eğitim okullarında yürütülmektedir. Engelliler için resmi statüde açılan okullar ve onlara sağlanan imkanlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir: (Kargın, 2003, s.1).

Okul / Kurum Adı	1995- 96	1996- 97	1997- 98	1998- 99	1999- 2000	2000- 01
İşitme Engelliler İlköğretim Okulları	41	45	48	47	48	47
İşitme Engelliler Çok Programlı Liseleri	3	6	8	8	8	8
Görme Engelliler İlköğretim Okulları	9	9	10	11	11	14
Ortopedik Engelliler İlköğretim Okulları	2	2	2	2	2	2
Ortopedik Engelliler Meslek Liseleri	2	2	2	2	2	2
İlköğretim Okulları ve Mesleki Eğitim Merkezleri	32	34	40	40	42	48
Eğitim Uygulama Okulları ve İş Eğitim Merkezleri	39	44	54	55	62	60
Yetişkin zihinsel Engelliler İş Eğitim Merkezleri	3	3	3	3	2	2
Hastane İlköğretim Okulları	24	24	26	26	27	30
Bilim ve Sanat Merkezleri	2	2	4	4	5	9
Özel Eğitim Sınıfları	748		713	697	639	614
Kaynaştırma Eğitimi					5638	6849
Okul Rehberlik Servisleri	1038	1692	2033	2861	4697	5009
Rehberlik ve Araştırma Merkezleri	96	96	100	100	105	111
Toplam	2039	1959	3043	3856	11288	12814

1983’de Anadolu Üniversitesinde Özel Eğitim Öğretmenliği Programı açılmış, 1990’da da aynı üniversitede Özel Eğitim bölümü kurulmuştur, (Cavkaytar ve Diken, 2005, s.19). Halen mevcut özel eğitim programları aşağıdadır.

Özel Eğitim Programlarının Bulunduğu Üniversiteler

Zihin Engelliler Öğretmenliği

1. Marmara Üniversitesi
2. Ankara Üniversitesi
3. Gazi Üniversitesi
4. Anadolu Üniversitesi
5. Selçuk Üniversitesi
6. Ondokuz Mayıs Üniversitesi
7. Karadeniz Üniversitesi
8. Abant İzzet Baysal Üniversitesi
9. Abant İzzet Baysal Üniversitesi (İ.Ö.)
10. Sakarya Üniversitesi

İşitme Engelliler Öğretmenliği

1. Anadolu Üniversitesi
2. Ondokuz Mayıs Üniversitesi
3. Karadeniz Teknik Üniversitesi

Göçme Engelliler Öğretmenliği

1. Gazi Üniversitesi

Üstün Zekâlılar Öğretmenliği

İstanbul Üniversitesi

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi 2005-2006 öğretim yılında Görme Engelliler Öğretmenliği bir, İşitme Engelliler Öğretmenliği üç, Zihinsel Engelliler Öğretmenliği on ve Üstün Zekâlılar Öğretmenliği bir olmak üzere üniversitelerimizde özel eğitim öğretmenliği ile ilgili programlar açılmıştır ve bu bölümlerde eğitim devam etmektedir. 2000’li yıllarda ülkemizde özel eğitim alanında büyük bir gelişme görülmektedir. Ancak özel eğitim öğretmenlerine olan talep giderek artmakta ve bu ihtiyacın yukarıdaki programlarla yakın vadede karşılanması mümkün görünmemektedir. Ortopedik engelli ve çok engelli bireylerinde eğitim ihtiyaçlarını karşılayacak yeni lisans programlarının açılması ve alanda öğretim elemanı yetiştirilmesi de önemli bir ihtiyaçtır.

KAYNAKLAR

Cavkaytar, A., Diken, H. İ. Özel Eğitime Giriş. Ankara: Kök Yayıncılık, 2005.

Çağlar, Doğan. “Atatürk ve Cumhuriyet Devrinde Korunmaya Muhtaç Çocuklara

Sağlanan Bakım ve Öğretim Olanakları” Ankara. A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1982 Cilt 15, Sayı: 2.

Çağlar, Doğan. Geri Zekalı Çocuklar ve Eğitimi, Ankara: A.Ü. Eğitim Fakültesi Yayını, 1974.

II. Özürlüler Şurası, Taslak Raporları ve Kararları 30 Mayıs, 2 Haziran 2005, Başbakanlık Öz. İd. Bşk. Ankara.

Kargın, Tevhide “Cumhuriyetin 80. Yılında Özel Eğitim” Milli Eğitim Dergisi, Sayı 160, Güz 2003.

Kepenekci, Karaman, Yasemin “Özürlü Çocukların Hakları”, I. İstanbul Çocuk

Kurultayı Bildiriler Kitabı (Ed. Şirin, R. M. ve Sayıta, S.U.) İstanbul Çocuk Vakfı Yayınları, 2000.

Özyürek, M. “Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar ve Eğitimleri” A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt 16, S.1, 1983.

Şahin, Sema. “Özel Eğitimin Tarihçesi”, Özel Eğitime Giriş (Ed. Ayşegül Ataman) Ankara. Gündüz Eğitim ve Yayıncılık, 2003.

Şirin, R. M. ve Sayıta, S.V. (Ed.) I. İstanbul Çocuk Kurultayı, İstanbul

Çocuk Raporu, İstanbul Çocukları Vakfı Yayını, 2000.

DÜNDEN BUGÜNE OTİZM

Doç. Dr. Binyamin Birkan

TOHUM Otizm Vakfı Eğitim Programları Direktörü

>> Otizm

Otizm yaşam boyu süren, sosyal ilişkilerde güçlük, iletişimde zorluk, sınırlı ilgi alanları, ve tekrarlayıcı davranışlarla 36'ıncı aydan önce baş gösteren bir yaygın gelişim bozukluğudur.

>> Otizm

Otizm temel gelişim alanlarının işlevini etkilediği için yaygın terimi kullanılmıştır.



>> Tarihçe: Otizmin Ortaya Çıkışı (1940-1950)

> Otizmi çağrıştıran davranış özellikleri ile ilgili ilk yazılar 18. yüzyıla kadar gitmektedir.

> Otizm terimini ilk kez İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından 1911 yılında kullanıldığı sanılmaktadır.

> 'Otizm' ve 'Otistik' terimleri, Yunancada benlik, öz, kendi gibi anlamlara gelen 'otos' sözcüğünden türetilmiştir.

> Bleuler bu terimi, dış dünyadan kendisini tümüyle soyutlamış olan bir birey için kullanmıştır.

> 1943: Leo Kanner, Baltimore, ABD

> 1944: Hans Asperger, Viyana, Avusturya

> Otizm terimi, zaman içinde yerini, otizm spektrum bozuklukları (ASD - autism spectrum disorders) terimine bırakmıştır.



>> Terimler

> Otizm spektrum bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluk terimiyle (pervasive developmental disorders - PDD) eşanlamlı kullanılmaktadır.

> Otizm ise, bu şemsiye altında yer alan kategorilerden yalnızca biridir.

>> Otizmle İlgili Açıklamalar (1940-1960)

> Soğuk, ilgisiz ve entelektüel anneler

>> Eğitim Çabaları (1960-1980)

> Uygulamalı davranış analizine dayalı çalışmalar

> TEACCH

>> Tanı ve Biyomedikal Çalışmalar (1990-2000)

- > 1992 Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-IV
- > UC Davis Üniversitesi MIND Enstitüsü

>> Günümüz

- > Otizm spektrum bozukluğunun nörolojik nedenlerden kaynaklandığı sanılmaktadır.
- > Otizm spektrum bozukluğu ruh hastalığı değildir; ancak, belirtileri bazı ruh hastalıklarını çağrıştırabilir.
- > Çocuk yetiştirme özellikleriyle ya da ailenin sosyo-ekonomik özellikleriyle ilişkisi yoktur.
- > Kalıtsal olabileceği yönünde bulgular vardır ancak, geni ya da genleri henüz bulunmuş değildir.
- > Son verilere göre yaklaşık 150 çocuktan birini etkilediği düşünülmektedir.
- > Erkeklerdeki yaygınlığı kızlardan 4 kat fazladır.
- > Sanıldığı gibi aksine, farklı düzeylerde zeka geriliği görülür.
- > Pek azında (yaklaşık %10), çok güçlü bellek, müzik yeteneği vb. üstün özelliklere rastlanır.



>> Türkiye

- > 1999 yılına kadar zihin engelliler özel eğitim okullarında eğitim aldılar.
- > 1999-2000 eğitim öğretim yılında 'Otistik Çocuklar Eğitim Uygulama Projesi' yürürlüğe konmuştur.
- > Bu projenin amacı, 3-15 yaş arasındaki otizmlili çocukların gereksinimlerine uygun eğitim almalarını sağlamaktır.
- > Bağımlı OÇEM
- > Bağımsız OÇEM



>> Tohum Otizm Vakfı

- > 2006-2007 eğitim-öğretim yılında ABD'de bulunan PCDI sistemini ülkemize getirdi.
- > PCDI, 1970 yılında kurulmuş otizm alanındaki uygulamaları, bilimsel araştırmaları ve yaygınlaştırma çalışmalarıyla dünyaca tanınan bir kurumdur.
- > PCDI'nın dördü ABD'de olmak üzere, Türkiye (Tohum Otizm Vakfı), Avustralya, Yunanistan, Rusya, İngiltere, Polonya, İspanya, Norveç, Fransa gibi birçok ülkede yaygınlaştırma kolları bulunmaktadır.
- Tohum Otizm Vakfı okul programının farkı:**
- > 0-12 yaş arasındaki çocukların kurumdan haftada en az 40 seans eğitim alması.
- > Bilimsel dayanaklı farklı öğretim yöntemlerini ülkemize getiren ve ilk kez uygulayan program olması



> Toplum temelli davranışların öğretimine odaklanması

> Bire-bir ve grup eğitiminde gün boyunca her çocuğa bir eğitimci sağlanması

> Otizmli her yaştaki çocuğun gereksinimini karşılayabilecek zengin içerikli bir müfredatının olması

> Diğer gelişim alanlarında ve akademik alanlarda verilen eğitimin yanı sıra, otizmli çocuklar için çok önemli iki alan olan iletişim ve sosyal etkileşim alanlarına büyük ağırlık verilmesi

> Her çocuk için, ailelerin de görüşleri doğrultusunda, bireysel eğitim programları hazırlanması ve gelişimin yazılı olarak rapor edilmesi

> Bireysel eğitim programlarında yer alan hedeflerin ne ölçüde gerçekleştiğini belirlemek amacıyla, çocukların performanslarının sürekli olarak değerlendirilip veri toplanması; bu verilere dayalı olarak ise programlarda gerekli görülen değişikliklerin yapılması

> Ev programları aracılığıyla çalışmalara aile katılımının sağlanması

> Eğitimcilere yıl boyunca devam eden yoğun ve kesintisiz bir eğitim verilmesi



ÖZÜRLÜLER KANUNUNUN YÜKSEKÖĞRETİM KURUMLARINA YANSIMASI VE ÜNİVERSİTELERDEN ÖRNEKLER

YÜKSEK ÖĞRENİMDEKİ ENGELLİ ÖĞRENCİLERİN KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR ENGELLİLERE SAĞLANAN EĞİTİM ÖNLEMLERİ

Prof. Dr. Ayşegül Ataman

Gazi Üniversitesi Özel Eğitim Bölümü Başkanı

Yüksek öğrenimdeki engelli öğrencilerin sorunlarını açıklamaya başlamadan, Türkiye’de engellilere sağlanan eğitim olanaklarının neler olduğunu belirlemek gerekmektedir.

Ayrı Eğitim: 1950 li yıllarda örgün eğitim içinde engellilerin eğitimine yönelik çalışmaların, engel grubunun özelliklerine göre düzenlenmiş programların ve mekanların dikkate alındığı, ayrıca yetiştirilmiş öğretmenlerin görev aldığı, yatılılık esasına dayalı engeli olmayanların devam edemediği kurumlara, eğitim verilmeye başlandığını görmekteyiz. Bu yapı içinde iki farklı uygulama dikkati çekmektedir.

Özel eğitim okulları: Ayrı eğitimin en yoğun biçimde uygulandığı kurumlardır. Görme, İşitme, Ortopedik, Otistik vb özel gereksinimli çocuklar için genelde şehir merkezinden uzakta izole edilmiş alanlarda kurulmuş olan okullardır. Donanım, program, öğretmen özel olarak yetiştirildiği için özel eğitim tedbirleri içinde en pahalı olanıdır.(yaklaşık 8 katı) Ayrıca özel gereksinimli çocukların etiketlenmelerini ön plana çıkarttığı için de en uygun olmayı diye tanımlanabilir. Günümüzde gelişmiş ülkelerde ayrı okulların açılması birden çok yetersizliği bulunan çocuklar ve ağır derecede yetersizliği bulunan çocuklar için söz konusudur. Ülkemizde bu uygulamanın yaygınlaştırılmaya çalışıldığı ve bunun doğal sonucu olarak okulların kapasitelerinin doldurulamaması nedeni ile sorunlar yaşandığını söyleyebiliriz. Kaldı ki henüz ülkemizde çok engellilerin eğitimi konusunda da ciddi adımlar atılamamıştır.

Özel eğitim sınıfları: Bu uygulamada çocukların genel örgün eğitim kurumları bünyesinde açılmış kendilerine özge donanımları ve özel yetiştirilmiş öğretmenleri bulunan yarı zamanlı kaynaştırma da diyebileceğimiz uygulamalar yer almaktadır. Ülkemizde hafif ve orta derecede zihinsel zedelenmesi bulunan çocuklar için bu uygulama yer almaktadır. (1964-1972 yılları arasında benzeri uygulamaların üstün zekalı çocuklar için de denendiğini ancak daha sonra çeşitli politik nedenlerle sonlandırıldığını da belirtmek gerekmektedir.) Bu uygulama okulun genelde en ücra koridorunda yer alan sınıflarda gerçekleşmektedir. Çocukların yetersizliği olmayan çocuklarla boş zamanlarını, tenefüslerini ve sosyal etkinlikleri paylaşmaları hedeflenmekle birlikte bu bir kaynaştırma olmamaktadır.

Birlikte eğitim: Özellikle 1970 li yıllardan itibaren Amerika Birleşik Devletlerinde başlayan bu yaklaşımın temel amacı yetersizlikten etkilenmiş olan özel gereksinimli çocukları akranlarından ayırmadan birlikte eğitilmelerini hedeflenmektedir. Bu uygulamada biri birini destekleyen üç farklı uygulama bulunmaktadır.

Tam günlük kaynaştırma özel gereksinimli çocukların eğitsel değerlendirmeleri yapıldıktan sonra ailenin kararları doğrultusunda çocuğun evine en yakın ilköğretim okuluna kaydedilmesi söz konusudur. Çocuğa ilişkin BEP (Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı) in RAM (Rehberlik ve Araştırma Merkezi) in hazırlanması ve bu programda çocuğun ulaşması gereken uzun dönemli ve kısa dönemli amaçlarının belirlenmesi gerekirken bu kurumların önemli olan bu işlemi okullara bıraktığı ve okullarda da bunu yapacak biçimde donatılmış rehber öğretmenler olmadığı için çocukların kaynaştırmadan çok, kaynatıldığını! Söyleyebiliriz. Öte taraftan sınıf mevcutlarının kalabalık olması (azami 30 kişi) ve destek özel eğitim hizmetlerinin verilmesi gerekirken bunların sağlanmadığı, öğretmenlerin özel olarak yetiştirilmediği gözlemlenmektedir.

Yarı zamanlı kaynaştırma Bu özel sınıf uygulamasıdır.

Bütünleştirilmiş eğitim Özellikle 1990 lı yıllardan itibaren batı ülkelerinde toplum yaşamının hiçbir aşamasında yetersizlikten etkilenmiş bireylere karşı ayrımcılık yapılmamasını kapsayan bütünleştirilmiş eğitimin öne çıktığını görmekteyiz. Böyle bir toplumda, toplumun tüm kesimleri yetersizliği olan bireylerin de bunları kullanacağını dikkate alarak düzenlemeler yapmaktadır. Fiziki mekânlar, ulaşım, eğlenme, tatil vb tüm gereksinimlerin ENGELLİLERE göre düzenlendiğini görmekteyiz. AB ülkeleri artık gelişmişlik düzeyini toplumun yetersizliği olan bireylerine sunduğu hizmet kalitesine göre belirlemektedir. Bu bağlamda 1.07.2005 tarih ve 5378 sayılı çıkan son Özürllüler yasası kamu kurumları başta olmak üzere yerel yönetimlerin, özel teşebbüsün kullandığı binaların yasanın yayım tarihinden itibaren 7 yıl içinde engellilerin kullanabileceği düzenlemeleri yapmalarını zorunlu kılmasına karşın henüz bu konuda ne bütçelere para ayrıldığını ne de düzenlemelere ilişkin girişimlerin çok kısıtlı alanlarda başladığını görmekteyiz.

Eğitim Kademeleri arasında geçiş nasıl olmaktadır?

İlköğretimden Ortaöğretime geçiş : Sekiz yıllık zorunlu eğitim kapsamı içinde engelli öğrencilerin OKS sınavına da girmeleri gerekmektedir. OKS de öğrencinin yetersizlik durumu sadece süreyi uzatmak ve görme engelliler için, görsel maddeleri çıkartmak aynı zamanda okuyucu yardımı ile sınavı almak biçiminde düzenleme yapılırken, işitme engelliler için süre dışında her hangi bir düzenleme bulunmamaktadır. İşitme engelliler, anlama ağırlıklı uzun paragraflı sorularda zorlanmakta ve özellikle ayrı eğitim kurumlarını bitirenlerin başarıları düşük olmaktadır. Ortopedik engelliler için de zaman dışında bir düzenleme yoktur. Bu uygulamanın sınırlılığı engelli öğrencilerin orta öğretime geçişlerini kısıtlamakta ve mesleklendirilmeleri önünde engel oluşturmaktadır.

Orta öğretimden yüksek öğretime geçiş

ÖSS sınavları da OKS sınavlarına benzer sonuçlar çıkartmaktadır. Bu konuda ODTÜ öğrencilerimizle yaptığımız bir çalışmayı burada zikretmek isterim. Genel koordinatörlüğünü yönettiğim ve düzenlemelerini yaptığım bu çalışmayı ÖSS ye iletmış bulunuyoruz, ancak bu konuda olumlu adımların atıldığını söylemek oldukça zor

Engelsiz ODTÜ Topluluğu 2003 senesinde eğitimini üniversitede devam ettirmek isteyen görme engelli öğrencilerin şu anda uygulanmakta olan ÖSS sınavı hakkında ki görüşlerini almak ve sınavla ilgili memnuniyet düzeylerini değerlendirmek amacıyla toplulukla bağlantısı olan görme engelli öğrencilerle bir pilot araştırma yapılmıştır. Bu pilot araştırması sonucunda elde edilen ilk bulgular; bu konuda daha ayrıntılı inceleme yapılması gerekliliğini ortaya koymuştur. Engelsiz ODTÜ Topluluğu Üniversite koordinatörü Claire Özel başkanlığında bir Proje ekibi oluşturulmuş ve görme engelli üniversite adayı öğrencilerin ÖSS sınavında karşılaştığı güçlüklerle somut çözümler üretebilmek ve bu çözümlerin bundan sonraki sınavlarda uygulamaya geçirilmesini takip edecek çalışmanın gerçekleşmesi sağlanmıştır.

Araştırmanın temel amacı görme engelli adayların ÖSS sınavından memnuniyetlerini ölçmek ve adayların sınav sırasında yaşadığı problemleri tespit edip, bu sorunlara uygulanabilir çözümler üretebilmek ve yapılan değerlendirmeleri yetkili kişilere duyurmaktır.

Görme Engellilere yönelik ÖSS Sınavı Mevcut Durum Tespiti Araştırması 2005 Ocak ve Temmuz aylarında yapılmıştır. Bu çalışmada toplam 9 gönüllü anketör görevlendirilmiştir ve bu anketörler, ikisi İstanbul'da diğerleri Ankara'da olmak üzere, toplam 65 görme engelli gençle görüşme yapmışlardır. Bu rapor ÖSS sınavına en az bir kere girmiş 65 görme engelli adaylardan elde edilen bulgulara dayanmaktadır.

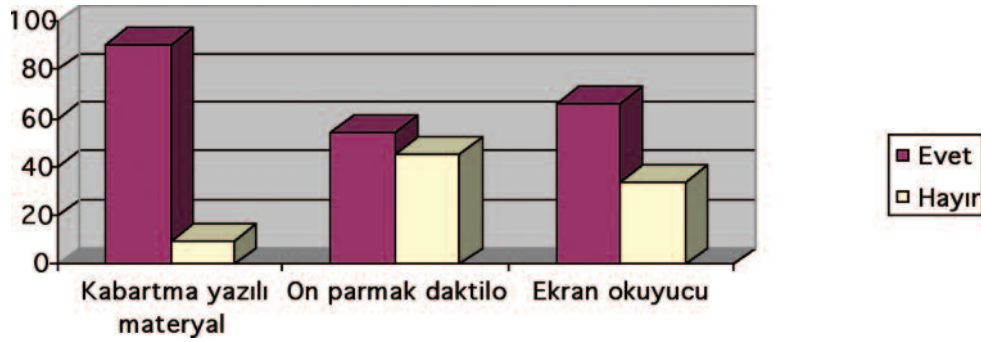
Ülkemizde yüksek öğrenime devam etmek isteyen ve orta öğretimini tamamlamış her öğrenci gibi engelli adaylar da Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından her yıl düzenlenen üniversite giriş sınavına girmektedirler. Bu sınavda engelli adayın seçme ve yerleştirme işlemleri ÖSYM Yürütme Kurulu değerlendirmesi sonucuna göre, engelli adayın engel türü ve engel derecesi göz önünde bulundurularak yapılmaktadır.

Bu anlamda ÖSYM orta öğretimi bitiren her öğrencinin yüksekokul ya da fakülte eğitimine devam edebilmesi için eşit hak sunmaktadır. Bu durum anayasal bir haktır Engelli adaylar da bu sınav sonucunda yapılan değerlendirmeler sonucu üniversiteye devam edebilmektedir. Son üç yıl itibariyle ÖSS'ye giren engelli adayların, 2003 yılı itibariyle ÖSS'yi kazanan engelli adayların yüzdesi %67.32'den % 71.4'e yükseldiği gözlemlenmiştir.

2003-2005 yılları İçerisinde ÖSS Sınavına Giren Engelli Adayların Genel Durumu

ÖSS	YIL	2003	2004	2005
ÖSS'ye Giren Engelli Aday Sayısı		1.061	1.143	1030
ÖSS'yi Kazanan Engelli Sayısı		714	817	757
ÖSS'yi Kazanan Engellilerin Yüzdesi		67,3	71,4	73,5
En Az Bir Puanı 185,000'ten Fazla Olan Engelli Aday Sayısı		515	574	535
Engelli Adaylardan En Az Bir Puanı 185,000'ten Fazla Olanların Yüzdesi		48,5	50,2	51,9

Görme engelli adayların eğitimlerine destek amacıyla kullandığı materyaller



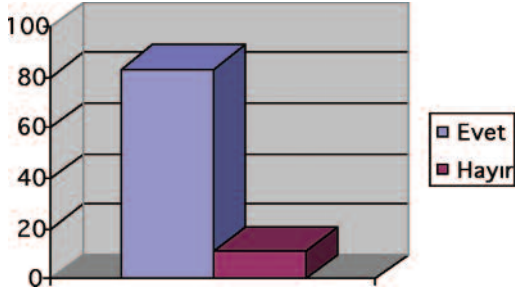
Görme engelli öğrenciler, eğitimleri süresince kendilerine yardımcı çeşitli materyallerden yararlanmaktadırlar. Bunlardan en sık kullanılanları kabartma yazılı materyaller, on parmak daktilo ve ekran okuyucu programlardır. Grubun büyük bir çoğunluğu (% 90,6) eğitimlerine destek olarak kabartma yazılı materyaller kullandığını ifade etmiştir.

Bilgisayar teknolojisinin ilerlemesi görme engelli öğrenciler için destek teknolojilerinin gelişmesini sağlamıştır. CVZ-.Jaws gibi ekran okuyucu programlar, ekrandaki yazılı metin ve menüleri sese dönüştürüp, görme engellilerin sıradan bir bilgisayarı herkes kadar rahatlıkla kullanabilmelerini olanak sağlamaktadır. Yapılan araştırmada ekran okuyucu adı verilen yazılımların kullanım oranı %66 olarak belirlenmiştir.

ÖSS ile ilgili Ön Bilgilendirme ÖSS sınavına girecek olan öğrencilerin sınav sistemi ile ilgili bilgi sahibi olmaları onları başarıya götüren faktörlerden biridir. Sınav hakkında önceden yeteri kadar bilgilendirilmiş aday, kendini sınava daha rahat bir şekilde hazırlama olanağı bulur. ÖSS ile ilgili ön bilgilendirme görme engelli adaylar gibi azınlık durumunda olan öğrenciler için daha kritik bir öneme sahiptir. Görme engelli adaylar için okutmanlar, sınavın yürütülüş biçimi, tercihler gibi pek çok önemli konuda yeterli bilgi kaynağına ulaşamamak sınav maratonunda büyük olumsuzluklar yaratabilmektedir.

ÖSS Okutmanlarıyla ilgili Ön Bilgilendirme Görme engelli üniversite adayları, ÖSS sınavına okuyucu yardımıyla girmektedir. Okuyucular hakkında kapsamlı bir ön bilgilendirme görme engelli adayın sınav esnasında okuyucudan kaynaklanabilecek sorun yaşamaması açısından önemli bir rol oynamaktadır.

Aşağıdaki grafikte de görülebileceği gibi, halen üniversite öğrencisi olan görme engelli öğrencilerin azımsanamayacak bir oranı geçmiş yıllarda uygulanan ÖSS sınavlarında kullanılan okuyucuların, başarılarında

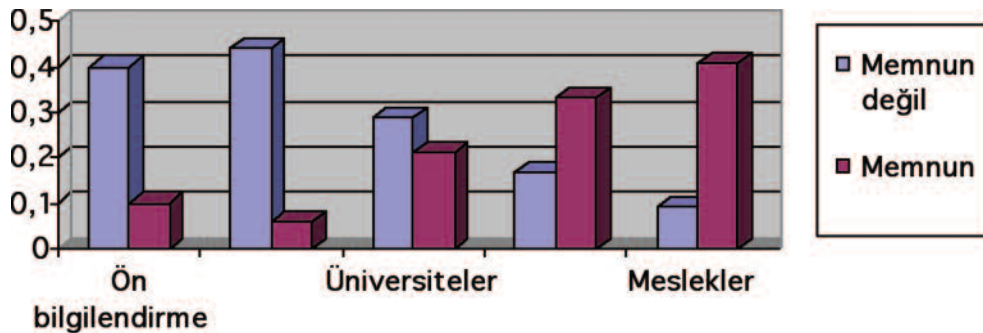


düşürebilir. Araştırmaya göre, okuyucuların okuma becerileri konusunda yeteri kadar bilgilendirilmeyen öğrencilerin oranı %87'dir.

ÖSS'de Okutmanla Uyum Okuyucular hakkına yeterli ön bilgilendirmenin yanı sıra okutmanla görme engelli öğrenci arasındaki uyum da, adayın sınav esnasında kontrolü dışında bir sorun yaşamaması açısından önem teşkil etmektedir.

ÖSS sınavı sırasında görme engelli adaya fazladan panik yaşatmaması konusunda okutmanın sabırlı olması son derece önemli bir unsurdur. Sabırlı olmayan okutmanlardan kaynaklanan memnuniyetsizlik, görme engelli adayı olumsuz etkilemekte ve sınava odaklanmalarını bozmaktadır. Görme engelli adayın başarısını etkileyen bir diğer faktör ise okutmanların sınav sırasında objektif olup yorum yapmamasıdır. ÖSYM sınav kuralları arasında sınav esnasında konuşmanın yasak olduğunu açıkça belirtmiştir. Bu kural görme engelli adaylar içinde geçerli olup, okutman hiçbir şekilde sınav esnasında yorum yapma hakkına sahip değildir. Ancak grubun %13'ü okuyucularının yorum yaptığını belirtmiştir. Ayrıca sınav sorularının okuyucu tarafından görme engelli adaya uygun bir hızda okunmaması sınav esnasında adayı sıkıntıya sokan bir diğer önemli unsurdur. Araştırma sonuçlarına göre, okuyucuların % 49 gibi büyük bir oranı görme engelli öğrenciye uygun bir hızda soruları okumamıştır. Okutmanlar ile ilgili olarak görme engelli üniversite adaylarını ilgilendiren bir diğer konu ise, soruların okutmanlar tarafından engelli adayın isteğine bağlı olarak tekrar edilmesi ve soruların anlaşılır bir biçimde okunmasıdır. Görme engelli cevaplayıcıların %29'u soruların okutmanlar tarafından tekrar edilmediğini, %57'si de soruların okutmanların soruları takılarak okuduğunu belirtmiştir. Görme engelli cevaplayıcıların %26'sı okutmanlarının kendilerine psikolojik baskı yaptığını belirtmişlerdir. Okutmanın görme engelli aday tarafından etkilenmesi ve bunun sonucunda görme engelli adayın avantajlı veya dezavantajlı bir konuma getirilmesi bir diğer önemli konudur. Grubun %41'i, görme engelli adayın sınav sırasında okuyucuyu etkileyebileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Tercihler Görme engelli adayların tercih sürecinde ki bilgilendirilmeden memnun olmadıklarını açıkça bize aşağıdaki grafik göstermektedir.



Yüksek öğretim programlarına yerleştirilme

Yüksek öğrenime geçişte en fazla şansı olan engel grubunun ortopedik engelli ve görme engelliler olduğunu söyleyebiliriz. İşitme engellilerin yüksek öğrenime geçişlerinde yoğun sorun yaşanmaktadır. Çünkü, işitme engelliler konusunda yapılan bir araştırma orta öğretimi bitiren işitme engellilerin büyük bir çoğunluğunun okuma yazma öğrenemeden mezun olduklarını göstermektedir (Türkiye İşitme engelliler genel merkezi 2007) Kaldı ki ek saat dışında işitme engellilere sağlanan bir düzenleme bulunmamaktadır. Hiçbir engeli bulunmayan 47 bin adayın 2007 yılında ÖSS den başarısız oldukları düşünüldüğünde ÖSS ye kadar tüm engelleri aşarak gelmiş işitme

engelliler için doğru düzenlemelerin yapılması bu yetersizlik grubuna da yüksek öğretimin kapılarını açabilecektir. Kanada Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde, mühendis, doktor, hakim gibi meslekleri icra eden işitme engelliler bulunmaktadır

Yönlendirme ve rehberlik hizmetleri

ÖSS sınavını kazanan engellilerin yüksek öğretime yönlendirilmelerinde sorunlar vardır. Bu sorunların başında rehber öğretmenlerin yönlendirmelerde yaptığı hata kadar ÖSYM nin yerleştirmede yaptığı hatalar gözlenmektedir. Coğrafya programına yönlendirilen görme engelliler gibi.

Yüksek öğretim kurumlarında engelli öğrenci olmak

Engelli öğrencilere sağlanan olanaklar nelerdir?

Özürlüler yasası üniversiteleri de engelli öğrenciler için önlemler almaya, düzenlemeler yapmaya zorunlu kılmiştir. Fiziki ortam düzenlemeleri yanı sıra kayıttan, mezun oluncaya kadar engelli öğrencilerin temel gereksinimlerini karşılayacak düzenlemeleri yapmaktan sorumlu engelli öğrenci birimleri, Mediko Sosyal çatısı altında oluşturulmuş, genel koordinatörlüğü YÖK bünyesinde yapılandırılmış olan bir birim örgütlenmiştir. Bu örgütlenmeye temel oluşturacak yönetmelik çalışmaları tamamlanmıştır. Bu birim kurulduktan sonra bir kez toplanmış ve tüm üniversitelerde bu yapının oluşması için gereğinin yapılmasını kapsayan bir genelge üniversitelere yollanmıştır. Bu konuda örnek olarak Gazi Üniversitesinde yapılan uygulamaları şöylece belirtebiliriz.

BİRİM FAALİYETLERİ

Tanıtım Engelli Danışma Birimi ilk olarak, Gazi Üniversitesinde bu güne kadar engellilere yönelik çalışmaları tespit etmek, eksiklik ve gereksinimleri belirleyebilmek amacıyla akademik, sosyal ve idari birimler ile iletişim kurulmuştur. Bu çerçevede özellikle Gazi Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Bölüm Başkanlığı ile yürüttüğü çalışmalarda üniversitede eğitim gören engelli öğrenciler ve eğitim sürecinde yaşadıkları problemler konusunda bilgiler alarak, öğrencilerin ihtiyaç ve sorunlarına yönelik olası çözüm önerileri ve yapılması gerekenler doğrultusunda bir plan ve bütçe değerlendirmesi yapmıştır. Birim daha sonra üniversitenin tüm akademik ve idari birimleri ile temasa geçerek üniversite genelinde engelli öğrenci sayısı, engel durumları ve akademik birimlere dağılımları ve iletişim bilgileri tespit etmiştir. Buna göre 2006-2007 eğitim-öğretim yılı itibarıyla Gazi Üniversitesinde 6 fakülte ve 3 meslek yüksek okulunda toplam 80 bedensel, işitsel, görme ve hem bedensel hem de görme engelli öğrencinin eğitim gördüğü saptanarak, engelli öğrenciler arasındaki en yüksek nüfusun görme engelli öğrencilere ait olduğu belirlenmiştir. Ayrıca en yüksek sayıda engelli öğrencinin Gazi Eğitim Fakültesinde eğitim gördüğü tespit edilmiştir. Engelli Danışma Birimi kuruluşunu, amacını ve görevlerini üniversite geneline duyurmak amacıyla tanıtım faaliyetleri gerçekleştirmiştir. Bu kapsamda üniversitenin basın yayın organları ve internet ağının kullanımına öncelik verilmiştir.

Engelli Öğrenciler ve Velileri İle Tanışma Toplantısı

Birim, Gazi Üniversitesinde eğitim gören engelli öğrencilere birimi tanıtmak, sorunlarını birebir kendileriyle görüşerek tespit etmek ve çözümler geliştirmek, üniversitede eğitim gören engelli öğrencileri tanımak ve birimin faaliyetlerini daha rasyonel bir çerçevede planlayabilmek amacıyla 20/12/2006 tarihinde, Sağlık Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığında Engelli Öğrenciler ve Velileri İle Tanışma Toplantısı gerçekleştirdi. Toplantıya 50 engelli öğrenci, velileri ve arkadaşları katılmıştır. Toplantıda, engelli öğrencilerin, özellikle fiziksel koşulların yetersizliğinden ve eğitim yaşamlarında karşılaştıkları sorunlarından şikayetçi oldukları gözlenmiştir. Öğrenciler, üniversite yerleşim birimlerinde çevre düzenlemelerinin engelliler göz önüne alınmadan yapıldığını ve gerçekleştirilen yeni düzenlemelerden haberdar olamadıklarını dile getirmişlerdir. Akademik ve idari konularda da büyük sıkıntılar yaşadıklarını belirten öğrenciler, araç gereç yetersizliği, akademik kaynakların sınırlılığı, sınavlarda yaşadıkları zorlukları belirtmişlerdir. Toplantı sonucunda engelli öğrencilere yönelik yapılması gereken düzenlemeler saptanarak ve öneriler geliştirilmiştir. Bu çerçevede ihtiyacı olan öğrencilere Sağlık Kültür Spor

Dairesi tarafından yarı zamanlı çalışma olanağı ve ücretsiz yemek kartı verilmesi, kampus içindeki çevre düzenlemelerinde yapılan değişikliklerin Gazi üniversitesi web sitesi ana sayfasından duyurulması, sınavlarda öğrencilere yardımcı olacak okuyucuların sağlanması, öğrenci işlerine ait işlemlerde engelli öğrencilere kolaylık sağlanması, yemekhanelerde sırada öncelik verilmesi kararlaştırılmıştır.

Radyo Programı Birim, Gazinin Sesi Radyosunda engelliliğin tanıtılması, engelli bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları çevresel faktörlerle oluşan psikolojik ve sosyal problemler konusunda bilgi verilmesi ve çözüm önerileri geliştirilmesi amacıyla 2007 Mart ayında haftalık olarak dört radyo programı gerçekleştirilerek, toplumun tüm kesimlerinde ve üniversitede engelliliğe yönelik bilinç düzeyinin artırılması amacıyla yapılan programda uzman konuklarla psikoloji, eğitim, sağlık ve toplum konularında engellilik değerlendirilmiştir.

Afiş ve Broşür Çalışmaları Üniversite genelinde engelliliğe yönelik duyarlılığın artırılması amacıyla çeşitli broşür afiş ve kitap ayracı gibi materyallerin hazırlık çalışmalarına başlanmıştır. Materyallerde Engelli Danışma Biriminin tanıtılması, engelli öğrencilerin yaşamlarında ve üniversite eğitimlerinde yönlendirici faydalı bilgilere yer verilmesi amaçlanmıştır.

Engelli Öğrencilerin Tedavi Koşullarında Yapılan Düzenlemeler Engelli öğrencilerin sağlık sorunlarında ve tedavi süreçlerinde sıkıntı yaşamamaları amacıyla Tıp Fakültesi ile bağlantılı olarak çalışma başlatıldı. Sağlık Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı Sağlık Birimi ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde engelli öğrencilerin sıra beklemeden tedavi olabilmeleri için gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu çerçevede bu öğrencilerin kimlik kartlarına tanıtıcı bir ibare yerleştirilmesi kararlaştırılarak, bu konuda Öğrenci İşleri Daire Başkanlığında çalışmalara başlanmıştır.

Engelli Danışma Birimi Web Sayfası Engelli öğrencilerin üniversiteye yönelik bilgilere daha kolay ulaşabilmesi, Engelli Danışma Biriminin etkinliklerinden haberdar olabilmesi, engelli öğrencilerle iletişimin daha hızlı sağlanabilmesi ve yaygınlaştırılması amacıyla Gazi Üniversitesi sitesi içerisinde Engelli danışma Birimi Web sayfası oluşturulması için çalışmalar devam etmektedir.

Engelli öğrencilerin karşılaştığı sorunlar, Programların gereği olan araç gereçlerin temini, materyallerin hazırlanması konularında sorun yaşanmaktadır.

Barınma ; Engelli öğrencilerin karşılaştığı en önemli sorun barınmadır. Engelli öğrencilerin bağımsız yaşama deneyimlerini kazanabilmelerini sağlayacak kontenjanların konulması toplumla bütünleşmelerini sağlayacaktır.

Öğretim ortamlarının düzenlenmesi, Üniversitedeki öğretim elemanları sınıflarındaki engelli öğrenciler için gerekli olan düzenlemeleri yapmayı genellikle bilmiyorlar.

Özürlüler yasanın Doğurgaları

- Sınıflandırma ölçütleri yenilendi
- Engellilere çağdaş bakım hizmetlerinin sunulması kararlaştırıldı.
- Engellilerin toplumsal hayata aktif katılımı için gerekli önlemler konuldu.
- Nitelikli istihdam önerileri konuldu.
- Engellilerin istihdamı teşvik edildi
- Engellilerin eğitiminde destek ve kolaylıkların sağlanması
- Engelli memurlara mesleğini yapma ve çalışma kolaylığı sağlanıyor.
- Engellilerin ücretlerinde ciddi artışlar sağlanıyor
- Engelliliğin önlenmesine yönelik yeni önlemler öneriliyor
- Yerel yönetimlere sorumluluklar veriliyor
- Ayırımcılığa cezai yaptırım geliyor

THE PROBLEMS OF STUDENTS WITH DISABILITIES IN HIGHER EDUCATION

Prof. Dr. Aysegul Ataman

Gazi University

Special Education Department

The roots of educational opportunities provided to people with disabilities in Turkey have a background that goes back to the late nineteenth century. In 1899, the first special school for the deaf and in 1921, the first special school for the blind have been established and the idea of preparing teachers to the special education field had been emerged around 1915. Special schools that previously served within the Ministry of Health and private organizations became an independent school system for the blind and deaf after the acceptance of Mc Kenzie report in 1952. Today, only 5 % of school age children benefit from educational opportunities even though long years have passed. Although the problems encountered by people with disabilities changes depending on the type of a person's disability; transition to higher education is one of the most important barriers faced by people with visual and hearing impairments. In addition, educational facilities provided to students with disabilities vary among higher educational institutions. There are many conflicts among institutions regarding the implementation of Special Education Law. New regulations and implementations that need to be performed by universities and governmental institutions differentiate in many aspects. Currently, the establishment of organizations of students with disabilities fall way behind what needs to be done. Most of the universities resolve this problem by showing a little effort. In this regard, this study will present current practices at Gazi University.

KAYNAKÇA

Ataman, Prof. Dr. Ayşegül Görme engelli üniversite adayı öğrencilerinin ÖSS ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi, Ankara 2007 ÖSYM ye sunulan rapor

Ataman, Prof. Dr. Ayşegül, (Ed) Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş, Gündüz yy. 6. Baskı 2007-12-26

G.Ü. Engelli Öğrenci Birimi 2007 raporu

ENGELLİ ÖĞRENCİ DESTEK BİRİMLERİNE DOĞRU

Claire Özel

Engelsiz ODTÜ Koordinatörü Orta Doğu Teknik Üniversitesi

Yasal sorumluluklar

- Özürlüler Yasası: Eğitimde eşit haklar
- YÖK yönetmeliği:
 - > Her üniversitede bir birim. Çalışma usul ve esasları kurumca belirlenir.
 - > YÖK'ün danışma ve koordinasyon birimi

EÖD Birimlerin İmkanlarını verimli kullanmak:

- İnsan gücü
- Bilgi
- İşbirliği
- Maddi kaynaklar
- Yasal gerekçeler

İnsan gücü

- Engelli öğrencilerimiz
- Arkadaşları (aileleri)
- Görevlendirilmiş sorumlu ekip
- Gönüllüler
- 'Müttefik'

Bilgi

- Yerel koşullar
- Ulusal örnekler
- Uluslararası deneyimler

İşbirliği

- Kazan-kazan
- Yük paylaşılır
- Tecrübe edinilir

Maddi destek

- Ücretsiz işlemler
- Mevcut bütçeler

- Sponsorlar
- İhtiyaç analizi
- Planlama aşamasında ilgili kişilere danışma

Engelsiz bilinç

- Bilgi
- Tecrübe
- Beklenti
- Tutum

Yeni durumlardan doğan gelişme

Kaza sonrası okumaya geri gelebilmek: öğrenciliği sırasında çeşitli kazalar sonucunda engelli durumuna düşen öğrencilerimize daha etkin destek hizmeti sunabilmek

Prensiplere doğru

Sorun

faaliyet

deneyim

çeşitli çözümler

birimlerin temel prensipleri

Üniversiteler arası çeşitlilik

- EÖDB ekibi – tek kişi
- Gönüllü – görevli
- Maddi kaynaklar - yaratıcılık
- Görme /İşitme /Yürüme engelli deneyimi
- Engelli personel
- Vs.

Sonunda

- Kişiler: ayrı ihtiyaç / imkan, ayrı çözüm
- Üniversiteler: ayrı ihtiyaç / imkan, ayrı çözüm

Bireysel farklılıklardan çözüm çeşitliliği

TOWARDS DISABILITY SUPPORT UNITS

Claire Ozel,
Middle East technical University, Ankara.

Legal responsibility

- Disability Act 2005: Equal rights to education
- Higher Education Council (YÖK) directive:
- A Disability Support Unit at every university; Principles and priorities decided by each establishment.
- YÖK to establish a national advice and coordination unit.

Resources available to DSUnits:

- Human resources
- Information
- Cooperation
- Financial sources
- Legal obligations

Human resources

- Disabled students
- Their friends (and family)
- Appointed staff team
- Volunteers
- Allies

Information

- Local conditions
- National examples and models of good practice
- International experience

Cooperation

- Win-win
- Shared load
- Gained experience

Financial support

- Cost-free tasks
- Existing budgets
- Sponsors

- Needs analysis
- Consultation with stakeholders

Disability awareness

- Information
- Experience
- Expectations
- Attitudes

Developments from new situations

For instance, post-accident return to study: students not only need to learn new ways of studying but learn to live daily lives, developing skills and strategies, etc.

Towards DSUnit Principles

Problem - need → activity → experience → range of solutions → essential principles and priorities

DSU Diversity at different universities

- DSU team - single coordinator
- Volunteer - appointed
- Financial sources - creativity
- Experiences with different disabilities
- Disabled staff
- Etc.

A paralel

• Different people have different solutions for different needs, through different opportunities: ayrı ihtiyaç / imkan, ayrı çözüm

- Different universities find different solutions according to their needs and opportunities

Individual differences lead to a range of solutions

ENGELLİ ÖĞRENCİ DESTEĞİ

Elzi Menda

Sabancı Üniversitesi, Öğrenci Danışmanı

Sabancı Üniversitesi'nde Engelli Öğrenci Destek Birimi, Rektörlüğe bağlı Bireysel ve Akademik Gelişim Merkezi (BAGEM) çatısı altında Ekim 2005'te oluşturulmuştur. Birimin amacı; özel gereksinimi olan öğrencilerin de Üniversite tarafından sunulan her türlü hizmet ve olanağa diğer öğrencilerle eşit şekilde erişimlerini sağlamaktır.

Birim ilk kurulduğunda, öncelikle destek gereksinimi olan öğrenci sayısı belirlenmeye çalışıldı; web sayfası hazırlanarak iletişim bilgileri verildi. Öğrencilerle bireysel görüşmeler yapılarak sağlık raporları istendi ve gereksinim analizi yapıldı. Gerekli düzenlemeler konusunda ilgili birimler ve öğretim üyeleri bilgilendirildi.

Üniversitemizde sunulan destek sisteminin ilkeleri şunlardır: Sunulan destek her zaman fırsat eşitliğini hedeflemeli, öğrenci katılımına önem vermeli, öğrenciye bireysel yaklaşmalı, güvenilir, sorgulamacı ve adil olmalıdır. Yapılan düzenlemenin mutlaka kabul edilir bir gerekçesi olmalı ve öğrenciye haksız avantaj sağlamamalıdır. Öğrenciyi mezun ederken, diplomanın kendisine sağlayacağı tüm yetki ve sorumluluklara haiz olduğundan emin olunmalıdır.

Sabancı Üniversitesi'nde engelli öğrenci destek süreci yedi başlıkta ele alınacaktır:

1. Üniversiteye Giriş:

Aday öğrenci için hazırlanan her türlü broşür, CD, kitapçık ve web sitesinde, Üniversite ile ilgili tanıtım bilgilerine ve öğrencilere sunulan tüm destek hizmetlerine yer verilmektedir. Başvuru formları web üzerinden ulaşılabilir durumdadır. Başvuru formunda engel durumunu belirten öğrencilerle önceden görüşülerek, başvuru süreciyle ilgili gerekli düzenlemeler yapılmaktadır.

2. Üniversiteye Kayıt:

Üniversiteye yerleştirilen öğrencilerin bilgileri ÖSYM tarafından Üniversitelere yollanmaktadır. Bu öğrenciler arasında, ÖSS sınavında düzenleme talep eden öğrencilerin bilgisi de bulunmaktadır; ancak bilindiği üzere birçok engelli öğrenci ÖSS sınavında düzenleme talep etmemektedir. Bu nedenle, bir kısım öğrencinin engel durumuyla ilgili bilgi de Üniversiteye kayıtlar sırasında doldurulan Öğrenci Bilgi Formu'ndan alınmaktadır. Üniversiteye kabul edilen ve yerleştirilen öğrenciler arasında, engeli olduğunu beyan etmiş olan öğrencilerle öğrenci danışmanı bir ön görüşme yaparak kayıt süreci, İngilizce Dil Ölçme Sınavı ve ulaşım ile ilgili düzenleme gerekip gerekmediğini tespit etmektedir. Öğrencilere dağıtılacak olan dizüstü bilgisayarlara özel bir program yüklenmesi gerekiyorsa, bu bilgiyi de ilgili birime iletmektedir.

3. Oryantasyon:

Her akademik yıl başında yapılan Oryantasyon Programına ek olarak öğrencinin engel durumuna göre ek programlar gerekebilmektedir. Örneğin; az gören ya da görmeyen bir öğrenci için tek seferlik kampus tanıtımı yeterli olmamakta; bu öğrencilerin kampusu tanımlarına ve derslere girecekleri sınıfları kolayca bulmalarına yönelik ek çalışmalar gerekebilmektedir.

Öğrencilere, destek hizmetlerinden nasıl yararlanabilecekleri anlatılırken, öğrencinin sorumlulukları vurgulanmalıdır: Destek hizmetlerinden faydalanmak isteyen öğrencinin öğrenci danışmanına bireysel başvuruda bulunarak; gereksinimlerini paylaşması gerekmektedir. Öğrenci, engel durumuyla ilgili kendisinden istenebilecek sağlık belgelerini sağlamakla yükümlüdür. Derslerle ilgili düzenleme taleplerini, zamanında öğrenci danışmanına

iletmesi gerekir. Derslere mutlaka katılmalıdır. Sınavla ilgili düzenleme gerekiyorsa, bunları öğretim üyesiyle görüşüp netleştirmelidir. Her dönem başında mevcut düzenlemeleri gözden geçirmek ve değerlendirmek için öğrenci danışmanı ile görüşmelidir.

4. Akademik Destek:

Kayıt işlemleri tamamlandıktan sonra, öğrenci talep ettiği takdirde, öğrenci danışmanı öğrenciyi görüşmeye çağırarak birlikte gereksinim analizi yaparlar. Gereksinim analizi yapılırken öğrencinin sağlamış olduğu sağlık raporları dikkate alınır; gerekli durumlarda öğrencinin doktoruyla temas kurularak öğrencinin özrünün eğitime olası etkileri soruşturulur, öğrencinin geçmiş tecrübeleri (ortaokul ve lisede nasıl bir destek sağlandığı) araştırılır.

İnternet üzerinden her dönem başında yapılan ders kayıtlarında, öğrenciyi diğer öğrencilere göre dezavantajlı durumda bırakacak bir engeli varsa, öğrenci danışmanı ders kayıtlarında yardımcı olur. Öğrencinin dersle ilgili bazı düzenlemelere gereksinimi varsa, kayıtlı olduğu derslerin öğretim üyelerine gerekli bilgiler yazılı olarak iletilir. Öğrenciye atanmış olan akademik danışmana da öğrencinin durumuyla ilgili bilgi verilir.

Öğrencinin dersi takip edebilmesine yönelik düzenlemeler kapsamında ders materyallerinin öğrencinin gereksinimlerine uygun şekilde hazırlanması, destekleyici teknolojilerin alımı ve gerekli durumlarda çalışma bursu kapsamında öğrenci atanması sayılabilir.

Sınavla ilgili düzenlemelerde, öğrencinin özel durumu nedeniyle diğer öğrencilere göre dezavantajlı durumda olmaması esastır. Her öğrenciye, öğrendiklerini göstermesi için eşit fırsatlar sunulmalıdır. Solak bir öğrencinin sağ kolçaklı bir sandalyede sınava girmemesi buna basit bir örnek olarak gösterilebilir.

Akademik açıdan yukarıda belirtilen düzenlemelerin yapılmasında akademisyenlere büyük sorumluluk düşmektedir. Akademisyenden beklenen, tüm öğrencilere hitap edecek şekilde öğretim metodunu adapte etmesidir. Öğrencinin materyale erişimini sağlamada öğrenci danışmanı ile işbirliği içinde olmalıdır. Öğrenciye uygun değerlendirme yöntemleri geliştirmelidir. Düzenlemeler konusunda son kararı vermelidir; eğer bir düzenlemenin öğrenciye haksız avantaj sağlayacağını düşünüyorsa, o düzenlemeden kaçınmalıdır. Öğrenciye destek olma konusunda çaba göstermeli ve diğer öğrencilerin de destek sürecine katılmalarına teşvik etmelidir.

5. Fiziksel Destek:

Sabancı Üniversitesi kampusu mimari açıdan engelli öğrencilerin bağımsız hareket edebilmelerine büyük ölçüde olanak sağlamaktadır. Tüm fakülte ve idari binalarına kolayca erişim olanağı bulunmaktadır; gerekli yerlerde uygun rampalar mevcuttur. Parklarda, özel park alanları ayrılmıştır. Yurtlarda engelli öğrencilere öncelik sağlanmakta ve özel odalar bulunmaktadır. Aynı zamanda tüm öğrencilerimiz, akademik yıl süresince sağlık sigortası kapsamındadırlar.

6. Psikolojik Destek:

Özellikle öğrenim sırasında geçirdikleri bir kaza sonucu özürlü olan öğrenciler için bu destek son derece önemlidir.

7. Kariyer Desteği:

Öğrenciler staj ya da kariyerleriyle ilgili destek talebinde bulunduklarında, danışman, kariyer geliştirme sorumlusuyla iletişime geçerek, öğrencinin durumunu aktarır. Kariyer geliştirme sorumlusu, öğrencinin ilgi alanı doğrultusunda, mevcut olanakları araştırarak öğrenciye destek olmaya çalışır.

Akademik yılın sonunda destek sürecini değerlendirmek ve iyileştirilmesi gereken yönleri saptayabilmek amacıyla memnuniyet anketi yapılmaktadır.

Engelli öğrencilere sunulan destek haricinde, diğer öğrencilerin duyarlılığını arttırmaya yönelik olarak yapılan Toplumsal Duyarlılık Projeleri dersi bulunmaktadır. Her lisans öğrencisinin tamamlaması gereken bu ders kapsamında, engelli bireylerle farklı alanlarda çalışmalar içeren projeler de bulunmaktadır.

Bilgi Merkezi ve Altı Nokta Körler Vakfı ile işbirliği içinde toplam 41 adet sesli kitap hazırlanmıştır ve bu kitaplar, daha geniş bir kitleye ulaşması amacıyla Boğaziçi Üniversitesi GETEM İnternet kütüphanesine iletilmiştir.

SUPPORT FOR STUDENTS WITH DISABILITIES

Support Unit for students with disabilities was established in October 2005 at Sabanci University as a sub-unit of the Center for Individual and Academic Development (CIAD) under the Rectorate. Our aim is to ensure that all students, including the students with disabilities, have equal access to all services and opportunities provided by the University.

When the unit was established, its first task was to identify the students who needed various accommodations depending on their disability; and a web page was prepared to inform the students about the Unit and its services. Students were interviewed individually, health reports were requested and needs analysis were made. The related units and faculty members were informed about the required accommodations.

The principles of the support system provided at our University are as follows: The support given should always aim to provide equal opportunity, it should emphasize student participation, approach each student individually, should be reliable, interrogative and fair. Each accommodation should have a reasonable explanation and should not provide a student with an unfair advantage. We have to make sure that the student has the authority and responsibilities of the degree s/he will receive.

The support process at Sabanci University will be considered under seven headings:

1. Application:

In brochures, CDs, booklets and website prepared for prospective students, information about the support services are also included. All application forms can be reached via our web site. If a student states that s/he has a disability, s/he is contacted to make sure that they don't face any barriers in the application process.

2. Enrollment:

The list of undergraduate students placed by OSYM is sent to each university. Included in this list is if a student has been provided with special accommodations for OSS; however as it is well known, not all students with disabilities request special arrangements for OSS. Thus, these students are especially requested to fill out the related part of the Student Information Form during enrollment. The students who have stated that they have disabilities are invited to an interview by the student advisor and they discuss whether any special arrangements are needed for the registration process, the English Language Assessment Exam, and/or transportation. If any special software needs to be loaded on to the students' lap-top computer, the student advisor informs the related unit as well.

3. Orientation:

Besides the general orientation program done at the beginning of each academic year, some additional programs are required for students with disabilities. For example: a student with visual problems may require more campus visits to learn the location of the buildings and the classrooms.

When students are informed on how to use these services, the students' responsibilities should be emphasized: The student requesting support services should apply to the student advisor and tell his/her needs. The student also has to provide the health reports requested by the student advisor. The student has to communicate course-related arrangements on time. The student has to attend the classes regularly. If special exam arrangements are needed, s/he has to remind the course instructor before the exam. At the beginning of each term, s/he has to visit the student advisor to evaluate the current arrangements and make necessary changes.

4. Academic Support:

After the enrollment, the student advisor and the student may come together to discuss their needs, depending on the student's request. The health reports are taken into consideration during this discussion; the student's doctor is contacted if required, and the students prior experiences (College, highschool, etc.) are questioned.

For course registrations done online, if the student has a disability that will put him/her in an inferior position compared to other students, the student advisor provides the necessary support for them. The course instructors are informed about the course and exam related arrangements via e-mail. The student's academic advisor is also informed about the student's disability and its possible effects regarding issues related with education.

Examples of course-related arrangements may include preparation of course materials according to the student's needs, purchasing assistive technologies, and assigning work-study scholarship students in necessary cases.

When deciding on the exam-related arrangements, the emphasis is not to put the student in a disadvantageous position

compared to others just because of his/her disability. Each student should have equal opportunities to show his/her academic performance. To give a simple example: a left-handed student should not be obliged to take the written exam on a chair with a folding table on the right.

In terms of academic support, the course instructors have major responsibilities. The course instructor is expected to adapt his/her teaching method in order to address all students in class. The course instructor is expected to be cooperative to make sure that the student could access all course material. The course instructor should develop appropriate evaluation methods for students with disabilities. The course instructors have the final word on course related arrangements and should also try to involve other students in the support process.

5. Physical Arrangements:

The physical conditions on our campus enable students to move independently. Each building is easily accessible; ramps are provided. Special parking places are provided in each parking lot. There are special dorm rooms for students with disabilities and these students have a priority in dorm placements. In addition, all students are covered by health insurance during the academic year.

6. Psychological Support:

This is especially crucial for students who become disabled as a result of accident or illness, during the educational period.

7. Career Support:

When students request support concerning internship or careers, the student advisor contacts the career development specialist, informs him/her about the student's conditions. The career development specialist talks with the student and evaluate the possible opportunities in line with student's interest.

At the end of each academic year, a survey is done to evaluate the support process and to determine the issues to be improved.

Apart from the support provided to students with disabilities, Civic Involvement Projects are done to increase awareness of other students. These projects are given as a course to be completed to receive a bachelor's degree.

Sabancı University Information Center has also produced 41 audio-books in cooperation with Altı Nokta Körler Foundation and these audio-books are shared with the Bogaziçi University GETEM Internet Library to reach more people with visual disabilities..

GÖRME ENGELLİLER TEKNOLOJİ VE EĞİTİM LABORATUVARI (GETEM)

Engin YILMAZ

>> Tanım

GETEM Boğazici Üniversitesi bünyesinde 2006 yılından bu yana çalışmalarını sürdüren bir E-Kütüphane ve Teknoloji Laboratuvarıdır.

>E-Kütüphane Olarak GETEM

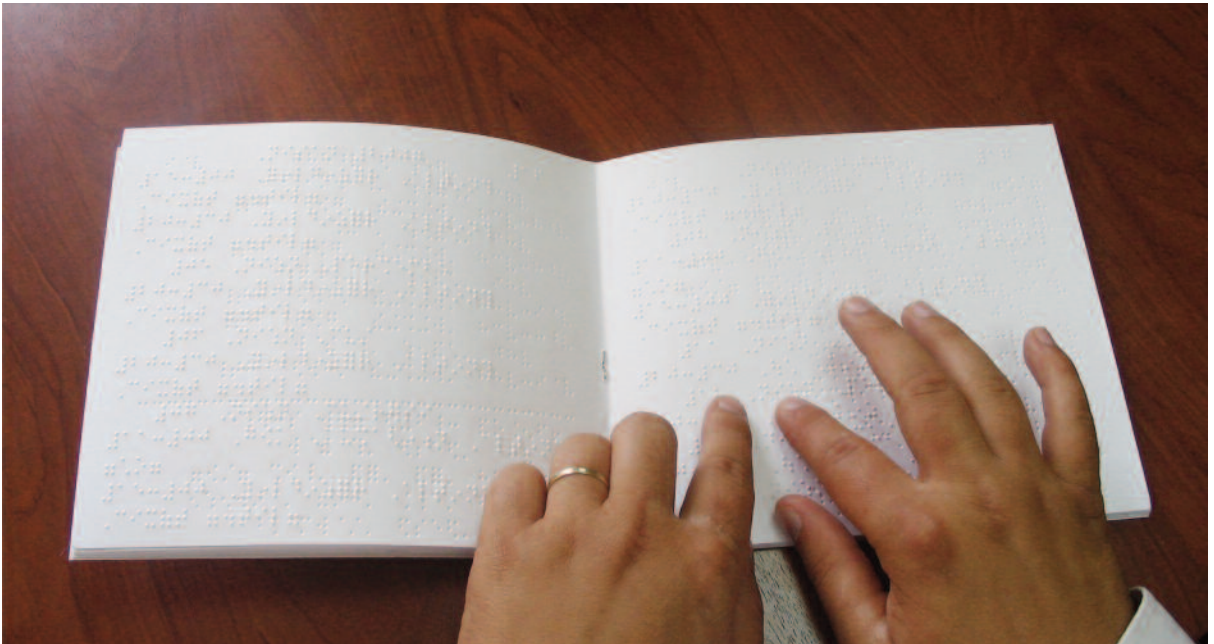
>Görme Engelliler Nasıl Kitap Okur?

> Mürekkep yazıyla yazılı belgeleri okuyamamak görmeyenlerin yaşadığı en büyük engeldir. Kitaplar;

- Braille Kitap,
- Sesli Kitap,
- E-Text şeklinde görmeyenler tarafından okunabilir.

>> Braille

- > Görmeyenlerin okuyup yazmak için kullandıkları noktalardan oluşan kabartma yazı sistemidir.
- > 6 Noktanın çeşitli kombinasyonları; harf ve noktalama işaretlerini meydana getirir.
- > Latin alfabesinin kabartılmış hali DEĞİLDİR.



Braille Kitap

>> Braille Yazının Dezavantajları

> Mürekkep baskıyla yazılmış bir materyal braille alfabesine dönüştürüldüğünde çok daha fazla yer kaplar. (Örnek: Normal formatta 1 cilt olan Redhouse İngilizce -Türkçe Sözlük braille formatında 20 cilttir.)

> Braille yazıcılar çok pahalı olduğundan her zaman braille materyale ulaşmak kolay olmaz.

>> Sesli Kitap

> Kitapların okuyucular tarafından kaset ya da bilgisayarlara okunmasıyla elde edilir.

> Aynı zamanda son dönemlerde bilgisayardaki sentezleyicilerin seslendirdiği bilgisayar sesi ile okunmuş Sesli Kitap formatı da mevcuttur.



Sesli Kitap Üretilme Aşaması

>> Kaset Kitapların Dezavantajları

> Ulaşılması ve temin edilmesi zordur.

> Yıpranma olasılığı çok daha fazladır.

> Günümüz teknolojisinde kaset üretimi ortadan kalkmak üzeredir.

> Kaset Kitaplar Çok Yer Kaplamak-tadır



>> E-Text

> Yazılı materyallerin bilgisayar ortamındaki halleridir.

> Bilgisayarlarda kurulu olan ekran okuyucu programlar yardımıyla rahatlıkla okunabilir.

>> GETEM'in Rolü

> Sesli kitapların bilgisayar ortamında üretilmesini ya da kaset kitapların bilgisayar ortamına dönüştürülmesini sağlayarak, görmeyenlerin kitaplara her zaman her yerden ulaşımına imkan verir.

> Bilgisayar ve internet bağlantısı olan her yerden eserlerimize erişmek mümkündür.

> Eserler sadece bir MP3 çalar ile her yerde rahatlıkla dinlenebilir.

> GETEM tarafından tasarlanan internet kütüphanesi projesi; görme engellilerin bilgi kaynaklarına erişimini sağlamayı amaçlamaktadır.

> Bu proje, Türkiye'de sayıları 400 bin civarında olan görme engellilerin yanı sıra, diğer engel gruplarından mürekkep basılı kaynakları okumada güçlük çeken bireyleri de kapsamaktadır(okuma zorluğu – disleksia).

> Kullanıcılarımız, Kütüphanemizde sayıları 5400'e ulaşan hikaye-roman-şiir türü kitapların yanısıra 19 adet günlük gazete-ye ulaşabilmektedirler.

> Kullanıcılarımız, **Görme Engelli** olduklarına dair bir rapor ya da kimlik fotokopilerini bize göndererek tamamen **ücretsiz** olarak kütüphanemizden faydalanabilmektedirler



>> GETEM'in Koordinasyon Rolü

> GETEM, şimdiye kadar kitap okutmuş ve halen okutmakta olan Kütüphaneler, Kurumlar ve Sivil Toplum Kuruluşları arasındaki eşgüdümü sağlar.

> GETEM, böylelikle bir kitabın birden fazla kere okutulması sorununu ortadan kaldırır.

> GETEM, yaptığı kontrollerle kitap okunma kalite standardını belli bir düzeyin altına düşmemesini sağlar.

>> GETEM Bünyesinde Bulunan Eserler

> Kütüphanemizde bulunan yayınlar Türkçe ve Yabancı kaynaklardan oluşmaktadır.

> GETEM bünyesindeki eserler İnsan Sesi, Bilgisayar Sesi ya da E-Text formatındadır.

> Kütüphanemizde, Radyo Tiyatroları da bulunmaktadır.

>> Eserlerin Temin Edilme Yöntemleri

- > Kütüphanemizdeki eserler;
- > Üniversitemizdeki gönüllü öğrenciler ve personelin GETEM bünyesinde seslendirdikleri eserler
- > Başka kütüphanelerce üretilmiş sesli ve e-text kitapların toplanması
- > Gönüllü okuyucu e-posta grubumuzdaki okuyucuların seslendirdiği eserler
- > Personelimiz tarafından internet ortamından araştırılan ve sistemimize eklenen kitaplar
- > Kişilerin ellerindeki çeşitli eserleri kütüphanemize göndermesi.

> Laboratuvar Olarak GETEM

- > GETEM E-Kütüphane işlevinin yanısıra; birçok destek teknolojisini içeren oldukça gelişmiş bir laboratuvar rolünü de üstlenmiştir.
- > Boğaziçi Üniversitesinde her yıl sayıları 16 - 20 arasında değişen Görme Engelli ve Az Gören öğrenciler de bu laboratuvarı kullanmaktadır.

Web: www.getem.boun.edu.tr

ÖZEL EĞİTİMDE MESLEK EDİNME

ÖZEL EĞİTİMDE İŞ VE UĞRAŞI TEDAVİSİ

Doç Dr. Esra Akı

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

İş ve Uğraşı Tedavisi Ünitesi

İş ve uğraşı tedavisi, kişilerin düşünme, muhakeme etme, fiziksel ve hareket becerilerini geliştirerek kendine güven ve günlük işlerdeki bağımsızlıklarını artırmayı hedefleyen tedavi yöntemidir. İş ve uğraşı tedavisi programlarında duyu-algı-motor bütünlüğü oluşturan fonksiyonları, ince becerileri geliştirmek, yardımcı araçlara ihtiyacı belirleyip bu araçları planlayarak var olan potansiyeli açığa çıkarmak, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyini artırmaktır.

İş ve uğraşı tedavisi birbirini etkileyen bir çok fonksiyonun eğitimini içermektedir. Özel eğitime ihtiyacı olan çocuklarda sosyal, kognitif, motor ve ince becerilerde kayıp, kendine bakım ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyinde azalma problemleri ile karşılaşılabilir. İçerik kapalı, arkadaş edinememe, kendine güven duygusunda eksiklik ve vücut dilini kullanamama gibi sosyal becerilerde azalma görülen çocukların iş ve uğraşı tedavisi programları ile grup oyunları, dikkat ve konsantrasyonu artırmaya yönelik aktivitelerin seçimi ile sosyal becerilerde gelişim sağlanabilmektedir. Dikkat dağınıklığı, harfleri tanıma ve yazmada güçlük ve yönergeleri alamama gibi kognitif problemler, algılama ve hafızayı geliştirmeye yönelik olarak planlanan iş ve uğraşı tedavisi programları ile geliştirilmektedir. Yürüme, engel atlama, sıçrama, yakalama, fırlatma gibi motor fonksiyonlardaki problemler ise çeşitli top oyunları, denge, yürüme, koşma, sıçrama eğitimi, vücut kısımlarının koordinasyonu ve motor planlama aktiviteleri ile geliştirilebilmektedir. Kalem, makas ve küçük objeleri kullanma gibi akademik faaliyetlerdeki başarıyı etkileyen ince el becerilerindeki kayıplar ise kavrama, bırakma, el-göz koordinasyonu, hız ve beceri eğitimleri ile geliştirilebilmektedir. Giyinme, yemek yeme, kendine bakım gibi günlük yaşam aktivitelerindeki azalmış bağımsızlık düzeyini artırmaya yönelik olarak planlanan uygun aktivite programları ile vücut imajının düzeltilmesi ve problemleri alanların eğitimi yapılmaktadır.

Özel eğitime ihtiyacı olan çocuklar yukarıdaki fonksiyon ve becerileri açısından dikkatle değerlendirilerek problemleri alanların saptanması doğru tedavi programlarının planlanması açısından büyük önem taşımaktadır.

ERGOTHERAPY IN SPECIAL EDUCATION

PT PhD Assoc. Prof. Esra Akı

Hacettepe University Faculty of Health Science

Physical Therapy and Rehabilitation Department

Ergotherapy Unit

Ergotherapy is a training method which aimed the improving the thinking skills, increasing the self-confidence and independence level in daily activities by improving the motor skills. The sensory-perceptual and motor integration, improving the fine motor skills, planning and defining the self-help devices and increasing the independence level in daily activities is aimed in ergotherapy programs.

Ergotherapy is consisted the training of various function. The loss of social, cognitive, gross and fine motor skills, decreasing of self-care and independence level in daily activities in children who needed the special education could be observed.

The motor problems are incompetence of walking, jumping, catching and throwing. They can be improved by various ball playing, training of balance, walking, running and jumping, body coordination training and motor planning activities in ergotherapy programs.

It can be observed some problems in using pencil, scissors and other small tools. The problems of fine motor skills can be affected the academics skills of disabled children. It can be improved by grasping and releasing training, hand-eye coordination activities and speed and agility training in ergotherapy programs.

The cognitive problems are attention disorders, problems of recognizing and writing the letters in disabled children. These functions can be improved by activities that improving the perception and memory.

The decreased activity level can be caused dressing, grooming and self-care problems. In the ergotherapy programs, activity and body image training are performed for reducing the independence level.

In social dysfunction, loss of self-confidence, social integration and using of body language and being introvert may be observed in disabled children. In ergotherapy program it could be utilized from group playing and activities which aimed increasing the attention and memory.

The determining of problematic areas of disabled children is very important. In this way the functions and skills of disabled children are evaluated and planned an individual or group training ergotherapy program.

KAYNAKLAR

- Akı, E., Atasavun, S., Turan, A., Kayıhan, H. Training motor skills of children with low vision. *Perceptual and Motor Skills*, 104: 1328-1336, 2007.
- Ayhan, AB., Akı, E., Aral, N., Kayıhan, H. Correlations of conceptual development with motor skills for a Turkish sample of kindergarten children. *Perceptual and Motor Skills*, 105: 261-264, 2007.
- Ayres, AJ. *Sensory Integration and Child*, Los Angeles: Western Psychological Services, 1981.
- Brooks, GJ, Liav, FR, Klebanov, PK. Effects of early intervention as cognitive function of low birth weight preterm infants. *Journal of Pediatrics*, 120: 350-359, 1992.
- Gans, BM. *Rehabilitation of the pediatric patient*. Rehabilitation Medicine, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Company, 623-641, 1998.
- Haley, SM, Ludlow, LH. Applicability of the hierarchical scales of the Tufts assessment of motor performance for school aged children and adults with disabilities. *Physical Therapy*, 72:34-45, 1992.
- Lerner, JW. *Learning Disabilities, Theories, Diagnosis and Teaching Strategies*, Boston: Houghton Mifflin Company, 264-307, 1985.

- Messerer, J., Hunt, E., Meyers, G. Feuerstein's instrument enrichment: A new approach for activating intellectual potential in learning disabled youth. *Journal of Learning Disabilities*, 17: 322-325, 1984.
- Pedretti, LW. Occupational therapy evaluation and assessment of physical dysfunction. *Occupational Therapy Practice Skills for Physical Dysfunction*, 4th Ed. Baltimore: Mosby Year Book, 35-42, 1996.
- Trombly, CA. Treatment planning process. *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*, 3rd Ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 3-12, 1989.

MESLEKİ REHABİLİTASYONDA DEĞERLENDİRME

Yrd. Doç. Dr. Ali Kitiş

Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

ÖZET

Mesleki Rehabilitasyon'un amacı, özürllüleri mesleğe ve bir işe yerleştirmeye hazırlamaktır. Özürllünün herhangi bir işe yerleştirilmesi ve iş için eğitilmesi, hayata bakış açısı için memnun edicidir ve hayata katılımına katkı sağlar. Özürllü haklarına değer veriliyor ve iyi bir mesleki rehabilitasyon programı uygulanması gerektiği düşünülüyorsa, ailelerin de bu konuda istekli olmaları gerekir. Mesleki rehabilitasyon bir ekip çalışması biçiminde yapılmalıdır ve bu ekipte aileler, öğretmenler, fizyoterapistler ve özel eğitimciler yer almalıdır. Rehabilitasyon ekibi kişinin yeteneklerini ve beklentilerini değerlendirmelidir. Özürllülerde mesleki rehabilitasyonun temel öğeleri; değerlendirme, kişiye uygun adaptasyonlar, mesleki danışmanlık, kişisel eğitim planı, iş analizi, fizyoterapi, özel eğitim ve mesleki eğitim arasında kooperasyon, iş bulma kurumlarıyla koordinasyon, işverenle iletişim, bağımsız yaşam becerileri, işe yerleştirme ve takip, sonuçların araştırılması ve sosyal uyumdur.

ABSTRACT

The goal of the vocational rehabilitation is to prepare disabled persons to be ready for work and future employment. Employing disabled person to work and educating him/her to work that is satisfying for his/her outlook of life and that really contributes something. If we value the rights of disabled persons and know that quality vocational rehabilitation must be made available, parents must be willing to work in this issue. Vocational rehabilitation must be a team effort and the team must include parents and teachers, physiotherapists and special educators. The team must remember to look at an individual's capacities and expectations. Basic components of the vocational rehabilitation for disabled persons are assessment, appropriate adaptations, counseling, individual education plan, task analysis, cooperation between physical therapy, special education and vocational education, interagency cooperation and planning, cooperation with employer, independent living skills, job development and follow up, job exploration results and social adjustment.

GİRİŞ

Rehabilitasyon alanına 1960'lı yılların sonlarında katılan "iş kapasitesinin değerlendirilmesi" kavramı, "geniş bir biçimde ortaya çıkartılmış olan ve bir işin gerçekleştirilmesi için gerekli olan fiziksel şartları uygun hale getirmek için, hastanın iş için gerekli kapasite ve yetenek sınırlarının belirlenmesi" olarak tanımlanmıştır. Çalışma kapasitesinin değerlendirilmesi, tamamıyla bir ekip işi olarak görülmelidir. Hasta veya sakat kişinin tıbbi stabilitesini izleyen doktor; fonksiyonel değerlendirme, el terapisi ve splintleme, iş analizi, gerekli alet ve iş modifikasyonları düzenlemeden sorumlu iş ve uğraşı terapisti; rehabilitasyon modaliteleri, eklem mobilizasyonu, el terapisi ve fonksiyonel performansı sağlayan fizyoterapist; el-göz koordinasyonu, dil ve verbal yetenekler, matematiksel yetenekler, görsel ve işitsel kabiliyetler, problem çözme, kişisel ilgi ve yetenekleri değerlendiren mesleki rehabilitasyon uzmanı; motivasyon, sakatlıkla ilgili depresyon varlığı ve kişiliği değerlendiren, hastaya yaklaşım önerileri, relaksasyon eğitimi ve biofeedback, grup ve kişisel terapiyi sağlayan psikolog; hastaya en uygun meslek ve sosyal çevreyi belirleyen, sigorta, emeklilik ve tazminat konularını çözümleyen bir sosyal hizmet uzmanı bu ekipte yer alan elemanlardır.

Çalışma kapasitesi değerlendirmesinin amaçları şunlardır:

1. Bir kişinin çalışma yeteneği için gerekli fiziksel performansla ilgili somut bilgileri elde etme,
2. Hasta için en uygun rehabilitasyon programını ortaya çıkarma,

Hastayı tamamıyla orijinal veya birtakım modifikasyonları da kullanarak eski işine döndürme,

- a) Yeniden bir mesleki eğitim yapma,

- c) Sosyal sakatlık güvencesi. emeklilik veya diğer sosyal güvenceleri sağlama,
- d) Hastayı yoğun bir biçimde çalışmaya teşvik etme.

İşe dönüş değerlendirmesinin 5 bölümü vardır: 1) Fiziksel değerlendirme, 2) Yaralanmanın subjektif etkilerini değerlendirme, 3) Biyomekanik iş analizi, 4) İşe uygun bir maket geliştirme ve buna göre hastayı değerlendirme (iş taklidi), 5) İşe dönüş sonrası iş taklidinin tekrar değerlendirilmesi.

Fiziksel Değerlendirme

Fiziksel değerlendirmede geçerli olan tüm değerlendirme metod ve yöntemleri fizyoterapide kullanılan tüm ölçme ve değerlendirme yöntemlerini kapsar.

Yaralanmanın Subjektif Etkilerini Değerlendirme

Ağrı genellikle fonksiyonla birlikte bulunduğundan, ağrının hasta tarafından algılanma derecesi ve hastanın ağrı tecrübesi değerlendirilmelidir. Ağrının değerlendirilmesinde kullanılan kriterler ise şunlardır:

- Ağrının lokalizasyonu,
- Ağrının tanımlanması,
- 3) Gün içinde kaydedilen ağrı zamanı,
- 4) Ağrının süresi,
- 5) Algılanan ağrı miktarı (vizüel analog skala yardımıyla belirlenir),
- 6) Ağrıyı artıran ve azaltan faktörler,
- 7) Ağrının varlığı sırasındaki ekstremitte postürü.

Deri üzerinde hipersensitivitenin varlığı da kaydedilmelidir. Hipersensitivite; basınç, vibrasyon, aşırı sıcaklık, perküsyon ve vurma gibi normalde zararlı olmayan stimüluslara verilen cevaplarda aşırı rahatsızlık veya irritabilite durumu olarak tanımlanmıştır. Ağrı paterninin bu şekilde baştan sona değerlendirilmesiyle. mevcut patolojik durumlar ve sebepleri ortaya çıkartılabilir.

Günlük yaşam aktiviteleriyle ilgili bir değerlendirmeyle de, hastanın ağrısız aktivite ve bağımsızlık seviyesi araştırılabilir. Çeşitli aktiviteler sırasında ortaya çıkan ağrının derece ve süresi, hastanın ağrı nedeniyle değiştirme ihtiyacı duyduğu aktiviteleri, ağrı nedeniyle aktiviteler arasında ara verme ihtiyacı, hastanın yardım alma ihtiyacı ve hastanın yapamayacağı aktiviteler not edilmelidir.

Biomekanik İş Analizi

İş analizi, herhangi bir meslek veya meslek grubuna ait fiziksel gereksinimleri ve yetenekleri ortaya çıkaran ve tanımlayan bir değerlendirme sistemidir (4). İş analizi, yaralanmış kişinin aktivitelerinin ve işi yapması için gerekli becerilerin incelenmesidir. İş analizi aşağıdaki maddeleri kapsar:

- 1) Hasta veya sakat durumdaki işçi, aktiviteleri ve fonksiyonları bakımından ne durumdadır?
- 2) İş nasıl yapılır? (metodlar, teknikler ve işlemler incelenir)
- 3) İş sonunda ne elde edilir? (üretimle ortaya çıkan ürünler)
- 4) İşçinin nitelikleri (beceriler, yeterlilik, işi yapma sırasındaki adaptasyonu incelenir)
- 5) Çevre ve organizasyon bakımından işin bölümleri.

İş Örneği

Fiziksel değerlendirme ve iş analizinden elde edilen bilgiler, iş örneğinin düzenlenmesinde kullanılır. Yaralanma ve hastanın işiyle ilgili olan fiziksel talepler ortaya çıkartılarak, hasta için düşünülen işte (bu eski işi de olabilir) gerekli olan fiziksel talep ve yeteneklerle karşılaştırılır. Eğer amaçlanan iş örneği gerçekleşmiyorsa, hedeflenen işle aynı tekrar sayısı, aynı direnç, aynı üst ekstremitte ve el hareketlerini gerektiren bir aktivite düzenlenir.

İdeal iş örneğinde, hasta her zaman yaptığı ve alışkın olduğu bir meslekte kullanılan alet ve materyallerle çalışabilir. Amaçlanan iş kaldırma hareketini gerektiriyorsa, iş .üzerinde gerekli kaldırma tipini örnek alarak çalıştırma için bir kaldırma aleti düzenlenebilir. Kaldırma için gerekli faktörler ise şunlardır:

- a) Kaldırılacak cismin şekil, boyut, ağırlık ve yapısı,
- Cismin yüksekliği ve kolun kaldırmanın başlangıç ve sonundaki pozisyonu,
- Cismi tutma ve stabilize etme için gerekli kavrama paterni,
- Her eklemden kaldırma için gerekli en son hareket,
- Kaldırma sırasında ağırlık ve basınç dağıtımı,
- Frekans ve süre.

İş Örneği Sırasında Modifikasyon

İş örneği sırasında verilen işi başarılı bir biçimde tamamlamak için, hasta için birtakım adaptasyonlar geliştirmek mümkündür. Splint, destekleyici, deri ve plastik koruyucu, eldiven, özel aletlerin kullanımı ve iş durumunun yeniden organizasyonu, iş örneğinin başarılı bir şekilde tamamlanması ve sonuçlandırılması için uygun olabilir. Bu adaptasyonlar daha sonra uzun dönem için hastaların başlayacağı iş için de düşünülebilir. Hatta işçi dominant üst ekstremitesinde yaralanmışsa, nondominant elin yeteneklerini geliştirmek gerekebilir.

İş Örneği Sırasında Gözlem

Hasta düzenlenen iş örneği ile çalışıyor ve değerlendiriliyorken, aşağıdaki konulara dikkat etmelidir:

- 1) Hasta, görme hattının dışında olmasına rağmen, yaralı üst ekstremitelerini güvenli bir biçimde kullanabiliyor mu?
- 2) Hipersensitivite veya eklem instabilitesi, hastanın cisimleri elinden düşürmesine sebep oluyor mu?
- 3) Hasta koordine hareketleri başarıyla yapabiliyor mu?
- 4) Küçük objeleri toplama, manipulasyon ve cisimleri yerleştirmede, el-göz koordinasyonu yeterli miydi?
- 5) Eklem hareket açıklıkları, hastanın tehlikeli cisimleri vücudun- dan uzak tutmasına izin veriyor muydu?
- 6) Deri bütünlüğü, şiddetli ağrı veya doku yaralanması olmaksızın cisimlerin kavranması için yeterli miydi?
- 7) Hasta, semptomların artmasından kaçınmak için uygun vücut “mekanikleri ve prensiplerini kullandı mı?

ÇALIŞMA SONRASI İŞ ÖRNEĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İşe dönüş değerlendirmesinin son bölümünde, ağrı ve hastalık belirtilerini izlemek için, hastanın fiziksel durumu yeniden değerlendirilir. Bu değerlendirme, genellikle şişlik, kızarıklık, krepitasyon, tetik parmak gibi olayları ortaya çıkarmak için yapılan gözleme dayalı bir değerlendirmedir. Üst ekstremitenin duysal durumunda, algılanan ağrı düzeyinde veya ağrı nedeniyle etkilenen uyku düzenindeki herhangi bir değişiklik dikkatlice izlenmelidir. Aktivite performansı ile beraber değerlendirme sonrası birkaç saate kadar belli olmayabilen ve el yaralanmaları sebebiyle meydana gelmiş diğer problemleri de ortaya çıkarması bakımından, bu son değerlendirme büyük öneme sahiptir.

KORUNMA PROGRAMLARI

Üst ekstremiten yaralanmalarının tedavisi kadar, özellikle bir işte çalışma sırasında bu yaralanmalarla tekrar karşılaşmamak amacıyla bunlardan korunma da çok önemlidir. Bunun için de .yaralanmış insanların, tedavi sonrası yaralanma sıklığı, sebepleri, en çok yaralanan yapılar ve yaralanmanın yol açtığı maddi ve manevi zararlar konusunda yoğunlaşan bir korunma programına alınmaları gerekir.

Korunma programının amaçları genel anlamda şöyle sıralanabilir:

Üst ekstremiteler yaralanmalarının sıklık ve maliyetini ortaya çıkarma,

Bir yaralanmanın işçiye nasıl bir zarar verdiğini gösterme,

3) Üst ekstremiteler yaralanmalarının genel sebeplerini ortaya çıkarma,

4) İşyerinde meydana gelen yaralanmaları azaltmak için neler yapılabileceğini tartışma,

5) Yaralanmaların sayısı ve maliyetini azaltma,

6) Ciddi yaralanmalarda kaybolan iş günü sayısını azaltma.

Program, ilk bölümde hastaları günlük el aktiviteleri, anatomi, yaralanmanın fizyolojisi ve ilk yardım bakımı konularında genel olarak bilgilendirme ile başlar. Günlük el aktivitelerinde üst ekstremiteler ve elin bir gün içinde ev ve işte kullanımı ve öneminden bahsedilir. Üst ekstremitenin anatomisi hastanın yaralanmış ve tekrar yaralanma olasılığı yüksek olan yapılarının tanınması açısından dikkatle incelenir. Yaralanmanın fizyolojisini ele alma; kümülatif travma hastalıklarını, ödem ve inflamasyonu tanımlama ve güncel yaralanmaları ortaya çıkarma açısından önemlidir. Acil ilk yardım bilgisi de, ilk yaralanma anındaki temizlik şartları, ampute sahasının korunması, yara ve sıyrıkların bakımı ve yanık müdahalesini içermektedir.

Korunma programlarının bir diğer ve belki de en önemli bölümü, yaralanma sebepleri ve risk faktörlerinin tanımlanmasıdır. Yaralanma sırasındaki çevre ve yaralanma etkeni önemlidir. Etken, genellikle kullanılan aletlerin uygunsuz yerleşimi, uygunsuz çalışma yükseklikleri ve tekrarlı aktiviteler şeklinde tanımlanmıştır.

Korunma programının en ilginç yönlerinden biri de, yaralanma sonrası rehabilitasyonla başlaması ve devam etmesidir. Korunma iki temel yaklaşımla ele alınmalıdır. Aktif korunma, işçi ve yaralanmış kişinin çalışma sırasında koruyucu eldivenler giymesi gibi kendi kendini koruması; pasif korunma ise bir makine koruyucusunun kullanımı gibi çevre yapıların yaralanmaya sebep olma risklerini ortadan kaldırma şeklindedir. Pasif yaklaşımlar çok güvenilir olmasına rağmen, işçilerin yaralanmadan korunma programı içinde aktif bir rol almaları gerektiği bildirilmiştir.

ERGONOMİ

İnsanlar çalışma ortamında soğuk, sıcak, yüksek ya da alçak basınç, rutubet gibi çeşitli ortam stresleri ile karşı karşıya gelirler. Ayrıca çalışma ortamında toz, duman, zehirli gaz ve buharlar, zehirleyici maddeler, iyonizasyon, radyasyon gibi çeşitli sakıncalar da bulunabilir. Bu alanda endüstriyel gürültü, titreşimler, yetersiz ya da fazla ışık gibi çevre faktörleri de insan sağlığı ve iş verimini etkileyebilir.

Endüstrileşme sürecinin tamamlanmasında ortaya çıkan bütün bu sorunlar karşısında, insan-makine-çevre ilişkilerini inceleyerek, böyle bir ortamda insanların sağlıklı ve üretken bir şekilde çalışabilmek için gerekli düzenlemeleri yapmak önem kazanmıştır. Bu alanda yapılan çalışmalar, son yarım yüzyılda ergonomi bilim dalının gelişmesine sebep olmuştur.

Ergonominin farklı tanımları vardır. Ergonomi, çeşitli durumlarda ve çevrelerde tüm insan aktivitelerini kapsayan bir bilim dalıdır. Yunanca "ergos" (iş) ve "nomos" (kanunlar) kelimeleri tanım hakkında bir fikir verebilir.

Ergonomi çalışma ortamının doğal bir parçası olmalıdır. Yüzyıllardan beri çalışanın yeteneklerini, kapasitesini, meslek sağlığını, kullandığı maddeleri, çalışma postürünü ve çalışma çevresini uygun hale getirmek için gerekli olan ihtiyaçlar ve öneriler belirlenmektedir. Ergonomi kısmen İkinci Dünya Savaşı'nda makina ve cihazların savaş koşulları için maksimum fonksiyon ve kontrolde dizayn edilmesi için ve kısmen de endüstri aletlerini büyüyen kadın çalışma gücüne uygun hale getirmek için gelişen bir bilim dalıdır.

KAYNAKLAR

Hunter JM, Schneider LH, Mackin EJ, Callahan AD. Rehabilitation of the hand: Surgery and therapy. Third edition. Mosby Co. St. Louis, 1990.

Lindner B. The Role of the physiotherapist in occupational health in Sweden. *Physiotherapy* 74(9): 426-428, 1992.

Pedretti LW. Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction. Second edition. The CV Mosby Co. St. Louis. 307-330, 1985.

Benner CL, Schilling AD, Klein L. Coordinated teamwork in California industrial rehabilitation. *J Hand Surg* 12 A(5,2): 936-939, 1987.

Berryhill BH. Returning the worker with an upper extremity injury to industry. *J Hand Ther* 3(2): 56-63, 1990.

Tate DG. Workers disability and returning to work. *Am J Phys Med Rehabil* 71(2): 92-96, 1992.

Clairmont AC, Bonfiglio RP, Taylor RS, Weinstein SM. Industrial rehabilitation medicine: 3. treatment. *Arch Phys Med Rehabil* 73: 366-367, 1992.

Corlett EN, McAtamney L. Ergonomics in the workplace. *Physiotherapy* 74(9): 475-478, 1988.

Holmes D. The role of the occupational therapist-work evaluator. *Am J Occup Ther* 39(5): 308-313, 1985.

Granger CV, Gresham GE: Functional assessment in rehabilitation medicine. Williams and Wilkins. Baltimore. 14-96, 1984.

Herbin ML. Work capacity evaluation for occupational hand injuries. *J Hand Surg* 12 A(5,2): 958-965, 1987.

Aitken RCB, Cornes P. To work or not to work: That is the question. *Br J of Ind Med*. 47: 436-441, 1990.

Bucholz B, Armstrong TJ. A kinematic model of the human hand to evaluate its prehansile capabilities. *J Biomechanics* 25(2): 149-162, 1992.

Hanson CS, Walker KF. The history of work in physical dysfunction. *Am J of Occup Ther* 46(1): 56-62, 1992.

ÜLKEMİZDE ZİHİNSEL ÖĞRENME YETERSİZLİĞİ OLAN ÇOCUKLARA İŞ VE MESLEK EĞİTİMİ VEREN OKULLARA İLİŞKİN BİR DURUM SAPTAMASI VE ÖNERİLER

Öğr.Gör.Tuna Şahsuvaroğlu

Marmara Üniversitesi, Atatürk Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü, Zihli Engelliler Öğretmenliği A.B.D

Toplumların kalkınmasında rol oynayan en önemli kaynaklarından biri insan gücüdür. Toplumların refah düzeyi bir bakıma doğal kaynaklardan ve insan gücünden faydalanılabilme düzeyine bağlıdır. Mesleki ve teknik eğitim de insan gücü yetiştirme aracı olarak bu sürece katkıda bulunur.

İnsan gücünün etkili ve verimli bir şekilde kullanılabilmesi bireylerin ilgi ve yeteneklerine uygun meslek alanlarına yerleşmeleriyle mümkün olacaktır. Bu da bilinçli bir meslek seçimi ile gerçekleşebilir (Arsoy 1999, 1).

Her bireyin bir diğerinden farklı olduğu ve bu nedenle de eğitimin bireysel temelli olmasının gerekliliği, çağdaş eğitim anlayışının özünü oluşturmaktadır. Zihinsel, duysal, iletişimsel, duygusal, sosyal, fiziksel özellikleri nedeniyle, eğitim süreci içerisinde normal bireylerden daha özel hizmetlere gereksinim duyan bireyler için farklı eğitsel ve sosyal çabalara ihtiyaç vardır. Bu çaba da özel eğitimin ve özel eğitime gereksinim duyan bireylere götürülecek hizmetin temelini oluşturur (Güven 2003, 57).

Özel Eğitim

Zamanla oluşan bedensel, zihinsel, sosyal ve psikolojik engeller nedeniyle çalışamaz duruma düşmüş, mesleğini kaybetmiş özel sorunlu bireyler ve bu durumda olan genç ve yetişkinlerin topluma kazandırılmaları gerekir. Bu özel grup içerisinde belki de en fazla desteğe ihtiyacı olan grup zihinsel engellilerdir. Bu bireylerin özel durumlarına uygun, eğitim programlarına gereksinimleri vardır. Doğumda yaşadığı bir takım anomalilerden, geçirdiği bulaşıcı bir hastalıktan, zehirlenmelerden, kromozom anomalileri gibi nedenlerden dolayı yaşlılarına göre zihinsel işlevleri geri kalmış bireylerin ileriki yaş dönemlerinde hayatlarını kimseye bağlı olmadan devam ettirebilmeleri, bağımsız yaşam becerilerini kazanabilmeleri erken yaşta destek ve eğitim hizmetlerinden yararlanabilmelerine bağlıdır (Şahsuvaroglu 2003, 1).

Dünya nüfusunun yaklaşık % 10'unun, Türkiye nüfusunun yaklaşık 10 milyonunun engelli olduğu ve bu engelli bireylerinde % 2,3'ünün zihinsel engelli olduğu göz önüne alındığında, bu bireylerin ekonomik ve sosyal hayata uyumu önemli bir sosyal sorundur. İş sahibi olmak, sahip olduğu işte başarı göstermek ve bu sayede onurlu bir yaşam sürmek tüm insanların olduğu gibi zihinsel engelli bireylerin de hakkıdır (Kutal 1978, 321).

Ancak, ülkemizde engelli bireylere İş ve Meslek Eğitimi veren Okulların sayısı engelli nüfusa göre çok yetersiz kalmaktadır. 2006-2007 Milli Eğitim Bakanlığı istatistiklerine göre tüm engel gruplarına meslek eğitimi veren okulların sayısı sadece 201 kurumla sınırlıdır.

Günümüz özel eğitim anlayışında amaç, engellileri toplumda ayrı bir kesim olarak görmek değil, bu bireylerin mevcut bedensel, zihinsel ve sosyal becerilerini geliştirmek ve onları çalışan, üreten bireyler olarak topluma ve ekonomiye kazandırmaktır. Zihinsel engelli bireylerin alacakları eğitim ve destekle üretim sürecine katılabilmeleri, sürekli ve düzenli bir gelir sahibi olabilmeleri ve kısmen de olsa ailelerine bağımlı olmadan yaşayabilmeleri tıbbi, mesleki ve sosyal rehabilitasyon çalışmaları ile gerçekleştirilebilir.

Tıbbi Rehabilitasyon

Tıbbi Rehabilitasyon; kişinin fonksiyonel yeterliliğini mümkün olan en yüksek düzeye çıkarmak için uygulanan klinik tedavi, fizik tedavi, tıbbi egzersizler, uğraşı tedavisi, konuşma tedavisi, ortopedik cihaz ve protez uygulamalarının yanı sıra, kişinin rehabilitasyon sürecine engel olacak psikolojik ve sosyal güçlüklerini azaltacak ya da ortadan kaldıracak ve onun topluma entegrasyonunu sağlayacak rehabilitasyon hizmetlerini de kapsar (Aytaç 1993, 37). Bir diğer ifade ile engellinin tıbbi yöntem ve araçlarla fiziki kapasitesini arttırmaya, günlük yaşamda mümkün olan maksimum fonksiyonla bağımsızlığa ulaşmasını sağlamaya ve hayati fonksiyonlarını geliştirmeye yönelik çalışmalardır.

Tıbbi rehabilitasyon, tıbbi bakım ve tedavi süresince kişinin fonksiyonel ve psikolojik yeteneklerini geliştirmeyi

ve onu aktif hayata yönlendirmeyi amaçlar. Tıbbi rehabilitasyon, diğer rehabilitasyon faaliyetleri için bir temel oluşturur. (T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, 1. Özürlüler Şurası Ön Komisyon Raporları 1999, 322). Böylece kaybedilen fonksiyonların hiç olmazsa bir kısmını kazandırarak bireyin sosyal yaşama katılımına ve mesleki eğitimden yararlanabilmesine imkân tanınmış olur.

Rehabilitasyonun istenilen amaca ulaşması, bir çok disiplinin bir arada çalışmasına bağlıdır. Tıbbi rehabilitasyonun etkili bir şekilde gerçekleştirilmesinde ekip çalışmasının yanı sıra rehabilitasyon merkezlerinin, fiziksel imkân, eğitilmiş uzman ve ekipman açısından yeterli olması büyük önem taşımaktadır. Ülkemizdeki rehabilitasyon merkezlerinde verilen hizmetin kapasitesi, birçok ihtiyacı karşılamada yetersiz kaldığı düşünülmektedir.

Sosyal Rehabilitasyon

Sosyal rehabilitasyon, ekonomik ve sosyal güçlükleri gidererek ya da en aza indirmeye çalışarak kişinin aile, toplum ve iş hayatına uyumunu sağlamayı amaçlar. Bir diğer ifade ile sosyal rehabilitasyon, zihinsel engellinin gerek günlük işlerinde gerekse geleceğe ilişkin düşünce ve faaliyetlerinde onu hem özel hayatına, hem de iş hayatına fiziksel ve ruhsal açıdan hazırlar (Bilgin 1998, 151).

İşyerlerinin zihinsel engellilere uygun ergonomik düzenlenmesi, engellinin aile, toplum ve iş ile ilgili uyumunun sağlanması, sosyal rehabilitasyon faaliyetleri içinde yer alır. Sosyal rehabilitasyon, işe yerleştirilen engellinin işini kolaylaştırıcı, verimliliğini artırıcı önlemleri alarak işyerine uyumunu sağlar. Ayrıca kişinin toplum hayatından uzaklaşmasını engelleyerek sosyal hayata yeniden uyum sağlamasını mümkün kılar. Bu doğrultuda yakın çevresinin, ailesinin ve arkadaşlarının, engelli bireyin sosyal hayata uyumunda etkisi büyüktür. Uzmanların ve eğitimcilerin buradaki rolü, engellileri belli bir eğitimle veya işle meşgul olabileceklerine inandırmak yönünde olmalıdır (Bilgin 1998, 152).

Sosyal rehabilitasyonun bir başka önemli boyutu da toplumda engelli nüfus dışında yaşayan bireylerin engelli bireylere özellikle de zihinsel engelli bireylere yönelik geliştirdiği yanlış inanç ve tutumlardır. Zihinsel engelli bireylerin toplumun tüm imkânlarından yararlanabilmesi, üretebilmesi ve varolan potansiyellerini en üst düzeye çıkarabilmesinde toplumun engellilere yönelik yaklaşımları, bakış açıları, yanlış inanç ve tutumları hala bir “engel” oluşturmaya devam etmektedir.

Akardere tarafından 2005 yılında yapılan bir araştırmada 100 işveren’in engelli çalışanlara yönelik tutumları çeşitli değişken başlıkları altında incelenmiş ve engellilerin toplumun üretkenliğine katılabilmelerine ve kısmen de olsa ailelerinden bağımsızlaşarak üretebilmelerine “engel” teşkil eden sonuçlara ulaşılmıştır.

Yapılan araştırmada bayan işverenlerin erkek işverenlere, genç yaştaki işverenlerin yaşlı işverenlere oranla daha fazla olumsuz tutumlar geliştirdikleri; eğitim düzeyi yükseldikçe engelli çalışanlara karşı geliştirilen tutumun olumsuzlaştığı, engelli bir yakını bulunmayan işverenin engelli bir yakını bulunan işverenlere göre daha olumsuz tutum geliştirdiği saptanmıştır (Akardere 2005, 82).

Bu bulgulardan hareketle sosyal rehabilitasyonun en önemli işlevinin işveren tutumlarını engelli bireyden yana çevirebilmek olduğu söylenebilir. Eğer işverenler engelli bireylere bu tür deneyimleri yaşama şansı verirlerse ailenin yükünün azalmasına, engelli bireyin sosyal bir yaşantı kazanmasına ve belki de üretici duruma gelmesine yardımcı olabilirler.

Sosyal rehabilitasyon başlığı altında; zihinsel engelli kişinin toplum içinde olma ve topluma ait olma duygularını yaşayabileceği sosyal aktivitelere katılımı desteklenmelidir. El aktiviteleri ve sosyal hayata uyum için engellilerin rahatlıkla gidebilecekleri sosyal klüpler kurulabilir ve diğer organizasyonlar düzenlenebilir. Tıbbi ve mesleki rehabilitasyon gibi, sosyal rehabilitasyon da ekip çalışmasını gerektirmektedir. Gelişmiş ülkelerde, rehabilitasyon merkezlerinden ve rehabilitasyon birimleri olan hastanelerden hizmet alamayan kırsal kesim için, Toplum Temelli Rehabilitasyon Projeleri hayata geçirilmektedir. Böylece engelli kişiye, ailesine ve toplum üyelerine, engelliler ve rehabilitasyondaki beceriler konusunda geniş bilgi transferi sağlanması amaçlanmaktadır. Toplumda engellilere yönelik davranış değişikliğinin yaratılabilmesi ve rehabilitasyonda başarı sağlamak için, toplumdaki diğer insanlarla engellilerin aynı haklara sahip oldukları düşüncesinin benimsenmesine ve günlük hayata geçirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Mesleki Rehabilitasyon

Engellilere yönelik verilen rehabilitasyon hizmetlerinin belki de en önemlilerinden birisi mesleki rehabilitasyondur. Mesleki rehabilitasyon, zihinsel ya da diğer alanlarda engeli olan bireylerin yararlı bir iş yapabilmeleri, kendi kendilerine daha yeterli olabilmeleri ve maddi yardıma daha az ihtiyaç duymaları amacıyla desteklenmeleridir (T.C. Başbakanlık Özürllüler İdaresi Başkanlığı, 1. Özürllüler Şurası Ön Komisyon Raporları 1999, 21).

Mesleki rehabilitasyonda engelli kişinin fiziksel ve mental kapasitesi yetenek ve becerileri değerlendirilir (T.C. Başbakanlık Özürllüler İdaresi Başkanlığı, 1. Özürllüler Şurası Ön Komisyon Raporları 1999, 326).

Tıbbi rehabilitasyonun uzun bir tarihçesi olmasına karşılık mesleki rehabilitasyon, II. Dünya Savaşı'ndan sonra harp mâlulü engellilerin topluma kazandırılması, tüketici değil üretici duruma geçip bağımsız hale getirilebilmesi için yapılacak çalışmalara verilen önemle başlamış ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nün 1955 yılındaki 99 sayılı "Mesleki Rehabilitasyon Tavsiye Kararı", 1983 yılındaki ve 99 sayılı Tavsiye Kararını tamamlayan 168 sayılı "Mesleki Rehabilitasyon ve İstihdam Tavsiye Kararı" ile, 159 sayılı " Mesleki Rehabilitasyon ve İstihdam" Sözleşmesi ile, engellilerin toplum içindeki durumları belirlenmiştir (Aytaç 2000, 7).

Mesleki rehabilitasyonda, tıbbi rehabilitasyon sonrasında zihinsel engelli bireyin yetenekleri, fiziksel ve zihinsel durumu, mesleki açıdan ne yapılabileceği uzmanlar ve eğitimciler tarafından ölçülerek, engelli hakkında değerlendirme yapılır. Amaç; engelli kişinin, yapılacak iş analizleri ile, bilgi ve becerisi de dikkate alınmak suretiyle, işgücü piyasasının ihtiyaç duyduğu bir meslekte istihdam edilerek çalışma hayatına katılımını sağlamaktır (König ve Schaock 1991, 16).

Mesleki rehabilitasyon kapsamında zihinsel engelli bireylerin yeteneklerini, var olan gizil güçlerini belirlemek, oluşturulacak eğitim ve destek programlarının da temelini oluşturur. Zihinsel ve ekonomik düzeyleri ne olursa olsun, bir meslek ve iş sahibi olmayan kimseler sosyal ve ekonomik güvenden yoksun bir yaşam sürdürürler. Zihinsel yetersizliği olan kişilerin de güven duygularını geliştirmek, onlara gerçekçi bir benlik kavramı kazandırmak ve başkalarına bağımlılıklarını azaltmak amacı ile onlara yapabilecekleri en iyi işi öğretmek gerekir. Bu onların en büyük güvencesi olacaktır.

Sorunun bir başka boyutu da teknolojinin gelişmesiyle ilgilidir. Toplum içinde genelde, hafif derecede zihinsel engellilerin beceri istemeyen ya da yarı beceri isteyen iş ya da mesleklerde başarılı olduklarına inancı vardır. Bu yaklaşım doğrultusunda söz konusu kişiler bu tür işlere yönlendirilir. Gelişmiş ülkelerde insanlar bu bireylerin özel gereksinimlerine daha duyarlı olsalar da, otomasyonun hızla gelişmesi ve yaygınlaşması, zihinsel engelli bireylerin yapabilecekleri beceri istemeyen ya da yarı beceri isteyen işleri gün geçtikçe azaltmaktadır. Diğer ülkelerde ise, bu sorun daha da büyümekte işe en son alınan ve en önce çıkarılanlar zihinsel özürllü kişiler olmaktadır (Eripek 1983). Öte yandan, toplum yapısının ve ilişkilerin oldukça karmaşıklaşması da zihinsel engelli çocukların bir iş eğitiminden geçmesini gerekli kılmaktadır.

Mesleki rehabilitasyon kavramı tıbbi ve sosyal rehabilitasyon programları ile desteklenirken, mesleki rehabilitasyon kapsamı içinde verilecek olan mesleki eğitim programlarının da engelliliğin derecesine ve özelliğine göre düzenlenmesi gerekir. Meslek eğitimi; zihinsel engelli bireyin yaşam mücadelesinde bağımsız yaşam becerileri kazanması ve hayatını kimseye bağlı olmadan devam ettirebilmesi için gerekli olan uygulamaları ve düzenlemeleri içermelidir.

Zihinsel engellilerin kendi kendilerine yeterli hale getirilmesi, bir iş edinmesi ve topluma uyumlarının sağlanması özel eğitimin önemli amaçları olarak görülmektedir. Bu amaçlara ulaşmada ise temel eğitimden iş eğitimi ve istihdama kadar sistemli bir eğitim sürecinin gerekliliği savunulmaktadır. Özellikle 1980'li yılların ikinci yarısı, Türkiye'de zihin engelliler için iş eğitimi sağlama ve istihdam olanakları yaratma çabalarının arttığı dönemdir (Cavkaytar 1990, 1).

Bağımsız Yaşam Becerileri

Zihin engellilerin eğitimlerinin temel amacı bireylerin yaşam işlevlerini geliştirerek onları daha bağımsız kılmaktır. Bu amaçla zihin engellilerin eğitiminde onlara bağımsız yaşam becerileri kazandırmaya yönelik etkinliklere yer verilmektedir.

Neistadt ve Marques (1984)'e göre, bağımsız yaşam becerileri genel olarak, bireyin başkalarına bağımlı olmadan yaşamını sürdürebilmesi için gerekli becerileri içerir. Bu becerilerin önemli bir bölümü, çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine gelişimsel bir sıra izler. Bazı beceriler ise belli gelişim dönemlerine özgüdür. Örneğin, iş ile ilgili beceriler gençlik ve yetişkinlik dönemlerinde yer alır (AAMR, 1992).

Bağımsız yaşam becerilerinin çeşitli gruplar altında sınıflandırma girişimleri bulunmaktadır. Esasen AAMR (1992)'nin tanımında yer alan beceriler böylesi bir sınıflamanın ürünüdür. Bu sınıflandırmalardan en bilineni Close, Sowers ve Bourbeau (1985) tarafından yapılan sınıflamadır. Buna göre bağımsız yaşam becerileri; başarı için gerekli temel beceriler, uyum için gerekli beceriler, günlük yaşam becerileri ve mesleğe hazırlık ve mesleki beceriler olarak dört beceri alanına ayrılmaktadır (AAMD, 1992).

Başarı için gerekli temel beceriler, temel gelişim becerileri, günlük yaşamda gerekli sayısal bilgiler, günlük yaşamda gerekli okuma ve iletişim gibi alt beceri alanlarından oluşmaktadır.

Uyum için gerekli beceriler, kendini tanıma, kişilik ve duygusal uyum ve bireyler arası sosyal beceriler gibi alt beceri alanlarından oluşmaktadır.

Topluma uyum becerileri ya da günlük yaşam becerileri, özbakım becerileri, tüketici becerileri, sağlık bakımı ve toplumsal bilgi alt beceri alanlarından oluşmaktadır.

Meslek öncesi ve mesleki beceriler ise işe hazır olma, mesleki davranışlar ve mesleğe uygun sosyal davranışlar sergileme gibi alt beceri alanlarından oluşmaktadır.

Brolin (1991) meslek öncesi ve mesleki becerileri şöyle sınıflandırmaktadır.

- Mesleki olanakları bilme ve keşfetme
- Mesleki tercihler, planlama ve meslek seçme
- İşe uygun davranışlar ve alışkanlıklar sergileme
- Araştırma, güvenlik ve mesleği sürdürme (meslekte kalma)
- İşe uygun fiziksel ve el becerileri sergileme
- Belirli bir meslek alanında uzmanlaşma

Bu becerilerin kazandırılmasında ise okul öncesinden istihdama kadar uzanan bir mesleki eğitim modeli önerilmektedir.

Araştırmalar Ne Diyor ?

Son yıllarda engelli bireylerin mesleğe yerleştirilmelerine ilişkin yapılan araştırmalar; çalışma alanı, bilgi ve uygun sosyal becerilerden yararlanma gibi değişkenler arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Schlock ve Harper'in çalışmaları, zihin engelli yetişkinlerin iş performanslarının, uygun sosyal davranışa bağlı olduğunu ve toplumsal bir durum karşısında herhangi bir yetenek eksik olduğu zaman ortaya istenmeyen tepkiler çıktığını göstermektedir. Ohwaki, bireysel eğitimin engelli bireylerin iş sahibi olmalarında önemli bir faktör olduğunu savunmaktadır (Bell 1983, 271).

Phelps (1974); bir araştırmada işverenlerin çoğunun rehabilite edilmiş zihin engellileri kabul ettikleri, onları üretken buldukları ve birçok işin zihin engellilere verilebileceğini gösteren bulgular elde etmiştir.

Delph'e (1974) göre; zihinsel engellileri çalışabilecekleri iş alanlarına yönlendirmede beceri, tutum, duygusal yaklaşım ve kişilik özelliklerine ek olarak, genel zekâ düzeyi ve sınırlılıklarını da hesaba katan programlar düzenlenmelidir.

Zihinsel engelliliğin, doğrudan ya da dolaylı olarak, kişinin fonksiyonel yapısındaki bozukluktan kaynaklanan sorunları da beraberinde getirdiği göz önüne alınırsa, zihinsel engellileri tek yönlü bir şekilde ve zihinsel engelliliklerinin derecesine göre değerlendirmek ve yönlendirmek tek başına gerçek çözüm olmamaktadır. Zihinsel engelli olmanın getirdiği sorunlar, kişinin özel durumuna bağlı olarak tıbbi, ruhsal, sosyal ve hatta -gelir kaybı

nedeniyle- ekonomik boyutlarıyla rehabilitasyonu gerekli kılmaktadır. Bunun yanı sıra; kişinin ve çevrenin durumu kabullenmesi, yeni durumuna uyum sağlaması, bireyin eğitim imkânlarından yararlanması, ekonomik boyutlarıyla durumuna uygun iş ve meslek edinmesi, bir işe yerleşerek üretici olarak topluma katkıda bulunması, yerleştirilen işe uyum ve toplumla bütünleşmesinin sağlanması gibi konularda da hizmet verilmesi gerekmektedir.

Hafif yetersizliklerden etkilenmiş ergenlerin ve genç yetişkinlerin eğitimleri sırasında, onların iş ve mesleki gereksinimleri ve gelecekteki eğitimleri konusunda bazı sorular kaçınılmaz olarak gündeme gelmektedir. Çoğu kez bireylerin diğer öğrenme problemleri, kazançlı bir işe girebilmeleri ve/veya iş konusunda başka tercihlerde bulunabilmeleri ve bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmeleri için yapmaları gereken hazırlıklara engel olur. Böyle bir durumda yanıtlanması gereken soru şudur: öğrencinin iş ve meslekler hakkındaki bilgisi, ilgileri ve becerileri nelerdir? Onlara eğitim hizmeti verilebilmesi için neyi öğrenmeye gereksinim duydukları açıkça ortaya konulmalı ve buna paralel olarak iş ve mesleklerle ilgili ihtiyaçları da sistematik bir biçimde ele alınmalıdır.

Mesleki Hazırlık / Meslek Eğitimi

Brolin (1982)'e göre, mesleki hazırlığın (vocational preparation) başlıca üç bileşeni şunlardır: genel ve sürekli eğitim, kariyer eğitimi ve belirli mesleklerle ilgili programlama.

Bu bileşenlerden ilki olan genel bilgi, temel akademik beceriler, estetik hazırlık, fiziksel eğitim gibi öğelerden oluşur (Mc Loughlin & Lewis 2002, 444).

İkinci sıradaki kariyer eğitimi (career education); her bireyin ekonomik, sosyal ve kişisel doyuma ulaşma, kendisi ve diğerleri için faydalı olacak üretken iş etkinliklerine katılma potansiyelini geliştirmek amacıyla okul, aile ve toplumla ilgili her türlü unsurun sistematik bir biçimde eşgüdümünü içeren süreçtir. Bu öğretim, öğrencilerin ekonomik, sosyal ve kişisel tatmin bulabilmelerini temin etmek amacıyla, akademik ve günlük yaşama becerilerinin yanı sıra kişisel/sosyal ve işler hakkındaki bilgi ve becerileri en az kısıtlayıcı ortamda öğrenmelerine olanak verir. Kariyer eğitimi, bilinçlenme düzeyinden değerlendirme düzeyine kadar uzanan geniş bir yelpazedeki deneyimleri öğrenciye sunmayı hedefler. Kariyer eğitimi mesleki eğitimin (vocational education) ayrılmaz bir parçasıdır ve belirli bir işi öğrenme (occupational training) konusunda da genel bir çerçeveyi ve hazırlığı sunan bir süreçtir (Kokaska & Brolin 1985, 43).

Kokaska & Brolin (1985)'e göre; mesleki hazırlığın üçüncü bileşeni, özgül mesleki becerilerin (specific occupational skills) edinilmesiyle ilgilidir ve hafif yetersizliği olan öğrencilerin okuldaki eğitimlerinde önemli bir unsurdur. Bu konunun öğrenilmesi, okulun bitiminden sonra şansa bırakılamaz. Öğrencilerin eğitimlerinin erken bir aşamasında, piyasada değer verilen becerileri öğrenebileceklerini ortaya koymanın hayati bir önemi vardır. Mesleki beceriler kazanmış olan öğrenciler, bu eğitimi almayan yaşlılarına kıyasla çok daha iyi rekabet edecek bir konumda olurlar. Kapasitelerini gösterme şansını bulabilen bu öğrenciler, gerçekçi olmayan mesleki hedeflerin peşinden de gitmezler (Mc Loughlin & Lewis 1997, 444).

Hafif yetersizliklerden etkilenmiş öğrencilerin, bir mesleki programa başlarken, sahip oldukları becerilerin (entry skills) saptanması ve böylece, uygulanacak eğitim programının geliştirilebilmesi için eksiksiz ve uygun ölçümlemeden geçirilmesi gerekir. Öğrencilere verilecek mesleki eğitimden önce genellikle ihtiyaç duyulan veriler şunlardır: İşler ve iş dünyası hakkındaki bilinç ve bilgi düzeyi yani farkındalığı, genel zekâsı ve iş/çalışma alışkanlıkları, ilgileri, ona uygun işler için sahip olması gereken özgül beceriler ve tıbbi durumudur.

Meslek eğitime geçmeden önce yapılacak bu ölçme, öğrencinin bireysel özellikleri, güçlü ve zayıf yönleri ve ilgilerinin yanı sıra eğitim, öğretim ve yerleştirme konularındaki gereksinimlerini saptamaya yönelik uzun bir süreçtir. Öğrencilere yönelik oluşturulacak mesleki eğitim programı ve öğrencilerin ölçümlerine ilişkin değerlendirme çalışmaları bir ekip işidir. Özel eğitim, mesleki eğitim ve sağaltım danışmanlığı (rehabilitation counseling) alanları arasında bazı çekişmeler yaşanır ve bunlar, öğrencinin uygun bir ölçümlemeye ve programa erişimini etkiler. Meslek öğretmenleri, programlarının kalitesinin zarar görebileceği korkusuyla sınıflarında çok fazla sayıda özel öğrenci bulunmasını arzulamazlar. Normalleştirme ve kaynaştırmanın ağır bastığı bu dönemde, yetersizliklerden etkilenmiş öğrenciler için özel bir mesleki okul veya program bulmak giderek güçleşmektedir. Bununda ötesinde, öğrenme güçlüğü olan bireylerin, sağaltım danışmanlığı hizmetleri almalarını gerektirecek ölçüde ciddi bir yetersizliğe sahip olduklarının kabul edilmesi çok yenidir. Kariyer/mesleki yönlendirme ve hazırlık hizmetleri almak isteyen hafif yetersizliklerden etkilenmiş bireylerin karşılaştıkları bir diğer sorun ise onların

bilişsel, akademik veya davranışsal güçlüklerinden kaynaklanır. Tüm bu olumsuzlukları ortadan kaldırmak ve öğrencilere ihtiyaçları olan eğitimi verebilmek için genel ve özel eğitim öğretmenleriyle ekibin diğer çekirdek kadrosunun, meslek öğretmenlerinin, usta öğreticilerin, rehabilitasyon uzmanlarının, öğrencinin bağlı bulunduğu okulun rehber öğretmeninin ve en önemlisi de ailenin birlikte çalışması gerekir. Hepsinin katkılarıyla gerekli veriler toplanır ve öğrenciye yönelik eğitim programı ve kariyer planı oluşturulur.

Oluşturulacak mesleki eğitim programı ve kariyer planı için sadece iş ve meslekler hakkında değil aynı zamanda öğrenciler hakkında da çok miktarda bilgiye ihtiyaç vardır. Öğrencilere verilecek mesleki eğitim için gerekli olabilecek bilgiler birkaç başlık altında toplanabilir:

Geçmiş Verilerin Gözden Geçirilmesi : Zihinsel engelli bireyin güdülenme düzeyi, akademik beceri ve yetenekleri, okula devam kayıtları, notları, test puanları ile zihinsel ve davranışsal alanlardaki mevcut özel eğitim ölçümlerinin sonuçları.

Tıbbi Kontroller : Doğum hikâyesi, aile hikâyesi ve geçmiş yaşamına ait sağlık hikâyesi.

Öğrenci, Ebeveyn ve Öğretmen Görüşmeleri : Zihinsel engelli bireyin ilgileri, boş zamanını nasıl geçirdiğine veya geçirmek istediğine ilişkin bilgiler, engelli bireyin yapmak istediği işe ilişkin görüşleri. Bu bilgiler engelli bireyin kendisinden alınabileceği gibi ebeveyninden ve/veya öğretmeninden de alınabilir. Ayrıca ebeveynlerin engelli çocuklarının gelecekteki işi ve eğitimi konusundaki isteklerini öğrenmek, çocuklarının güçlü ve zayıf yönleri hakkındaki görüşlerini ve hangi mesleklerin çocukları için uygun olduğu konusundaki düşüncelerini ve beklentilerini öğrenmek de anlamlıdır.

İlgi Envanterleri : Zihinsel engelli bireylerin iş ve meslek hakkındaki ilgilerinin formal ya da informal yollarla belirlenmesi; engelli bireyin hoşlandığı ve hoşlanmadığı şeylerin belirlenmesi.

Mesleki Testler ve Yetenek Testleri: Zihinsel engelli bireyin kaba ve ince motor becerilerindeki ustalığı, alet kullanma, motor ve algısal-motor edimi hızı ve düzgünlüğü, el-göz koordinasyonu, görsel hareket koordinasyonu gibi belirli iş becerileri, belirli eğitim ve iş alanlarındaki hafıza testleri veya işe hazır oluş durumu, işe karşı geliştirdiği tutum, fiziksel dayanıklılığının belirlenmesi.

Mesleki Olgunluk Değerlendirmeleri: Duygu durumlarındaki değişimler (mizaç) ile iş ve meslek seçiminde ve ediminde etkili olan diğer kişilik özellikleri.

İşe Hazır Oluş : Zihinsel engelli bireyin iş görüşmesi becerileri, iş arama becerileri, işi elde tutma becerilerinin belirlenmesi.

Davranışsal Analiz : Zihinsel engelli bireyin gerçek iş performansının sistematik ve işlevsel analizi, engelli bireye uygun öğretim metotlarının ve pekiştirme tarifelerinin belirlenmesi.

Durum Ölçümlemesi : Zihinsel engelli bireyin gerek eğitim alırken gerekse de iş etkinliklerini yürütürken olabildiğince nesnel bir şekilde gözlemlenmesi gibi başlıkları içermelidir (Mc Loughlin ve Lewis, 1997, 443-449).

Yukarıda bahsettiğimiz değerlendirmelerin yanı sıra yapılacak iş analizi de, piyasada talep edilen işlerin ve istihdam alanlarının tespitini kapsadığı gibi, işin gerektirdiği yetenek ve fonksiyonların belirlenmesini de sağlar. İş analizleri ile işin gerektirdiği yetenek ve özellikler ortaya konulduktan sonra, fonksiyon testleriyle engelli kişilerin geriye kalan ve yitirdiği fonksiyonları ölçülür, yetenekleri tespit edilir (Yener 1992, 114). Fonksiyon test bulguları ve iş analizi sonuçlarına göre kişiye gerekli olan bilgi ve beceri, mesleki eğitimle kazandırılır. Kısaca uzmanlarca engelli kişiye fonksiyon değerlendirilmesi uygulanır, takiben iş kapasitesi açısından ve iş yeri uygunluğu yönünden değerlendirmeler yapılır, uygun olan işkolu belirlenince de engelliye mesleki rehabilitasyon verilir. Mesleki eğitim ve mesleki danışmanlık, mesleki rehabilitasyonun temelidir.

Zihinsel engelli bireyin işinde daha verimli olmasında ve kendisine uygun bir iş bulunmasında önemli bir etken olan mesleki rehabilitasyon hizmetleriyle amaçlananlar ise şunlardır :

- Engellinin çalışma kapasitesini ortaya çıkarmak ve arttırmak,
- Engellinin zihin engeli değil, çalışma kapasitesi ve özellikleri üzerinde durmak,

- Engelli bireylere çeşitli alanlarda çalışma fırsatları yaratmak,
- Zihinsel engellilerin çalışmasına karşı olanları ikna etmek,
- Çalışma yaşamının içine katılanları işe alıştırmak ve onları iş yaşamının zorluklarına karşı korumak (ILO,Vocational Rehabilitation 1990, 18).

Bu bilgiler ışığında mesleki rehabilitasyonun amacı, zihinsel engelli bireyin uygun bir işte çalışabilmesini ve bu işi devam ettirebilmesini sağlamaktır. Bunu gerçekleştirebilmek için de “mesleki rehberlik”, “mesleki eğitim” ve işe yerleştirilen engelliye “takip ve izleme” çalışmaları da bu amaca hizmet verebilmenin araçlarını oluşturur.

Bir diğer ifade ile mesleki rehabilitasyon, kişinin tıbbi tedavi ve rehabilitasyonu sırasında onu yeni bir işe alıştırmayı, bir işe yerleştirerek orada işe uyumuna yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Ege 1982, 5). Bu süreç içerisinde bireyin yetersiz olduğu alanlarla ilgili rehabilitasyon çalışmaları yapılırken, halihazırda yeterli olan alanları ile ilgili gerekli yönlendirmenin yapılması ve rehberlik hizmetlerinin verilmesi de önemlidir. Hangi beden fonksiyonlarını ne kadar yerine getirebileceğini tıbbi rehabilitasyonla öğrenen engelli birey için artık ikinci aşama, toplum içinde tüketici konumdan çıkıp üretici bir konuma nasıl geçebileceğinin belirlenmesine ve bu konudaki gelişiminin devamlılığını sağlamaya yönelik çalışmalar olmalıdır. Burada dikkate alınması gereken nokta, engelli bireyin tüketici olma deneyimlerini asgariye indirmek, üretici olma deneyimlerini de azamiye çıkarmak olmalıdır. Bu da engelli bireyin gelişiminin devamlılığını sağlamak adına yapılması gereken rehberlik hizmetlerinin temelini oluşturacaktır. Çok iyi bir düzenleme ile istihdamı mümkün kılınarak, engellinin emeğinden en az “normal” insanların emeği kadar fayda sağlanabilir.

Ne / Neler Yapabiliriz ?

- Mesleki Kaynaştırma (meslek eğitimi veren meslek liselerine farklı gelişim gösteren bireylerin de kabulünün sağlanması),
- Öğrencinin sahip olduğu yetenek ve güçleri ile doğru orantılı en uygun iş dalının tespiti,
- Engellilere iş ve meslek eğitimi veren okullardaki iş ve meslek derslerinin ve atölyelerin sayılarını arttırmak,
- Engelli bireylere karşı geliştirilen olumsuz tutum ve önyargılarla medyanın mücadele etmesi,
- Engelli bireyler için toplu dosya,
- Toplu dosyaların işler hale getirilmesi ve paylaşılması, bu dosyaların raflarda kalmaması,
- Aile + Okul + Rehber Öğretmen + İş ve Meslek Öğretmeni + Öğrenci + İşveren birlikteliği,
- Rehber öğretmenlerin ve alanda bu bireylere ve de ailelere yönlendirme yapan uzman kişilerin çocuklarının işgücü ve yapabilirlikleri ile ilgili sağlıklı ve doğru bilgi ulaştırmaları,
- Her bir öğrenci için bireysel kariyer planı oluşturma,
- Engelli bireyler için oluşturulmuş bir özgeçmiş internet sitesi ya da var olan ve özgeçmiş paylaşımı sağlayan mevcut internet sitelerinde engelli bireylere de ayrı bir sayfa hazırlanması,
- Mezun edilen öğrencinin işe yerleştirilmesi ve takibi ,
- Halk eğitim merkezleri’nde engelli bireylere yönelik mesleki eğitim ve kursların verilmesi, mezunların yerel belediyeler vb... yerlerde istihdamlarının sağlanması,
- Engelli bireylerin nüfus içerisindeki oranlarının belirlenmesi ve bu oranlara göre; okul sayılarının ve nitelikli öğretmen sayılarının artırılması,
- Belirlenen bu ihtiyaca göre YÖK işbirliği ile yeni öğretmenlik branşlarının ÖSS sınavları kapsamına alınması (Çok Engelliler Öğretmenliği, Engellilere İş ve Meslek Öğretmenliği vb...)
- Doktor + Özel Eğitimci + Aile + Sivil Toplum Örgütleri + Yerel Yönetimler + Devlet’in birlikte üretmesi ve bilgi – belge paylaşımı

- Alanda çalışan ve bilim üreten akademisyenlerin engellilerin iş ve meslek hayatlarına, istihdamlarına ilişkin daha çok sayıda yayın, proje üretmesi ve paylaşması,

- “Özel Eğitim” adlı dersin sadece eğitim fakülteleri ile sınırlı kalmaması diğer fakülte ve yüksekokulların da ders programlarına yerleştirilmesi,

- Kariyer planlaması yapan kişinin engelli bireylere uygun bir kariyer planlaması yapabilmesi için aldığı eğitimin içerisine engelliler ve istihdam başlıklarını içeren konuların da eklenmesi... gibi başlıklar önerilebilir.

Tüm bu bilgilerin ışığında; engelli bireylerinde; bir iş sahibi olmak, sahip olduğu işte başarı göstermek bu sayede onurlu bir yaşam sürebilmek ve engelinin türü ve derecesi dahilinde; ailesinden bağımsızlaşarak üretici konumuna geçebilmek, topluma ait olma duygusunu yaşayabilmek, sağlıklı bir benlik yapısı geliştirebilmek NORMAL” insanların olduğu gibi “ENGEL”li bireylerinde hakkıdır diyoruz ve kabul ediyoruz.

Ancak gerek tıbbi gerek sosyal ve mesleki rehabilitasyon programları ile “ENGEL” li bireylere destek ve yardım hizmetlerini götürürken alanda çalışan uzmanların ve de toplumda yaşayan “NORMAL ?” insanların engelli bireylere yönelik yanlış inanç ve tutumlarını değiştirmedikimiz / değiştiremediğimiz müddetçe ve tüm bu önerilere yeni öneriler ekleyemedikimiz, varolan olan uygulamaları geliştirip yenileyemedikimiz müddetçe engelli bireylerin önündeki en büyük engel aslında biziz.

Bu nedenle zihinsel engelli bireylere okulöncesi dönemden başlayarak eğitim öğretim verilmeli; ilkökul düzeyinde temel eğitimleri, ortaokul ve lise sınıflarında da iş ve meslek eğitimleri tamamlanmalıdır (Akçamete 1992, 26). Buna ek olarak, zihinsel engelli bireylerin bir işe yerleşmeleri durumunda mesleki ve psikolojik destek verilmeli, ayrıca engelli bireyin izlenmesi de sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

Akardere, S.S. “İşverenlerin Engelli Çalışanlara Yönelik Tutumları” Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi: İstanbul, 2005.

Akçamete, G. “Özürlü Çocukların ve Gençlerin İşe Hazırlamaları”, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1992.

Arsoy, S. “Mesleki Rehberlik Veren Kurumların Durum Saptaması”, İstanbul Üniversitesi: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.

Aytaç, S. “Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı”, Milli Prodüktivite Merkezi, Verimlilik Dergisi, 1993/2.

Aytaç, S., “Özürlülerin Rehabilitasyonunun Artan Önemi”, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt : 2, Sayı : 2, 2000

Bell, R.C., “Facilitating the Vocational Interpersonal Skills of Mentally Retarded Individuals”, American Journal Mental Retardation, Cilt: 88, University of Miami, 1983.

Bilgin, K. U., “Çalışan ve Çalışmak İsteyen Özürlülerin Verimliliğinde Mesleki İyileştirme”, 3. Verimlilik Kongresi 14-16 Mayıs 1997 - Bildiriler, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No.559, Ankara 1998

Brolin, D. E. “Life Centered Career Education A Competency Based Approach” 3th Edition Published by the Counsel for Exceptional Children, USA , 1991

Cavkaytar, A. “Ankara Eğitilebilir Çocuklar İş okulu Öğrencilerinin İş eğitimine Yönelik Tutumları”. Anadolu Üniversitesi: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir, 1990

Delph, H. A. "Criteria For Vocational Training of The Mentally Retarded" (Edt : Daniels Lloyd). Vocational Rehabilitation of the Mentally Retarded. By Charles

C. Thomas Printed in the United States of America, 1974

Ege, R."Uluslararası Sakatlar Yılı ve Bizim Sorunlarımız", Dünyada ve Türkiye'de Sakatlar ve Sorunları Açık Oturumu, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Enstitüsü, Yayın No:2, İstanbul, 1982

Eripek, S. "Zihinsel Engelli Çocuklar".Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları No: 31, 1983

Fırat, A. "Küçük İşyeri Sahiplerinin Eğitilebilir Düzeyde Zihinsel Özürlü Çocukları İşyerlerinde Çalıştırmaya Yönelik Tutumları". Türk Psikoloji Dergisi 1993,Cilt: 8 Sayı: 30

Güven, Y. (Edt: Prof.Dr. Adnan Kulaksızoğlu) "Farklı Gelişen Çocuklar: Özel Eğitime Giriş" İstanbul: Epsilon Yayınevi, 2003

ILO, "Vocational Rehabilitation of Disabled Persons", Geneva, 1990

Kokaska, J. C. & Brolin, E, D. "Career Education for Handicapped Individuals" 2nd Edition New York : Bell & Howel Compnay, 1985.

König, A. & Schaoock, L.R. "Supported Employment Equal, Opportunities for Severely Disabled Men and Women" International Labor Review, ILO, Vol.130, No.1, 1991

Kutal, M. "Engelli ve Eski Hükümlülerin Sosyal Hukuk Alanında Korunmaları". İktisat ve Maliye Dergisi, C:XXV, S:7, Ekim 1978

Mc Loughlin, A. J & Lewis, B. R (Çev : Filiz Gencer), "Asessing Special Students : Özel Gereksinimli Öğrencilerin Ölçümlemesi" Ankara : Gündüz Eğitim ve Yayıncılık, 2002

Phelps, W. "Attitudes Related to the Employment of the Mentally Retarded Vocational Rehabilitation of the Mentally Retarded", By Charles Thomas Printed in the United States of America, 1974

Seyyar, A. "Özürlülerin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Hakları: Toplumun Özürlülere Karşı Sorumlulukları", TÜRDAV Yayınları, İstanbul, 2001

Şahsuvaroğlu, T. "Eğitilebilir Zihinsel Engeli Olan İlköğretim II. Kademe Öğrencileri İçin Geliştirilen Mesleki Farkındalık Eğitiminin Değerlendirilmesi". Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003

T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, I. Özürlüler Şûrası "Çağdaş Toplum, Yaşam ve Özürlüler", Ön Komisyon Raporları, Ankara, 29 Kasım- 02 Aralık 1999

Yaşama Sevinci Dergisi; Sayı: 36, 16.03.1988

Yener, S, "Sakatların İstihdamı" İİBK İstihdam Seminerleri 1, Yayın No.272, Ankara, 1992

ENGELLİ ÇOCUĞUN EĞİTİMİNDE FİZYOTERAPİ - REHABİLİTASYON

M.E.B ÖZEL ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİNDE FİZYOTERAPİNİN ROLÜ - SORUN VE ÖNERİLER

Prof. Dr. Ayşe Livanelioğlu

H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

Rehabilitasyon, kişinin özürlülüğünü ve engelliliğini azaltmaya ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik bir eğitim sürecidir. Özürlü çocuk, zihinsel, duyuşsal, fiziksel özellikleri, sosyal davranışları ve iletişim becerileri yönünden normal bir çocuktan farklı olan bunun için profesyonel yardım alması gereken çocuk olarak tanımlanabilir. Özel Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Kurumları; özürlü çocukların fonksiyon kayıplarını gidermek ve toplum içinde kendi kendilerine yeterli olmalarını sağlayıcı beceriler kazandırmak üzere kurulmuş ve bu doğrultuda hizmet veren kurumlardır. 2007 yılından itibaren Millî Eğitim Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren bu merkezlerde bedensel ve zihinsel engellilere uygulanacak eğitim ve rehabilitasyon programları; motor, duyu, algı ve davranış becerileri, günlük yaşam aktiviteleri, hareket becerilerinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesini, bunun yanında yardımcı araç kullanımı ve eğitimi gibi çok yönlü yaklaşımları kapsamaktadır. Bireysel ve/veya grup eğitimi halinde gerçekleştirilen uygulamalarda kazandırılması hedeflenen fonksiyonel beceriler, özrüne şiddetine bağlı olarak değişeceğinden, her çocukta bireysel hedefler gündeme gelmektedir. Bu kapsamda, kaba ve ince motor gelişim becerilerinin geliştirilmesi, günlük yaşam aktivitelerinin eğitimi gibi alanlarda standart oluşturmak amacıyla geliştirilmiş bir müfredat programı kapsamında uygulamalar gerçekleştirilmektedir.

Günümüzde özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetine gerek duyan özürlü çocuk sayısının yaklaşık bir milyon olduğu düşünüldüğünde bu alanda verilen hizmetin önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Özürlü çocuk ailesine bu konuda verilen devlet desteğini ve hizmet veren kurum sayısındaki artış, özürlü çocukların ev ortamı dışında çıkmasına ve bu hizmetlerden yararlanmasına olanak sağlamıştır. Ancak plansız ve düzensiz bir yapılanma ile bu kurumların sayısındaki artış beraberinde ciddi bazı sorunları da gündeme getirmiştir.

Bu sorunlar genel olarak şu başlıklar altında özetlenebilir;

- Kurum sayısındaki hızlı artış
- Çocuk sayısındaki artış
- Personel yetersizliği
- Tıbbi ve eğitsel tanılamadaki eksiklikler
- Özürlü çocuğun gerçek ihtiyaçların doğru belirlenmesi

Denetim mekanizması

Son 10 yıldır sosyal güvenlik kurumları tarafından özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri için verilen desteğin artması, devlet tarafından ayrılan kaynağın özel sektöre kar amaçlı kullanılmak istenmesi, bu artışın, hizmete ihtiyaç duyan özürlü çocukların sayısı ve dağılımı doğrultusunda planlı olmaması, bu tür merkezleri açabilecek kişilere yönelik ciddi standartların olmaması gibi nedenlerle alanda çalışan özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinin sayısı hızla artmıştır. Bu kontrolsüz artış beraberinde konunun uzmanı olan ve bu alanda çalışan özel eğitimci, çocuk gelişimi uzmanı ve özellikle fizyoterapist gibi bazı meslek elemanlarına olan ihtiyacı artırmış, ciddi personel sıkıntısı gündeme gelmiştir. İlgili uzmanlık alanlarındaki sıkıntı bir takım kurs ve sertifikasyon programları ile giderilme çabalarını da gündeme getirmiştir. 4 yıllık lisan eğitimi ile kazanılan bu uzmanlıkların ciddi bir birikim ve deneyim gerektirdiği göz önünde bulundurulduğunda, konunun uzmanı olmayan kişilerin kısa

süreli bir kurs programı ile bu bilgi ve beceriyi kazanamayacağı, dolayısı ile özürlü çocukların ihtiyaçlarına gerçek anlamda cevap veremeyeceği çok açıktır.

Özürlü çocukların ihtiyaç duydukları hizmetler, özürlü tipine ve şiddetine bağlı olarak geniş bir dağılım gösterir. Bu nedenle çocuğun kapsamlı bir eğitsel ve tıbbi tanılama ile gerçek ihtiyaçlarının belirlenmesi ve tekrarlı değerlendirmeler ile de değişen ihtiyaçların ortaya konması gereklidir.

Diğer önemli bir konu ise bu hizmetleri veren özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinin açılışları için oluşturdukları standartları devam edip ettirmediklerinin düzenli aralıklarla ve bu konuda deneyimli, tercihen alanda çalışan meslek mensuplarının temsilcilerinin de içinde yer aldığı bir denetleme mekanizması ile denetlenmesidir. Sonuçta bu merkezler elbette bu alanda önemli bir açığı kapatmakta, değerli hizmetler vermektedir. Ancak unutulmaması gereken önemli bir konu bu merkezlerin aynı zamanda ticari bir boyutunun olduğu, özürlü çocuk ve ailesini ihtiyaçlarının bu boyut dışında düşünülmesi gereğidir.

ÖZEL EĞİTİMDE FİZYOTERAPİSTİN ÇALIŞMA ALANI, SORUMLULUKLARI, ÇOCUĞA VE AİLEYE YAKLAŞIM MODELLERİ

Uzm. Fzt. Ela Tarakcı

İstanbul Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Y.O.

ABSTRACT

Special Education refers to specialization of educational services in cases of disability – handicap resulting from a deficiency in some capabilities of individuals and when such individuals cannot benefit from general educational services.

Physiotherapy and Rehabilitation is a science whereby special assessment and treatment approaches are applied on basis of scientific evidences for utmost level of improvement in functional status of persons after various diseases, injuries and accidents, and improvement of their quality of life.

A physiotherapist is a professional healthcare personnel who plans and implements physiotherapy and rehabilitation programs by using miscellaneous measurement and assessment methods for patients whose disabilities are diagnosed and who need physiotherapy and are therefore guided to a special education center.

Multidisciplinary approach is of high importance in rehabilitation as deficiency can be lessened through various methods in children needing special education. The staff in this team assess needs of the disabled individual in their fields of interest and work in communication in parallel with a common objective.

- In special education, physiotherapists work children with:
- Cerebral Paralysis,
- Mental Motor Retardation,
- Down Syndrome,
- Spina Bifida,
- Musculoskeletal System Diseases;
- Post-Trauma Physical Disabilities,
- Other Syndromes (SSPE, Proder Willi, Escobar...).
- Attendance of family is of high importance in children receiving special education.

Özel Eğitim ; bireylerin bazı özelliklerinde meydana gelen yetersizlikten kaynaklanan özür- engel durumlarında ve onların genel eğitim hizmetlerinden yararlanamadıklarında eğitim hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamına gelir.

Bir başka deyişle özel eğitim; özel eğitim gerektiren bireylerin eğitim ihtiyaçlarını karşılamak için özel olarak yetiştirilmiş personel, gelişmiş eğitim programları ve yöntemleri ile onların özür ve özelliklerine uygun ortamlarda sürdürülen eğitimidir.

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon; çeşitli hastalıklar, yaralanmalar ve kazalar sonrası kişinin fonksiyonel durumunun en üst seviyede iyileştirilebilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bilimsel kanıtlara dayalı özel değerlendirme ve tedavi yaklaşımlarının uygulandığı bir bilimdir.

Fizyoterapist; tanısı konularak özel eğitim merkezine yönlendirilen ve fizyoterapi gereksinimi olan hastaların çeşitli ölçme ve değerlendirme metodlarını kullanarak fizyoterapi ve rehabilitasyon programlarını planlayan ve uygulayan profesyonel bir sağlık elemanıdır.

Özel eğitime gereksinim duyan çocuklarda yetersizliğin çeşitli yollarla düzeltiliyor olması nedeniyle rehabilitasyonda multidisipliner yaklaşım çok önemlidir. Bu ekipteki elemanlar engelli bireyin ihtiyaçlarını ilgili oldukları alanlarda değerlendirerek ortak bir hedef doğrultusunda iletişim içinde çalışırlar.

Özel eğitimde fizyoterapistler;

- Serebral Paralizi,

- Mental Motor Gerilik,
- Down Sendromu,
- Spina Bifida;
- Kas İskelet Sistemi Hastalıkları;
- Travma Sonrası Oluşan Bedensel Yetersizlikler,
- Diğer Sendromlu Çocuklar (SSPE,Prader Willi,Escobar....) 'la birlikte çalışırlar.

Zihinsel Engelli Çocuklar ve Fizyoterapi

Bir çocuğun gelişimi her ne kadar zihinsel,duygusal ve motor alanlarda ayrı ayrı ele alınarak değerlendirilse de gelişimin bir bütün olduğu ve bu alanların birbiriyle etkileşim içinde olduğu unutulmamalıdır.

Zihinsel engelli çocukların normal gelişim gösteren çocuklarla aynı gelişimsel aşamalarda ilerlemelerine rağmen onları geriden izledikleri bilinmektedir.

Araştırmalar zihinsel engelli çocukların güç,dayanıklılık,denge, koordinasyon,esneklik ,hız gibi fiziksel ve motor uygunluk alanlarında daha zayıf olduğunu belirtmektedir.

Zihinsel engelli çocuklar

- Motor performans yetersizliği
- Fiziksel uygunlukta bozulma
- Beden algısı sorunları
- Denge problemleri
- Koordinasyon sorunları
- GYA'ni yerine getirme güçlükleri

gibi nedenlerle fizyoterapiye ihtiyaç duyarlar

Zihinsel engelli çocuğun fizyoterapi programı bireysel farklılıklar gözetilerek planlanmalıdır.

Çocuğun seviyesine uygun bireysel motor programlar belirlenerek tedavide özel fizyoterapi teknikleri kullanılır.

Uygulanan duyu-algı-motor programları ile duyarların uyarılarak dış çevreden bilgi kabulünü artırmak ve çocuğun çevreye tepki vermesini sağlamak hedeflenir.

İnce motor becerileri geliştirici aktiviteler çalıştırılarak GYA'de bağımsızlıkları arttırılmaya çalışılır.

Güvenli bir oyun çevresi yaratılarak diğer çocuklarla bir arada yapabilecekleri oyun aktivitelerine yönlendirilerek motor gelişimleri desteklenir.

Fiziksel Engelli Çocuklar ve Fizyoterapi

Bedensel problemi olan çocuklar, yetersizlikten yada sağlık sorunlarından dolayı okula devamları aksayan yada öğrenebilmeleri için özel hizmet ve donanım gerektiren çocuklardır. Bu çocuklar bedensel yetersizliğin dışında öğrenme güçlüğü, konuşma bozukluğu ve uyum problemleri gösterebilirler.

Serebral Paralizi ve Fizyoterapi

Ülkemizde yapılmış net bir istatistiki sonuç olmamakla birlikte yaklaşık 700.000 SP'li olduğu bilinmekte. Bu oranın yüksek olması akraba evlilikleri, hamilelikteki olumsuzlular, kötü doğum koşulları, yeterli bebek bakımı ve hastalıklar nedeniyledir.

- SP'li çocukta pek çok problem bir arada görülebilir.
- SP'li Çocuğun Rehabilitasyonunda

- Uygun egzersiz tedavisi
- Ortez uygulamaları
- Denge ve Koordinasyon çalışmaları
- Aile eğitimi ve ev programı
- Uygun yardımcı araç ve gerecin belirlenmesi
- Aktivite eğitimi,

fizyoterapistin önemle üzerinde durması gereken konulardır.

Down Sendromu ve Fizyoterapi

Bu çocukların fizyoterapi programında hipotonik kasları kuvvetlendirmek ve hastaların yaşam kalitelerini arttırmak için egzersiz programları düzenlenir ve uygulanır

Ayrıca dilin ağız içinde tutulmasını kolaylaştırmak için yüz kaslarına yönelik çalışmalar yapılabilir.

Spina Bifida ve Fizyoterapi

Sinir sistemini, kas-iskelet sistemini ve genitoüriner sistemi etkileyen kompleks bir sendromdur.

Çocukta nöromotor disfonksiyon yaratan hastalıklar arasında serebral paraliziden sonra ikinci sırada yer alır.

Fizyoterapide hedef: Çocuğa tutulum seviyesinin izin verdiği ölçüde optimum mobilitayı kazandırmak ve oluşabilecek komplikasyonları önlemektir.

- Çocuğun seviyesine göre kaba motor becerilerin geliştirilmesi
- Uygun ortez seçimi
- Kendine bakım aktivitelerinin eğitimi
- Denge ve koordinasyon çalışmaları
- Deformiteleri önlemeye yönelik çalışmalar yapılır.

Kas Hastalıkları ve Fizyoterapi

İlerleyici kuvvet kaybı ile karakterize olan kas hastalıklarının tedavisindeki en önemli hedef kişilerin yaşamlarını bağımsız şekilde sürdürmelerine yardımcı olmaktır.

Bu çocuklarda kas zayıflıklarını engellemek,eklemlerdeki deformite ve konraktürleri engellemek, kardiorespiratuar kapasiteyi arttırmak,günlük yaşamda bağımsızlığı sağlamak için fizyoterapi programları uygulanır.

Otizm ve Fizyoterapi

Otizm, bireyin dış dünyadaki uyaranları algılamasını, aldığı bilgileri düzenleyip kullanmasını etkileyen, yaşam boyu süren gelişimsel bir bozukluktur.

- a- Sosyal İlişkilerde Güçlük
- b- İletişimde Zorluklar
- c- Sınırlı İlgi, Yineleyici ve Rutin Davranışlarla sık karşılaşılır.

Otistik özellikleri olan çocuklarda fizyoterapi ve ergoterapi uygulamaları ile:

- 1- Motor planlama yeteneğini geliştirici aktiviteler

- 2- Görsel algı yeteneğini geliştirici, göz kontrolünü artırıcı çalışmalar
- 3- El – göz koordinasyonunu geliştirici etkinlikler,
- 4- Öz bakım becerilerinin geliştirici yaklaşımlar,
- 5- Kaba ve ince motor gelişimini geliştirici egzersizler,
- 6- Kas-iskelet sistemi kontrolünü artırmak için denge, postür (vücut duruşu) ve koordinasyon yeteneğini geliştirmeye yönelik çalışmalar
- 7- Duyu-algı-motor bütünleşmeye yönelik çalışmalar yapılır.

Görme ve İşitme Engelli Çocuklar ve Fizyoterapi

Görme duyusunun duyu-motor gelişim süreci için en önemli “duyusal girdi” olduğu düşünülür. Bu nedenle görme engelli çocukların farklı motor gelişim göstermeleri beklenir.

Yapılan pek çok çalışma görme engelli çocukların mobilitesini sağlayan hareket becerilerini kazanmada gecikme gösterdiğini ve hipotonik olduklarını ortaya koymaktadır.

Motor gelişim sürecinde duyusal girdilerin önemi, görme engelliler kadar işitme engelli çocuklarda da üzerinde durulması gereken bir konudur.

Araştırmalar özellikle vestibüler hasarlı çocuklarda statik ve dinamik denge, motor gelişim ve fiziksel yeteneklerde yetersizlikler olduğunu göstermektedir.

Görme ve işitme engelli çocuklarla

- Kaba ve ince motor gelişimi destekleyici egzersizler
- Vücut imajını geliştirmeye yönelik çalışmalar
- Postürü düzeltmeye yönelik egzersizler
- Denge yeteneğini geliştirici aktiviteler
- Yürüme çalışmaları (farklı yüzeyler kullanılarak) yapılabilir.

Özel Eğitim Alan Çocuklarda Ailenin Katılımı

Tedaviye başlarken ailenin beklentisini öğrenmek ve aileyi bilgilendirmek önemlidir.

Özel eğitime gereksinim duyan çocukların planlanan tedavi ve eğitim sürecinden hedeflenen düzeyde yararlanabilmeleri, ailelerin bu eğitim sürecinde aktif olarak yer almaları ile mümkündür.

Bu nedenle çocuğun tedavisi için aile ile plan yapılmalıdır.

Tedavi sürecinin ailenin eğitimi ile ev ortamında da sürdürülmesi çocuğun gelişimini hızlandıracak ve ailenin motivasyonunu artıracaktır.

Mümkün olduğunca her iki ebeveynin de katılabileceği, bilgi alabileceği ve kendilerine benzer durumları yaşayanlarla bir araya gelebilecekleri etkinlikler düzenlenmelidir.

Özel eğitime gereksinim duyan çocuklar ve aileleri ile çalışan kişiler olarak belki de en önemli görevimiz aileye böyle bir çocuğa sahip olmanın getirdiği olumlulukları vurgulamak ve sabırla tedavi ve eğitime devam etmesinin önemini anlatmaktır...

REFERANSLAR

Campbell, S.K. (2005). Physical Therapy for Children. Saunders. Chicago

Demirel ,S., Alptekin, K.(2005). Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Hizmetlerine İhtiyaç Duyan Bireyler ve Aileleri. Ankara

Özsoy, Y. , Özyürek, M., Eripek, S. (1998). Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar- Özel Eğitime Giriş. Kartepe Yayınları. Ankara

Barry, M.J. (1996). Physical Therapy Interventions for patients with movements disorders due to cerebral palsy. Journal of Child Neurology.11.s.51-60

A.A.M.R American Association on Mental Retardation (1992) Mental Retardation Definition Classification and Systems of Supports. Washington D.C.

İftar, G.K. Bir Özel Eğitim Kategorisi Olarak Öğrenme Güçlükleri. (1992) Eskişehir Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. C5,s 1-2

Harris, S.R. (1991) Down Sendrome. Pediatric Neurologic Physical Therapy. Churchill Livingstone .s 131-168

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARDA SAĞLIK EĞİTİMİ VE FARKINDALIĞIN ARTTIRILMASI

Yrd.Doç Dr. Feryal Subaşı

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Eğitimi Bölümü

Son beş yılda zihinsel engelli (ZE) çocuklarda koruyucu sağlık üzerine yapılan çalışmalara olan ilgi artmıştır, “2010 da Herkes İçin Sağlık” kampanyası buna örnek verilebilir. (17, 22, 25) Yapılan çalışmalarda sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi stratejilerinin zihinsel engellilerde daha iyi sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunacağı ileri sürülmektedir.

(7,10, 12) Tannahill sağlık eğitimini kişinin kendisini iyi hissedebilmesi için, sağlığını olumlu olarak etkileyen eğitimsel aktiviteler, yine sağlığı koruyan uygulamalar, koruyucu uygulamalar, hastalıkları önleyici çalışmalar ve bu anlamda alınacak önlemler ve uygulanacak politikalar olarak tanımlamıştır. Daha pragmatik bir yaklaşımla Tones and Tilford da sağlığın geliştirilmesi kavramının bir sağlık eğitimini de içine alarak bir şemsiye gibi sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi gibi kavramları da kapsadığını bildirmiştir. (1-3) Böylece bugün; sağlıksız beslenme alışkanlığı (4,5,9,11, 24), yetersiz fiziksel aktivite yapmak (7, 14, 22), sigara veya alkol kullanmak sağlık üzerinde risk oluşturan, sağlığı geliştirilmesi kavramının temel etkenlerini oluşturan faktörler olarak zihinsel engelli bireylerle ilgili araştırmalarda üzerinde sıklıkla durulan konular olmuşlardır.(25) Bu çalışmalarda; zihinsel engelli bireylerin sağlığın geliştirilmesi ile ilgili olarak beslenme, fiziksel aktivite, dental sağlık gibi konularda sağlık eğitimine ihtiyaç duydukları bildirmektedir. ZE’ lilerde sağlığın geliştirilmesine yönelik çalışmalar kısmen yeni bir kavram olmasına rağmen, olumlu sağlık davranışlarının sekonder risk faktörleri üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle bu çalışmaların önemi artmıştır. (6, 8) Fiziksel aktivite bilindiği gibi toplumun her kesiminden için sağlık yaşamın bir parçasıdır. (12, 13,19, 23, 25) Literatürde; orta şiddette tercihan haftanın her günü veya en az 3 günü 30 dakika süre ile uygulanan fiziksel aktivitenin zihinsel engelli kişilerde sağlığın korunması ve geliştirilmesi amaçlarına önemli katkı sağladığı bildirilmektedir.(14, 15, 21) Ancak; zihinsel engelli çocuklar için sağlık eğitimi ve sağlık davranışlarının değiştirilmesine yönelik çalışmaları uygulamak ve devamlılığını sağlamak zordur. Çalışmalarda, evde, sınıfta, okullarda sağlık davranışlarının geliştirilmesi için aile üyeleri, öğretmenlerin de dahil edilebilmesi gerektiği ileri sürülmektedir. Sağlık davranışlarında modifikasyonlar yapmak için nasıl eğitim teknikleri ve yöntemler kullanılması gerektiği konusunda hala sorunlar vardır. (13, 15, 16) Bu nedenle; sağlıklı yaşam ile ilgili olarak tüm aile üyelerin farkındalığının artırılması yöntemini kullanmak önemli olacaktır. Sonuç olarak; sağlık davranışlarının geliştirilmesini hedefleyen sağlık eğitimi stratejilerini araştıran proje ve araştırmalara halen ihtiyaç vardır, bu çalışmalar literatüre katkı sağlayacaktır. (17, 19) Bu amaçla; bizde “Zihinsel Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivitenin Geliştirilmesi” isimli projeyi hazırladık. Bu proje;

(Proje numarası; SAĞ-KPS-201205-0229) Marmara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Komitesi tarafından desteklenmektedir. Bu projedeki amaçlarımız;

1- Zihinsel engelli çocukların ve öğretmenlerinin fiziksel aktivite ve boş zaman aktiviteleri ile ilgili davranışlarını etkileyen bağımsız faktörleri araştırmak,

2- Çocukların ve öğretmenlerinin fiziksel aktivite ve boş zaman aktivitelerini geliştirici sağlık eğitim programları uygulamaktır.

Çalışmaya zihinsel engelli çocuklar (N: 148; ort. yaş: 14.36± 3.69; yaş range : 3-22 yıl) ve onların öğretmenleri (N: 29, ort. yaş: 31. 55±8.8.; yaş range: 18- 58 yıl) dahil edilmiştir. Zihinsel engelli çocukların sosyo-demografik karakteristikler, günlük yaşamdaki beceri alanları, davranış problemleri, düzenli olarak katıldıkları spor veya fiziksel aktiviteleri kayıt edildi. Zihinsel engelli çocukların fiziksel aktivite ve boş zaman aktiviteleri ile ilgili sağlık davranışlarını değerlendirebilmek için ayrıca öğretmenlere yönelik odak grup görüşmeleri yapıldı. Zihinsel engelli çocukların sağlık davranışları ile ilgili ihtiyaçları belirlendi. Yapılan odak grup görüşmeleri ve diğer değerlendirmelerin ışığında olguların sağlık eğitimine ihtiyaç duydukları konular; dental sağlık, beslenme, hijyen ve fiziksel ve boş zaman değerlendirme aktiviteleri olarak belirlendi. Böylece; çocuklar ve öğretmenleri için spesifik sağlık eğitim programları düzenlendi. Bu amaçla; kitap, buklet ve posterler hazırlandı. Projemiz 2008 yılında da devam edecektir.

THE PROMOTION OF HEALTH EDUCATION AND AWARENESS AMONG CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION

Yrd.Doç Dr. Feryal Subaşı

Preventive health for people with mental retardation (MR) has received increased attention in last five years by several publications such as Healthy People 2010. (17,22,25) It was implied also that health promotion and education strategies can be contribute them to have better health. (7,10,12) Access to education and information is essential in achieving effective participation and the empowerment of people and communities. Tannahill defined health education as 'any educational activity aimed at positively enhancing well being,' prevention as 'prevention procedures' and 'other preventive action', health protection as ' legal controls and other regulations or policies at the prevention of disease or the positive enhancement of well-being'. A more pragmatic solution was defined also by Tones and Tilford, who used health promotion as an umbrella term to encompass all interventions that promote health, including health education. (1-3) It was suggested detailed investigations into such health risks - unhealthy diet (4, 5, 9, 11, 24), lack of regular physical exercise (7, 14, 22) excessive alcohol and tobacco consumption, etc. - for promoting health in the individuals with mental retardation. (25) The several reports regarding health promotion of individuals with MR identified. especially issues such as diet, physical activity, dental health etc. has been documented. (6, 8) Thus, physical activity is an important part of a healthy life style for all people. (12, 13, 19, 23, 25) The standard recommendation is that accruing 30 minutes of moderate intensity physical activity on most, preferably all, days of the week serves as a preventative health measure (14,15,21). Although health promotion in people with MR is a relatively new concept, its importance has increased. The studies reporting that health-related behaviors could decrease the risk of secondary. However, health education, modification of health behaviors studies are likely to be a problematic for the individuals with MR. The successful application of behavior–modification techniques in homes, classrooms, and institutional settings has stimulated interest in the experimental analysis of procedures that might be used to teach parents, teachers, and others to apply those techniques themselves.(13,15, 16) A question implicit in the work of many researchers is, how can we use behavioral technology to teach behavior – modification techniques. It is important is to encourage all families to take a shared family approach to awareness healthy living. It can be implied that the projects and researches regarding health education strategies, which aims to promote health behaviors may provide a good opportunity for this purpose. (17, 19) Thus; we have designed the project entitled "The Project On The Promotion Of Physical Activity Among Children With Mental Retardation"

The aims of the our project were to

1-investigate the independent factors affecting the physical activity and leisure time activities behaviors of children and their teachers,

2- apply the health education program to promote physical activity and leisure time activity behaviors for the teachers.

This project (Project number; SAĞ-KPS-201205-0229) was approved and funded by the Research Committee of Marmara University.

The study was included 148 (mean age: 14.36 ± 3.69 age range: 3-22 years) children MR and their teachers (N: 29, mean age: 31.55 ± 8.84 ; age range: 18- 58). Socio-demographic characteristics, their adaptive skills, some behavioral problems, participation in sport activities (swimming, basketball, running, table tennis) etc. of the children with MR were collected in the study. The focus group interviews were made to the teachers to ascertain the health behaviors regarding physical and leisure time activities of the children with MR. It was determined the needs which were health behaviors of the children with MR. According to the result of the focus group interviews and other assessments, it was found out the needs of the health education subjects which were related to dental health, healthy nutrition behavior, hygiene, physical and leisure time activities for the children.Thus; the specific health education program for the children and their teachers were designed . The books, booklets and posters were prepared for the children and their teachers. Our project will be continued to next year.

KAYNAKLAR

- 1-Beaglehole, R., Bonita, R.(2004). Public health at the crossroads: Achievements and Prospects (2nd edition) Cambridge University Press, pp 15-46.
- 2-Bennett, P., Murphy, S., (1997). Psychology and Health Promotion (1st ed), Buckingham: Open University Press.
- 3-Blenkinsoop, A., Panton, R., & Anderson, C.(2000). Health Promotion for Pharmacist (1 th ed), New York: Oxford University Press
- 4- Calle, E.E., Thun, M.J., Petrelli, J.M., & Rodriguez, C. (1999). Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. Adults. The New England Journal of Medicine, 341, 1097-1105.
- 5-Dezenberg, C.V., Nagy TR, Gower BA, Johnson R., & Goran MI. (1999). Predicting body composition from anthropometry in pre-adolescent children. International Journal Obesity Metabolic Disorders, 23, 253-259.
- 6-Draheim, C., Williams, D., & McCubbin, J. (2002). Prevalence of Physical Inactivity and Recommended Physical Activity in Community-Based Adults with Mental Retardation. Mental Retardation, 40(6), 436-444.
- 7-Frey, G. C., Temple, V. A., & Stanish, H. I. (2006). Introduction: preventive health and individuals with mental retardation. Ment Retard Dev Disabil Res Rev, 12(1), 1-2.
- 8-Gladstone, B. & Spencer, C. J. (1977). The effects of modeling on the contingent praise of mental retardation counselors. Journal of Applied Behavior Analysis, 10, 75- 84.
- 9- Harris, N., Rosenberg, A., Jangda, S., O'Brien, K., &Gallagher, M.L. (2003). Prevalence of obesity in International special Olympic athletes as determined by body mass index. Journal of The American Dietetic association, 103, 235-237.
- 10-Hortwitz, M.S., Kerker, D.B., Owens, P., & Zigler, E. (2000). The Health Status and Needs of Individuals with Mental Retardation. Department of Epidemiology and public Health, Yale University School of Medicine Department of Psychology, Yale University.
- 11- Hove, O.(2004). Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. Research in Developmental Disabilities., 25(1), 9-17.
- 12-Krahn, G. L., Putman, M. Drum, C.E., & Powers, L. (2006). Disabilities and Health. Toward a National Agenda for Research. Journal of Disability Policy Studies, 17 (1), 18-27.
- 13-Lin, J.D., Yen, C.F., & Wu, J.L. (2005). Importance and satisfaction of preventive health strategies in institutions for people with intellectual disabilities: a perspective of institutional directors. Res Dev Disabil, 26(3), 267-80.
- 14- Nehring, W.M. (2005). Health promotion for persons with intellectual and developmental disabilities. American Association on Mental Retardation.
- 15-Santiago, M.C., & Coyle, C.P.(2004) Leisure-time physical activity and secondary conditions in women with physical disabilities. Disability and rehabilitation, 26(8), 485-494.
- 16- Sellinger, M.H., Hodapp, R.M., & Dykens, E. M. (2006). Leisure Activities of Individuals with Prader-Willi, Williams, and Down Syndromes. Journal of Developmental and Physical Disabilities, 18 (1), 59-71.
- 17- Special Olympics, Inc.(2001).Promoting Health for Persons with Mental Retardation- a Critical Journey Barely Begun. Washington, DC. March 2001.
- 18- Shea, S.S.(2006). Mental retardation in children ages 6 to 16. Semin Pediatr Neurol, 13, 262-270.
- 19-Stanish, H. I., Temple, V. A., & Frey, G. C. (2006). Health-promoting physical activity of adults with mental retardation. Ment Retard Dev Disabil Res Rev,12(1), 13-21.

20-Stouffer, K., & Dorman, S.M. (1999). Childhood Obesity: A Multifaceted Etiology. *The International Electronic Journal of Health Education*, 2, 66-72.

21-Todd, T. & Reid, G. (2006). Increasing Physical activity in individuals with autism. Focus on autism and other developmental disabilities, 21(3), 167-176.

22-Van Schrojenstein Lantman-De Valk, H.M. (2005) . Health in People with Intellectual Disabilities: Current Knowledge and Gaps in Knowledge *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18 (4), 325-333.

23- Veiga, G.V., Dias P.C., & Anjos L.A. (2001). A comparison of distribution curves of body mass index from Brazil and The United States for assessing overweight and obesity in Brazilian adolescents. *Rev. Panam Salud Publica /Pan Am J Public Health* 10(2); 79-85.

24- Verel, S., Subasi, F., & Erbaydar,T. (2004). Factors Influencing Body Mass Index Among Children And Adolescents With Mental Retardation ”, *Proceedings of the 7th International Congress of Sports Medicine Association of Greece*, Drama, Greece, 29 April - 2 May 2004.

25-World Health Organization (2000). Ageing and Intellectual Disabilities: Improving Longevity and Promoting Healthy Ageing and Promoting Healthy – Ageing – Summative Report. Geneva, Switzerland: WHO.

ENGELLİ ÇOCUKLARDA FİZİKSEL AKTİVİTE

ENGELLİ ÇOCUKLARDA FİZİKSEL AKTİVİTE: FİZİKSEL AKTİVİTEYİ ENGELLEYEN KARDİYOPULMONER DURUMLAR

Prof. Dr. H. Nilgün Gürses

İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü

Özürlülük ve fiziksel aktivite arasındaki ilişki iki yönlü kısır bir döngüdür. Özürlü bireylerin fiziksel aktiviteleri azalarak kaybolabildiği gibi, sağlıklı kişilerde giderek hareketsiz kalarak özürlü bir birey haline gelebilirler.

Sağlıklı veya engelli çocukta kronik hastalıkları önlemek, hastalık riskini azaltmak, sağlığı geliştirmek amacıyla fiziksel aktivite arttırılmalıdır.

Kronik hastalıkları önleme ve hastalık riskini azaltma amacıyla yapılan fiziksel aktiviteler;

- Kemik mineralizasyonunu artırır, ileride osteoporozu önler,
- Obesiteyi önler,
- Tip II Diabet insidansını azaltır,
- Esansiyel hipertansiyonda kan basınçlarını azaltır,
- Hiperlipidemi ve ateroskleroz riskini azaltır,
- Mental sağlığı iyileştirir.

Fiziksel aktivitenin çocukların sağlıklarını geliştirdiği bilinmektedir. Ancak hangi tip ve ne kadar olmalı sorusunun cevabını verirken çocukları kişisel olarak ele almalı ve dikkat edilmesi gereken sağlık problemlerinin üzerinde durulmalıdır. En ufak bir aktivitenin bile çocuklar üzerinde olumlu etkilerinin olduğu unutulmamalı ve fiziksel aktivite yaşamlarının bir parçası haline dönüştürülmelidir.

Sağlığı geliştirmek için yapılan fiziksel aktivitenin 4 önemli bileşeni vardır:

1- Kalori harcama: Fiziksel olarak aktif olma kalori harcanmasını sağlar ve çocukların sağlıklı kiloları olur. Vücut yağ dağılımları olumlu etkilenir. Aerobik aktiviteler (yüzme, bisiklete binme, koşma gibi) kalori harcamak için en iyi aktivitelerdir.

2- Kemiklerin gelişmesi: Çocuklukta ağırlık verilerek yapılan aktiviteler kuvvetli kemik gelişimini sağlar. Bu çabalar yetişkinde osteoporoz oluşumunu engeller (İp atlama, yürüyüş, futbol veya basketbol oynama). Ancak bu aktiviteleri yapabilmek için çocukların kendi ağırlıklarını taşıyabilmeleri gerekir.

3- Kardiyoespiratuar uygunluk (KR): KR için düzenli fiziksel aktivite gerekir. Koşma, bisiklete binme, yüzme vb. aktiviteler haftada 3 gün 30 dakika süre ile yapıldığında KR uygunluk artar. Çocuklarda ve hipertansiyonu olan gençlerde KR'un artması istirahat kan basıncını düşürür. Bu aktiviteler öncesinde de bireysel değerlendirme şarttır.

4- Kasların uygunluğu: Kas uygunluğunu arttıran aktiviteler yaralanma riskini azalttığı için fiziksel aktivitenin önemli bir bileşenidir. Kas uygunluğunun parametreleri ise kas kuvveti, endurans ve fleksibilitedir. Önerilen aktivite programlarının bu 3 değişkeni de içermesi gereklidir.

Engelli çocukların yukarıda bahsedilen konulara ek olarak sağlık problemleri vardır. Gelişimlerinde ve motor becerilerinde gecikme olabilir. Bazı çocuklarda fiziksel aktivite rahatsızlık verir hastalıkları ile ilgili bulguları arttırabilir. Bu çocuklar yeni aktiviteleri denemekten korkar ve sedanter davranışları tercih ederler. TV, video seyrederek, bilgisayar oyunu oynarlar. Genellikle fiziksel olarak aktif arkadaş ve akrabası yoktur.

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. Aktif olmalarını engelleyen durumlar varsa bunları yenmelerine yardımcı olunmalıdır. Fiziksel aktivite seviyeleri en iyi okullarda artırılabilir. İlkokullarda çocuklar daha aktiftir. Sağlık profesyonelleri, aileler, eşler, toplumsal kuruluşlar çocukların aktivite seviyelerini etkileyebilir. Ebeveynler aktif ise çocuklar üzerinde olumlu bir etki bırakırlar. Arkadaşları aktif ise kendileri de aktif olmaya eğilimlidir. Sağlık ve fiziksel aktivite durumunu iyileştirmek için sağlık profesyonelleri, aileler ve toplumsal kuruluşları arasındaki ilişkiyi arttırmak gerekir. Kolaylıkla uygulanabilecek birkaç strateji; fiziksel aktiviteye odaklanan sağlık kılavuzları hazırlamak, ailelerin bilgi, hüner ve uygun aktivitelere katılımını arttırmak, çocukların gelişimlerine uygun aktiviteleri seçmek, emin ve elverişli ortamlar oluşturmak, çocukları cesaretlendirmek ve destek vermektir. 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.

1-Ailelerin rolü: Fiziksel aktivite evde başlar. Genellikle fiziksel olarak aktif olan çocukların aileleri ve yakınları da aktiftir ve çocuklarını cesaretlendirirler. Aileler pozitif rol modeli oluşturur. Aile büyükleri asansör yerine merdiven kullanır, markete araba yerine yürüyerek giderse çocuklara örnek olurlar. Çocukların sedanter aktivitelerini kısıtlayabilirler (TV ve video seyretme, bilgisayar oyunu oynama gibi). Çocuklar ve aileleri spor salonlarına yazılabilirler. Aktivite ve yemek yeme davranış ve alışkanlıklarını değiştirebilirler.

2- Sağlık profesyonellerinin rolü: Sağlık profesyonelleri fiziksel aktiviteyi arttırmada anahtar rolü oynar. Çocukları ve aileleri eğitirler. Sağlık kontrolleri sırasında fiziksel aktivite seviyelerini değerlendirirler. Aileleri uygun aktivite programlarına yönlendirebilir, çocukları engelleyen durumları tanımlayabilir ve danışmanlık verebilirler. Kuruluşlarla (çocuk bakım evleri, okullar, rekreasyon merkezleri gibi) ortaklıklar oluşturarak yüksek kaliteli aktivite programları oluştururlar.

3- Toplumsal kuruluşların rolü: Okullar, parklar, sivil toplum örgütleri ve diğer kuruluşlar çocuklara fiziksel aktivite fırsatları sunar. Toplumsal kuruluşlarda eğlenceli, çocuk gelişimine uygun, yarışmaya değil katılıma odaklanan fiziksel aktivite programları olmalı, okul öncesi programlara da yer verilmelidir. Çocukların ana okulundan orta öğretim sonuna kadar her gün motor yeteneklerini geliştirecek şekilde beden eğitimi derslerine katılma imkanı sağlanmalı, ilkokullarda teneffüsler fiziksel aktiviteye fırsat tanıyacak uzunlukta olmalıdır. Okullarda spora yatkın olan çocuklar için müfredat dışı aktivite programları olmalıdır.

Toplumsal olarak dikkat edilmesi gerekenler aşağıda özetlenmiştir;

- 1- Yeterli sayıda ve güvenli park ve çocuk bahçeleri var mı?
- 2- Okullardaki aktivitelerden okul saatlerinin dışında da yararlanılabiliyor mu?
- 3- Ücretsiz ve herkese açık aktiviteler var mı?
- 4- Yürüyüş ve bisiklet için parkurlar var mı?
- 5-Takım sporu veya lig gibi aktiviteler var mı?
- 6-Her iki cinsiyet için her yetenek düzeyine göre fırsatlar var mı?

Toplumların gereksinimlerini karşılamak için elverişli kaynaklar olmalıdır. Bunlar finans, etkinlik, alet ve malzeme, ulaşım, güvenli yerler, eğitilmiş personeldir. İş kolları ve diğer organizasyonlarla işbirliği kurularak çocuklara uygun programlar desteklenebilir, kuruluşlar düşük gelirli çocuklara destek olabilir. Toplum bilincini arttırmak için politikalar oluşturmak gerekir. Politikacılar, program yapımcılarına ve kuruluş veya dernek başkanlarına fiziksel aktivite ile ilgili düşünceler hakkında bilgi aktarımı yapılmalı ve fiziksel aktivite politika ve programları için destek bulunmalıdır.

Çocukların fiziksel aktivitelerini sınırlayan kardiyak ve pulmoner durumlar da vardır. Çocuklarda ve adolesanlarda kardiyak sistemin doğru olarak değerlendirilmesi önemlidir. Egzersiz, egzersiz eğitimi ve spora katılımla olan hemodinamik genellikle yarar sağlar. Ancak kardiyak problem varsa bunların tanımlanması gerekir. Medikal problemleri olan çocuk ve adolesanların atletik aktivitelerde yer alması özel koşullar gerektirir. Sağlık problemi olan çocukların sağlık durumunu değerlendirerek çocuğun belli sporları yapıp yapamayacağını belirleyen pediatriğin rolü önemlidir. Bu çocuklarda fiziksel aktivite yararlı olabildiği gibi bazı riskler de içerir. Kardiyak

bozukluklarda fiziksel aktivitenin yararları kardiyak ve aerobik kapasitenin, periferel dolaşımın ve kendine güvenin gelişmesidir. Riskleri ise kardiyak yetmezlik sonucu aktiviteye toleranssızlıktır. Bu çocuklarda yapılması gerekenler: mutlaka yıllık kontrollerin yapılması ve kalp hızı (EKG) ve kan basıncının izlendiği, önerilen aktiviteye benzer testler yapılmasıdır. Bu çocuklarda uygulanan stratejiler aşağıda özetlenmiştir.

1- Hafif kardiyak bozukluğu olan çocukların aktiviteleri kısıtlanmaz,

2- Orta-ciddi kardiyak bozukluğu olanlar (her gün şikayeti olan) düşük seviyeli aktivite yapmaları için cesaretlendirilir,

3- Çocuklar kalp problemleri için ameliyat olmuşlarsa kalp ameliyatından 6 ay-1 yıl sonrasına kadar yarışma sporlarında yer almamaları gerekir.

Genellikle bu çocuklarla ilgili sık sorulan bir soru “Hafif kardiyak bozukluğu olan çocuk beden eğitimi dersine girmeli mi?” sorusudur. Hafif kardiyak bozukluğu olan çocuklar dersteki pek çok aktiviteye katılabilir (koşma, voleybol oynama gibi). Orta-şiddetli olanlar hafif aktivitelerde bulunabilir. Çocukların düzenli doktora götürülüp kontrol yapılması, durumunun değerlendirilmesi gerekir. Öğretmeni ile çocuğun yetenekleri ve aktivite kısıtlanması hakkında konuşmak gerekir. Ciddi kalp problemi olanlar ameliyat olduktan sonra yeniden değerlendirilerek aktiviteye izin verilir.

Aort Stenozu olan çocuklarda ani ölüm riski olmadan egzersiz yapabilmeleri için gerekli olan kriterler aşağıda verilmiştir:

1- Sol ventrikül çıkış yolunda basınç farkı (gradiyent) 40-50 mm Hg'nin altında olmalı (Atletik katılımlarda 20mmHg nin altında)

2- Normal istirahat EKG' si olmalı

3- Semptom olmamalı (angina, baş dönmesi, senkop, egzersiz ile yorgunluk)

Aort Koarktasyonu olan çocuklar genellikle ameliyattan 6-12 ay sonra egzersiz testinde normal kan basıncı cevapları varsa, sol ventrikül hipertrofi belirtileri yoksa, istirahat kol-bacak kan basıncı gradiyenti yoksa aktivite ve spor yapabilir. Pulmoner kapak stenozu olan çocuklarda egzersiz yapabilmeleri için gerekli olan kriterler aşağıda verilmiştir:

1- Çıkış yolunda gradiyent 50 mmHg'nin altındaysa

2- Sağ ventrikül fonksiyonu normal ise

3- Egzersiz testinde aritmi yoksa aktiviteye izin verilir.

Orta-ileri pulmoner stenozda sağ ventrikül basıncı artacağı için şiddetli egzersize izin verilmez. Pulmoner kapak stenozu olan hastalarda ani ölüm beklenen bir bulgu değildir. Bu çocuklarda egzersiz ile ani ölüm riski arasında ilişki olup olmadığı hakkındaki bilgiler henüz yetersizdir.

Mitral kapak prolapsusu olan çocuklarda semptomları yoksa kısıtlanma yoktur. Senkop, aile hikayesinde ani ölüm, egzersiz ile göğüs ağrısı, taşikardi, aritmi, ciddi mitral kapak yetersizliği, beraberinde Marfan sendromu varsa aşırı aktiviteden kaçınılır. Düşük seviyeli aktivite yapabilirler.

Kalp hastalığı olan çocuklarda ani ölümlerin % 10'u egzersiz ve fiziksel aktivite ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle aritmisi olan kişiler doktorları tarafından çok iyi değerlendirilmelidir. Şayet semptom veriyorsa hasta fark edeceği için ani ölüm riski daha düşük olacaktır. Genellikle egzersiz yapan çocukta egzersiz toleransı akciğerlerden değil, kardiyovasküler ve kasa ait faktörlerden kısıtlanır. Ancak çocuk ve gençlerde fiziksel aktiviteyi engelleyen kronik pulmoner problemler de vardır. Bu kronik akciğer hastalığı olan çocuk ve gençlerde egzersiz ve spor ile yaklaşımlar ise aşağıda özetlenmiştir.

Unutulmaması gereken önemli bir nokta solunum problemi olan her çocuğa egzersiz kapasitesini artırma şansının verilmesidir. İlk olarak tekrarlı solunum problemlerine yol açan kronik bir hastalık olan astımdan bahsetmek istiyorum. Astım okula gidememe ve aktiviteyi engelleyen hastalıklarda birinci sıradadır. Astım tanısı konmamış pek çok çocuk olduğu gibi, astımı kontrol altında tutulamayan pek çok çocuk vardır. Özellikle bu çocuklarda aktivite bir risk oluşturur. Fiziksel aktivite astım semptomlarını ortaya çıkarır. Çocuk ve aile fiziksel

aktiviteyi sınırlar, fiziksel uygunluk olarak çocukların zayıf olmalarına yol açar. Bu duruma yol açan nedenler korku, yanlış bilme veya bilgilendirilme, ve durumunu iyi yönetememedir. Unutulmamalıdır ki hastalık bu kısıtlamaları gerektirmiyor ve doğru tedavi edilen astımlı çocuk bu durumun üstesinden gelir. Hafif orta şiddetli astımı olan çocuklar yüksek şiddetli egzersiz eğitim seanslarını iyi tolere ederler. Bu tip eğitim aerobik ve anaerobik fiziksel uygunluğu geliştirir. Astımlı çocukların spor rehabilitasyonu programlarında anaerobik aktivitelerde olmalıdır. Astımlı hastaların %90'ında egzersiz ile ortaya çıkan bronkokonstriksiyon vardır. Genel popülasyonda ise %10'dan az olduğu tahmin edilmektedir.

Yine diğer kronik bir solunum sistemi hastalığı olan kistik fibrosis ise otosomal resessiv bir bozukluktur. Akciğerleri, pankreas, bağırsak, muköz bezleri ve ter bezlerini etkiler. Çocuklarda iskelet anomalileri olabilir. Genellikle aerobik kapasite, fiziksel uygunluk ve kas kuvveti azalır.

Kistik fibrosis'te fiziksel aktivitenin yararları aşağıda özetlenmiştir;

- 1- Solunum kas kuvveti artar,
- 2- Aerobik kondüsyon artar,
- 3- Havayollarında sekresyon azalır,
- 4- Kendine güven gelişir.

Fiziksel aktivitenin riskleri ise;

- 1- Bronkokonstriksiyon nedeniyle kandaki oksijen seviyeleri azalır
- 2- Nefes darlığı ve öksürme nöbetleri artar,
- 3- Sıvı ve tuz kaybına bağlı olarak dehidratasyon olur.

Bu riskleri önlemek için çeşitli stratejiler aşağıda belirtilmiştir:

- 1- Çocuğun FEV1 ve FVC' si %50'nin altında ise aktiviteden önce O2 saturasyonuna mutlaka bakılmalıdır.
- 2- Kistik fibrosis ile birlikte astımı olanlar aktivite öncesi bronkodilatör inhaler kullanmalıdır.
- 3- Tüm yemeklerde iyi hazmetmek için doktorun verdiği ilaçlarını almalıdır.

4- Sıcak havada 30 dakikadan fazla aktivite yapan çocuklar aktivite öncesi, sırasında ve sonrasında elektrolit içeren su ve içecekler içmeli, tuz ve tuzlu yiyecekler el altında olmalıdır.

“Down” Sendromu olan çocukların doğuştan kalp gelişim problemleri olabilir. Özellikle kalbin ara duvarında anomaliler görülür. Kalp yetmezliği olabilir. “Down” sendromlu bir çocuk futbol takımında oynayabilir mi?” sorusuna cevap olarak kalp problemi yoksa pek çok aktivitede yer alabileceğini söyleyebiliriz. Diğer çocuklarla bir arada bir aktivitede yer almak çocuğun kognitif, yaratıcı ve motor hünerlerini geliştirir, akranlarıyla sosyalleşme imkanı tanır. Takımın koçuyla görüşmeli ve tıbbi durumunu açıklayan yazılı belgeler bulundurulmalıdır. Down sendromlu yetişkinlerde aerobik egzersizlerin fiziksel veya psikososyal gelişme sağladığını destekleyen yeterli kanıt yok. Ancak karma fiziksel aktivite programlarını kullanan stratejilerin fizyolojik ve psikolojik gelişmeyi desteklediğine dair bulgular var.

Gelişim bozukluğu olan hastalar ve adolesanlar tanıları ve disabilite dereceleri farklı büyük ve heterojen bir grup oluştururlar. Bunların içinde en büyük grubu oluşturanlar serebral paralizili ve travmatik beyin hasarı olanlardır. Bu durumların kendisi direkt olarak havayolu ve akciğer parankim hasarı oluşturmaz, nöromusküler bozukluk sonucu akciğer harabiyeti olabilir.

Serebral paralizili çocuklarda ise fiziksel aktiviteyi arttırmak için mümkün olan bütün stratejiler denenmelidir. Bu çocuklarda genellikle birlikte bir kalp-akciğer hastalığı yoksa fiziksel aktivite bir problem oluşturmaz. Bu çocuklarda dikkat edilecek nokta yutma problemi, zayıf öksürük, reflü'nun değerlendirilmesidir. Yiyecekleri aspire edebilecekleri için solunum problemi olabilir.

KAYNAKLAR

- 1-Andriolo RB, El Dib RP, Ramos LR. Aerobic exercise training programmes for improving physical and psychosocial health in adults with Down syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jul 20; (3):CD005176
- 2- Bright Futures Children's Health Charter: Bright Futures in Practice: <http://www.brightfutures.org>
- 3- Committee on Sports Medicine and Fitness. American Academy of Pediatrics: Medical conditions affecting sports participation. *Pediatrics*. 2001 May;107(5):1205-9
- 4- Counil FP, Varray A, Matecki S, et al. Training of aerobic and anaerobic fitness in children with asthma. *J Pediatr*. 2003 Feb;142(2):179-84.
- 5- Diette GB, Markson L, Skinner EA, et al. Nocturnal asthma in children affects school attendance, school performance, and parents' work attendance. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000 Sep;154(9):923-8.
- 6- Goldberg B, ed. 1995. *Sports and Exercise for Children with Chronic Health Conditions*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- 7- Gurses HN, Gurses A, Arian H. Exercise testing in children before and after surgical treatment of congenital heart disease. *Pediatric Cardiol* 12: 20-23,1991.
- 8- Homnick DN, Marks JH. Exercise and sports in the adolescent with chronic pulmonary disease. *Adolesc Med*. 1998 Oct;9(3):467-81.
- 9- Luckstead EF Sr. Cardiac risk factors and participation guidelines for youth sports. *Pediatr Clin North Am*. 2002 Aug;49(4):681-707
- 10- Johnson MR, Ferkol TW, Shepherd RW. Energy cost of activity and exercise in children and adolescents with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*. 2006 Jan;5(1):53-8. Epub 2005 Dec 15
- 11- Katz RM. Exercise-induced asthma/other allergic reactions in the athlete. *Allergy Proc*. 1989 May-Jun;10(3):203-8
- 12- Maron BJ, Chaitman BR, Ackerman MJ, et al. Working Groups of the American Heart Association Committee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention; Councils on Clinical Cardiology and Cardiovascular Disease in the Young. Recommendations for physical activity and recreational sports participation for young patients with genetic cardiovascular diseases. *Circulation*. 2004 Jun 8;109(22):2807-16
- 13- National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 1998. Survey results link parental physical activity to children's behaviors. *Weight-Control Information Network* 4(2):2-3.
- 14- Nader PR, Stone EJ, Lytle LA, et al. 1999. Three-year maintenance of improved diet and physical activity: The CATCH cohort. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 153(7):695-704.
- 15- Newacheck PW, Strickland B, Shonkoff JP, Perrin JM, McPherson M, et al. 1998. An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatrics* 102(2):117-121.
- 16- Orenstein DM. Pulmonary problems and management concerns in youth sports. *Pediatr Clin North Am*. 2002 Aug;49(4):709-21
- 17- Parsons JP, Mastronarde JG. Exercise-induced bronchoconstriction in athletes. *Chest*. 2005 Dec; 128 (6): 3966-74
- 18- Ram FS, Robinson SM, Black PN. Effects of physical training in asthma: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2000 Jun;34(3):162-7
- 19- Ram FS, Robinson SM, Black PN, Picot J. Physical training for asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Oct 19; (4): CD001116

20- Rowland TW. Congenital obstructive and valvular heart disease. In: Goldberg B, ed. Sports and Exercise for Children with Chronic Health Conditions. Human Kinetics, USA, 1995:225-236.

21- Sallis JF, Patrick K. 1994. Physical activity guidelines for adolescents: Consensus statement. *Pediatric Exercise Science* 6(4):302–314.

22- Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC, Hill JO, Geraci JC. 1999. Correlates of physical activity in a nationally representative sample of girls and boys in grades 4 through 12. *Health Psychology* 18(4):410–415.

23- Sheth KK. Activity-induced asthma. *Pediatr Clin North Am.* 2003 Jun; 50 (3):697-716.

24- Selvadurai HC, Allen J, Sachinwalla T, Macauley J, Blimkie CJ, Van Asperen PP.

Muscle function and resting energy expenditure in female athletes with cystic fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003 Dec 15;168 (12):1476-80. Epub 2003 Sep 18

25- Toder DS. Respiratory problems in the adolescent with developmental delay. *Adolesc Med.* 2000 Oct;11(3):617-31.

PHYSICAL ACTIVITY IN DISABLED CHILDREN: CARDIOPULMONARY SITUATIONS THAT HINDER PHYSICAL ACTIVITY

Prof. Dr. H. Nilgun Gurses

Istanbul University, Cardiology Institute, Istanbul.

The relationship between disability and physical activity is a two way vicious cycle. As the physical activity of disabled people may decrease and vanish, healthy people may also become disabled by lack of physical activity. Physical activity should be increased in order to prevent chronic disease, to decrease the risk of disease and to improve health in healthy or disabled children. Physical activity that prevents chronic disease and decrease the risk of disease;

- Increases bone mineralization and prevents osteoporosis in future
- Decreases the incidence of Type II Diabetes Mellitus
- Decreases blood pressure in essential blood pressure
- Decreases the risk of hyperlipidemia and atherosclerosis
- Improves mental health

It is known that physical activity improves children health. However in order to decide the type and amount of the activity, the children should be evaluated individually and their health problems should be taken into consideration. Each minimal activity has a positive effect on children and physical activity should be part of their life.

Physical activity that improves health has four important components

1- Expending calories: Being active physically provides caloric expenditure and children have healthy weight. Body fat distribution is affected positively. Aerobic activities (swimming, biking and running) are best for expending calories.

2- Bone development: Weight bearing activities provide the growth of strong bones during childhood. These activities (e.g., jumping rope, walking, playing football and basketball) prevent osteoporosis in adulthood. However these activities require children to carry their own weight.

3- Cardio respiratory fitness (CF): CF requires regular physical activity. If activities such as running, biking and swimming are performed for 30 minutes three times a week the CF is increased. The increase in CF decreases the resting blood pressure in children and adolescents with hypertension. Individual assessment is necessary before these activities.

4- Muscular fitness: It is an important component of physical activity since activities that increase muscular fitness can reduce the risk of injury. Parameters of muscular fitness are muscle strength, endurance and flexibility. The recommended activity programs should include these three variables.

Disabled children have additional health problems in addition to the problems mentioned above. There may be delays in their growth and motor skills. Physical activity may irritate some children and may increase disease symptoms. These children are afraid of trying new activities and prefer sedentary behavior. They watch TV and video and play computer games. They usually don't have physically active friends and relatives. In order to make the healthy or disabled child more active in life, strategies to support physical activity should be developed. These strategies should be fun. Children's effort to be physically active should be supported and benefits of the activity should be taught. If they have barriers preventing them from being active, they should be helped to overcome these barriers. Physical activity levels can be increased most, in schools. In primary schools children are more active. Health professionals, communities, peers and parents may influence children's activity levels. If parents are active, this has a positive effect on children. If their friends are active, then they tend to be active.

In order to improve health and physical activity, there should be more interaction among health professionals, families and communities. Some easily applicable strategies are as follows:

- 1- Preparing guidelines that focus on physical activity,
- 2- Increasing the knowledge and skills of families
- 3- Enhancing their participation in proper activities,
- 4- Choosing activities that are suitable for children's development,

5- Finding safe environment,

6- Encouraging and supporting children to be active.

The activities should satisfy the needs of children with different skills and interest and should fit all income levels. The role of families, health professionals, community institutions are as follows:

1- The role of families: Physical activities start at home. Physically active children usually have physically active parents and relatives who encourage their children. Families are positive role models. If families use stairs instead of elevator and walk to supermarket instead of driving, they become exemplars for their children. They can limit sedentary activities of their children, children and families may subscribe to gym. They can modify their activity and eating habits.

2- The role of health professionals: Health professionals play key role to increase physical activity. They train children and families, they assess physical activity levels during health controls, they can guide families to suitable activity programs, they can identify problems that prevent activity and they can do counseling. They can have partnership with institutions such as kindergarten, schools, and recreation centers to form high quality activity programs.

3-The role of community institutions: Schools, parks, non governmental organizations and other institutions provide physical activity opportunities for children. There should be physical activity programs that are fun, suitable for child development, non competitive but participative, and preschool programs should be included as well. From kindergarten to end of high school, opportunities to attend physical education classes that enhance everyday motor skills should be provided, breaks should be long enough to have enough time for physical activity in primary schools. In schools there should be extra curricular physical activity for sporty children. Issues to pay attention are:

- 1- Is there sufficient number of safe parks?
- 2- Is it possible to participate in outside school hours?
- 3- Are there free activities that are open to public?
- 4- Are there walking and cycling tracts?
- 5- Are there team sports or intramural league?
- 6- Are there opportunities for both genders for each skill level?

There should be enough resources for community needs. These resources are finance, organizations, tools and equipments, safe location, trained personnel and transportation. There may be collaboration with other organizations to support programs suitable to children and community institutions could support low income children. Policies should be made to increase community conscience. Politicians program producers and president of associations should be informed about physical activity and support should be found for physical activity policies and programs.

In addition, there are cardiac and pulmonary conditions that limit children's physical activity. Accurate assessment of the cardiac system in pediatric and adolescents is important. The hemodynamic demands associated with exercise, training, and sport participation is usually beneficial; however, when an underlying cardiac problem exists, it is imperative that such cardiac problems be identified. Children and adolescents with medical conditions present special issues with respect to participation in athletic activities. The pediatrician can play an important role in determining whether a child with a health condition should participate in certain sports by assessing the child's health status.

In these children physical activity may be beneficial with some risk. In cardiac disorders benefits of physical activity are improvement of cardiac and aerobic capacity, peripheral circulation and self-confidence. Risks are intolerance to activity due to cardiac inefficiency. Things to do in these children: performing annual controls, monitoring heart rate (electrocardiogram) and blood pressure, testing simulating proposed activity. Strategies for these children are summarized as follows:

- 1- Activities for children with mild cardiac disorders are not constrain
- 2- Children with moderate to severe cardiac disorders (who experience symptoms daily) are encouraged for low-intensity physical activities.
- 3- If children had surgery for their cardiac disorders, they should not participate in competitive sports for 6 months to 1 year after heart surgery

Typical question to ask about these children "A child with mild cardiac disorder should enter physical education course or not?" Children with mild cardiac disorder can join lot of activities in the course such as running or playing volleyball. Children

with moderate cardiac disorders may do light physical activities. Children should be taken to doctor for control regularly for assessment. Children with severe cardiac problems should be reassessed after operation and then permitted for activity. Sudden unexpected death is extremely unlikely in children with aortic valve stenosis who have all three of the following conditions:

- 1- A left ventricular outflow gradient less than 40-50 mmHg (In athletic participation <20 mm Hg)
- 2- Normal resting electrocardiogram, and
- 3- Absence of symptoms (angina, dizziness, syncope and exercise fatigue)

Children should be allowed sport and activity participation 6-12 months after repair of coarctation of the aorta if there is no resting arm-to- leg blood pressure gradient, normal blood pressure are observed on exercise testing and no ventricular hypertrophy is evident. The criteria for exercise in children with pulmonary valve stenosis are following:

- 1- If the outflow gradient was less than 50 mmHg
- 2- If right ventricular function was normal, and
- 3- If no dysrhythmias occur with exercise test.

Vigorous exercise is not permitted in patients with moderate to severe pulmonary stenosis since it may increase right ventricular pressure. Sudden unexpected death has not been recognized as a feature of patients with pulmonary valve stenosis. The knowledge about the relationship between exercise and sudden death is not sufficient yet. If there is no symptom, there is no restriction in children with mitral valve prolapsus. However, if there is history of syncope, family history of sudden death with mitral valve prolapsus, chest pain exacerbated by exercise, tachycardia, arrhythmia, significant mitral valve insufficiency, associated Marfan's syndrome, intense activity should be avoided. They can do activities with low intensity. In children with heart disease 10% of the sudden death is associated with exercise and physical activity. Especially people with arrhythmia should be assessed very well by doctors if there are any symptoms the patient will notice and the sudden death risk will be lower.

In children that do exercise, usually exercise tolerance is limited by cardiovascular or muscular factors rather than lungs. However, there are chronic pulmonary problems that prevent physical activity in children and adolescents. The approaches about exercise and sport in children adolescent with lung disease are summarized below. The crucial point is that any child with respiratory problem should be given a chance to increase exercise capacity. First of all I will talk about a chronic disease, asthma that has recurring respiratory problems. Asthma in children and adolescents is a leading cause of school absenteeism and ranks first among chronic conditions that limit children's and adolescents' participation in physical activity. As asthma goes undiagnosed in many children, there are also many children in which asthma is poorly controlled. Especially in these children activity is a risk. Physical activity triggers asthma symptoms. Children and their families limit physical activity, which can lead to poor physical fitness status. Children with asthma who limit their physical activity usually do so because of fear, misinformation and mismanagement of their condition. The disease does not require these limitations and properly treated child can overcome this condition. Exercise training with high-intensity bouts is well tolerated in children with mild-to-moderate asthma. This type of training improves both aerobic and anaerobic fitness. Anaerobic activities should be considered in sports rehabilitation programs for children with asthma.

Exercise-induced bronchoconstriction occurs in up to 90% of asthmatic patients and is estimated to occur in > 10% of the general population.

Another chronic respiratory system disease, cystic fibrosis, is an autosomal recessive disorder that causes blockages in ducts and air passages and affects the lungs, pancreas, intestinal mucous glands, and sweat glands. Children may have skeletal anomalies and usually their aerobic capacity and muscle strength are diminished. Benefits of physical activity in cystic fibrosis are summarized below:

- 1- Improved respiratory muscle strength
- 2- Increased aerobic conditioning
- 3- Decreased mucous in airways
- 4- Enhanced self-esteem

The risks of physical activity are:

- 1- Decreased oxygen levels in blood due to bronchoconstriction

2-Increased episodes of cough, shortness of breath

3- Salt and fluid loss leading to dehydration

Some strategies to alleviate risk are:

1- For children and adolescents with severe lung disease ($FEV_1 < 50$ percent or $FVC < 50$ percent of predicted), blood oxygen concentrations should be assessed before participation in physical activity. 2- For children and adolescents with asthma in addition to cystic fibrosis, using a bronchodilator inhaler before participating in physical activity may prevent excess coughing and shortness of breath.

3- Digestive enzyme capsules must be taken with all meals.

4- Children and adolescents with cystic fibrosis who participate in physical activities more than 30 minutes in duration in hot weather need to drink water or fluids that contain electrolytes before, during, and after the activity and should always have access to salt and salty foods.

Children with Down syndrome may have congenital cardiac defects, usually septal defects. They may have heart failure. To answer the question of "Can a child with Down syndrome play in a football team?" we can say that if he doesn't have heart problems he can take part in many activities. Being with other children in any activity improves child's cognitive, creative and motor skills and makes him more social with his peers. It is important to talk with the team's coach and provide written materials about his medical condition. There is insufficient evidence to support improvement in physical or psychosocial outcomes of aerobic exercise in adults with Down syndrome. Though evidence exists which supports improvements in physiological and psychological aspects from strategies using mixed physical activity programs. Patients with developmental disorders, including adolescents, comprise a large and heterogeneous group of individuals who vary in underlying diagnosis and degree of disability. The largest numbers of patients are those with cerebral palsy and with traumatic brain injury. While these conditions themselves do not directly cause airway or parenchymal lung dysfunction, consequences of neuromuscular dysfunction may lead to lung damage. In children with cerebral palsy any strategy to increase physical activity should be tried. In these children if there is no cardiovascular disease physical activity is not a problem. The assessment of swallowing problems, weak coughing and reflux is important. They may have respiratory problems due to aspiration of the food.

REFERENCES

- 1-Andriolo RB, El Dib RP, Ramos LR. Aerobic exercise training programmes for improving physical and psychosocial health in adults with Down syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jul 20; (3):CD005176
- 2- Bright Futures Children's Health Charter: Bright Futures in Practice: <http://www.brightfutures.org>
- 3- Committee on Sports Medicine and Fitness. American Academy of Pediatrics: Medical conditions affecting sports participation. *Pediatrics*. 2001 May;107 (5):1205-9
- 4- Counil FP, Varray A, Matecki S, et al. Training of aerobic and anaerobic fitness in children with asthma. *J Pediatr*. 2003 Feb;142 (2):179-84.
- 5- Diette GB, Markson L, Skinner EA, et al. Nocturnal asthma in children affects school attendance, school performance, and parents' work attendance. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000 Sep;154 (9):923-8.
- 6- Goldberg B, ed. 1995. Sports and Exercise for Children with Chronic Health Conditions. Champaign, IL: Human Kinetics.
- 7- Gurses HN, Gurses A, Arikan H. Exercise testing in children before and after surgical treatment of congenital heart disease. *Pediatric Cardiol* 12: 20-23,1991.
- 8- Homnick DN, Marks JH. Exercise and sports in the adolescent with chronic pulmonary disease. *Adolesc Med*. 1998 Oct;9(3):467-81.
- 9- Luckstead EF Sr. Cardiac risk factors and participation guidelines for youth sports. *Pediatr Clin North Am*. 2002 Aug;49(4):681-707
- 10- Johnson MR, Ferkol TW, Shepherd RW. Energy cost of activity and exercise in children and adolescents

with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*. 2006 Jan;5(1):53-8. Epub 2005 Dec 15

11- Katz RM. Exercise-induced asthma/other allergic reactions in the athlete. *Allergy Proc*. 1989 May-Jun;10(3):203-8

12- Maron BJ, Chaitman BR, Ackerman MJ, et al. Working Groups of the American Heart Association Committee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention; Councils on Clinical Cardiology and Cardiovascular Disease in the Young. Recommendations for physical activity and recreational sports participation for young patients with genetic cardiovascular diseases. *Circulation*. 2004 Jun 8;109(22):2807-16

13- National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 1998. Survey results link parental physical activity to children's behaviors. *Weight-Control Information Network* 4(2):2-3.

14- Nader PR, Stone EJ, Lytle LA, et al. 1999. Three-year maintenance of improved diet and physical activity: The CATCH cohort. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 153(7):695-704.

15- Newacheck PW, Strickland B, Shonkoff JP, Perrin JM, McPherson M, et al. 1998. An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatrics* 102(2):117-121.

16- Orenstein DM. Pulmonary problems and management concerns in youth sports. *Pediatr Clin North Am*. 2002 Aug;49(4):709-21

17-Parsons JP, Mastronarde JG. Exercise-induced bronchoconstriction in athletes. *Chest*. 2005 Dec; 128 (6): 3966-74

18-Ram FS, Robinson SM, Black PN. Effects of physical training in asthma: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2000 Jun;34(3):162-7

19- Ram FS, Robinson SM, Black PN, Picot J. Physical training for asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Oct 19; (4): CD001116

20- Rowland TW. Congenital obstructive and valvular heart disease. In: Goldberg B, ed. *Sports and Exercise for Children with Chronic Health Conditions*. Human Kinetics, USA,1995:225-236.

21- Sallis JF, Patrick K. 1994. Physical activity guidelines for adolescents: Consensus statement. *Pediatric Exercise Science* 6(4):302-314.

22- Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC, Hill JO, Geraci JC. 1999. Correlates of physical activity in a nationally representative sample of girls and boys in grades 4 through 12. *Health Psychology* 18(4):410-415.

23- Sheth KK. Activity-induced asthma. *Pediatr Clin North Am*. 2003 Jun; 50 (3):697-716.

24- Selvadurai HC, Allen J, Sachinwalla T, Macauley J, Blimkie CJ, Van Asperen PP.

Muscle function and resting energy expenditure in female athletes with cystic fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003 Dec 15;168 (12):1476-80. Epub 2003 Sep 18

25- Toder DS. Respiratory problems in the adolescent with developmental delay. *Adolesc Med*. 2000 Oct;11(3):617-31.

ENGELLİ ÇOCUKLARDA FİZİKSEL UYGUNLUĞUN DEĞERLENDİRİLMESİ: BROCKPORT FİZİKSEL UYGUNLUK TEST BATARYASI

Prof. Dr. Uğur Cavlak

Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO

Brockport Fiziksel Uygunluk Testi Joseph P. Winnick ve Francis X. Short'un tarafından özellikle özürlü gençlerin sağlıkla ilişkili fiziksel uygunluk düzeylerini tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir (1999). Testin standardizasyon çalışmaları State University of New York'ta gerçekleştirilmiştir. Winnick ve Short test için 10-17 yaşlar arasındaki özürlü olan ve olmayan 1542 çocuk ile çalışmışlardır. Test aerobik kapasite (kardiyo-pulmoner endurans), vücut kompozisyonu ve kassal fonksiyonu (kuvvet, endurans, esneklik veya eklem hareket açıklığı) değerlendiren fiziksel uygunluk parametrelerinden oluşturulmuştur. Brockport'un içinde 27 adet test bulunmasına karşın, özürlü bir bireyin fiziksel uygunluk düzeyini belirlemek için özürünün özüne uygun 4-6 testin seçilmesi yeterlidir. Her bir test parametresi amputasyonlar, konjenital anomaliler, spinal kord yaralanmaları, serebral paralizi, görme veya zihinsel engelli özürler için dizayn edilmiştir.

Testi kullanacak kişinin takip etmesi gereken aşamalar:

1. Bireylerin uygun bir biçimde sınıflandırılmaları.
2. Uygun testlerin seçilmesi.
3. Testlerin standartlara uygun biçimde uygulanması ve sonuçların kaydedilmesi.
4. Sağlıkla ilişkili fiziksel uygunluğun değerlendirilmesi.

THE BROCKPORT PHYSICAL FITNESS TEST (BPFT)

The Brockport Physical Fitness Test (BPFT) was developed by Joseph P. Winnick and Francis X. Short in 1999 to establish and validate a health-related criterion-referenced test for youths with disability. This research Project was conducted at the State University of New York under leadership of Winnick and Short. The authors tested 1,542 youngsters with and without disabilities, ages 10 to 17. Components of Physical fitness associated with the BPFT include aerobic functioning, body composition, and musculoskeletal functioning. Although 27 test items are listed in the BPFT, only four to six items should be selected for each youngster, ages 10 to 17. Each test item was developed for youngsters with mental retardation, spinal cord injury, cerebral palsy, blindness, congenital anomalies, and amputations.

Testers who choose to use the BPFT follow a four-step process when administering the test:

1. Accurately classify or subclassify each youngster.
2. Select appropriate test items.
3. Measure Physical fitness status by administering test items.
4. Evaluate health-related physical fitness.

ENGELLİLERDE POSTÜR VE ADAPTASYONLARI

Yrd.Doç.Dr. İpek Yeldan

İstanbul Üniveristesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

ABSTRACT

Posture is defined as the relative arrangement of parts of the body. Good posture is the state of muscular and skeletal balance that protects the supporting structures of the body against injury or progressive deformity. Balance, gravitational and ground reaction forces affect posture. Factors influencing posture are physiologic impairments such as range of motion, muscle length/extensibility, joint integrity and mobility, muscle performance, motor control, balance and coordination, pain and anatomic impairments (structural scoliosis, hip anteversion, structural limb length discrepancy etc.) in handicapped people. Disease or pathology causes of impaired posture. Posture is often considered to be a static function rather than being related to movement. However, body assumes in preparation for movement. Traditionally, posture is examined in standing and sitting position, but posture should be examined in numerous position (walking, reaching), particularly postures in which the patient frequently performed movements. Numerous method are available to modify postural impairments in handicapped people. It is a method to cause additional postural deformity to maintain function. Different adaptive devices may be used supporting sitting and standing. Seated postural control can improve with some arrangement in wheelchair users. The ability to stand can eliminate the need for physical assistance from family members and health care personnel. Posture analysis, determination of impairment causes and doing required modifications increases independency of activities of daily living in handicapped people.

Postür vücut parçalarının birbirine oranla uygun pozisyonda yerleşimi olarak tanımlanır. İyi postür yaralanma ya da ilerleyici deformiteye karşı vücudu destekleyen yapıları koruyan kas ve iskelet dengesi durumudur. Eklemle uygulanan stresi arttıran herhangi pozisyon ise kötü postürdür.

Postürü etkileyen kuvvetler; denge, yerçekimi ve yer reaksiyon kuvvetidir. Denge, ayak bileği, kalça ve adımlama paterni ile postürü etkiler. Yerçekimi çizgisi eklem aksının anterioründe olduğunda proksimal segmentte anterior yönde hareket, posterioründe olduğunda ise proksimal segmentte posterior yönde hareket ortaya çıkar. Yer reaksiyon kuvveti şok absorbe etme yeteneğinde rol oynayan postür üzerinde etkili olan diğer kuvvettir.

Engelli kişilerde postürü etkileyen faktörler hareket açıklığı, kas uzunluğu/uzayabilirliği, eklem bütünlüğü ve hareketliliği, kas performansı, motor kontrol, denge ve koordinasyon, ağrı gibi fizyolojik bozukluklar ve anatomik bozukluklardır (yapısal skolyoz, kalça anteversiyonu, yapısal ekstremité uzunluğu farklılığı gibi). Antropometrik karakteristikler, psikolojik bozukluklar, gelişimsel faktörler, çevresel etkiler, hastalık ya da patoloji postürü etkileyen diğer faktörlerdir.

Postür sıklıkla hareketle ilişkili olmaktan çok statik fonksiyon olarak düşünülür. Halbuki, vücut hareket için hazırlanmada görev üstlenir. Geleneksel olarak, postür ayakta durma ve oturma pozisyonunda değerlendirilir, ama postür birçok pozisyonda (yürüme, uzanma), özellikle hastanın sıklıkla yaptığı hareketlerdeki postürde değerlendirilmelidir.

Ayakta dururken yerçekimi çizgisinin geçtiği referans noktalar; lateral malleolün 2-2.5 cm önü, patellanın hemen arkası, trokanter major, büyük tüberkül ve kulak memesidir. Postür analizinde dengenin yanısıra hastanın anterior, posterior ve lateral yönlerden değerlendirilmesi yer alır.

Anterior Analiz

Baş

Sağa / sola tilt - Sağa / sola rotasyon

Omuz

Yuvarlak omuz - Seviye

Gövde

Fıçı göğüs - Çökük göğüs - Huni göğüs - Güvercin göğsü - Harrison oluğu

Kalça

Seviye - Uzunluk

Diz

Genu varum - Genu valgum - Tibial torsiyon

Ayak

İnversiyon - Eversiyon - Halluks valgus - Çekiç parmak

Posterior Analiz

Gövde

Skolyoz

Kalça

Seviye

Diz

Seviye

Ayak

Pronasyon - Supinasyon

Lateral Analiz

Baş

Öne çıkık - Geriye çekik

Omuz

Protraksiyon - Retraksiyon

Gövde

Kifoz – Lordoz – Kifolordoz - Yuvarlak sırt - Düz sırt

Kalça

Anterior pelvik tilt - Posterior pelvik tilt

Diz

Fleksiyon kontraktürü - Genu rekurvatum

Ayak

Pes planus - Pes cavus

Lordoz, kifoz, skolyoz, yuvarlak omuz, kalça ve dizde fleksiyon kontraktürü, genu valgum, pes equinus deformitesi, dirsek, el bileği ve parmaklarda fleksiyon kontraktürü engellilerde postür bozukluğuna bağlı olarak gelişen sık karşılaşılan deformitelerdir. Engellilerde ideal postürün korunması günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığın sürdürülmesinde anahtar rol oynamaktadır.

Engellilerde postüral adaptasyon; sıklıkla gelişen yetersizlik sonucu, hastanın fonksiyonu sürdürmek için

postürde ek bir bozukluğa yol açması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Oturma ve ayakta durmayı desteklemek için çeşitli adaptif cihaz kullanımı postural adaptasyonun daha doğru bir şekilde yerleşmesine katkıda bulunabilir.

Kas ve postüral adaptasyon arasında karşılıklı etkileşim vardır. Herhangi postür ya da hareket kas aktivasyonu ve deaktivasyonu sonucu gelişir. Musküler ve postüral adaptasyon birçok farklı faktöre yanıt olarak ortaya çıkar. Duysal ve vestibular (denge) sistemler, hem internal postür hem de eksternal çevreden sürekli feedback alırlar. Beyindeki çeşitli sistemler bu datayı işler hareket için gerekli kas aktivite paternlerini ortaya çıkartırlar. Kas aktivasyon paternlerinin değişmesiyle adaptasyon ortaya çıkar. Postür ve hareketi oluşturan hem bilinçli hem de biliçaltı olaylar denge içindedirler. Ağrı, yaralanma, çevre ile ilgili algılama, enerji ve duygusal durum kas aktivite paternlerinde değişime yol açar. Beyin işi yapmak için bazı kasları diğerleriyle değiştirme ya da üstlenme ile adaptasyon sağlar.

Adaptasyon ve kompensasyon normal fizyolojik boyunu aşan uygun olmayan pozisyonda yerleşen kasın nötral ya da daha simetrik istirahat durumunda gözlenemeyen planlarda hareketi sonucu ortaya çıkar. Kasın nöromusküler kodlanmasını yada hiperaktivitesini gerektirir. Bu kompensatuar aktivite ve hiperaktivite genellikle aksesuar solunum kaslarında ve apendiküler fleksörler ve aksiyal ekstansörlerde desenkronize hale gelir, lumbo-pelvik-femoral ve cranial-mandibular-servikal kompleks yoluyla gövdede fonksiyonel rotasyonu limitler.

Gerekli olan sürenin ötesinde fonksiyon adaptasyonu maladaptasyona yola açar. Kas üstlenmesinin tolerans seviyesi aşıldığında semptomlar ortaya çıkar. Uzun-süreli maladaptasyonu elimine etme, gerilim olmadan önce relaksasyonu sağlar. Yaşam boyu adaptasyon muskuloskeletal ağrı ile sonuçlanır.

Fiziksel aktivitenin sürdürülmesi, statik pozisyonlardan kaçınma, mümkün olduğunca ayakta dik durma pozisyonunun sağlanması, tekerlekli sandalyeye bağımlı olmanın geciktirilmesi, bireyin vücut ölçülerine ve fonksiyonel seviyesine uygun tekerlekli sandalye kullanımı postürü koruma yöntemleri arasındadır.

Tekerlekli sandalye kullananlarda otururken postüral kontrol bazı düzenlemelerle iyileşebilir. Sit and Stand Sistem kişinin tekerlekli sandalyede oturur pozisyondan ayağa kalkmasını sağlayan bir sistemdir. Bu sistem ile engellinin günlük yaşam aktivitelerine katılımı artar, aile üyeleri ya da sağlık bakım personelinin alınan fiziksel yardım ve yardım sağlayanların bel yaralanma riski azalır. Hastada ayakta durmak için aksilla altından kaldırma ile manuel yardım sırasında ortaya çıkan ağrı ya da hasar riski azalır. Eklemlere ağırlık bindirmenin sonucu olarak azalmış oturma basıncı, kemik demineralizasyonu, kas tonusu ve üst ekstremité kas stresi ile artmış mesane basıncı ve dolaşım regülasyonu sağlanır.

Postür analizi, bozukluk nedenlerinin belirlenmesi ve gerekli modifikasyonları yapma engelli kişilerde günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı artırır.

KAYNAKLAR

Giallonardo LM: Posture. In: Myers RS, ed. Saunders manuel of physical therapy practice. W.B. Saunders Company, 1995, 1087-1103.

Gagey PM, Gentaz R: Postural disorders of the body axis. In: Liebensohn C, ed. Rehabilitation of the spine. Lippincott Williams&Wilkins, 1996, 329-340.

Keely G: Posture, body mechanics and spinal stabilization. In: Bandy WB, Sanders B, eds. Therapeutic exercise techniques for intervention. Lippincott Williams&Wilkins, 2001, 263-293.

Guskiewicz KM: Impaired postural stability: Regaining balance. In: Prentice WE, Voight MI, eds. Techniques in musculoskeletal rehabilitation. McGraw-Hill, 2001, 125-150.

Inal HS: Postür-Duruş. In: Inal HS, ed. Spor mekaniği temel prensipler. Nobel, 2004, 15-25.

Galumbeck MH et al. The Sit & Stand chair. A revolutionary advance in adaptive seating systems. J Long Term Eff Med Implants. 2004;14(6):535-543.

ÖZÜR, ENGELLİLİK VE SPOR

Prof. Dr. H. Serap İnal

İstanbul Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, Fizyoterapist

Sosyolog Saad Nagi (1960) Bozukluk (Impairment), Fonksiyonel Limitasyon, Özürlülük (Disability) kavramlarını sosyal boyuttan sınıflandırmıştır. Dünya Sağlık Teşkilatı (DST) (1980) bu sınıflandırmayı yeniden düzenleyerek, Fonksiyonel Limitasyon yerine Özürlülük terimini kullanmış, kişinin toplum içindeki görevlerini yerine getirememesi durumunu da Engellilik (Sakatlık, Handicap) olarak tanımlamıştır. Daha güncel olan Modifiye Özürlülük Modeli'nde (1993) ise, kişinin yaşam kalitesi içinde sağlığı ile ilgili yaşam kalitesi ön plana çıkartılmaktadır. Bu durumu etkileyen üç faktör: fiziksel (temel ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri), fizyolojik (bilişsel, algısal, kişiliğe bağlı) fonksiyonlar ve sosyal yaşamdaki rol olarak sıralanmaktadır. Kişinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen bu faktörlerin oluşmasına neden olan bozukluk ise: kişide fizyolojik, anatomik, psikolojik olarak doğuştan veya sonradan meydana gelen, kişiyi birincil ve ikincil etkileyen kayıplar veya anormallikler olarak sınıflandırılmaktadır.

DST (2001) yaptığı son sınıflandırma ile, her hangi bir patolojik durumun bozukluğa, aktivite limitasyonuna ve dolayısıyla, aktiviteye katılımda azalmaya neden olduğunu belirterek, Engellilik yerine, Aktiviteye Katılım (Participation) üzerine yoğunlaşılması gerektiğini vurgulamıştır. Aktiviteye katılımın kişisel olduğu kadar, çevresel faktörlere de bağlı olduğunu ve sorumluluğun sadece hastada, ailesinde değil, tüm toplumda olduğunu bildirmiştir.

Kişi, yaş, cins, eğitim ve gelir düzeyi, sağlık alışkanlıkları, motivasyonu, aldığı sosyal destek ve fiziksel çevrenin özellikleri gibi risk faktörlerin de tehdidi altındadır. Ancak korunma yöntemleri, kişisel sağlığın geliştirilmesi ve fiziksel uygunluk düzeyinin yükseltilmesi risklerin azaltılmasına, aktiviteye katılımın artırılmasına yardımcı olacaktır.

Düzenli fiziksel aktivite ve spor bu amaca hizmet edecek etkin bir araç olarak kabul görmektedir. Bu nedenle engelli çocukların spor yapma olanaklarının artırılması gerekmektedir; çocuklar özel eğitim, sınıf, rehber ve beden eğitimi öğretmenleri, engelliler sporu eğiticileri, fizyoterapistler, danışmanlar ve aileleri tarafından spor aktivitelerine aktif katılımları konusunda teşvik edilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Engelliler sporu, bozukluk, aktivite seviyesi, klasifikasyon, engelli sporu eğitimi

DISABILITY AND SPORTS

Sociologist Saad Nagi (1960) had classified Impairment, Functional Limitation and Disability terms from social perspective. World Health Organization (WHO) reorganized this classification and preferred to use Disability term instead of Functional Limitation and defined the Handicap as having limitations to interact as a normally functioning person in society. Modified Disablement Model (1993) has kept impairment and functional limitations terms but defined health-related quality of life, which is affected by the three major factors: physical (basic and instrumental activities of daily living), physiologic (cognitive, perceptual, personal) functions and social interactions. The factors affecting the health related-quality of life of a person were classified as, physiological, anatomic, psychological, which could be hereditary or acquired, and could affect the person as primary or secondary impairments.

WHO (2001), stated that any impairment may cause activity limitations following decrease in the Activity Participation. It pointed out that activity participation depends not only on personal but environmental factors, and besides the patients and the families, the whole society responsible from this.

The persons with disabilities may be under the tread of the risk factors due to their age, gender, education, income, health habits, motivation, social support and physical environment. Regular physical activity and sports are considered as one of the most effective tool to serve this purpose. Thus, improving the sports opportunities of the children with disabilities; and increasing their active participation through direct support of the special education and physical education teachers, advisors, adapted physical activity teachers, physical therapists, psychologist, social workers and the families should be provided.

Keywords: Disability sports, impairment, activity level, classification, disability sports education.

GİRİŞ

Dünya nüfusu içinde yaklaşık olarak 600.000.000 kişi Dünya Sağlık Teşkilatı'nın tanımına göre engelli olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde engelli oranı 12.29 dur. Kadınlarda engellilik düzeyi (%13.45) erkeklere (%11.10) oranla daha yüksektir. Temelde karşı karşıya kaldıkları sorunları benzer olan bu kalabalık nüfusa dünyanın azınlığı adının verilmesi çok da yanlış olmayacaktır.

Daha çok geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde yoğun olarak bulunan engellilerin içinde yaşadıkları toplumun ve kendilerinin kişisel eğitim ve sosyo-ekonomik seviyeleri düştükçe, engellilik düzeyleri de yükselmektedir. Bir başka ifade ile kendilerini daha fazla engelli hissetmektedirler (DePauw, Gawron, 1995).

1960'lardan önce özürlülük bir hastalık veya bozukluk sonucu oluşan 'Sakatlık' durumu olarak kabul edilmektedir. Bu durum daha çok tıbbi bir sorun olarak görülmekte ve gerekli tedavi bakımları için dokuz (9) kısımda incelenmektedir. Bunlar görme, işitme, konuşma, ekstremitelerin kullanımında kayıp, ilerleyici hastalıklar (Diabet, Multiple Skleroz), kalp ve akciğer hastalıkları (ciddi fonksiyonel kayıp), kanserin terminal safhası, nörolojik hastalıklar ve mental hastalıklar (Stobo, Mcgeary, Barnes, 2007)

ENGELLİLİK İÇİN SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİ

1960 larda sosyolog Saad Nagi engelliliğe neden olabilecek durumları tanımlayarak kendi adıyla anılan Nagi Modeli ile bir birliktelik sağlama yoluna gitmiştir (Hall, 2005, Palassino, Cambell, Harris, 2006). Nagi modelinde meydana gelen patoloji her ne sebeple olursa olsun bir bozukluğa neden olmaktadır. Bu da fonksiyonel bir limitasyona ve dolayısıyla özürlülüğe neden olmaktadır. Buna göre bozukluk, fonksiyonel limitasyon ve özürlülük terimlerini tanımlayarak ilk sınıflandırmayı yapmıştır:

Bozukluk (Impairment): Sağlık bakımından psikolojik, fizyolojik ve anatomik (fiziksel) yapı veya fonksiyonlardaki eksiklik, bozukluk ve anormalliktir.

Fonksiyonel Limitasyon: Bir aktiviteyi normal tarzda veya normal kabul edilen sınırlar içinde gerçekleştirmekteki kısıtlılık veya yetersizliktir.

Özürlülük (Disability): Bir yetersizlik veya özür nedeni ile yaşa, cinsiyete, sosyal, mesleki ve kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması veya yerine getirilememesi halidir.

Nagi'nin Özürlülük Modeli'nde kişinin sağlık durumu çevresinden etkilenmektedir. Aile, iş olanakları, fiziksel engeller, sosyokültürel engeller, kişisel özellikler, durumunu tanımlayış şekli ve bütün bu özellikler arasında oluşan ilişkiler yumağı, kişinin özürlülük halinde belirleyici olmaktadır. Bu modelde aynı patoloji, bozukluk ve fonksiyonel kapasite farklı özürlülükler yaratabileceği gibi, bunun tam tersi de olabilir. Bir başka deyişle Nagi'ye göre farklı patoloji veya bozukluklar benzer özürlülükler ile sonuçlanabilir (Hall, 2005; Stobo, Mcgeary, Barnes, 2007)

Dünya Sağlık Teşkilatı Bozukluk, Özürlülük, Engellilik :

Dünya Sağlık Teşkilatı (DST) 1980 yılında yaptığı bir sınıflandırma ile Fonksiyonel Limitasyon yerine Özürlülük (Disability) terimini kullanmış ve kişinin toplum içindeki görevlerini yerine getirememesi durumunu Engellilik (Sakatlık-Handicap) olarak tanımlamıştır (Barbare, 1995; Stobo, Mcgeary & Barnes, 2007). Patoloji veya oluşan bozukluk ile kişide ortaya çıkan fonksiyonel yetersizlikler arasında oluşan etkileşimin, özürlülük seviyesini arttırdığını ifade etmektedir. Sonuçta kişinin, toplum içinde sosyal yaşama uyum göstermekte yetersiz kalabileceğini ve bunun daha çok tıbbi temelli olduğuna işaret etmektedir. Bir başka deyişle, DST'nin yaptığı bir sınıflandırma ile kişinin sağlık sorunlarının topluma uyumunu zorlaştırdığı fikri hakim olmuş ve bu durumu engellilik veya engelli olma terimleri ile adlandırmıştır.

Her iki sınıflandırma sistemi de temel olarak birbirine benzemektedir. Bir hastalık veya patoloji sonucu meydana gelen durumun, kişinin toplum içinde normal fonksiyonlarını yerine getirmesini engellemesi görüşü olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak Nagi, bu engeli kişinin fonksiyonelliğinden çok sosyal boyuttan değerlendirmektedir. Aynı patoloji nedeniyle fonksiyonel limitasyon içinde olan iki kişinin topluma katılımının farklı şekillerde olabileceğini ileri sürmektedir. Dünya Sağlık Teşkilatı ise bu durumu engellilik olarak

tanımlamakta ve yapamadıklarına göre kişileri tanımlamaktadır (Barbare,1995; Palassino, Cambell, Harris, 2006; Hutzler, 2007; Stobo,Mcgeary & Barnes, 2007).

Amerikan Tıp Enstitüsü Özürllülük Raporu :

Bu sınıflandırma sistemlerinin kişilerin gerçek durumu hakkında yeterli bilgi vermediği düşüncesinden yola çıkarak, yapılamayanlar değil, yapılanların neler olduğunu incelemek üzere, Amerikan Tıp Enstitüsü 1991 yılı Amerika’da Özürllülük Raporu ile yeni bir sınıflandırma yapmıştır (Barbare,1995; Boslaugh, Andresen, 2006; Stobo,Mcgeary & Barnes, 2007). Bu sınıflandırma gerçekte, Nagi modelinin modifiye edilmiş şeklidir. Raporda, patoloji veya bozukluğun neden olduğu fonksiyonel limitasyon ve özürllülüğe etki eden üç faktörün olduğu belirtilmektedir. Bunlar şu şekilde sınıflandırılmıştır:

- Kişinin biyolojik durumu,
- Sosyal ve fiziksel çevresinden etkileşimi ve
- Yaşam şekli , yaşamı içindeki davranışsal özellikleri

Amerikan Özürllülük Raporu’nda ifade edilen Nagi’nin Modifiye Özürllülük Modeli’nde, kişinin yaşam kalitesi içinde, özellikle sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve ona göre, fonksiyonel limitasyon ve özürllülük durumunun tanımlanması gerektiğine dikkat çekilmiştir. Bu fıkirden hareketle kişinin yaşam kalitesini değerlendirirken birbiriyle ilişkili ve kişiyi doğrudan etkileyen üç ayrı alanın incelenmesini önermektedirler. Bunlar,

Fiziksel Fonksiyonlar

- Temel
- Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)

Fizyolojik Fonksiyonlar

- Bilişsel
- Algısal
- Kişiliğe bağlı
- Sosyal Yaşamdaki Rol

Sonuç olarak, Nagi’nin Modifiye Özürllülük Modeli (1991) patoloji ve bozukluk, fonksiyonel limitasyon, özürllülük terimlerine, dış engeller (eksternal bariyerler) ilave edilerek, sosyal fiziksel çevrenin neden olabileceği engellemelere dikkat çekmiştir. Kişinin toplum içindeki rolüne ve engellemelere bağlı olarak, limitasyona gidış tanımlanmıştır (Boslaugh, Andresen, 2006).

Verbrugge ve Jette’nin Sınıflandırması :

1994 yılında Verbrugge ve Jette tarafından yapılan sınıflandırmada, Nagi’nin sınıflandırmasına (patoloji, bozukluk, fonksiyonel limitasyon, özürllülük) pratik bir yaklaşım getirilmiştir. Yaşam kalitesi açısından kişiden beklenen ve kişinin kendinden beklediği yeterliliğinin incelenmesinde beş (5) temel aktivite önerilmektedir (Barbare,1995; (Palassino, Cambell, Harris, 2006; Stobo,Mcgeary & Barnes, 2007):

- 1- Temel GYA: Temel kişisel bakım
- 2- GYA’de araç kullanımı: Yemek yeme, ev işi, mali işler, telefon, alışveriş
- 3- İş Yaşamı/ Görevler (Ücretli/ücretsiz) : Mesleki, ebeveyn, büyükanne-baba, öğrenci rolleri
- 4- Sosyal Aktiviteler: Dini, sosyal grup aktivitelerine katılım, akraba, arkadaş ilişkileri
- 5- Hoş Zaman (Leisure) Aktiviteleri : Spor, fiziksel rekreasyon, okuma, seyahat vb.

İlk kez spor, fiziksel aktivite ve reaktif aktiviteler Verbrugge ve Jette Modeli'nde dile getirilmiş ve hoş zaman geçirme (leisure) aktivitelerinin yaşam kalitesi açısından önemine dikkat çekilmiştir. Ayrıca, kişinin başarısını tehdit etme özelliğinde olan, yukarıda sıralanan bu faktörlerin, kişiyi engelliliğe götürebileceği ve bunlardan korunma yöntemlerinin gerektiği belirtilmektedir. Engelliliğe Götüren Durum (Disablement Process) olarak adlandırılan tehdit unsurları aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır (Stobo, Mcgeary, Barnes, 2007)

1- Risk Faktörler: Sosyodemografik alt yapı, yaşam şekli, biyolojik faktörler

2- Kişiyi Bağlı Faktörler : Yaşam şekli, davranışsal değişiklikler, psikolojik özellikler, stres ile baş edebilme, aktivite değişimi ve uyum

3- Kişinin Dışındaki Faktörler: Fiziksel ve sosyal yapı, çevresel faktörler (medikal, ilaç, FTR, fiziksel aktivite) dış destekler, sosyal, fiziksel çevre.

Dünya Sağlık Teşkilatı (2001) Uluslararası Fonksiyon, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF):

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın 2001 yılında ortaya çıkan bu terminoloji karmaşıklığını gidermek için, Uluslararası Fonksiyon, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması yaparak bu konuya açıklık getirmeyi amaçlamıştır. Özürlülük yerine aktivite teriminin kullanması ve aktivitenin belirlenmesinde etkin olan bozukluğun, yapısal (atrofi, kontraktür, skolyoz vb..) ve fonksiyonel (kas zayıflığı, kalp-solunum kapasitesinde düşme, bilişsel fonksiyonlarda azalma vb..) olarak iki ayrı grupta incelenmesi önerilmiştir. Engellilik (sakatlık) yerine Aktiviteye Katılım (Participation) terimini tercih eden WHO, yapılan fiziksel ve fonksiyonel testler ile kişinin aktivitelerinin değerlendirilmesinin ve limitasyon miktarının belirlenmesinin mümkün olacağını vurgulamaktadır. Örneğin görme yetisi olmayan bir kişinin sanatta, müzikte, edebiyatta başarılı olması, veya başarılı bir sporcu olması gibi.. (Tab.1) (WHO, 2001; Hall, 2005; Palassino, Cambell, Harris, 2006).

Tablo 1: ICF sınıflandırmasında aktivite katılım değerlendirilmesi (Palassino, Cambell, Harris, 2006)



ICF, kişinin fonksiyonel durumunun ve engellilik seviyesinin; kişinin sağlık durumu ile içeriksel özelliklerinin etkisi altında şekillendiğini belirtmektedir. Bu durumdan kişinin kendisini, ailesini ve tüm toplumu sorumlu olarak gören ICF, içeriksel özelliklerin, kişinin fonksiyonel seviyesine yönelik etkin tehditler oluşturabileceğini ve gerekli önlemlerin alınarak azaltılmalarının, fonksiyonel seviyesinin ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi adına önemli olduğunu belirtmektedir. Bu içeriksel özellikler çevresel ve kişisel tehditler şeklinde sınıflandırılmaktadır (Hall, 2005; Palassino, Cambell, Harris, 2006):

Çevresel (Eksternal) :

- Sosyal Davranış
- Mimari Engeller
- Hukuk Sistemi

Kişisel (İnternal)

- Yaş
- Cins
- Eğitim
- Meslek
- Sosyal alt yapı
- Sorunla baş etme yetisi
- Engeli algılama şekli

ICF bu sınıflandırma yaklaşımı ile, korunma yöntemlerinin, kişisel sağlığın ve fiziksel uygunluğun geliştirilmesi sayesinde aktiviteye katılımın artırılabilmesine, sorunların mümkün olduğunca en düşük düzeyde tutulabileceğine işaret etmektedir (Palassino, Cambell, Harris, 2006). Sağlığın yükseltilmesi ve kronik hastalıklardan korunma açısından da sporun sağladığı yararlar bilinmektedir (Hahn, Cella, 2003; Lewis, Fragala, 2005;). Dolayısıyla, engelli kişilerin, engel nedeni ne olursa olsun düzenli fiziksel aktivite ve spor yapmak suretiyle kendilerini fiziksel, ruhsal ve zihinsel sosyal açıdan daha iyi hissetmeleri, yaşam kalitelerini geliştirmeleri mümkün olacaktır.

SPOR ve ENGELLİLİK

Günümüzde engelli kişilerin yönelik spor aktiviteleri iki temel grupta incelenmektedir. Bunlardan biri okullarda verilen beden eğitimi ve spor derslerinin engelli öğrencilere yönelik uyarlamaları (adaptasyon) konu eden Engellilerde Beden Eğitimi ve Spor - EBES

(Adapted Physical Education- APE) ve diğeri her yaşta yapılabilecek spor ve fiziksel aktiviteleri içeren Engellilerde Fiziksel Aktivite - EFA (Adapted Physical Activity – APA) veya Engelliler Spor (Disability Sports) olarak adlandırılmaktadır. Engelliler sporu yaş ve cins ayrımı yapmaksızın herhangi bir neden sonucu engelli olmuş kişilerin spor yapmalarını amaçlamaktadır. Rekreasyonel ve performans sporu olmak üzere iki ayrı kısımda çalışma alanı olan bu spor tipi, kişilerin engel tipine göre, dört temel gruba (bedensel, zihinsel, görme ve işitme engelliler sporu) ayrılmakta ve ulusal ve uluslararası spor federasyonları ile temsil edilmektedirler. Engelliler sporu alanında yıl boyu pek çok ulusal ve uluslararası yarışma, müsabaka düzenlenmektedir, ancak uluslararası düzeyde yapılan en önemli yarışmalar arasında aşağıdaki düzenlemeler yer almaktadır (DePauw, Gawron, 1995; Winnick, 2005; Hutzler, 2007)

- İşitme Engelliler Dünya Oyunları (Yaz- Kış)
- Paralimpikler (Yaz - Kış)
- Uluslararası Özel Olimpiyatlar (Yaz-Kış)
- Paralimpikler/ Zihinsel Engelliler Dünya Şampiyonası

Dünyamızda Engelliler sporunun tarihçesi, özellikle Batılı toplumların bu konuya verdikleri önem dolayısıyla, oldukça eskiye dayanmaktadır (Tab.2) (DePauw, Gawron, 1995). Ülkemizde yeni olmasına karşın büyük bir ivme ile gelişmekte olan engelliler sporu, 1990 yılında Türkiye Özürlüler Spor Federasyonu'nun (TÖSF) kurulmasıyla resmileşmiştir. 1997'de TÖSF, Türkiye Engelliler Spor Federasyonu (TESF) adını almış ve 2000 yılında dağılarak Bedensel, Zihinsel, İşitme, Görme Engelliler federasyonları kurulmuştur. İlk kez 1992 yılında Barselona IX Paralimpik Oyunlara bir sporcu ile katılmış ancak daha sonra bu konuda yine bir oyuncu ile katıldığımız 2000

Sidney Paralimpik oyunlarına kadar bir sessizlik olmuştur. İki oyuncu ile temsil edildiğimiz 2004 Atina paralimpiyatlarının ardından Tekerlekli Sandalye Genç Milli basketbol takımımız Avrupa İkincisi olmuş ve 2007 Futbol Şampiyonasında takımımız birinci olmuştur. Görüldüğü üzere konu ile ilgili Federasyonların, spor klüpleri ve Sivil Toplum Kuruluşlarının desteği ile çalışmalar hızlanmakta, engelliler arasında sporun yerleşmesi için olanaklar arttırılmakta, performans sporcularının yetişmesine uygun ortam hazırlanmaktadır.

1888	İşitme Engelliler Spor Klubü Berlin/Almanya
1924	Uluslararası Sessiz Oyunlar
1948	Sir Ludwig Guttmann Stoke Mandeville Oyunları Aylesbury, İngiltere; okçuluk, bowling, masa tenisi, bilardo
1949	Ulusal Tekerlekli Sandalye Basketbol Derneği (NWBA) ABD
1955	Uluslararası Sağırılar için Spor Komitesi - “Spor Sayesinde Eşit” Uluslararası Olimpik Komitenin kabulü
1960	Uluslararası Engelliler için Spor Oyunları
1968	Uluslararası Özel Olimpiyatlar - Chicago
1976	İlk Kış Paralimpik Oyunlar, Omskoldsvik - İsveç
1989	Uluslararası Paralimpik Komite
1994	Paralimpik Oyunlar, CP Katıldı - Norveç
1998	Paralimpik Oyunlara zihinsel engelliler katıldı - Japonya
2000	Sydney Oyunlarında engelli sporcular engelli olmayan sporcuların başarılarını yakaladılar
2006-2008	Pekin Paralimpik Oyunları için doping kontrolüne dikkat çekildi

Tablo 2 : Engelliler sporunun uluslararası tarihçesinden kısa başlıklar (DePauw, Gawron, 1995).

Sporun engelli olmayan kişilere sağladığı yararlar ne denli yadsınamaz ise, engelliler için de aynı durum söz konusudur. Bunları Fiziksel Uygunlukta gelişme (eklemlerde esneklik, kaslarda kuvvetin artması, dayanıklılığın, postür ve denge gelişmesi), Sağlık sorunlarında azalma (obesite, iskemik kalp hastalıkları, osteoporoz, diabet vb) sağlıkta farkındalık gelişmesi olarak sıralayabiliriz. Şüphesiz, yapılan spor her yaş, cins ve eğitim seviyesindeki kişi için yarar sağlamaktadır. Bunları kısaca, dikkat, algı, ceraset, kendine güveninin duygusunun gelişmesi; paylaşma, yardımlaşma, arkadaşlık, dostluk duygularının pekişmesi ve kişinin entellektüel gelişime katkı sağlaması şeklinde sıralayabiliriz (Lewis, Fragala-Pinkham, 2005; Loovis, 2005)

Spor yararlıdır ancak belirli kurallar ve önlemler doğrultusunda yapıldığı zaman ortaya çıkabilecek sorunlar önceden engellenmiş olacaktır. Bu fikir de, yine engelliler sporu için geçerlidir. O nedenle her ne kadar aktiviteye katılımın en yüksek seviyede tutulması temel amaç ise de, vücudu aşırı zorlayıcı veya kontrolün kaybolma olasılığının yüksek olduğu sporların yapılması sakıncalı olabilir. Örneğin, Judo dışındaki mücadele sporlarının, atletizmde cirt, disk, çekiç atma, sıırıyla atlama, üç adım atlama sporlarının, rugby, eksrim, atıcılık, biatlon (atıcılık ve atlama kayağı), kır kayağının zihinsel engelli kişilerce yapılması; görme engelli sporcuların derin su dalgıçlığı yapmaları engellenmiştir. Aynı şekilde omurilik felçli sporcuların tansiyonlarını aşırı yükseltici aktiviteler yapmaları, dehidratasyona uğramaları sakıncalar yaratacağı için önerilmemektedir (Eichsteadt, Lavay, 1995; Dunn, Fait, 1997; Roswal, 2001; Winnick, 2005).

Engelliler sporunun ayrımcılık yapmadan, engel seviyesi ne olursa olsun kişinin sporu becerisi ve isteği doğrultusunda, rekreatif veya performans sporu olarak yapabilmesi için, uygun ortamı hazırlamak amacıyla, her spor branşına yönelik ve uluslararası düzeyde kabul gören sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir. Bu sınıflandırmada amaç yarışmalarda eşitlik sağlamak, fair play'i yerleştirmek ve aynı takımda farklı engelleri olan sporcuların birlikte oynamalarına imkan sağlayarak katılımı genişletmek ve eşit fırsatlar vermektir. Engel tipi ve spor branşına göre yapılan bu uluslararası sınıflandırmada, değerlendirmeler fonksiyonel ve medikal içerikli olmak üzere iki ayrı şekilde yapılmaktadır. Buna göre atletin,

engeli,

aktivite seviyesi,

kas-iskelet sistemi değerlendirilmesi,

spor hareketlerini yaparken gösterdiği fonksiyonel becerileri ve

atletin bir önceki yarışmada ortaya koyduğu performansı

değerlendirilerek en uygun sınıflandırma yapılarak puanı belirlenmektedir (Özer, 2001; Loovis, 2005; Paciorek, 2005)

Engelliler sporunda katılımın sağlanması amacıyla oluşturulan gruplarda, sporcuların yaşları, motor performansları, sınıflandırma sonuçları ve kiloları (obesite) olmak üzere farklı özellikleri göz önünde bulundurulmaktadır. Ancak oyun kuralları da bazı sporlarda takımın kurulmasında etkin olmaktadır. Örneğin, tekerlekli sandalye basketbolünde, takımın toplam 10-12 puanı aşmaması gerektiğinden ve sporcular 1-4 (4.5) arasında puanlandıklarından ve bir oyunda toplam 5 oyuncunun bulunması gerektiğinden; düşük puana sahip, yani engellilik seviyesi yüksek olan sporcuların takım içinde bulunması, puanı yüksek, yani aktivite seviyesi fazla olan oyuncuların takımda yer alma şanslarını yükselteceği için avantaj sağlamaktadır. Bir başka deyişle, takımın tam kadro olarak oluşturulabilmesi için düşük puanlı sporcular önem kazanmaktadır.

Zihinsel engelli atletlerde ise sınıflandırma yapılırken, kişilerin gelişim ve koordinasyonları, motor performansları ve obesite durumları göz önünde bulundurulmaktadır. Görme engelliler görme seviyelerine göre B1, B2, B3 olarak sınıflandırılırken bazı sporlarda tüm sporcuların görme seviyesini eşitlemek için göze siyah bant takılmaktadır.

Engelli Sporunda Eğitim:

Engelli çocukların spor eğitimi, çocuğun ihtiyaçlarına göre programlanmalıdır. Öğretim yöntemlerinden yararlanılmalı, eğitim oyun ile kaynaştırılmalıdır. Çocuklar ödül ile motive edilmeli, övgü içerikli sözlü ve işaretli uyarılar kullanılmalı, özellikle zihinsel engelliler için yiyecek hiç bir zaman motivasyon aracı olmamalıdır. Her zaman cezadan kaçınılmalıdır. Aynı zamanda, oyun kurallarına göre zaman sınırlaması kaldırılabilir, kullanılan malzemelerde değişiklik yapılabilir. Örneğin, daha büyük ve hafif raket, farklı boy, ağırlık, renkte top, yerine balon, kağıt veya plastik top, daha büyük veya küçük, daha alçak kaleler kullanılabilir. Saha kenarları, çigileri, sporcuların bulunma yerleri işaretlenebilir (Dunn, Fait, 1997; Krebs, 2005).

Engelli çocuklarda sıklıkla karşılaşılan çeşitli sağlık sorunları, örneğin, kardiyovasküler sorunlar, herhangi bir engeli olmayan çocuklarda da görülebilir. O nedenle, beden eğitimi ve spor öğretmenin veya antrenörün dikkat etmesi gereken, spor eğitimine başlamadan önce, çocuğun ailesi ile görüşülmesi, doktoru ve varsa fizyoterapisti ile sıkı bir bağlantı içinde olunması gerekmektedir.

Kardiyovasküler sorunu olan öğrencilere beden eğitimi ve spor dersi verirken dikkat edilmesi gereken hususları şu şekilde sıralayabiliriz (Surburg,2000; Hahn, Cella, 2003):

- Suda yapılan aktivitelerde büyük kas grupları kullanıldığından kardiyovasküler ihtiyaç artar
- Alınan sıvı ile vücut ısısında meydana gelebilecek değişiklikler dikkate alınmalı
- Ağırlık çalışmaları kalbi gereksiz yere yorabilir
- Isınma çalışmaları çok önemlidir
- Aktivitenin şiddetini azaltmak için inlenme sürelerini arttırmak veya uzatmak gerekir
- Öğrenci bazı egzersizleri yaparak yapabilir
- Müsabaka ve yarışma duygusunu azaltıcı motivasyon yapılmalı
- İklim'e göre program ayarlanmalı
- Sıcak ve nemli havalarda aktivite şiddetini azaltılmalı

Engelli çocukların spora katılımlarını arttırmak için okulların ve ilgili kuruluşların (kamu ve özel kurumlar, sivil toplum örgütleri -dernekler, vakıflar-, spor klüpleri, federasyonlar, üniversiteler) uygun programlar yaparak spor yapma olanaklarını arttırmaları gereklidir. Bununla birlikte çocukların özel eğitimciler, beden eğitimi öğretmenleri, engelliler sporu eğitimcileri, sınıf öğretmenleri, rehberler, fizyoterapistler, danışmanlar ve aileleri tarafından spor aktivitelerine aktif katılımları da teşvik edilmelidirler.

KAYNAKLAR

- 1- Barbare JN.(1995). Clinical decision making in physical therapy practic. Saunders Manual of Physical Therapy Practice.p. 17-35, London W.B. Saunders Co.
- 2- Boslaugh,S., Andresen, E.A. Correlates of Physical Activity for Adults With Disability. Prev Chronic Dis, 2006, 3(3), 1-14. (www.cdc.gov/pcd/issues/2006/jul/05_0207.htm)
- 3- DePauw, K.P. & Gawron, S.J. (1995) Disability and sport. Champaign: Human Kinetics.
- 4- Dunn, J.M., Fait, H. (1997) Special physical education: Adapted individualized, developmental. Seventh Edition, Iowa: Dubuque Brown & Benchmark.
- 5- Eichsteadt C.B. & Lavay, B.W. (1995) Physical activity for individuals with mental retardation. Illinois: Human Kinetics.
- 6- Hall, C. (2005) Introduction to Therapeutic Exercise and the Modified Disablement Model 1 (In) Therapeutic Exercise, Moving Toward Function, Editors Carrie M. Hall, Lori T.Brody. p.1-4. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA.
- 7- Hahn, E.A. & Cella, D.(2003). Health outcomes assessment in vulnerable populations: Measurement Challenges and Recommendations. Archives Physical Rehabilitation and Medicine, 84 , Suppl2, 35- 42
- 8- Hutzler, Y. A sythematic ecologicalmodel for adapting physical activities. Theoretical Foundations and practical examples. Adap. Phy. Act. Quar. 2007, 24, 287-304.
- 9- Krebs, P.L. (2005) Individuals with unique needs. In Joseph P. Winnick (Ed.) Adapted physical education and sport. Fourth Edition. (pp.134-153), Illinois: Human Kinetics.
- 10- Lewis CL Fragala-Pinkham (2005). Effects of aerobic conditioning and strength training on a child with Down syndrome: a case study. Pediatr Phys Ther.2005 Spring;17(1):30-6.
- 11- Loovis, M.E. (2005) Individual, dual, and adventure sports and activities. In Joseph P. Winnick (Ed.) Adapted physical education and sport. Fourth Edition. (pp.480-501), Human Kinetics, Illinois
- 12- Ozer, D.S. (2001) Engelliler için beden eğitimi ve spor, Nobel Yayınları, Ankara.
- 13- Stobo J.D., Mcgeary M., Barnes, D.K. (2007) Evolving Concepts of Disability (In)Improving the Social Security Disability Decision Process. (<http://www.nap.edu/catalog/11859.html>)
- 14- Surbur, P.R. (2000), Other Health-Impaired Students (In) Joseph P Winnick Ed.Adapted Physical Education and Sport. p.307-321. Human Kinetics, Illinois.
- 15- Paciorek, M.J.(2005) Adapted sport. In Joseph P. Winnick (Ed.) Adapted physical education and sport. Fourth Edition. (pp.39-53), Illinois: Human Kinetics.
- 16- Palassino, R.J., Cambell, S.K., Harris, S.R.(2006) Evidence-based desicion making in pediatric physical therapy. (In) Physical therapy for Children. Editor Suzann K. Campbell, Darl W. Vander Linden, Robert J. Palisano. p.3-32.
- 17- Roswal, G.M. (2001) Adapted physical education: Principles and practice. Jacksonville State College. Winnick, J.P. (2005) Program Organization & Management (In) Adapted Physical Education and Sport. Editor

Joseph P. Winnick, p.21-37, Human Kinetics, Champaign, IL.

18- Winnick JP. (2005) An introduction to adapted physical education and sport. (In) Adapted physical education and sport. Editor Joseph P. Winnick Fourth Edition. (pp.3- 20), Illinois: Human Kinetics.

19- WHO (2001) International classification of functioning, disability and health (ICF). World Health Organization, Geneva.

ÖZÜRLÜ BİREY VE ÇEVRE İLE İLİŞKİLERİ

ÖZÜRLÜ ÇOCUK VE AİLE

Doç.Dr. Behiye Alyanak

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hast A.D.

Çocuklarda gelişimi bozucu engelleyici özürlülük durumları çok çeşitlidir. Bu sorunların nedenini ve özelliklerini iyi değerlendirmek, aileyle paylaşmak önemlidir.

Gelişimsel özürlülük aşağıdaki durumlarda olabilir:

- Mental retardasyon (zihinsel gerilik)
- Otizm, iletişim bozuklukları
- Beyin hasarı(doğumsal, travmatik)
- Serabral paralizi
- Sağırılık, körlük
- Ağır epilepsi
- Özgül öğrenme bozukluğu, Ağır DEHB

Özellikle zeka geriliğinin de olduğu engellilik durumlarında %50-70 oranında bir neden saptanabilmektedir.

Doğum öncesi nedenler:

- Genetik Bozukluklar (kromozomal/gen bozukluğu)
- Annede infeksiyonlar (idrar yolu enfeksiyonu, citomegalovirus, rubella)
- Teratojenlerin kullanımı (talidomid, antiepileptikler, alkol)
- Annede malnutrisyon, anemi
- Annede diyabet, astım hastalığı
- Radyasyon

Doğumdaki nedenler:

- Erken doğum
- Zor doğum-oksijensiz kalmak
- Hipoglisemi

Çocukta doğum sonrası nedenler:

- Travmatik beyin hasarı
- İnfeksiyon-menenjit, ensefalit
- Zehirlenme, toksik etki (Karbonmonoksit, ağır metaller)

Genetik boyut ele alındığında zekayı belirleyen 25000 gen olduğu, 750 genetik bozukluğa bağlı zeka geriliği olduğu bilinmektedir. Bir sendroma uymayan mental retardasyon, 20 kadar genle ilişkili bulunmuştur. Genlerin eksik/bozuk üretimi (helikaz geni defekti, GABA reseptör üretimi eksikliği..) sorun yaratmaktadır.

Bazı genetik bozukluklarla ilişkili davranış bozuklukları:

- Fragil X send- sosyal ve dikkat sorunu
- Prader-Willi send- aşırı yeme, OKB
- Angelman send-uygunsuz gülme
- 5p delesyon send- miyavlar gibi ağlama
- Rett send- el yıkar gibi hareketler
- Smith-Magenis send-kendini kucaklama
- Williams send- Kaygı, korku, fobi

Zihinsel özürlü çocuklarda görülen psikiyatrik bozukluklar:

- Uyum ve beceri güçlükleri
- DEHB
- Davranış bozuklukları
- Psikoz
- Otizm
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Depresyon

Çocukların çoğunlukla özbakım ve beceri geliştirme, sosyalleşme sorunu, uyku/iştah sorunu, duygusal dengesizlik, cinsellik/masturbasyon, agresyon/aralıklı öfke patlamalarıyla baş etmede psikiyatrik destek gerekmektedir.

Öncelikle ailenin çocuktaki engellilik/özür olgusunu nasıl karşıladığı, nasıl yüzleştiği, ne anlam verdiği, bu güçlükle nasıl başetmeye çalıştığı değerlendirilmelidir.

Örneğin, otizm dil gelişim geriliği, sosyal etkileşime girememe, ısrarlı tekrarlayıcı davranış kalıpları ile seyreden yaygın gelişimsel bozukluktur. Bu hastalık iki yaşlarında konuşmanın gelişmemesi ile dikkati çeker. Çocuklarda herhangi bir farklı görünüm sözkonusu değildir. Dil gelişiminde yetersizliğin yanı sıra sosyal, duygusal gelişimin yetersizliği belirgindir. Burada erken teşhis ile çocuğun uygun eğitsel yaklaşım içinde, aile ile işbirliği içinde ele alınması hayati önem taşır.

Bugün otistik bozukluğun temel tedavisi eğitimidir. Lovaas'ın çalışmalarında gösterdiği gibi otistik bozuklukta erken ve yoğun (haftada 40 saat) eğitsel terapinin önemi bilinmektedir. Davranışçı terapinin sıklığı arttıkça otistik belirtiler de azalmaktadır. (3).

Eğitimcinin sadece otistik çocukla çalışması kısıtlı kalmaktadır. Son yıllarda otistik bozukluk ve benzeri durumların yanısıra diğer engelli çocuklarda da ailelerle çalışmanın önemi artmıştır. Bütün ailenin gereksinimlerini göz önünde bulundurarak, terapilerin ev ortamında yapılan çalışmalarla desteklenmesinin önemi ortaya konmuştur. Otistik çocukların sosyalizasyonunu, imajinasyonunu artırmada kardeşleriyle, akranlarıyla yer almalarının ne kadar yararlı olduğu görülmüştür (4,5)

Çocuklar yaşadıkları toplumu, kültürü keşfetmeye açık oldukları oranda sosyalleşebilirler. Sosyalleştikçe, anlamlı, keyifli paylaşımlar yaşadıkça nereye ve nasıl ait olduklarını kavradıkça kendini keşfetme yolunda ilerleyebilirler.

Engellilikle yaşamak kültürü oluşması, ailelerin engelli çocuklarını saklamak, ondan utanmak yerine sosyal ortamlara çocuklarını taşıyabilir olmaları başarılmalıdır.. Biz bu özel çocukları farklılığını fark etmeye çalışarak, çoktan bildiğimiz bir şekle sokmaya çalışmamalı, kendilerine yeten ve kendi anlamlarını paylaşabilen, duygularını tanımlayabilen, sevinen, ağlayan çocuklar haline gelmelerini amaçlamalıyız.

LİTERATÜR:

1-Short AB. Child Psychol Psychiatry Short-term treatment outcome using parents as co-therapists for their own autistic children. J. 1984 Jul;25(3):443-58.

2-Hastings RP, Symes MD. Early intensive behavioral intervention for children with autism: parental therapeutic self-efficacy. Res Dev Disabil. 2002 Sep-Oct;23(5):332-41

3-Lovaas I: Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children J Consult and Clin Psychology , Vol. 55(1), 3-9, 1987.

4-Yang TR, Wolfberg PJ, Wu SC, Hwu PY Supporting children on the autism spectrum in peer play at home and school: piloting the integrated play groups model in Taiwan. Autism. 7(4):437-53, 2003.

5-Van Karnebeck CDM, Scheper FY, Abeling NG . Etiology of mental retardation in children referred to a tertiary care center: A prospective study. Am J Ment Ret 4:253-267.

6-Williams KR, Wishart JG. The Son-Rise Program intervention for autism: an investigation into family experiences. J Intellect Disabil Res. 47:291-9, 2003.

ÖZÜRLÜ ÇOCUK VE ANAOKULU UYUM ÇALIŞMASI

Sosyal Pedagog Nalan İster

Çocuk Akıl Sağlığı ve Rehberliği Derneği (Çare-der)

>> GELİŞİMİN AMACI

- > Değişen şartlarda yaşaya bilmek
- > Bu amaca az enerji sarfederek ulaşmak
- > Yeniliğe açık olmak aynı zamanda alışılmışı da kullanmak

>> GELİŞİMİN ESASLARI

- > Doğumdan önce yada sonra beyinin ve bedenin biyolojik olgunlaşması
- > Dengelenmiş uyaranlar
- > İyi modeller

>> ÖZÜR NEDİR?

- > Gelişimin arızaya uğraması
- > Hastalıkta olduğu gibi geçici değil kalıcı olmasıdır.

>> ÖZÜRLÜ OLMAK:

Gelişim olanaklarını kısıtlar.

>> BİZ NEYİ ETKİLEYEBİLİRİZ?

- > Tıbbi destek
- > Bedensel özürlülük
- > Uyaranların kalitesi
- > Modellerin kalitesi

>> ÖZÜRLÜ ÇOCUKLARIN İHTİYAÇLARI NELERDİR?

İhtiyaçlar iki grupta toplanabilir:

- > Davranış
- > Kendi için (iyi kokmak, iyi giyinmek...)
- > Duygusal (müzik dinlemek, hayal kurmak...)
- > Bilişsel (giyinebilirim, kaşığımı tutabilirim, konuşabilirim...)
- > Sosyal (güvenli ilişki kurmak, sevmek, değer görmek...)

2. Anlam

- > Ben de değerim
- > Güvenli yakın ilişki
- > Ben birileri için bir şey yapıyorum
- > Ya da hiç tanımadığı insanlardan saygı görmek

Özürlü çocukların bu ihtiyaçları paranın iki yüzü gibidir: Davranış ve Anlam birlikte.

>> ETKİLEMENİN AMACI

- > Yeteneklerini davranış ve anlam organizasyonu içinde geliştirmek
- > Sınırlar içinde anlamlı ve keyifli yaşamak

Amaç ve pratiği birleştirebileceğimiz yer

“KAYNAŞTIRMA ANAOKULLARI”

16. yüzyılda başlayıp 1900’ lü yıllara kadar olan dönemde Avrupa ve A.B.D. de özürlüler için ayrı okullar açılmış özürlü bireylerin toplumda diğer bireylerle birlikte yaşamlarının güç olduğu düşünülmüş, bakım ve eğitim birlikte verilmeye çalışılmış (Gearheart ve ark. 1996, Stainback 1996, Wood 1998).

İkinci olarak sorumlu eğitimciler de çocukların öğrenememelerine neden olarak kendi yeterliliklerini kullandıkları öğretim yöntemlerini görmek yerine, çocukların engelli oldukları için öğrenemediklerin düşündüler ve düşük beklentiler geliştirdiler.

Engelli öğrencilerin ayrı okullarda öğrendikleri hep çok beceri, gerçek yaşamla doğrudan ilişki kuramayacakları beceriler oldu ve bu çocuklar gerçek yaşama da uyum sağlamada güçlük çektiler

Özürlü olmayan bireylerde de eğitim ortamlarında özürlü bireylerle karşılaşmadıkları için onlara nasıl davranacaklarını ve nasıl iletişim kuracaklarını öğrenemediler (Gearheart ve ark. 1996, Karagiannis ve ark. 2000, Lewis ve Doorlag 1999).

Birlikte ve ayrı eğitimin etkililiğine ilişkin yapılan araştırmaların sonuçları da ayrı eğitimin

AKADEMİK SOSYAL VE İLETİŞİM BECERİLERİNİN yarar sağlamadığına ilişkin sonuçlar verdi (Calberg ve Kavale 1980, Freeman ve Alkin 2000, Wang ve Baker 1986).

Özürlü özürsüz tüm bireylerin eşit eğitim haklarından yararlanmaları gerektiği düşüncesi daha fazla kabul gördü.

Avrupa ve A.B.D. de 1960’larda benimsenen kaynaştırma eğitimi 1970’lerden başlayarak pek çok ülkenin yasalarında yer aldı. İtalya da , Norveç de ,İngiltere de, A.B.D. De ve Fransa da yürürlüğü giren yasalarla, özel gereksinimli öğrencilerin genel eğitim sınıflarında akranları ile birlikte eğitim görmeleri yasal olarak kabul edildi (OECD 1995).

Unesco tarafında yapılan araştırmalara göre, Türkiye nüfusunun yaklaşık %10 unun engelli olduğu bilinmektedir. Bu da 7-8 milyon insanın özürlü olduğu anlamı taşımaktadır. Bu insanların yakınlarının da etkilendiği düşünülürse ülkemizde özürlü insanların eğitimi çok ciddi önem kazanmaktadır.

Bizim ülkemizde de 1983 yılında kabul edilen 2916 sayılı Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Yasası ile özel gereksinimli çocukların akranlarıyla birlikte eğitim görmeleri benimsenmiş olmakla birlikte, nasıl yapılacağı bu yasada yeterince tanımlanamamıştır.

1997 yılında kabul edilen 573 sayılı kanun hükmünde kararname ve 2000 yılında yürürlüğe giren Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği ile özel gereksinimli bireylerin akranları ile birlikte kaynaştırma ortamlarında eğitim görmesi benimsenmiştir (MEB 2000). 2004 yılında yaklaşık 49.000 özel gereksinimli öğrenci kaynaştırmaya alınmıştır.

>> Engin 2.5y ;

> Yanında 4 raflı büyük kitaplık devrilince dönüp bakmaması ve konuşmaya başlamaması üzerine otizm tanısı kondu.

> Yuvada 10 kişilik grup içinde çalışmaya başlandı.

> Haftada 40 saat olmak üzere 3 yıl düzenli anaokuluna geldi.

> Haftada 5 saat bireysel çalışma uygulandı.

> Düzenli olarak bir psikiyatristin süpervizyonu alındı.

> Engin bugün 2. sınıfta diğer çocuklarla okula gidiyor, resim dersi hariç derslerinde çok başarılı.

BEYİN VE ÖZEL EĞİTİM

BEYİN NASIL ÇALIŞIR? ÖZEL EĞİTİMCİLER NE KADARINI BİLMEK ZORUNDA?

Dr.Bülent Madi

Nöroloji Uzmanı

Beynin İşletim Sorunu Nedeni İle Engelli Olanlar

- Zihinsel engelliler
- Cerebral palsy
- Otizm yelpazesi
- Öğrenme güçlükleri – görsel uzamsal algı bozuklukları
- Dil ve konuşma bozuklukları
- Epilepsi
- Hiperaktivite dikkat eksiklikleri
- Diğer davranış sorunları

Çocukların Gelişiminde İncelenmesi Gereken Önemli Özelliklerden Bazılarının Ana Başlıkları Şunlardır:

- Bilinç
- Dikkat
- Akıl yürütme kavramı
- Baskın beyin yarı küresi (dominant hemisfer)
- Konuşma
- Praksi (Becerme)
- Gnozi (Bilebilme)
- Öğrenme ve bozuklukları
- Görmenin geliştirilmesi
- Yüz tanıma
- Akademik beceriler matematik, yazı, okuma, okuyarak anlama vb
- Ses ve müzik algısı gelişimi
- Tat duyusunun gelişimi
- Koku duyusunun gelişimi
- İşitme yolu ile tanıma
- Uzay , mekan kavramı

Zaman kavramı

İnsanlar arası ilişkiler

Estetik duyular

Yaratıcılık

Bellek ve bozuklukları

Uyku ve devamı.

SORU:

Türkiye’de uygulanan standardizasyonu tamamlanmış veya tamamlanmamış eğitim ve rehabilitasyon metod/ kuramların ne kadarını anlayabiliyoruz veya ezberliyoruz.

Biz eğitim ve rehabilitasyon metod/ kuramlarını bulamaz mıyız.?

Üniversitelerin eğitim fakültelerinde çalışan bir beyin uzmanı (nörolog) bu konuda ne düşünür? Merak ettiniz mi? Birkaç dakika biraz beynimizde dolaşalım bu sorulara cevap arayalım.

2007 yılı sonuna doğru bir tv. kanalında bu konuda yapılan oturumdan alıntılardan benim çıkardığım sonuçlar parantez içindedir:

- Üst düzey bilişsel işlevlere sahip öğretmen gerekiyor.(Beyin kabuğunun tüm ağ sistemlerinden bahsediliyor)
- Koruyan ve yardım edenden çok yol gösteren olması gerekiyor.(Özellikle prefrontalden bahsediyor)
- Yol gösterebilmesi için çocuğun bilişsel duygusal ve hareket potansiyelini fark edebilmesi gerekiyor. Empati gerekiyor.(Prefronal ve tempordal bahsediliyor)
- Bunu yapabilmesi için bu becerileri algılayabilecek düzeyi aşmış olması gerekiyor.(Tüm beyin korteksi ve sonuç olarak özgeci olmak tanımlanıyor)

*Konuşmacılar Ankara ‘da öğretim üyeleri idi.

30 yıl fizyoterapist, psikolog, rehber danışman, çocuk gelişimcisi, özel eğitimci, okul öncesi eğitimcisi, sosyal çalışmacı, spor yönetmeni, konuşma terapisti, iş - uğraş terapisi gibi özel eğitim alanlarındaki kişilerle çalıştım.

Eğitim ve rehabilitasyon ile ilgili sayısını anımsayamadığım metod, yöntemler izledim.

1990’dan sonraki yöntemlerin bir kısmı da yeniden gözden geçirilerek yeni tarzlar oluşturuldu. Bu tarzların tümüne yakınının temelini fizyoloji oluşturuyor..

BİRKAÇ ÖRNEK

Montessori, Vygotsky, Frostig görsel algı eğitimi, Pecs , Duyusal bütünleme, Aba, Çoklu zeka, Dunn&Dunn, Orff, Tomatis, Hippoterapi, Biofeedback, Alexander tekniği, Feldenkraise method, Osteopathy, Reflexology, Occupational Terapi, Bobath Metodu, Vojta, Conductive education, Portage ve daha yüzlercesi var.

Bilişsel, davranışsal ve motor eğitimde kullanılan fizyoloji terimlerinde de son on yılda değişimler başladı. Örneğin, ”konuşma merkezleri konuşmayı sağlar” denilmiyor.

Santral sinir sisteminin yapısını ve işleyişini öğrenmek çok zor değildir.

Genel kavramları öğrenmek sanıldığı kadar çok zamanda almamaktadır.

Birkaç dakikada koşar adım konumu özetleyeceğim.

Uyaran çoğu kez tek girişli değil çok girişlidir. Bu cümle tüm eğitim/rehabilitasyon yaklaşımlarını özetliyor.

Beden yalnızca beyin değildir. Fiziksel işlevlerde solunum ve kalp-damar sistemini potansiyelini de bilmek gerekir. Mesela ayağınızda nasır varsa çevreye uyum sağlamanız güç olabilir.

Eğitim sırasında çocuğu global gözle izlemek gerekir. Ayrıntılar ardından gelir.

Bu nedenle örneğin, konuşma bozukluğu olan bir çocuğun sadece konuşma problemini değil genel beden yapısını da bilmek gerekmektedir.

Beyin algılamasında fizyolojiye ek son 1 soru daha

Acaba bize aktarılan Amerika, Avrupa ve diğer ülkelerde üretilmiş olan bilgi, eğitim, metod ve kuramları okuduğumuzda ve uyguladığımızda ikisi arasında anlam farkı yaşanıyor mu? (Çoklu zeka bunun en yakın örneği)

Dilbilimciler ile çalışan eğitim/rehabilitasyon elemanları bu soruları çözdüler mi ?

Salvador DALÍ'nin çok önemli tablolarından birinin adı Geopoliticus child-watching the birth of a new man'dir. Bu tabloyu birkaç çalışmamda kullandım.Tabloya bakıldığı zaman çoğu kişinin önce yumurta dikkat ettiği sonucu çıktı, birkaç aşamadan sonra sağ alt köşedeki çocuk dikkatlerini çekiyordu.Ancak resmin adını İngilizce okursanız önce çocuktan sonra yumurtadan çıkan adamdan bahseder.

Biz resme baktığımızda önce yeni doğan adamı görüyoruz.

Fakat resmin isminde yani İngilizce ve Fransızca yazılı dilde özne cümleinin başındadır.

“Child watching man” söz öbeğinde özne nesneden önce gelir. Fakat “Adama bakan çocuk” söz öbeğinde nesne öznenin önce gelmektedir.

Çoklu zeka kuramıyla ilgili Türkçe kitaplardaki çeviri – anlam hataları, muhtemelen yazarın yaşadığı kültürü iyi bilememek ve nörofizyoloji (beyin yapısı) bilgisinin eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Dali'den vermiş olduğum örnek ise Türkçe'nin görme duyusu ile konuşma becerisi arasındaki olağanüstü ilişkisine önektir. Eğitim bilimlerinde ve psikoloji alanında beyin yapısı, beyin işlevi eğitime neden daha fazla önem verilmediğinin cevabı acaba nerededir?

RİSKLİ YENİDOĞANDA NÖRO-GELİŞİMSEL YAKLAŞIM

Uzm. Fzt. Feride Bilir

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Enstitüsü,
Çocuk Nörolojisi BD*

Özet:

Nöro-gelişimsel tedavi (NDT- (Nöro-Developmental Treatment)) bebeğin normal hareket paterninin gelişmesini sağlamak için, ilkel reflekslerin inhibisyonu, normal kas tonusunun uyarılması ve bebeğe duysal-motor becerilerin verilmesini sağlar.

Riskli yenidoğan ve özellikle de preterm bebeklerde motor kaabiliyet genelde engellenmiş ya da gecikmiştir. Asimetrik postür de eklendiğinde bu gecikme ve hareketin anormal paternleri baş kontrolünün gelişmesinde gecikmeye neden olmakta, gövde stabilitesini, el-göz koordinasyonunu ve sosyal ilişkileri olumsuz etkilemektedir.

NDT bir metod değil, kişisel olarak çocuğun ihtiyaçlarına göre belirlenen her bebeğin özel problemlerine yönelik bir yaklaşımdır. Nöromotor fonksiyon bozukluğu olan çocukların en büyük problemi; yerçekimine karşı , normal postüral kontrolün gelişimindeki gecikmeden kaynaklanır (Bobath 1980). Beyin lezyonları sonucunda pek çok tonik refleks serbestlenir (Magnus- 1926, Rademaker -1935 ve Byers 1938). Buna bağlı olarak yerçekimine karşı primitif paternler ortaya çıkar ve anormal paternler görülür. Sonuç olarak da spastisite, hareket kaybı ve anormal postüral fiksasyon görülebilir.

NDT’de terapötik tutuş tekniği kullanılarak anormal cevaplar inhibe edilirken, motor cevaplar uyarılır. Yenidoğanlarda kullanılan terapötik tutuş tekniği ile motor gelişimin temelini oluşturan normal duysal ve motor deneyimler elde edilmeye çalışılır. Tüm hareketler handling (tutuş şekilleri) sırasındaki reaksiyonlara göre düzenlenir ve taşıma şekilleri aileye öğretilir.

Erken tedavinin en önemli yararı gelişimsel problemlerin farkedilerek, aileye ne gibi problemlerle karşılaşacağını önceden söylenmesi ve bu sorunlarla nasıl başa çıkabileceklerinin anlatılması olanağını sağlamasıdır. Böylelikle ileride oluşabilecek minör nörolojik bozukluklar da aile için önemli bir sorun olmayacaktır.

NDT’de amaç gelişen ya da gelişmesi muhtemel anormal paternleri, değişik hareketler ve postüral pozisyonlar ile duysal uyarılar sağlayarak normale en yakın seviyeye getirebilmektir. Ekstremitelerin fonksiyonel istemli hareketleri, pozisyonlama tekniği ile aktive olur. NDT ile optimal duysal motor tecrübe ile motor kaabiliyetlerin arttırılması ve düzgün postüral duruşu ve stabiliteyi sağlamak, çocuğu günlük yaşamdaki fonksiyonlara hazırlama, ince motor, bilişsel ve sosyal gelişimin korunması, orofasiyal ve konuşma alanlarında gros motorik şartların korunması sağlanmaya çalışılır.

NEURO-DEVELOPMENTAL APPROACH IN THE AT-RISK NEONATE

Feride Bilir, PT MSc

Department of Pediatric Neurology, Institute of Pediatric Health, Istanbul School of Medicine, Istanbul University, Istanbul, Turkey

Abstract

The Neuro-Developmental Treatment (NDT) allows inhibition of primitive reflexes, stimulation of normal muscular tonus and establishment of sensory-motor skills in the infant in order to ensure the development of the infant's normal motor pattern.

Motor ability is usually arrested or delayed in at-risk neonates and particularly, in preterm infants. Combined with the asymmetrical posture, this delay and abnormal movement patterns result in a delay in the development of head control and adversely affect body stability, hand-and-eye coordination, and social relationships.

The NDT is not a method per se, but an approach to particular problems of each infant treated as an individual. The main problem with the children who have neuromotor functional impairment results from a delay in the development of the normal postural control against the gravity (Bobath 1980). A large number of tonic reflexes are released as a result of brain lesions (Magnus- 1926, Rademaker -1935 and Byers - 1938). Depending on the condition, primitive patterns emerge in opposition to the gravity and abnormal patterns are seen. And as a consequence, spasticity, loss of movement, and abnormal postural fixation may be seen.

In the NDT, abnormal responses are inhibited, whereas motor responses are stimulated by the use of the therapeutic handling technique. With the therapeutic handling technique used in the neonate, it is aimed to achieve normal sensory and motor experiences which form the basis of motor development. All movements are adjusted to the reactions occurring during handling and the family members are given training in the ways of carrying.

The most important benefit of early treatment is the possibility that developmental problems are noticed early and that the family members are advised in advance of what kind of problems they might be faced with and of how they can do away with such problems. Thus, any minor neurological disorders likely to occur in the future would not pose an important concern for the family.

In the NDT, the objective is to normalize as much as possible any abnormal patterns that have already occurred or are likely to occur by providing sensory stimulations through various movements and postural positions. Functional voluntary movements of the extremities are activated by the positioning technique. In the NDT, the aim is to increase motor abilities and ensure proper postural stand and stability by means of optimal sensory motor experience, to prepare the child for functions in daily life, and to ensure the maintenance of gross motor conditions in orofacial and speech regions.

ÖZÜRLÜLÜK YARATAN NÖROLOJİK VE ORTOEDİK HASTALIKLARDA FİZYOTERAPİSTİN ROLÜ

İNMEHİ HASTALARIN REHABİLİTASYONUNDA FİZYOTERAPİSTİN ROLÜ

Prof. Dr. Ferda Dokuztuğ Üçsular

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu - Türkiye

İnmeli hastaların rehabilitasyonunu da amaç günlük yaşamda maksimum fonksiyonel seviyeye ve bağımsızlığa ulaşmaktır. İnme sonrasında immobilizasyon nedeni ile komplikasyonlar oluşabilir. Bu nedenle inmeli hastalar mümkün olduğu kadar erken mobilize edilmelidir. Geleneksel olarak rehabilitasyonda takip edilen adımlar: 1. Değerlendirme : Hastaların ihtiyaçları belirlenir; 2. Hedeflerin oluşturulması: Uzun, orta ve kısa vadeli hedefler oluşturulur; 3. Programlar: Hedeflere ulaşmaya yardımcı olur; 4. Yeniden değerlendirme: Amaçlanan hedeflere ulaşma derecesi değerlendirilir. Rehabilitasyon hedefleri üç açıdan ele alınabilir: 1. Uzun vadeli amaçlar: Sıklıkla evdeki yaşam dikkate alınır; 2. Nesnel amaçlar: Genellikle özrün seviyesine göre multi-disipliner amaçlar belirlenir; 3: Kısa vadeli amaçlar: Kısa sürede gerçekleştirilecek limitli hedefler belirlenir. Rehabilitasyon süreci daha önceki özür ve inme sonucu oluşan komplikasyonlar nedeni ile kesintiye uğrayabilir. Fizyoterapide inmeli hastalarda kullanılan farklı yaklaşımları (Bobath, Motor Learning, Brunnstrom, Rood , Proprioceptive Neuromuscular Facilitation, ve Jhonstone) karşılaştıran bir çok yayın vardır. Anket çalışmaları son zamanlarda en yaygın olarak Bobath yaklaşımının kullanıldığını göstermektedir. Yüksek kaliteli randomize kontrollü çalışmalarda inmeli hastaların fonksiyonel yeteneklerini geliştirmede yukarıda belirtilen tedavi yöntemlerinin birinin diğerlerine göre daha etkin olduğunu gösteren kanıt bulunmamıştır (1).

Hemiplejik hastalarda üst ekstremitelerde fonksiyonel ve koordineli hareketleri kazanmak için oturma ve ayakta durmada gövde stabilitesine ihtiyaç vardır. Gövde stabilitesinin sağlanması için de alt ekstremitenin fonksiyonel olması gerekir (2). İnme meydana geldikten sonra en erken dönemde gövde kontrolünün değerlendirilerek kazandırılması gerekir (3). Destek ve denge için gövde stabilitesinin ve etkilenmiş bacağın kullanımının eğitimi tüm inme rehabilitasyonu süresince önemlidir.

İnmenin neden olduğu beyin hasarı serebral fonksiyonlarda bozulmaya neden olur. İnme sonrasındaki iyileşme sürecinde beyin “nöroplastik” olarak isimlendirilen mekanizmayı harekete geçirerek fonksiyonlarını ve korteksteki hareketlerle ilgili alanları yeniden düzenlemeye başlar. Korteksteki değişiklikler dentritlerin, sinapsların ve nörotrofik faktörlerin artmasını sağlar. Motor kortekste hasar meydana geldikten sonra motor korteks aktivasyonunda da değişiklikler gözlenir. Bu değişiklikler etkilenmemiş hemisferdeki motor (homologue) alanda veya hasarlı korteks bölgesinde olabilir. Kortikal yeniden düzenleme inmeden sonra bir iki gün içinde başlar ve aylarca sürebilir. Böylece hemiplejik hasta kaybettiği yeteneklerin en azından bir kısmını da olsa kazanarak iyileşebilir (4). Birçok çalışma inme sonrasında duyuusal uyarılar ve tekrarlayan hareketlerin nöroplastisite ve kortikal yeniden düzenlemeyi uyardığını göstermiştir (5). Beyinin geniş alanlarını uyaran aktiviteler ile nöralplastisite arasında bağlantı olduğu düşünülmektedir. Farklı yöntemlerle (ısı uygulamaları, etkilenmemiş ekstremitenin kullanımını engelleyerek etkilenmiş tarafın kullanımını teşvik etme, robotik tedavi, bilgisayarlı kol eğitimi gibi) hemiplejik hastalarda etkilenmiş tarafın uyarılması sağlanabilir (4-11). Ben, inme sonrasında mümkün olan en erken sürede, çok basit hareketlerle ve dokunmalarla bile olsa, farklı yöntemlerle etkilenmiş tarafın uyarılmasının nöroplastisiteye yardımcı olacağını düşünüyorum. Nöroplastisitenin geliştirilmesine yönelik terapi yaklaşımlarının sonuçları ile ilgili kesin bilgilerin edinilmesi için yeni araştırmalar yapılmalıdır.

Son zamanlarda devamlı pasif hareket (DPH) aletleri inme rehabilitasyonunda kullanılmaktadır (6,7). Lynch ve arkadaşları, inme rehabilitasyonunda DPH aletinin motor iyileşmeyi sağlamada önemli katkı sağlayabileceğini belirtmişlerdir (6). DPH aleti, inmeden sonra nöroplastisitenin gelişmesine, etkilenmiş ekstremitelerin kortekste temsil alanlarının artırılmasına yardımcı olabilir. Bu nedenlerle DPH aleti kronik dönemde inmeli hastaların el fonksiyonlarının artırılması için kullanılabilir (7).

Fizyoterapistler değişik tedavi yöntemlerini birlikte kullanarak inmeli hastaların günlük yaşamlarında fonksiyonellik seviyelerini ve bağımsızlıklarını arttırmaya yardımcı olurlar.

KAYNAKLAR

www.sign.ac.uk “Management of patients with stroke – Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, November 2002, Edinburgh.

Higgins J, Mayo NE, Desrosiers J, Salbach NM, Ahmed S. “Upper-limb Function and recovery in the acute phase post stroke” JRRD, 2005; 43 (1) 65-76

Hsieh CL, Sheu CF, Hsueh IP, Wang CH. “Trunk control as an early predictor of comprehensive activities of daily living function in stroke patients” Stroke, 2002; 33;2626-30

http://www.cerebromente.org.br/n14/doencas/avc_i.html (06.12.2007) Brito M, Pontes Filho T. “Stroke and Neuroplasticity”

Chen J, Liang C, Shaw F. “Facilitation of sensory and motor recovery by thermal intervention for the hemiplegic upper limb in acute stroke patients. A single-blind randomized clinical trial” Stroke; 2005; 36; 2665-2669

Lynch D, Ferraro M, Krol Jet al. “Continuous passive motion improves shoulder joint integrity following stroke” Clinical Rehabilitation 2005; 19: 594-599.

Korkmaz N.: “Serebrovasküler hastalıklarda üst ekstremitelerde pasif hareket ve Margaret Johnstone yönteminin tedavi sonuçlarının karşılaştırılması” Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Bolu-2007

Blanton S, Wolf SL. “An application of upper-extremity constraint-induced movement therapy in a patient with subacute stroke” Physical Therapy, 1999; 79 (9);847-853

Wolf s, Winstein CJ, Miller P, Taub E, Uswatte G, Morris D, Giuliani C, Light KE, Nichols-Larsen D. “Effect of constraint-induced movement therapy on upper extremity function 3 to 9 months after stroke” JAMA; 2006; 296: 2095-2104

Fasoli Se, Krebs HI, Stein J, Frontera WR, Hughes R, Hogan N. “Robotic Therapy for chronic motor impairments after stroke: follow-up results” Arch Phys Med Rehabil, 2004; 85; 1106-1111

Hesse S, Werner MA, Pohl M, Rueckriem S, Mehrholz J, Lingnau ML. “Computerized arm training improves the motor control of the severely affected arm after stroke. A single –blinded randomized trail in two centers” Stroke, 2005; 36; 1960-1966

THE ROLE OF PHYSIOTHERAPY IN STROKE REHABILITATION

Prof. Dr. Ferda Dokuztuğ Üçsular

Abant İzzet Baysal University

The aim of stroke rehabilitation is to help people reach their maximum level of function and independence in all aspects of daily life. A number of post-stroke complications are associated with immobility. Therefore stroke patients should be mobilized as early as possible after stroke. The conventional approach to rehabilitation is a cyclical process: 1. Assessment: patients needs are identified and quantified; 2. Goal setting: goals are defined for improvement (long/medium/short term); 3. Intervention: to assist in the achievement of the goals; 4. Reassessment: progress is assessed against the agreed goals. Rehabilitation goals can be considered at several levels: 1. Aims: Often long term and referring to situation after discharge; 2. Objectives: Usually multi-professional at the level of disability; 3. Targets: Short term time limited goals. The process of rehabilitation can be interrupted at any stage by previous disability and complication of the stroke itself. Different treatment approaches exist for all therapy interventions. The area with most published evidence is physiotherapy where a number of different approaches (Bobath, Motor Learning, Brunnstrom, Rood, Proprioceptive Neuromuscular Facilitation, and Jhonstone) to treatment for patients with stroke have been compared. Questionnaire studies indicate that the Bobath is currently the most widely used approach. The few high quality randomised controlled trials investigating the relative efficacy of different physiotherapy treatments provide no evidence that any one treatment approach improves functional ability more effectively than any other (1).

In order to have functional and coordinated movements of the upper limb, a person needs a stable trunk, as well as balance in sitting and standing, which implies a functional lower limb (2). Early assessment and management of trunk control after stroke should be emphasized (3). Retraining of trunk control and using the affected leg for support and balance is very important in the stroke rehabilitation process.

The brain damage caused by a stroke may result in the loss of cerebral function. However, the brain can use a process called "neuroplasticity" to adjust itself functionally, by reorganizing the cortical maps, which contributes to the stroke recovery. The changes in the cortex organization include an increase in the number and density of dendrites, synapses and neurotrophic factors. After damage has been afflicted to the motor cortex, changes of activation in other motor areas are observed. These changes can occur in homologue areas of the non-affected hemisphere (which can substitute for the lost functions) or in the intact cortex adjacent to the damage. These cortical reorganizations begin from one to two days after stroke, and can be extended for months, the patients can recover, at least in part, the lost abilities (4). Numerous studies indicated that neuroplasticity and cortical reorganization are facilitated after sensory stimulation and repetitive motor practice in stroke patients (5). Simultaneous activation of a large brain area is believed to enhance the neural plasticity. We could stimulate the affected side of hemiplegic patient with different ways such as, thermal intervention, constraint-induced movement therapy, robotic therapy, computerized arm training (4-11). I believe that the affected side of hemiplegic patient should be stimulated as soon as possible after stroke with different techniques, even very simple movements and touching, could be useful to help neuroplasticity. We need make more researches on improving neuroplasticity after stroke.

In recently continuous passive motion (CPM) device is used in stroke rehabilitation (6,7). Lynch et.al showed that CPM may provide the important precursor for alternative motor improvement strategies for stroke rehabilitation (6). CPM could be effect on improving neuroplasticity after stroke and increase the representation area of the affected limb in the cortex, and be a beneficial adjunct to the rehabilitation of hand function following a chronic brain lesion (7).

Physiotherapists use different treatment approaches to help stroke patients to increase their level of function and independence in all aspects of daily life.

REFERENCES

- www.sign.ac.uk “Management of patients with stroke – Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, November 2002, Edinburgh.
- Higgins J, Mayo NE, Desrosiers J, Salbach NM, Ahmed S. “Upper-limb Function and recovery in the acute phase post stroke” JRRD, 2005; 43 (1) 65-76
- Hsieh CL, Sheu CF, Hsueh IP, Wang CH. “Trunk control as an early predictor of comprehensive activities of daily living function in stroke patients” Stroke, 2002; 33;2626-30
- http://www.cerebromente.org.br/n14/doencas/avc_i.html (06.12.2007) Brito M, Pontes Filho T. “Stroke and Neuroplasticity”
- Chen J, Liang C, Shaw F. “Facilitation of sensory and motor recovery by thermal intervention for the hemiplegic upper limb in acute stroke patients. A single-blind randomized clinical trial” Stroke; 2005; 36; 2665-2669
- Lynch D, Ferraro M, Krol Jet al. “Continuous passive motion improves shoulder joint integrity following stroke” Clinical Rehabilitation 2005; 19: 594-599.
- Korkmaz N.: “Serebrovasküler hastalıklarda üst ekstremitede pasif hareket ve Margaret Johnstone yönteminin tedavi sonuçlarının karşılaştırılması” Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Bolu-2007
- Blanton S, Wolf SL. “An application of upper-extremity constraint-induced movement therapy in a patient with subacute stroke” Physical Therapy, 1999; 79 (9);847-853
- Wolf s, Winstein CJ, Miller P, Taub E, Uswatte G, Morris D, Giuliani C, Light KE, Nichols-Larsen D. “Effect of constraint-induced movement therapy on upper extremity function 3 to 9 months after stroke” JAMA; 2006; 296: 2095-2104
- Fasoli Se, Krebs HI, Stein J, Frontera WR, Hughes R, Hogan N. “Robotic Therapy for chronic motor impairments after stroke: follow-up results” Arch Phys Med Rehabil, 2004; 85; 1106-1111
- Hesse S, Werner MA, Pohl M, Rueckriem S, Mehrholz J, Lingnau ML. “Computerized arm training improves the motor control of the severely affected arm after stroke. A single –blinded randomized trail in two centers” Stroke, 2005; 36; 1960-1966

MULTİPL SKLEROZ REHABİLİTASYONU

Dr. Fzt. Fatma Karantay Mutluay

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

Multiple skleroz (MS) genç erişkinlerde (20-40 yaş) en sık rastlanan nörolojik hastalıklardan biridir. Ataklar halinde gelen ve/veya ilerleyici olabilen, MSS'ne ait çeşitli bulgu ve belirtilerle şekillenen, histopatolojik olarak MSS'de inflamatuvar-demyelinizan karakterde lezyonlarla seyreden bir hastalıktır. Genetik yatkınlık, otoimmün mekanizmalar ve viral enfeksiyonların demiyelinizasyonda rol oynayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bazı çevresel faktörlerin genetik yatkınlığı olan kişilerde tetikleyici olabildiği düşünceleri önem kazanmaktadır.

MS kadınlarda (K/E: ~ 2/1) beyaz ırkta ve ailesinde MS bulunanlarda daha çok gözükmetedir. Ülkemizde MS epidemiyolojisi ile ilgili tamamlanmış bir araştırma olmamakla birlikte, kuzey bölgelerimizde 30-40/100.000 arasında beklenebileceği düşünülmektedir.

Hastalığın klinik görünümü oldukça değişkendir; bazen iyi huylu (benign) olup büyük semptomlar yaratmadan seyrederken bazen de hızlı bir progresyonla erken özürüllüğe neden olabilmektedir. Multiple Skleroz mobilite ve fonksiyonel aktivitelerde değişik derecelerde özürüllüğe yol açan, kişinin sosyal ve meslek hayatında kısıtlamalara neden olarak ileri düzeyde engellilik yaratan ve yaşam kalitesini bozan bir hastalıktır. MS, 15-50 yaşları arasında özürüllüğe neden olan en yaygın hastalıklardan birisidir.

MS'te fiziksel ve kognitif bozuklukların yanı sıra emosyonel ve sosyal etkilenmenin de olması, ayrıca hastalık seyrinin öngörülememesi gibi nedenlerle klasik bir rehabilitasyon modeli uygulamak zordur. MS rehabilitasyonu hastalığın değişken semptomlarına göre şekillenen dinamik bir süreçtir, hastalığın her aşamasında merkezine hastayı alan ve onun aktif olarak katılımını gerektiren multidisipliner ve kapsamlı bir yaklaşım gerektirir. MS'li hasta için rehabilitasyon sınırlı bir zaman dilimi için verilmemeli hastanın mümkün olduğu kadar aktif yaşamasını sağlayan bir yaşam stili haline getirilmelidir. Aslında MS rehabilitasyonunda temel yaklaşımlar diğer nörolojik hastalıklardan çok farklı değildir. Bu yaklaşımlar şöyle sıralanabilir:

- Fonksiyonel eğitim.
- Kompansatuar davranışların geliştirilmesi.
- Mevcut nörolojik bozuklukların semptomatik olarak iyileştirilmesi.
- Yardımcı araç gereçlerin seçimi.
- Çevresel düzenlemeler.
- Hasta ve ailesine danışmanlık.

Amaç:

- Özürüllük ve engelliliğin giderilmesi ya da azaltılması.
- Hastaya maksimum fonksiyonel bağımsızlık kazandırılması.
- Yaşam kalitesinin artırılması.
- Hastanın topluma tekrar kazandırılması.

Değerlendirme

Multipl Sklerozun merkezi sinir sistemindeki yerleşimi, nörolojik bulgu ve belirtilerin şiddeti her hastada farklı olabileceğinden, hastaların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi tedavi programını belirlemek açısından önemlidir. Rehabilitasyon alanında kullanılan birçok geçerli ve güvenilir ölçek MS'li hastaların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

Multiple Skleroz'da Görülen Semptomlara Yaklaşım

Yorgunluk (Fatigue): Yorgunluk MS'li hastaların şikayet ettiği en yaygın (%85'ten fazla) semptomlardan birisidir ve hastalar tarafından 'aşırı bir yorgunluk hissi, enerji yokluğu veya kendini tükenmiş hissetmek' şeklinde tanımlanır. Farmakolojik tedavinin yanı sıra, enerji tasarrufu teknikleri, genel endüransı ve kondisyonu arttıran aerobik egzersizler ve kardiyo-vasküler uygunluğun sağlanması bu semptomu kompanse edebilmektedir. Serin duşlar ve buz uygulaması da yorgunluğu azaltmada yararlı olmaktadır.

Spastisite: Spastisite MS'te sık görülen bir bozukluktur, klinik seyir süresince hastaların bir çoğunda (%75-90) spastisiteye ilişkin bazı bulgular ortaya çıkmaktadır. Spastisite çoğunlukla alt ekstremiteleri etkilemektedir ve adduktör kasları tutma eğilimindedir.

Spastisite hastada fonksiyonel yetersizlik, yürüme bozukluğu ve ağrıya neden oluyorsa tedavi başlatılmalıdır. Spastisitenin tedavisinde uygulanan fizyoterapi-rehabilitasyon (FTR) yöntemleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Egzersiz: Germe egzersizleri ve eklem hareket açıklığı egzersizleri, hasta ve ailesine öğretilir.

Soğuk uygulama: Buz torbaları ya da ekstremitenin buzlu suya daldırılması şeklinde uygulanır, kas içiğini soğutacak kadar uzun süreli (20-45 dk) uygulanır.

İnhibitör gevşeme teknikleri: Eklem aproksimasyonu, hastanın yerde yavaşça yuvarlanması, hamak gibi bir yerde sallanması, spastik kasın insersiyon tendonuna basınç uygulamak gibi bazı manipülatif yöntemler kullanılır.

Cihazlama: Uzun süreli statik germenin spastik kasları inhibe edici etkisinden yararlanmak amacıyla üretilmiş olan bazı inhibitör cihazlar kullanılır.

Pozisyonlama: Spastisiteyi arttıran anormal postüral refleks mekanizmalarını (örn; asimetrik tonik boyun refleksi veya tonik labirent refleksi vb.) inhibe eden hareketler ve pozisyonlamalar (örn; yan yatış) hastaya öğretilir.

Spastisitenin azaltılması için bazı elektriksel tedavi yöntemleri ve EMG-biofeedback gibi uygulamalardan da yararlanılmaktadır. Tedavi edici yöntemlerle birlikte basınç yaraları, mesane-barsak problemleri, infeksiyonlar (sıklıkla alt üriner sistem infeksiyonları), ağrı, tırnak batması, dar giysiler vb. gibi spastisiteyi arttıran bazı etkenlerin ortadan kaldırılması çok önemlidir. Ayrıca ayakta durma ve yürüme spastisiteyi inhibe edeceğinden mümkün olduğunca sürdürülmesi gerekmektedir.

Güçsüzlük: Kas güçsüzlüğünü gidermek için kullanılan FTR yöntemleri; egzersiz, elektriksel stimülasyon ve yardımcı cihazların kullanılmasıdır.

Güçsüz kaslarda fonksiyonların artırılması için aktif-yardımlı, aktif ve/veya dirençli egzersizler, proprioseptif nöromüsküler fasilite egzersizleri her gün yapılmalıdır. Geleneksel yaklaşımda, klasik kuvvetlendirme egzersizlerinin (dirençli egzersizler) yorgunluk yaratacağı ve hastanın fonksiyonel durumunu kötüleştireceği endişesi yaygındır. Buna karşın, son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda dirençli egzersizler kullanılmış ve olumlu sonuçlar alınmıştır. Ancak, hastaya herhangi bir egzersiz önerirken mutlaka aşırı yorgunluktan kaçınması ve sık dinlenmesi gerektiği söylenmelidir.

MS hastaları için en ideal olan, vücut ısını veya yorgunluğu arttırmadan yapılan submaksimal yoğunlukta egzersizlerdir (bisiklet, yüzme, yürüme, üst ekstremitte ergometreleri ile yapılan genel aerobik egzersizler vb.). Ayrıca fokal kas gruplarını güçlendirmek için lokal elektriksel stimülasyon yöntemleri de kullanılabilir. Eğer kompensatuar güçlendirme yöntemleri mobilitiyi arttırmada yetersiz kalırsa yürüme bozukluğunu azaltmak için çeşitli yardımcı cihazlardan yararlanılır.

Mesane ve Barsak Sorunları: MS hastalarında alt üriner sistem fonksiyon bozuklukları oldukça sık (%80'in üzerinde) olarak görülmektedir. Semptomlar depolama bozuklukları (sık idrara çıkma, sıkışma, inkontinans, noktüri) ve boşaltma bozuklukları (tutukluk, üriner retansiyon) olarak iki şekilde görülebilir.

Depolama bozukluklarında üriner inkontinansı azaltmak için medikal tedavinin yanı sıra anti-inkontinans egzersizleri ile pelvik taban kaslarının rehabilitasyonu ve kuvvetlendirilmesi kritik önem taşımaktadır. Boşaltma ile ilgili bozukluklarda rezidüel idrar 100ml'den fazla ise temiz aralıklı kateterizasyon önerilir, nadiren sürekli

kateterizasyon gerekmektedir. Daha hafif olgularda mesane üzerine hafif vurmalar şeklinde uyarım verilerek veya suprapubik vibrasyon sağlayan bir stimülatör kullanılarak mesanenin boşaltımı sağlanabilmektedir.

Barsak fonksiyon bozukluğu olarak en çok konstipasyon görülür ve düzenlemek için ise uygun bir diyet ve bol sıvı alımının sağlanması gerekir.

Serebellar Bozukluklar: MS hastalığında serebellar bozukluklar; tremor, titubasyon, yürüme ataksisi ve serebellar dizartri olarak görülmektedir. Serebellar bozukluklar ya yürüyüşü ya da üst ekstremitelerdeki fonksiyonlarını kısıtlayarak ciddi özürllülüğe neden olmaktadır.

Serebellar bozuklukların rehabilitasyonunda hastalara öncelikle egzersiz eğitimi verilmektedir. Bu egzersizler ile, proksimal stabilitenin, dengenin ve enduransın artırılarak fonksiyonel becerilerin geliştirilmesi hedeflenir. Kompansatuar yaklaşımlar MS'te görülen serebellar bozuklukların hafifletilmesinde büyük önem taşımaktadır. GYA'ni kolaylaştırmak için adaptif araç gereçler ve proksimal splintler geliştirilmiştir. Ataksiyi azaltmak için ekstremitelerin distaline ağırlık bağlanması, hastanın kullandığı baston veya walkerlara ağırlıklar asılması, baş ve boyun tremorları için de servikal kollar verilmesi kullanılan kompansatuar yöntemlerdendir.

Dizartri ve Disfaji: Yorgunluk, güçsüzlük, tremorlar, koordinasyon bozuklukları ve anormal tonus nedeniyle artikülasyon bozuklukları, ses kısıklığı, peltek konuşma, konuşma hızının değişmesi, nazone konuşma ve oral iletişim ile ilgili diğer problemler görülebilir. Bu fonksiyon bozukluklarını kompanse etmek için bazı spesifik konuşma tedavisi teknikleri kullanılmaktadır. Ayrıca ağız kaslarının gücünü ve eklem hareket açıklığını arttıran egzersizler verilerek gerektiğinde bazı teknolojik iletişim araçlarından yararlanılmaktadır.

Disfajisi olan hastalarda aspirasyonu önlemek için yemek yerken uygun vücut pozisyonu verilmesine dikkat edilmeli, yiyeceklerin dikkatli ve uzun çiğnenmesi önerilmeli ve yiyecek olarak yarı yumuşak, ıslak yiyecekler ile koyu sıvılar seçilmelidir.

Kognitif Fonksiyon Bozuklukları: MS hastalarının bir kısmında (%50-60) kognitif ve afektif değişiklikler görülebilmektedir. Spesifik olarak en sık görülen kognitif bozukluklar; yakın hafıza, mantık yürütme ve problem çözmede sorunlardır. Kognitif rehabilitasyon stratejileri çoğunlukla kompanse etmeye yöneliktir. Bunlar bilgisayar destekli hafıza egzersizlerinden not defteri, teyp kayıtları, çalar saat veya alarm uyarıcı sistemlerinin kullanımına kadar uzanan geniş bir strateji yelpazesini kapsar.

Ambulasyon/Mobilite: Mobilite ile ilgili sorunlar MS'liler arasında en yaygın olan şikayettir, hastaların yaklaşık %50-60'ının hastalığın başlangıcından itibaren 15 yıl içinde yürümeye yardımcı bir araç veya tekerlekli sandalyeye gereksinim duydukları bildirilmektedir.

Gövde ve ekstremitelerin kuvvetinde artış olduğunda yürüme daha fonksiyonel hale geleceğinden ambulasyonu geliştirmek için öncelikle gövde kontrolü ve denge sağlanmalıdır. Daha sonra tonusu azaltan ve esneklik ile EHA'nı arttıran egzersizlere geçilir. Ambulasyona yardımcı özel araçların seçilmesi kritik bir önem taşır. Bunlar yürüme cihazları, koltuk değneği, baston, tekerlekli sandalye, walker, scooter gibi araçlardır.

Günlük Yaşam Aktiviteleri: Fonksiyonlarda bir gelişme sağlamak veya fonksiyonel bağımsızlığın sürdürülebilmesi rehabilitasyon programının en önemli amacıdır. Tedavi edici egzersizler ve ambulasyon eğitimi GYA için hayati bir önem taşır. Bunlara ek olarak giyinme, banyo, tuvalet, hijyen, beslenme ve yatak mobilitesi için verilecek özel bir eğitim GYA'ni arttırıp bağımsızlığın sürdürülebilmesini sağlar. Tüm fonksiyonel aktivitelerin içerisinde transfer eğitimi dahil edilmelidir.

Duysal Bozukluklar: Hastalığın herhangi bir seviyesinde görülebilen his bozuklukları, sızı, iğnelenme, karıncalanma ve uyuşma şeklinde tanımlanır. Duysal bozukluklar özellikle immobilizasyondaki hastalarda basınç yaralarının oluşmasına neden olabilir. Bu nedenle hastalara rutin cilt muayenesi ve basınç rahatlatma teknikleri öğretilmeli ayrıca uygun tekerlekli sandalye minderinin kullanılması sağlanmalıdır.

Sıcağa Hassasiyet: Artmış vücut ısısına aşırı duyarlılık MS hastalarında oldukça sık görülen bir durumdur. Multipl Sklerozlu hastalarda sıcak intoleransını gidermek amacıyla alınabilecek çeşitli önlemler vardır. Bunlar, yazın uzun araba yolculuklarından kaçınılması, sıcağı geçirmeyen giysiler, şapka ve güneş gözlüğü kullanılması ve hatta üriner enfeksiyonların önlenmesi olarak sıralanabilir. Bu sorunun giderilmesinde hidroterapinin de (havuz veya serin duş) çok büyük yararları vardır.

MS ve Spor

Spor MS'li hastalara uzun yıllar tavsiye edilmemiştir. Bunun nedeni fiziksel aktivitenin vücut ısısını artırarak yorgunluk yaratması ve hastanın semptomlarını kötüleştireceği düşüncesidir. Ancak kişinin kendi fiziksel kapasitesine uygun bir spor seçilir ve koruyucu önlemler alınırsa spor sakıncalı değildir. MS'liler için en uygun sporlar; yüzme, yürüme, bisiklet, kol pedallarıyla çalışma, aerobik egzersizler ve kayaktır. Alternatif sporlardan ise; ata binmek (aynı zamanda tedavi amaçlıdır, spastisiteyi azaltır ve dengeyi geliştirir), Tai Chi, yoga, dans, bahçe işleri, kampçılık, bowling ve golf önerilmektedir.

REHABILITATION IN MULTIPLE SCLEROSIS

Fatma Karantay Mutluay,

Istanbul University, Cerrahpasa Medical School, Neurology Dept., Istanbul, TURKEY

ABSTRACT:

Multiple Sclerosis (MS) is a chronic neurological disease which shows a variety of symptoms and causes disability by creating various levels of functional impairment. Recently, combatting the disability caused by MS has become essential.

The application of classical rehabilitation models is made difficult in MS since, in addition to physical and cognitive impairments, there are considerable emotional and social effects and the course of the disease is unpredictable. The rehabilitation in MS is a dynamic process that is shaped with the variability of the disease symptoms; it requires, at each stage of the disease, a comprehensive and multidisciplinary approach focused on the patient involving its active participation. The rehabilitation program must be realistic and tailored to the patient's special requirements.

MS rehabilitation programs should not be time-limited; rather, these should form the basis for a lifestyle permitting as much activity as possible. This behaviour improves the quality of life and may prevent the development of life-threatening complications. MS rehabilitation may be made suitable not only to those with severe motor disabilities but for all MS patients.

Several clinical studies, although not directly changing the progression of the disease, have nevertheless demonstrated clear improvements after training with regard to functional independence, participation to social activities and the quality of life of the patients. The success of the rehabilitation depends on the motivation of the patient, level of support from his family, the suitability of the program to the patient and the characteristics of the available equipment.

SPİNAL KORD YARALANMALARININ TEDAVİSİNDE FİZYOTERAPİSTİN ROLÜ

Prof. Dr. Uğur Cavlak

Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO

Spinal kord yaralanmaları (SKY) tıbbi olarak aciller arasında yer alır. Erken rehabilitasyon uzun vadede oluşabilecek semptomları ve komplikasyonları azaltabilir. Geç dönemdeki tedavi yaklaşımları medikal ve rehabilitasyon yaklaşımlarını içerir. SKY fizyoterapistlerin klinikte en sık karşılaştıkları hastaya, ailesine ve topluma hayal kırıklığı yaratan problemlerdendir. Anatomi, fizyoloji, konservatif tedavi yöntemleri (fizyoterapi, iş-uğraşı terapisi), ilaç tedavi ve cerrahi alanındaki gelişmelere rağmen, SKY'nın tedavisinde hala çözümlenememiş birçok karanlık nokta bulunmaktadır ve tedavisi zordur. SKY'lı bir hasta için uygun bir tedavi programı multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. SKY'lı bir hasta fizyoterapi ve rehabilitasyon programına temel düzeyde başlar (akut bakım dönemi) ve gelişimine uygun günlük modifikasyonla programa devam eder. Fizyoterapistler değerlendirme ve bireysel tedavi programı kapsamında SKY'lı bir hastanın kuvvet ve mobilite yeteneğini artırmayı, varsa ağrısını gidermeyi ve fonksiyonunu restore etmeyi amaçlarlar. Fizyoterapistler hastanın maksimum bağımsızlığa ulaşmasını sağlamak amacıyla hastayla, hastanın ailesiyle ve rehabilitasyon ekibinin diğer üyeleriyle yakın temas içinde çalışırlar. Bu nedenle konuşmacı sunumunda SKY'lı hastaların tedavisinde fizyoterapistin rolü üzerinde odaklanacaktır.

THE ROLE OF A PHYSICAL THERAPIST IN THE CARE OF SPINAL CORD INJURIES

Uğur Cavlak, PT, PhD.

Assoc.Prof.

Pamukkale University, School of Physical Therapy and Rehabilitation, Denizli-Turkey.

A spinal cord injury is a medical emergency. Immediate treatment can reduce long-term effects. Later treatment usually includes medicine and rehabilitation therapy. Traumatic spinal cord injuries are one of the most challenging conditions seen by physical therapists. It is a source of frustration for the patients and their relatives, the health care provider, and the society worldwide. Although many advances have been reached in the fields of anatomy, physiology, conservative interventions, including physical therapy and occupational therapy, pharmacological options, and surgical interventions in the treatment of the spinal cord injuries, the management of the injury remains mysterious and it is difficult to treat. A total program of care for the spinal cord injured patients is best accomplished by a multidisciplinary approach. A patient begins at a basic level, and as progress is made daily physical therapy program changes appropriately. Physical therapists provide the patient with a thorough evaluation and an individualized treatment program to increase strength and mobility, relieve pain, and restore function. They work closely with the patient, family and other rehabilitation team members to help the patient achieve the maximum level of independence. Thus, this invited presentation will give some information regarding the role of a physical therapist in primary management program of patients with spinal cord injury.

PARKINSON VE REHABİLİTASYONU

Doç. Dr. Kadriye Armutlu

Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

Parkinson hastalığı hareket bozuklukları içinde geniş yer tutan hipokinetik bir hastalıktır. Hastalığın belirtileri; temel belirtiler ve ikincil belirtiler olmak üzere iki grup altında incelenebilir.

Temel belirtiler;

- Tremor
- Rijidite
- Bradikinezi/hipokinezi
- Postüral instabilitedir.
- İkincil belirtiler;
- Otonomik belirtiler
- Disfaji
- Hipersalivasyon
- Aşırı terleme
- Depresyon
- Mental etkilenimdir.

Hastalığın beş evresi mevcuttur. Bu evrelemede Modifiye Hoehn ve Yahr Evreleme Sistemi kullanılmaktadır. Bu ölçeğe göre:

Evre 0: Hastalık belirtisi yok

Evre 1: Unilateral ekstremitte tutulumu

Evre 1.5: Unilateral ekstremitte tutulumuna ilave olarak gövde etkilenimi

Evre 2: Denge bozukluğu olmaksızın bilateral ekstremitte tutulumu

Evre 2.5: Bilateral ekstremitte tutulumu ile birlikte geri çekme testinde toparlanma

Evre 3: Minimal orta arası bilateral etkilenim, postüral instabilite var fakat fiziksel yönden bağımsız

Evre 4: Şiddetli özre rağmen desteksiz olarak ayakta durur ve yürür

Evre 5: Tekerlekli sandalye ve/veya yatağa bağımlı hastayı ifade eder.

FİZYOTERAPİ DEĞERLENDİRMELERİ

Parkinson karmaşık bir hastalık olması nedeniyle, uygun tedavi programlarının oluşturulabilmesi için çok yönlü ve multidisipliner bir değerlendirme yapılması gereklidir. Genel anlamda bu değerlendirmeler arasında;

- Solunum fonksiyonları
- Kas-iskelet sistemi
- Yaşadığı çevre ve ev ortamının incelenmesi

- Ortez ve splint ihtiyacı
- Yürüme yardımcıları
- Yaşam kalitesi

Diğer disiplinler değerlendirmeler (iş-uğraşı, konuşma, yutma tedavisi, ürolojik problemlere ait değerlendirmeler vs.) yer almalıdır.

Belirtilerin daha iyi anlaşılması amacıyla spesifik değerlendirmeler de gereklidir. Bunlardan en yaygın olarak kullanılanı “Unified Parkinson’s Disease Rating Scale” dir (UPDRS). Bu ölçekte; motor yetenekler, günlük yaşam aktiviteleri, mental durum, davranışlar ve mood değerlendirilir. Ölçeğin bölümleri aşağıdaki şekildedir.

- Motor Değerlendirme
- Konuşma
- Yüz ifadesi
- İstirahat tremoru
- Kinetik ve postüral tremor
- Rijidite
- Parmak hareketleri (bradikinezi/hipokinezi)
- El hareketleri
- Hızlı alternatif el hareketleri (ince koordinasyon)
- Bacak hareketleri (bradikinezi/hipokinezi)
- Sandalyeden kalkma
- Postür
- Yürüme
- Postüral instabilite (denge)
- Gövde bradikinezi/hipokinezisi
- Günlük Yaşam Aktiviteleri
- Salivation
- Yutma fonksiyonları
- Yazı yazma
- Yiyecek kesme/doğrama
- Giyinme
- Hijyen
- Yatakta dönme/yatağı düzeltme
- Düşme/beklenmedik donmalar
- Yürüyüş anındaki donmalar
- Yürüme

- Tremor
- Parkinson'a bağlı duyuşal şikayetler
- Mental durum, davranışlar ve mood
- İntellektüel bozukluk
- Düşünme problemleri
- Depresyon
- Motivasyon

Bunun dışında; iki ilaç dozu arasındaki motor dalgalanmalar (on-off dönemi, diskineziler), orthostatik hipotansiyon, motor donmalar ve düşmeler değerlendirilmelidir. Motor donma ve düşmeler'in sıklığı, zamanı ve hangi ortamlarda ve aktivitelerde meydana geldiği, yönü sorgulanmalı, gerekirse yürüyüş donma anketi kullanılmalıdır.

Postüral instabilite Parkinson hastalığının en sıkıntı yaratan bulgularından biridir. Postüral instabilitenin değerlendirilmesi amacıyla; Berg Denge Ölçeği, fonksiyonel uzanma testi, geri çekme testi, tek ayak üzerinde durma yeteneği ve süresi, Dinamik Yürüyüş İndeksi, Zamanlı Kalk ve Yürü Testi, Kognitif Zamanlı Kalk ve Yürü Testi, Fullerton Geliştirilmiş Denge Ölçeği gibi yöntemler kullanılabilir.

FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYONUN HEDEFLERİ

Bu hedefler hastalığın evresine göre değişiklik göstermektedir. Modifiye Hoehn ve Yahr'a göre 1 ile 3. evredeki hastalarda hedef; rijidite ve ağrıyı azaltmak, resiprokal hareketleri, solunum kapasitesini, postür, postüral reaksiyonlar, denge ve yürümeyi geliştirmek sonuçta fonksiyonel bağımsızlığı artırmaktır.

4 ve 5. evredeki hastalarda ise; mobilizasyonu mümkün olduğunca devam ettirmek, yaşam kalitesini yükseltmek ve yatağa bağımlı hale gelen hastalarda yatak komplikasyonlarını önlemektir.

TEDAVİ PRENSİPLERİ

“Off” döneminde hastanın aktif katılımını gerektirmeyen yaklaşımlar tercih edilmeli,

“On” döneminde hastanın aktif katılımını gerektiren aktiviteler seçilmeli,

Hastalığın her evresinde; solunum, postür, antigravite kaslarını kuvvetlendirme egzersizleri ve rijidite inhibisyonuna yönelik yaklaşımlar ön planda olmalı,

Egzersizler parçadan bütüne, şuurludan otomatığe doğru ilerletilmeli,

Hareketi kolaylaştırıcı etkisi olan görsel ve işitsel feedback'den yararlanılmalı,

Motor öğrenmenin gerçekleşmesi için aktiviteler çok tekrarlı yapılmalı, tekli işlerden çoklu işlere doğru ilerlenmelidir.

TEDAVİ PROGRAMI

Hastaya ve hastanın ihtiyaçlarına uygun olmalıdır. Tedavi programı konvansiyonel yaklaşımlar ve görsel-işitsel uyaranlarının kullanımı şeklinde oluşturulabilir.

KONVANSİYONEL YAKLAŞIMLAR

- Göğüs fizyoterapisi
- Rijiditeye yönelik
- Gevşeme egzersizleri

- Sıcak banyolar (32-34 °C)
- Hot-pack uygulamaları
- Klasik masaj
- TENS
- Biofeedback
- PNF tekniklerinden resiprokal aktif paternler
- Alt gövdenin üst gövdeye karşı ritmik pasif rotasyonu,
- Solunumla kombine postür egzersizleri
- Antigravite kaslarının kuvvetlendirilmesi
- Kısa kaslara germe
- Denge ve koordinasyon eğitimi
- Yürüme eğitimi
- Uygun ev programı

İhtiyaçlara göre iş- uğraşı tedavisi, konuşma ve disfajiye yönelik tedaviler, ürolojik yaklaşımlar, ortez ve splint uygulamaları şeklinde olabilmektedir.

GÖRSEL VE İŞİTSEL UYARAN KULLANIMI

Zemine yapıştırılan renkli paralel bantlar veya engeller, zemine yerleştirilen yanıp sönen ışıklar, yüksek sesle tempo tutma, metronom, müzik eşliğinde egzersiz, motor donmaları çözmek amacıyla modifiye edilmiş veya laser ışıklı baston, tempo tutma, yerinde sallanma aktiviteleri, postüral instabilite için ağırlık aktarma, aksiyal rotasyon ve baston ve top egzersizleri kullanılabilir.

Ayrıca yürüyüşü geliştirmek amacıyla Vücut ağırlığı alınmış pozisyonda treadmill eğitimi, yürüyüş sırasında taban altından adımla senkronize vibrasyon uygulaması (70 Hz.) yapılabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Błaszczyk JW, Orawiec R, Duda-Kłodowska D, Opala G. Assessment of postural instability in patients with Parkinson's disease. *Exp Brain Res.* 2007 Oct;183(1):107-14. Epub 2007 Jul 4.
2. Qutubuddin AA, Cifu DX, Armistead-Jehle P, Carne W, McGuirk TE, Baron MS. A comparison of computerized dynamic posturography therapy to standard balance physical therapy in individuals with Parkinson's disease: A pilot study. *NeuroRehabilitation.* 2007;22(4):261-5.
3. Kerr G, Morrison S, Silburn P. Coupling between limb tremor and postural sway in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2007 Nov 28 [Epub ahead of print]
4. Chastan N, Debono B, Maltête D, Weber J. Discordance between measured postural instability and absence of clinical symptoms in Parkinson's disease patients in the early stages of the disease. *Mov Disord.* 2007 Nov 28 [Epub ahead of print]
5. Rudzińska M, Marona M, Bukowczan S, Banaszkiewicz K, Mirek E, Szczudlik A. Falls in different types of Parkinson's disease. *Neurol Neurochir Pol.* 2007 September-October;41(5):395-403.

NÖROMUSKÜLER HASTALIKLARDA FİZYOTERAPİ REHABİLİTASYON

Prof. Dr. A.Ayşe Karaduman

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

Ankara

Nöromusküler hastalıklar periferik nöromusküler sistemin herediter ve edinsel hastalıkları olarak sınırlanmaktadır. Myopatiler, alt motor nöron hastalıkları ve sensorimotor nöropatiler gibi pek çok hastalık tipini kapsamaktadır. Çoğu genetik geçiş paterni gösteren bu hastalık grubu ortak klinik özelliklere sahiptir. Progresif ve yaygın kas zayıflığı ile seyreden, alt ekstremitelerde fleksör kontraktürler, omurgada skolyozun görüldüğü ve çeşitli derecelerde fonksiyonel yetersizliğe yol açan hastalıklardır. Primer kas hastalıklarında daha çok proksimal kas grupları ve alt ekstremiteler üst ekstremitelere göre daha fazla etkilenirken, distal kas gruplarının etkilendiği myopatilerde bu grup içinde yer almaktadır. Progresif Musküler distrofilerin bazı tiplerinde merkezi sinir sistemi de etkilenmekte ve bazı myopatilerde sistemik tutulumlar görülmektedir.

Hangi tipte nöromusküler hastalık olursa olsun sonuçta çeşitli şiddette fiziksel ve fonksiyonel yetersizliklere yol açabilmektedir. 12 yaşında ve tekerlekli sandalyeye bağımlı Duchenne Musküler Distrofi çocuğa rağmen, 60 yaşında ambulasyonunu sürdürebilen Becker Musküler Distrofi bir hasta arasında büyük farklılıklar vardır. Bu nedenle fizyoterapi rehabilitasyon uygulamalarında fonksiyon ve prognoza dayalı sınıflandırmalar esas kabul edilmektedir.

Buna göre;

- Hızlı ilerleyen (Duchenne Musküler Distrofileri)
- Yavaş ilerleyen (Bazı konjenital msküler distrofileri)
- Statik (Konjenital myopatiler)
- Geçici (Polymyositler)

şeklinde sınıflandırma yapılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütünün öze yol açan durumlar için uluslararası fonksiyon sınıflamasına göre bozukluk (impairment) psikolojik, fiziksel veya anatomik yapının veya fonksiyonun anormallliği veya kaybıdır. Örneğin Duchenne Musküler Distrofi kas kuvvetinde azalma, kas fibrillerinin kaybı, kasılma özelliklerinde bozulma bozukluktur. Yorgunluk, kardiyopulmoner fonksiyonlarda azalma, kontraktürler ve aşırı kilo alma fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı görülen diğer bozukluklardır.

Genel olarak nöromusküler hastalıklarda görülen bozukluk, fiziksel yetersizlik ve özür engel durumu Tablo I de özetlendiği gibidir.

Tablo I Noromusküler hastalıklarda fonksiyonel durum

Organ	Bozukluk	Fiziksel yetersizlik	Özür ve Engellilik
Kas İskelet Sistemi	Kuvvet ve Enduransta azalma	Motor performansta azalma Mobilitede azalma Üst ekstremité fonksiyonlarında azalma Yorgunlukta artma	Toplum içinde hareketin azalması Eğitim olanaklarının kısıtlanması İş olanaklarının kısıtlanması Başkalarına bağımlılığın artması
Kemik ve eklemler	Eklem kontraktürleri Skolyoz	Mobilite ve günlük yaşam aktivitelerinde fonksiyonel yetersizlik Ağrı ve deformite	Yaşam kalitesinde azalma
Akciğerler	Pulmoner fonksiyonlarda azalma	Enduransta azalma Yorgunlukta artma	
Kalp	Kardiyomyopati İletim defektleri	Kardiyopulmoner adaptasyonda azalma Enduransta azalma Yorgunlukta artma	
Merkezi Sinir Sistemi	Entelektüel Kapasitede azalma	Öğrenme Yeteneğinde azalma Psikososyal uyumda azalma	

Fizyoterapi Rehabilitasyon uygulamalarının amacı; mümkün olduğu kadar uzun süre maksimum fonksiyonun korunması, komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Tedavi koruyucu olarak ;

- Eklemi korumak ve deformiteleri önlemek,
- Kası korumak ve kuvvetlendirmek,
- Fonksiyonel kapasiteyi attırarak, ambulasyonu sürdürmek,
- Solunum fonksiyonlarını korumak ve geliştirmeyi hedeflemektedir.

Rehabilitasyonun ilk aşaması değerlendirmedir. Motor ünit hastalıklarında zayıflık ve kontraktürlerin ilerleyici olması, üst ekstremité kullanımı ve ambulasyonda kayba neden olur.

Çocuklarda büyümenin etkisi de değerlendirmede dikkate alınması gereken önemli bir unsurdur. Büyümeye rağmen kaslarda görülen zayıflık kasın kemik büyümesine adaptasyonunu zorlaştırır. Tendon gerilimi artar. Kas kuvvetinin kemik gelişimi üzerindeki olumlu statik ve dinamik etkileri olmadığından kemikte gelişim bozuklukları ortaya çıkar. İyi gelişmeyen kalça eklemi ve femurda varus deformitesi gibi sorunlar bu duruma örnektir. Özellikle Spinal Musküler Atrofi olgularında kalça dislokasyonu sık görülen bir problemdir. Ünilateral subluksasyonlar çocukluk döneminde dikkati çekmez, fakat adölesan çağda dislokasyon görülebilir. Değerlendirmede bu özellikler fonksiyonel açıdan mutlaka dikkate alınmalıdır.

Rehabilitasyon mümkün olduğunca erken başlamalıdır. Geç dönemde komplikasyonlarla başa çıkmak zordur ve bu dönemde kas kuvvetinde artış beklenmemelidir.

Rehabilitasyon genel olarak 3 dönemde ele alınmalıdır:

Erken dönem: Bu dönemde tedavinin amaçları;

- Genetik danışmanlık,
- Aile planlaması,
- Fonksiyonel kaybın geciktirilmesi,
- Komplikasyonların önlenmesi ve en aza indirilmesidir.

Orta dönem: Amaçları;

- Kendine bakım ve günlük yaşam aktivitelerinin korunması,
- Skolyozun önlenmesi,
- Tekerlekli sandalye mobilitesine geçiştir.

Geç dönem:

- Nonmuskuloskeletal komplikasyonların önlenmesi,
- Ev veya kurum bakımı.

Fizyoterapi rehabilitasyonda tedavi amaçlı yaklaşımlar şunlardır:

Kas kuvvetini korumak ve geliştirmek amacıyla hastaya özel egzersiz programı verilmelidir. Kuvvetlendirme egzersizlerinin uygulanmasında motor maturasyon, hastalığın ilerleme hızı ve zayıflığın derecesi dikkate alınmalıdır. Primer kas hastalıklarında egzersizin aşırı yüklenmeye neden olmasından endişe duyulmaktadır. Bunu engellemek için egzersiz programı planlanırken zayıflığın derecesi ve egzersizin yoğunluğu göz önünde bulundurulmalıdır. Kas lifi dejenerasyonunun minimal olduğu erken dönemde kuvvetlendirme egzersizleri yararlı olmaktadır. Egzersizler aktif ve aerobik özellikte olmalıdır. Kas kuvveti yerçekimine karşı koyamayacak derecede az ise egzersizin kuvvetlendirici etkisi yoktur. Pasif egzersizlerden yararlanılmalıdır.

Kasın kuvvetlendirilmesinde kullanılabilecek diğer bir yöntem de elektrik stimülasyonudur. Literatürde bu konuda az sayıda araştırma vardır. Araştırmaların bazılarında M.Tibialis Anterior gibi DMD'de en geç dönemde etkilenen kaslardır. Nöromusküler hastalıklarda görülen yaygın kas zayıflığı elektrik stimülasyonunun uygulanmasındaki güçlüklerden biridir. Perkütanöz elektrik stimülasyonu uygulamalarından standart faradik akım kullanımında genel olarak iki önemli sorunla karşılaşmaktadır. Kasa uygulanan akımın kontraksiyon açığa çıkarması için gerekli olan akım şiddeti kasta tüm motor ünitleri ateşlemektedir. Faradik akım uygulamalarında hissedilen ağrı ve rahatsızlık önemli bir uygulama güçlüğüdür. Nöromusküler hastalıklar için literatürde düşük şiddetli elektrik stimülasyonu önerilmektedir. DMD'de elektrik stimülasyonunun etkisi etkilenmiş kas fibrillerindeki dejenerasyonu yavaşlatması, rejenerasyon hızının artması ve nispeten sağlıklı fibrillerde hipertrofi oluşturması olarak rapor edilmiştir. Nöromusküler hastalığın tipine bağlı olarak elektrik stimülasyonu ağırlık eğitimi ile birlikte uygulandığında kas kuvvetinde daha fazla artışa neden olduğu ve bu artışın başlangıç kas kuvveti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Aras ve arkadaşları DMD'li 10 çocukta yaptıkları çalışmada kas kuvvetinin değişmediğini ancak enduransın arttığını öne sürmüşlerdir. Bu konuya ilişkin daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Eklem hareket sınırı ve mobilitenin korunması amacıyla germe egzersizleri, pasif egzersizler ve ortez uygulamalarından yararlanılmaktadır. Eklem hareketlerinde simetrinin korunmasına ve hangi hareket sınırının en yararlı olduğu konusuna dikkat etmek gerekir. Bu hastalık grubunda germe egzersizlerinin vücut mekaniğinin korunması, deformitelerin önlenmesi ve ambulasyonun devamı için özel bir önemi vardır. Ayakta durma, özellikle de alternatif ayakta durma ve yürüme en iyi fonksiyonel germe aktiviteleridir. Hasta mümkün olduğunca dik postüre cesaretlendirilmelidir. Pozisyonlama da germe amacıyla kullanılabilir. Gece splinti ve kontraktür cihazları aşıl zayıflığı ve kontraktürleri önlemede yararlı, ancak hastanın kabul etmesi zor olan uygulamalardır.

Seeger ve arkadaşlarının DMD'de yaptıkları çalışmada ayakta ekin deformitesinin ilerleme hızının ayda 0.4 derece olduğunu ve daha önce cerrahi geçirenlerde bu ilerlemenin deha yavaş olduğunu göstermişlerdir. Ortez kullanımı ve pasif germenin etkisinin ekin deformitesinin kontrolünde çok önemli olduğunu ancak profesyonel denetim olmadığında bu etkinin kaybedileceği bildirilmektedir.

Ayakta durma ve yürümenin fasilasyonu ve hastanın cesaretlendirilmesi önemlidir.

Ayakta durma ve yürüme hem eklemlerin nötral pozisyonunun korunmasını, hem de omurganın korunması ve skolyozun önlenmesini sağlar. Egzersiz tedavisi, ortez uygulamaları, parawalker, ayakta durma ortezlerinden yararlanılabilir. Bazı olgularda kontraktür düzeltme ve skolyoz cerrahisi ile birlikte ortez uygulamalarından yaygın olarak yararlanılmaktadır. Duchenne Musküler Distrofi olgularında cerrahi ile birlikte ortez kullanımının ambulasyon süresinin iki yıl daha uzatıldığını gösteren çalışmalar vardır.

Solunum fonksiyonlarının korunması ve geliştirilmesi için solunum fizyoterapisi tekniklerinden yararlanılır. Nöromusküler hastalıklarda solunum kasları zayıflığı en sık görülen problemlerdendir. Abdominal kas zayıflığı etkili öksürmenin yapılamamasına neden olur ve pulmoner enfeksiyon riskini artırır. İnspiratuar ve ekspiratuar kas zayıflığı restriktif sendroma yol açarak respiratuar yetersizliğe neden olur. Restriktif sendromun doğal seyri solunumun progresif bozukluğudur. Solunum kasları zayıfladıkça respiratuar hareketler ve torasik mobilite azalır. Buna karşılık solunum eforu artar ve solunum kasları aşırı yorgunluğa girer. Göğüs duvarı kasarının zayıflığı akciğerler ve kostaların gelişimini de etkiler. Nöromusküler hastalık ilerleyici olmasa bile inaktiviteye bağlı yumuşak doku deformiteleri ve kötü pozisyon daima ilerleyicidir ve solunum fonksiyonlarını da etkiler. Rehabilitasyon programına mümkün olan en erken dönemde başlanmalıdır. Torasik mobilizasyon, aktif egzersizler, solunum kasları eğitimi ve sekresyonların temizlenmesi için postüral drenaj ve aspirasyon hastanın ihtiyaçlarına uygun olarak belirlenerek uygulanmalıdır.

Skolyoz pek çok nöromusküler hastalıkta hem yürüyebilen, hem de yürüyemeyen çocuklarda gelişir. Skolyoz tedavisinde en önemli problem postürün çok yönlü olarak olumsuz şekilde etkilenmesidir ve tüm bu etkilerin aynı anda kontrol edilmesi güçtür. Pelvik obliklik oturma ve ayakta durma postürünü etkileyen başlıca unsurdur. Uzun vadede kontraktür gelişimine neden olur. Skolyoza bağlı gelişen göğüs deformiteleri akciğer fonksiyonlarını kısıtlar. Çocuğun yaşı, skolyozun derecesi, progresyonu, nöromusküler hastalığın progresyonu ve eğrinin özelliği skolyoz tedavisini etkiler.

Nöromusküler skolyozda spinal cerrahi önerilen ve uygulanan bir yöntem olmasına rağmen özellikle çocuklarda ailelerin endişeleri çok fazladır. Cambridge ve Drennan geliştirmekte olan ülkelerde bu oranın daha yüksek olduğunu öne sürmektedir. Nöromusküler hastalıklarda cerrahi sonrası komplikasyonlar da çok önemlidir.

Ortez uygulamaları'nın nöromusküler hastalıklardaki amaçları:

- Zayıf kasın desteklenmesi ve dinlendirilmesi,
- Kontraktürlerin önlenmesi,
- Eklem stabilitesini sağlamak,
- Vücut biomekaniğini korumak,
- Mobilitiyi sürdürmek,
- Günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesidir.

Nöromusküler hastalıklarda kaslar arasındaki kuvvet dengesizliğinin sonucu olarak gelişen omurga ve ekstremiteler için farklı cihazlar kullanılmaktadır. Temel olarak oturma ve ayakta durma postürünü düzelter ve pozisyonu korumayı sağlayan ortezler kullanılmaktadır. Bu tip ortezlerin bir amacı da çocuğun toplumsal entegrasyonunun daha iyi bir konuma getirilmesi ve sürdürülmesidir. Hastanın kabul ettiği bireysel düzenlemeler yapılmalıdır.

Nöromusküler hastalıklardaki yetersiz kas kuvveti nedeniyle kullanılan ortezlerin hafif olması önemlidir. Hafif ortezler özellikle ambulasyondaki fonksiyonel başarıyı artırmaktadır.

Nöromusküler hastalıklarda fiziksel aktivitenin azalması ve sedanter yaşam şekli vücut ağırlığında progresif artışa neden olmaktadır. Bu durum aktiviteyi daha fazla sınırlandırmaktadır. Uygun beslenme desteği ve fizyoterapi rehabilitasyonun birlikte kullanımı özür skorlarını düşürmek ve yaşam kalitesini artırmak için çok önemlidir.

Nöromusküler hastalıkların radikal bir tedavisinin olmaması destek tedavilerinin önemini artırmaktadır. Fizik Tedavi Rehabilitasyon, beslenme desteği, ortopedik cerrahi ve bazı ilaç tedavileri bu amaçla kullanılmaktadır.

Nöromusküler hastalıklarda Steroid kullanımı da bunlardan biridir. Özellikle Duchenne Musküler Distrofide steroid kullanımı ile hastalığın progresyon hızının azaldığı ve bağımsız ambulasyon yeteneğinin daha uzun süre devam ettiği bilinmektedir. Steroidin kas kuvveti ve fonksiyonel yetenekler üzerindeki etki mekanizması halen tam olarak bilinmemektedir. Kortikosteroidler myoblast proliferasyonu ve kas rejenerasyonunu artırma yoluyla etkili olabileceği düşünülmektedir. Bunun dışında steroidin hücre membranının stabilizasyon etkisini artırarak kas dejenerasyonunu azalttığı yönünde görüşler de vardır.

Sonuç olarak steroid immünosupresif ve antiinflamatuvar etkileri ile kas dejenerasyonunu ve nekrozunu azalttığı düşünülmektedir. Steroidin ambulasyon süresini uzatmasının yanı sıra skolyozun geciktirilmesinde etkili olduğu gösterilmiştir.

Nöromusküler hastalıkların fizyoterapi rehabilitasyonu çok yönlü problemler nedeniyle inter ve intra disiplinler ekip çalışması ile gerçekleştirilmelidir. Rehabilitasyon ekibi içinde mutlaka hastanın ailesi yer almalıdır. Bunun yanı sıra sosyal entegrasyonun tüm ekip tarafından desteklenip cesaretlendirilmesi çok önemlidir.

KAYNAKLAR

- 1- Dubowitz V. Neuromuscular Disorders. London: WB Saunders Co; 1994.
- 2- Topaloğlu H, Kale G, Yainızoğlu D, Taşdemir H, Karaduman A, Topçu M, Kotiloğlu E. Analysis of "Pure" Congenital Muscular Dystrophies in Thirty Eight Cases, How Diff is the Classical Type 1 from the Occidental Type Cerebromuscular Dystrophy, Neuropediatrics. 1994;25: 94-100.
- 3- Topaloğlu H, Dinçer P, Richard I, Akçören Z, Alehan D, Özme Ş, Çağlar Nİ, Karaduman A, Urtizberea J, Beckman S. Calpain 3 Deficiency Causes a Mild Muscular Dystrophy in Childhood, Neuropediatrics. 1997; 28:212-216.
- 4- O'Brien TA, Harper PS. Course, Prognosis and Complications of Childhood-Onset Myotonic Dystrophy. Developmental Medicine and Child Neurology. 1984; 26:62- 67.
- 5- Fowler WM, Taylor M. Rehabilitation Management of Muscular Dystrophy and Related Disorders. Part 1. Role of Exercises. Arch Phys Med Rehabil. 1982; 63:319- 321.
- 6- Fowler WM. Rehabilitation Management of Muscular Dystrophy and Related Disorders: Comprehensive Care. Arch Phys Med Rehabil. 1982; 63:317-321.
- 7- Harris SE, Cheny DB. Childhood Progressive Muscular Dystrophy and Role of Phys Ther. 1974; 54:4-12.
- 8- Gardner-Medwin D. Objectives in Management of Duchenne Muscular Dystrophy. Isr J Med Sci. 1977; 13:229-234.
- 9- Johnson EW., Kenedy H, Comprehensive Management of Duchenne Muscular Dystrophy. Neuromuscular Disorders., 1971; 52:110-114.
- 10- Bach J, Augusto A, Pillington LA, Mathew L. Long Term Rehabilitation in Advanced Stage of Childhood Onset, Rapidly Progressive Muscular Dystrophy. Arch Phys Med Rehabil. 1981; 62:328-331.
- 11- Allsop K, Zitter FA. Loss of Strength and Functional Decline in Duchenne's Dystrophy. Neurology. 1981; 38: 406-411.
- 12- Dubowitz V, Heckmatt J. Management of Muscular Dystrophy. British Medical Bulletin. 1980; 36:139-144.
- 13- Dubowitz V. Prevention of Deformities. Isr Y Med Sci. 1977; 13:183-188.
- 14- Dubowitz V. Analysis of Neuromuscular Disease. Physiotherapy. 1977; 63:38-45.
- 15- Stüben JP, Stipp A. Limb Girdle Muscular Dystrophy: A Prospective Follow-Up Study of Functional Impairment. Muscle and Nerve. 1997; March:453-460.
- 16- Bussi L, Mangosio V. Progressive Motor Disability in Spinal Muscular Atrophy. Psychosocial aspects and Rehabilitation in Adolescents Adults. Minerva Med. 1986; 18:77(5-6):155-169.
- 17- Binder H, Koch B. Spinal Muscular Atrophy: Experience in Diagnosis and Rehabilitation Management. Arch Phys Med Rehabil. 1984; 65:549-553.
- 18- Karaduman A. Progresif Musküler Distrofihi Çocuklarda Fizyoterapi Rehabilitasyon. 1-10 Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. 1996.
- 19- Karaduman, Akgöl C, Tunca Ö, Aras Ö, Yakut Y, Topaloğlu H. Comparison of Three Functional Assessment Scales in Neuromuscular Diseases. Neuromuscular Disorders. 1997; 7: 6-7.
- 20- Akgöl C, Aras Ö, Karaduman A, Erbahçeci F, Topaloğlu H. Comparison of Three Functional Assessment Scales. Neuromuscular Disorders. 1999; 9:6-7:527.
- 21- Aras Ö, Karaduman A, Akarcalı I, Yakut Y, Kürklü B, Topaloğlu H. A Comparison of Three Manual Muscle Testing Scales in DMD. Neuromuscular Disorders. 1998; 8:3-4.
- 22- Kendall FP, McCreary EK, Provance GP. Muscle Testing and Function Baltimore. Williams and Wilkins. 1993.
- 23- Zitter F. Assessment of Muscle Strength in Duchenne Muscular Dystrophy. Neurology. 1977; October: 981-984,
- 24- Pandya S, Florence J, King W, Robison JD, Oxman K, Province M. Reliability of Goniometric Measurement with Duchenne Muscular Dystrophy. Phys Ther. 1985; 65:1339-1342.

- 25- Karaduman A, Yakut Y, Topaloğlu H. Postural Adaptation in Nemaline Myopathy: Observations in Two Siblings. *Pediatric Rehabilitation*, 1998; 2:135-138.
- 26- Zitter F, Alisop KG. The Diagnosis and Management of Childhood Muscular Dystrophy. *Muscles*, 1976;15: 540-548.
- 27- Vignos JP, Watkins MP. The effect of exercise in Muscular Dystrophy. *JAMA*.1966; 11:121-126.
- 28- Sockolov R, Irwin B, Dressendorfer R, Bernauer E. Exercise Performance in 6 to 11 Year Old Boys with Duchenne Muscular Dystrophy. *Arch Phys Med Rehabil*. 1977; 58:195 -201.
- 29- Kilmer D, Megan A, McCoy RS, Wright NE, Aitkens SO, Bernauer EM. The Effect of High Resistance Exercise Program in Slowly Progressive Neuromuscular Disease. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994; 75:560-563,
- 30- Aitkens SO, Megan BA, McCoy BS, Kilmer D, Bernauer FM. Moderate Resistance Exercise Program: Its Effectiveness in Slowly Progressive Neuromuscular Disease. *Arch Phys Med Rehabil*, 1993; 74:711-715.
- 31- Milner-Brown HS, Milner RO. Muscle Strengthening Through Electric Stimulation Combined with Low Resistance Weights in Patients with Neuromuscular Disorders. *Arch Phys Med Rehabil*. 1988; 69:20-24.
- 32- Karaduman A, Erbahçeci F, Topaloğlu H. Nöromusküler Sistem Hastalıklarında Rehabilitasyon. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 1991; 6:6: 38-46.
- 33- Shapiro F, Bresnan MJ. Orthopaedic Management of Childhood Neuromuscular Disease. *J Bone Joint Surg*. 1982; 64A:785-789.
- 34- Johnson WE, Kennedy IH. Comprehensive Management of Duchenne Muscular Dystrophy. *Arch Phys Med Rehabil*. 1971; March :110-114.
- 35- Robin GT, Brief LP. Scoliosis in Childhood Muscular Dystrophy. *J Bone Joint Surg*.1991; 41:38-40.
- 36- Griggs RC, Donohoe MK, Uteli MJ, Goldbatt D, Moxley RT. Evaluation of Pulmonary Function in Neuromuscular Disease. *Arch Neurol*. 1981; 38:9-12.
- 37- Baydur A. Respiratory Muscle Strength and Control of Ventilation in Patient with Neuromuscular Disease. *Chest*. 1991; 99:330-338.
- 40- Inkley SR, Oldenburg FC, Vignos VJ. P Function in Duchenne Muscular Dystrophy. *Arch Neurol*, 1981; 38:9-12.
- 41- Hapke EJ, Meek JC, Jacobs J. Pulmonary Function in Progressive Muscular Dystrophy. *Turkish Journal of Pediatrics*, 1990; 61:41-47.
- 42- Kürklü B, Yakut Y, Bayar K, Bek TN, Uygur F. The Effect of Physiotherapy on Respiratory Function in Conservative Treatment of Neuromuscular Scoliosis. *Neuromuscular Disorders*. 1999; 6-7; 527.
- 43- Drummond DS. Neuromuscular Scoliosis : Recent Concept. *Journal of Pediatric Orthopaedics*. 1996;16: 281-283,
- 44- Heller KU. Scoliosis in Duchenne Muscular Dystrophy: Aspects of Orthotic Treatment. *Prosthetics and Orthotics international*. 1997; 21:202-209.
- 45- Fife SE. Development of a Clinical Measure of Postural Control for Assessment of Adaptive Seating in Children with Neuromotor Disabilities. *Phys Ther*. 1991; 73:241-245.
- 46- Siegel IM, Silverman M. Upright Mobility . *Arch Phys Med Rehabil*. 1984; 65:418.
- 47- Bayar B, Uygur F, Bayar K et al. The short term effects of an exercise programme as an adjunct to an orthosis in neuromuscular scoliosis. *Prosthetics and Orthotics international*. 2004;28:273-277
- 48- Aras Ö, Karaduman A, Yılmaz Ö, Başoğlu B. Nöromusküler hastalıklarda elektrik stimülasyonunun kas kuvveti üzerine etkisinin incelenmesi. *Fizyoter Rehabil*. 2005;16: 45-50
- 49- Düğer T, Yılmaz Ö, Akı E, et al. The environmental barriers of children with muscular dystrophies and its effect on mothers low back pain. *Disability and Rehabilitation*. 2003;25:1187-1192
- 50- Yılmaz Ö, Karaduman A, Topaloğlu H. Prednisolone therapy in duchenne muscular dystrophy prolongs ambulation and prevents scoliosis. *Eur J Neurol*. 2004;11:
- 51- Donald MC, Craig M. Physical activity in neuromuscular disorders: health, impairment and disability. *Am J Phys Med Rehabil*. 2002;108-120
- 52- Ansved T. Muscle training in muscular dystrophies. *Acta Physiol Scand*, 171:359-366
- 53- Seeger BR, Caudrey DJ, Little JD. Progression of equinus deformity in DMD. *Arch Phys Med Rehabil*. 1985;66:286-288

SEREBRAL PARALİZİLİ ÇOCUKLAR

Doç. Dr. Mintaze Kerem Günel

Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Fizyoterapist

Serebral Paralizi'nin (SP) genel anlamıyla, doğum öncesi, doğum sırasında ya da doğum sonrası herhangi bir nedenle beyin hasar görmesi sonucu oluşan hareket ve duruş bozukluğu olup bazen zihinsel problemlerle birlikte görülebilir. Bunun yanı sıra SP adale tonusunda bozukluk, anormal postür (duruş bozukluğu) ve bozuk hareket görünümüyle karşımıza çıkar. SP gelişimsel bir bozukluktur. SP'nin tanımı bir fizyoterapist olan Bertha Bobath tarafından immatür beyinde oluşan lezyon nedeni ile motor fonksiyon ve postürde devamlı bozuklukla karakterize ilerleyici olmayan bir tablo olarak tanımlanmıştır.

Hareket etme yeteneğindeki bozukluğun yanında, duyu bozukluğu (sensory disfonksiyon), nistagmus, strabismus (gözde kayma, titreme gibi bozukluklar), zeka geriliği (mental retardasyon), davranış bozuklukları, öğrenme güçlükleri, dil-konuşma bozuklukları ve ağız-dış problemleri de görülebilir.

Beyinde kol-bacakların tam kullanımı, yürüme, yemek yeme, merdiven çıkma gibi günlük yaşamı sürdürmeye yarayan hareket yeteneğini sağlayan beyin bölgesi gelişimi 7-8 yaşlarında tamamlanır. Hamilelik döneminin başlangıcından 7-8 yaşlarına kadar beyinde oluşabilecek herhangi bir problem bu bölgenin fonksiyon bozukluğu olarak karşımıza çıkar. Ortaya çıkan tablo ise SP olarak adlandırılır. SP'de beyin hasarı ilerleyici değildir. Fakat ortaya çıkan sorun ömür boyu devam eder.

SP'nin görülme sıklığı hakkında çok net bilgiler olmamakla birlikte, ABD'de ölçülen oranlar dünya geneli için bir kıyaslama olanağı verebilir; Amerika Serebral Paralizi Derneği'nin verilerine göre, ABD'de toplam nüfusun % 0.2'si (1000'de 2) SP'li. Buna göre ABD'de yaklaşık 1.000.000 SP'li var. Bu rakama her yıl 5000-7000 bebek ekleniyor. Ülkemizde ise bu konuda yeterli ve güvenilir bir istatistik olmamakla birlikte, toplam nüfus içerisindeki SP'li oranının %0 1.66 (600'de 1) olduğu tahmin edilmektedir. Serdaroğlu ve ark.ları yaptıkları bir çalışmada ülkemizde her 1000 canlı doğum için SP olma olasılığını 4.4 olarak vermektedir. Buna göre Türkiye'de yaklaşık bir milyon 0-18 yaş arası SP'li birey bulunduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye'de oranların fazla olması; akraba evlilikleri, hamilelik döneminde geçirilen hastalıkların fazla olması ve bakım şartlarının yetersizliği, doğum şartlarının olumsuzluğu, bebek bakım hizmetlerinin yetersizliği, ilk çocukluk yıllarında bebeklerde bulaşıcı ve ateşli hastalıkların fazlalığı ve beslenme yetersizliği gibi nedenlere bağlanmaktadır.

SP'li çocuklarda normal hareketi engelleyen nedenlerin başında anormal tonus gelmektedir.

Anormal tonus; genel anlamda yüksek (spastisite), az (hipotonus) veya değişken (atetoid) olarak sınıflanabilir. Motor geriğe neden olan diğer bir sorun ise bu çocuklarda anormal resiprokal uyumdur. Artmış ya da azalmış ko-kontraksiyon, hareket sırasında antagonist kaslardaki ani inhibisyon ve yerçekimine karşı hareket etme yeteneğindeki kayıp, otomatik hareketlerdeki problem (düzeltme, denge ve koruyucu ekstansör reaksiyonu), statik hareket ya da kontrolsüz hareket, tonik reflekslerin stereotipik postürel patern halinde görülmesi anormal resiprokal uyumun ortaya çıkmasında hazırlayıcı faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

SP'li çocuklar için unutulmaması gereken en önemli durum, bu çocuklarda yalnızca kas tonusundaki problemlere bağlı hareket bozukluğunun olmadığı hareket ve postür problemlerinin duyuşal problemler ile birlikte olduğudur. Duyuşal problemleri için en önemli problemler; görme, işitme, dokunma ve propriyosepsiyon algısındaki problemlerdir. SP gelişimsel bir bozukluktur. Pediatrik fizyoterapistin baş etmesi gereken en önemli problem ise anormal sensory-motor deneyim, anormal vücut farkındalığı ve anormal vücut imajıdır. SP'deki klinik tip-ekstremitte dağılımına bakıldığında günümüzde en çok nörolojik bulgulara göre sınıflamanın kullanıldığını görmekteyiz.

Bu sınıflama şu şekildedir.

1. Spastik

Alt formları; Kuadriparatik- Bilateral, hemiparatik- Unilateral

2. Diskinetik

Alt formları, Distonik, koreaatetoid

3. Ataksik

Spastik SP'li çocuklarda gövde kaslarında tonus azlığı, ekstremitelerde spastisite, düzeltme, denge ve koruyucu reaksiyonlarda yetersizlik, stereotipik hareket paternleri, yavaş ve zor hareket, birleşik reaksiyonlar, kas imbalansına sekonder gelişen eklem deformiteleri, postür ve yürüme bozuklukları dikkat çekicidir.

Diskinetik SP'li çocuklarda ise kas tonusundaki değişimler, istemsiz ekstremitelerde ve gövde hareketleri, kasların ko-kontraksiyonunda yetersizlik, ekstremitelerde stabilizasyon yetersizliği, düzeltme, denge ve koruyucu reaksiyonlarda yetersizlik ön plana çıkmaktadır.

Ataksik SP'li çocuklarda genellikle hipotoni, bazen artmış kas tonusu, zayıf ko-kontraksiyon ve postürü koruyamama, distometri ve hareketlerde koordinasyon bozukluğu önemli sorun, oluştururken Hipotonik SP'li çocuklarda zayıf baş kontrolü, gövde stabilizasyonu ve kontrolünde zayıflık, düzeltme, denge ve koruyucu reaksiyonların olmayışı, eklem hipermobilitesi önemli problemlerdendir.

SP'li çocukların rehabilitasyonunda medikal ve cerrahi uygulamalar dışında ;

- Fizyoterapi uygulamaları
- İş-üçraşı tedavisi
- Ortez uygulamaları
- İşitme-konuşma terapisi
- Özel eğitim
- Aile ve çocuk için psiko-sosyal destek
- Spor aktiviteleri ve rekreasyonel aktiviteler
- Mesleki rehabilitasyon yaklaşımlarının yer alması çok önemlidir.

SP'li çocuklarda fizyoterapi yaklaşımlarında hedefler, fonksiyonelliğin artırılması, var olan hareketin kalitesini artırmak, düzgün postür sağlamak, kas tonusunu düzenlemeye çalışmak, normal motor gelişimi desteklemek, ambulasyonu hızlandırmak, oluşabilecek yumuşak doku, eklem ve postür bozukluklarını önlemeye çalışmak, dinamik aktiviteler ve normal tonusu açığa çıkarıcı hareketler, hareketlerin sürekli tekrarı ile normal “duyusal-motor” hareket paternlerini kazandırmak olarak özetlenebilir. Ana hedef ise SP'li çocuğu gençlik ve yetişkin dönemlerine hazırlamaktır.

Uygun Fizyoterapi Yaklaşımının Belirlenmesinde,

- Klinik tip
- Hastalığın şiddeti
- Kronolojik yaş
- Fizyoterapiye başlama yaşı
- Birlikte görülen diğer bozukluklar (kognitif problemler, işitme bozuklukları, görme problemleri, duyu-algı problemleri)
- Genel sağlık durumu

- Ailenin sosyo-kültürel ve ekonomik yapısı göz önünde bulundurulmalıdır.

Fizyoterapi uygulamalarında, çocuk fizyoterapisti normal çocuğun gelişimini, normal gelişimin varyasyonunu ve patolojik gelişim ve varyasyonları iyi bilmelidir.

Motor gelişim temel olarak ele alınmalıdır, ancak gelişimin sırtüstü ve yüzükoyun simetrik postür, baş kontrolü, dönme, kollar ve ellerin hareketleri, yüzükoyun önkollar ve eller üzerinde durma, oturma, emekleme, sıralama, yürüme gibi hiyerarjik düzen yerine her çocuğa özel, duyu ve kognitif gelişimle beraber ele alınması gerekir.

DEĞERLENDİRME

Pediyatrik fizyoterapistin yapacağı değerlendirmede en önemli bölümü “Gözlem” oluşturmaktadır. Gözlem sırasında çocuğun kendi kendine neler yapabileceği gözlemlenir. Öncelikle çocuğun yapamadıkları değil, yapabildikleri not edilir. Çocuk rahat pozisyonlamalıdır. Hareketler, bağımsız hareket ve provoke edilince ortaya çıkan hareketler olarak değerlendirilir. Hareketler sırasında destek noktalarını ve ağırlık aktarımı yapıp yapılmadığını gözlemlenmeli değerlendirme sırasında çocuk ağlamamalı ve fizyoterapistte güvenmelidir. Değerlendirme sırasında ailenin çocuğun yanında olması ve doğal bir ortam sağlanması da son derece önemlidir. Gözlem, motor yetenek, kognitif gelişim, duyu ve sosyal-emosyonel yönden ele alınarak yapılmalı ve ailenin sosyo-kültürel seviyesi, yaşam şartları, kardeşlerin durumu, ekonomik durum göz önünde bulundurulmalıdır.

Motor Gelişim değerlendirmesinde gözlem dışında bazı test bataryaları da kullanılabilir.

Fakat motor gelişim değerlendirmesinde uygulama zamanının uygunluğu, uygulama kolaylığı, interdisipliner anlaşılabilirlik, uluslararası geçerlik kriterlerine uygun test bataryası seçilmesi önemlidir.

Gross Motor Function Measurement (GMFM) Kaba Motor Fonksiyon Ölçütü SP’li çocukların motor fonksiyonel seviyesini belirlemede en yaygın kullanılan testdir. GMFM’de amaç; gross motor fonksiyon kapasitesinin belirlenmesi iken hedef normal motor gelişimi olan 5 yaşındaki çocuğa uygun geliştirilen bu testte SP’li çocukların motor performansını belirlemektir. Yaklaşık 45-60 dk (120 dk. @ maksimum) yapılabilir.

GMFM’NİN BÖLÜMLERİ

A: Sırtüstü, yüzüstü yatış ve dönme

B: Oturma

C: Emekleme ve diz üstü durma

D: Ayakta durma

E: Yürüme, koşma ve sıçrama dır.

GMFCS (Gross Motor Function Classification System) ile Sınıflandırma

SP’li çocuklar (GMFCS)’e göre sınıflandırılarak, var olan motor seviye ile test sonrası belirlenen motor gelişim sınıflandırılması yapılabilmektedir.

Fizyoterapi uygulamalarında, çocuk için doğru hedef belirlenmelidir. Bunun yanında tanı ile hedef arasında doğru bağlantı kurulmalıdır, çocuğun kişiliği tedavide ön planda tutulmalıdır, hedefe ulaşp ulaşamadığı aralıklarla kontrol edilmelidir ve çocuk hareketleri yaparken bir oyun içerisinde fonksiyon çıkararak yapmalıdır. Uygulamalar sırasında hareketlere ön hazırlık çok önemlidir. Hedef, hareket değil fonksiyondur!!

Erken Dönem Fizyoterapi

Neonatal dönemden başlayıp 12 aya kadar uygulanan fizyoterapi yaklaşımlarını erken fizyoterapi kapsamında değerlendirebiliriz. Beyin plastisitesi için erken dönem müdahale ve beyin plastisitesinden yararlanma, hızlı öğrenme yeteneğini kullanarak normal fonksiyonel hareketlerin kazandırılması, doğru pozisyonlama ve doğru temas , ailenin bebeğin durumuna erken adaptasyonu , ileride oluşabilecek duyu-algı-motor sisteme ait geriliklerin ve kas iskelet sistemine ait bozuklukların en aza indirilmesi ve kısa dönem hedeflerin etkin belirlenebilmesi açısından erken rehabilitasyon çok önemlidir.

SP'li çocuklarda en çok kullanılan fizyoterapi yöntemleri aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Nörogelişimsel yaklaşımlar (Bobath)
- Proprioseptif nöromusküler fasilitasyon tekniği
- Duyusal ve gelişimsel yaklaşımlar (Rood, Ayres)
- Nöromusküler refleks yaklaşımıyla tedaviler (Vojta, Fay, Delacado)
- Eğitimsel yaklaşımlar (Peto, Frostig, Kephart)
- Algısal-kognitif tedavi (Affolter)
- Motor öğrenme (Shepherd)
- Bobath nörogelişimsel tedavi yaklaşımı

Genel olarak fasilitasyon (kolaylaştırma, destekleme), stimulasyon (uyarı) ve komünikasyon (iletişim) üzerine kurulmuş bir konsepttir.

Bu konseptte fizyoterapist özel tutuş ve temas pozisyonları kullanır, çeşitli pozisyonlarda reaksiyonları açığa çıkarır, çocuğun fonksiyonel hareketleri günlük yaşamda kullanmasını sağlar, doğru postüral reaksiyonları açığa çıkarmak için aynı zamanda oturma ortezleri, sandalyeler, tabureler, pozisyonlama malzemeleri gibi ekipmanlardan yararlanır ve doğru pozisyonların devamlılığı için gerekirse ortez kullanımını önerir.

Pozisyonlama bu konseptin en önemli uygulamalarından biridir. Pozisyonlamada amaç, postür düzgünlüğünü sağlamak, kas tonusunu regüle etmek, hareketleri fasilite etmek, duyu girdisini artırmak, duysal ve motor deneyimleri arttırmak, solunum ve beslenme problemlerini en aza indirmek, gözlem ve müdahaleyi kolaylaştırmak, ağırlık aktarımlarına yardımcı olma, stabilizasyonu sağlayarak, vücudun diğer bölümlerini aktif kullanmayı sağlama, orta hattı bulma ve simetrik oryantasyonu sağlama, kas ve iskelet deformasyonlarını önlemek olarak özetlenebilir.

- Handling (özel tutuş, manipulasyon, temas) Bobath konseptinde bir diğer önemli noktadır.
- Normal hareket ve normal fonksiyonel aktivite sağlamak için kullanılan tutuş ve pozisyonlardır.
- Fasilitasyon da hedeflenen normal ve spontan hareketin ortaya çıkmasını kolaylaştırmak, kas ve eklemlerin fonksiyonel hareket içerisinde uyumlu hareketini sağlamaktır. Bu şekilde çocuğun vücudunu algılaması sağlanır.
- Stimulasyon taktil stimulasyon (dokunma), vestibüler stimulasyon, vibrasyon, proprioseptif uyarı yada ses ile olabilir.

Amaç; hareketi öğretmek, tonusu düzenlemek, stabilizasyon sağlamak ve hareket yaparken çocuğun kendi hareket kontrolünü kazandırmaktır. Propriosepsiyon eğitimi çok önemlidir...

Komünikasyon (İletişim) ile çocukla olan tüm iletişim yolları ve aile ile tüm iletişim yolları kullanılır. Çevresel düzenleme (Setting) bu konsertte özel bir yere sahiptir. Çevresel faktörler çocuğun fonksiyonel kapasitesini etkiler. Çevresel faktörleri belirlenip çocuğa göre tekrar düzenlemeli ya da değiştirmek önemlidir.

Fizyoterapi uygulamaları; günlük yaşam aktivitelerine uygun olarak yapılmalıdır. Uygulamada, motivasyon, varyasyon, tekrar, çocuğun yapılan aktiviteleri fonksiyonellik içinde öğrenmesi, çocuğun yaptığı hareketleri sevmesi sağlanması, hareketin tekrarı sonucu yeni hareketin duysal-motor algısı ve hareket deneyiminin kazandırılması önemli olduğu kadar çocuklar arasındaki kişisel farklılıklar dikkate alınması, çocuğun motor öğrenme kapasitesini kullanmak gerekliliği, zorlu aktivitelerin tonusu artırdığı, çocuğun bazı şeyleri yapamadığı kabul etmek gerektiği unutulmamalıdır.

Aile Eğitimi

- Anne-baba her zaman tedaviyi izlemeli ve gerekli durumlarda tedaviye bizzat katılmalıdır.
- Ailenin de aceleci davranmaması ve çocuğa hareketler sırasında zaman tanınması öğretilmelidir, Ailenin çocuğu pasifleştirmemesi hatırlatılmalıdır. Ailelerin hareketleri günlük yaşamda fonksiyonel aktiviteler içerisinde uygulatarak çocuğa deneyim kazandırabilmeleri öğretilmelidir, çocuğun motor hareketleri geri olsa bile zekasının

geri olmayacağı hatırlatılmalıdır.

Ailenin uygulama programına aktif katılımı teşvik edilmelidir

Pozisyonlama ve tutuş tekniklerinin doğru uygulanması için aile eğitimi ön plandadır, çocuğun ihtiyaçları yanında ailenin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurması gerekir. Aile, önerilen pozisyonların her birinin hedefini anlamalıdır ve aileye terapatik hedeflere uygun taşıma teknikleri öğretilmelidir.

Fizyoterapi uygulamaları dışında; cerrahi ve ortopedik yaklaşımlar, botolunium toksin uygulamaları ve selektif dorsal rizotomi uygulamalarında fizyoterapist, hasta seçimi, uygulama öncesi değerlendirme, fizyoterapi programını sürdürme ve uygulama sonrası değerlendirme de önemli roller üstlenmektedir. Rehabilitasyon yaklaşımlarında genel prensipler; yoğun fizyoterapi, seri alçılama veya ortez kullanımı ile kas iskelet sisteminin biomekaniğini korumak, kas kuvveti ve enduransı artırmak, eklem hareket genişliğini korumak ve artırmak olarak özetlenebilir.

SP'li çocuklarda fizyoterapi uygulamalarında başarıyı artırmak için;

- Gerçekçi hedefler
- Önceliklerin belirlenmesi
- Pediatrik fizyoterapideki gelişmelerin takibi
- Multidisipliner (İntra-İnter Disipliner) yaklaşım önemlidir.

SEKRESYON ATIMINDA GÜÇLÜK YAŞAYAN ÇOCUKLARIN REHABİLİTASYONUNDA FİZYOTERAPİSTİN ROLÜ

Dr. Fzt. Semiramis Özyılmaz

İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü

Son yıllarda yapılan çalışmalar sonucu konjenital nöromusküler bozuklukları daha doğru olarak sınıflamak, hastalığın özelliklerini ve seyrini anlamak mümkün olabilmektedir. Bu hastalıklarda solunum kaslarındaki zayıflıklar, immobilité, kontraktür ve skolyoza bağlı olarak akciğer ve göğüs duvarında esnekliğin azalması, beslenme sırasında yiyeceklerin aspirasyonu solunumla ilgili bazı komplikasyonlara neden olmaktadır. Bu nedenle doğuştan ve sonradan oluşan nöromusküler bozukluklarda solunum fonksiyonlarının ve solunum kas kuvvetinin değerlendirilmesi büyük önem taşır. Akciğer kapasitesi %50' nin altına düşen kişiler solunum fonksiyonları açısından dikkatle izlenmelidir. Ayrıca bu değer %30' un altına düştüğünde, hastalarda uyku sırasında da solunum bozuklukları ile karşılaşılabilir. Nöromusküler hastalığın tipine göre farklılık gösteren ve en sık karşılaşılan solunum problemleri:

- Sık tekrarlıyan solunum yolu enfeksiyonları
- Nefes darlığı
- Öksürme
- Sekresyon çıkarmada güçlük
- Uyku sırasında görülen solunum sıkıntılarıdır.

Bu hastaların solunum tedavisi; havayolu açıklığının sürdürülmesi ve korunmasını, yeterli solunumu sağlamayı, sekresyonları uzaklaştırmayı, atelektazi ve diğer olası komplikasyonları önlemeyi hedeflemelidir.

Bu amaçla;

- Havayolu sekresyonlarının atılımını sağlamak ve bronşial hijyeni destekleyen işlemler
- Hiperinflasyon teknikleri
- Ventilasyon desteği
- Pulmoner rehabilitasyon kombinasyonları uygulanır.
- Normalde sekresyonların temizlenmesi etkili mukosiliar taşınma ve etkili öksürük ile sağlanır.

Etkili mukosiliar taşınma: Trakea bronşial ağaç tarafından üretilen mukusun üst solunum yolu boyunca siliar hareketlerle taşınmasıdır.

Etkili Öksürük: Ekspiratuar kasların kuvvetli kasılması ile plevral basınçta büyük değişiklikler meydana gelir, bu değişiklikler merkezi intratorasik havayollarının dinamik kompresyonuna neden olur. Bu da dışarı atılabilmesi için sekresyonların proksimale doğru hareket etmelerini sağlar. Nöromusküler hastalığı olan çocuklarda ekspiratuar kas zayıflığı arttıkça, öksürme eforu sırasında oluşturulan plevral basınçlar azalır, havayolu temizlenmesi bozulur ve sekresyon birikimi olur.

Sekresyon birikiminin erken dönemdeki klinik bulguları; vücut ısısında, solunum frekansında, kalp hızı, kan basıncı ve solunum seslerinde görülen değişikliklerdir. Bu problem çözülemezse inflamasyon, enfeksiyon, havayolu tıkanıklığı, atelektazi, pnömoni gibi komplikasyonlar meydana gelir. Kas zayıflığı ve paralizisi sonrasında gelişen bu komplikasyonlar mortaliteyi ve morbiditeyi arttırmaktadır.

MUKOSİLYAR TRANSPORTU ARTTIRAN TEDAVİ UYGULAMALARI

I-YETERLİ SIVI ALIMI VE NEMLENDİRME

Yetersiz sıvı alımı nedeniyle bronşial ağacın kuruması sekresyon hareketinde azalmaya neden olur. Günde 1.5-2 litreden fazla sıvı alındığında ucuz ve güvenli sekresyon çıkarımı sağlanmış olur. Sıvı alımının hekim tarafından ayarlanması gerekir.

II-POSTÜRAL DRENAJ

Akciğerin belli kısımlarından sekresyonların mobilizasyonu ve bu sekresyonların segmental bronşlardan öksürükle atılabilmesi için yerçekiminin etkisinden yararlanılarak hastanın pozisyonlanması esasına dayanır. Pozisyonlar trakea bronşial ağacın anatomik yapısına göre şekillendirilmiştir. Hasta her pozisyonda 10-15 dk. tutulur. Bu teknik sekresyonların temizlenmesinde zorluk çeken ve günde 25-30 ml balgam çıkaran hastalarda endikedir. Hastada var olan diğer problemlere göre modifiye postüral drenaj pozisyonları tercih edilebilir. Bu teknikle birlikte perküsyon, vibrasyon gibi manuel teknikler ve mekanik vibratörler kullanılabilir. Yardımcı teknikler ile birlikte postüral drenaj uygulaması sekresyon temizlenmesinin artmasına yol açar.

III-PERKÜSYON: Elin kubbeleştirilerek, bilekten fleksiyon ekstansiyon hareketinin ard arda yapılması ile göğüs duvarı üzerine uygulanır. Perküsyon, pediatrik grupta anestezi maskeleri, küçük fincan biçiminde objeler kullanılarak yada tek el veya orta parmak iki parmağın üstünde olacak şekilde 3 parmakla da yapılabilir. Özellikle yapışkan sekresyonların temizlenmesinde yararlıdır. Perküsyon hızı ve şiddeti hastaya göre ayarlanır, havayolu hiperaktivitesi olan hastalarda yavaş yapılmalıdır. Bu işlem mekanik bir alet kullanılarak da yapılabilir. Mekanik olarak yapılan perküsyon intratorasik basıncı artırır ve sekresyon temizlenmesini destekler. Yapılan çalışmalarda manuel ve mekanik olarak yapılan perküsyon arasında akciğer fonksiyonları ve sekresyon temizlenmesi üzerine anlamlı fark bulunmamıştır.

IV-VİBRASYON: Ellerin üst üste yerleştirilerek solunumun ekspirasyon fazında aralıklı izometrik kontraksiyon ile göğüs duvarı üzerine basınç uygulanması esasına dayanan bir yöntemdir. Akışkan, sıvı sekresyonları atmada etkilidir.

Perküsyon ve vibrasyon gibi teknikler ile birlikte kullanılan postüral drenajın potansiyel sonuçları;

- Çıkarılabilen sekresyon miktarında artma
- Havayolu direncinde azalma
- Kompliansta artma
- Kalınlaşmış sekresyonların temizlenmesinde düzelme
- Solunum işinde azalmadır.

V-ÖKSÜRÜK

Öksürme intratorasik basınçta artışa yol açan, kapalı glottise karşı yapılan ekspirasyondur. Havayollarının sekresyonlardan veya yabancı cisimden temizlenmesinde etkili öksürük çok önemlidir. Küçük havayollarındaki sekresyonların temizlenmesinden mukosilyar transport sorumlu iken, daha büyük havayollarında öksürük etkilidir. Solunum kas fonksiyon bozukluğu olan hastaların sıklıkla öksürme sırasında zirve akımı azalmıştır. Bu durumda havayolu sekresyonlarını temizleme işi yetersiz olacaktır.

Öksürük eğitiminde amaç:

- Verimsiz öksürüğü verimli hale getirmek
- Güvenli öksürük oluşturmaktır.

Öksürüğü arttırmak için kullanılan teknikler;

1) Pozisyonlama: Boyun fleksiyonda, gövde öne doğru, kollar destekli ve ayak tabanları yerle temasta iken oturma, öksürüğün etkinliğini artırır.

2) Zorlu Ekspirasyon ve ‘Huffing’ Tekniği: Akciğerdeki mekanik reseptörlerin uyarılması refleks öksürüğe neden olur. Teknik sakın diyafragmatik solunumla izlenen orta akciğer volümünden düşük akciğer volümüne 1 veya 2 ‘huff’ dan ibarettir. ‘Huffing’ tekniği hem yetişkin hastalarda hem de çocuklarda öksürüğü uyarıcıdır. Çocuklarda ya da infantlarda trakeal uyarı ile öksürme başlatılır. 3 yaş ve üzeri olan çocuklara ‘Huff’ tekniği öğretilir. Bu teknik uygun drenaj pozisyonları, perküsyon ve shaking ile kombine edilmelidir.

3) Basınç: Ekstratorasik trakeaya, inspirasyondan sonra rektus abdominus kası üzerine ve ekspirasyon sırasında alt kostalar hizasına uygulanan basınç öksürük etkinliğini artırır.

4) Manuel Ventilasyon: Solunum kası fonksiyon bozukluğu olan ve özellikle ventilatör kullanan hastalar havayollarındaki sekresyonları temizlemek için gerekli öksürük akımını oluşturamazlar. Manuel ventilatörün kuvvetli kompresyonu tarafından oluşturulan yüksek inspirasyon akım hızları, akciğer mekanik reseptörlerini uyararak refleks öksürüğü oluşturur.

5) Mekanik uyarma ve aspirasyon: Havayoluna mekanik uyarının direkt uygulanması refleks öksürüğe neden olabilir. Akciğerlerin mekanik şişme ve sönmesi paralitik hastalarda havayolu sekresyonlarının temizlenmesi için etkili bir yöntemdir. Anestezi maskesi yoluyla bağımsız olarak ayarlanmış negatif basınçlı nefes verme ve pozitif basınçlı nefes almayı sağlar. Endotrakeal ya da trakeostomi tüpü yoluyla uygulandığında daha etkilidir. Solunum yolu enfeksiyonu sırasında entübasyon ihtiyacı olmadan havayolu sekresyon temizlenmesini sağlayabilir. Burun veya ağız yolu ile aspirasyon yapılabilir fakat hastalar tolere etmekte zorlanabilir.

6) Nöromusküler Fasilitasyon: Torasik omurgada paraspinal alan boyunca 3-5sn. aralıkla buz uygulaması öksürüğü artırabilir.

HAVAYOLU SEKRESYONUNUN TEMİZLENMESİ İÇİN DİĞER YÖNTEMLER

APBS (Aralıklı Pozitif Basınçlı Solunum): Yeterli ventilasyonu sürdürebilen ama derin nefes alamayan hastalarda APBS (Aralıklı Pozitif Basınçlı Solunum) kullanılarak hiperinflasyon tedavisi, öksürme için yeterli ventilasyonu sağlamanın yanı sıra atelektazi tedavisi etmek ve yeniden oluşumunu engellemek için endikedir. Kas zayıflığı iyileşen hastalarda APBS’ dan ‘insentif spirometre’ geçilmelidir.

İnsentif Spirometre: Daha çok solunumun inspirasyon fazı üzerinde duran, solunum egzersizleri sırasında feedback ve visuel uyarı sağlayarak hastanın akciğer ekspansiyonunu artırmaya teşvik eden, mekanik yardımcı bir alettir. İstemli solunumu artırır. Solunum kaslarını güçlendirir. Bronşial hijyeni sağlar.

Aktif Solunum Döngüsü Teknikleri (ASDT): Solunum kontrolü döngünün aktif komponentleri arasında kullanılır. Hasta rahat bir pozisyonda iken kendi tidal volümünde soluk alıp verir. Torasik ekspansiyon egzersizleri 3-4 derin solunumu içerir. Akciğer hacminin tidal hacim solunumunun üstünde artırılması kollateral ventilatuar direnci azaltır, havanın sekresyonların arkasında akım sağlayarak mobilizasyonuna yardımcı olur. ZET (Zorlu Ekspirasyon Tekniği) ise bir veya iki huffingi içerir ve periferik sekresyonların temizlenmesini sağlar. Bir çok çalışmada bu yöntemin sekresyonların mobilizasyonunda postüral drenaj ve perküsyon kadar etkili olduğu bulunmuştur. Çocuklara 4 yaşından itibaren öğretilir.

- Solunum Kontrolü
- 3-4 Torasik Ekspansiyon Egzersizleri
- Solunum Kontrolü
- Orta-Düşük Akciğer Hacminde 1-2 ‘Huffing’
- Solunum Kontrolü
- Öksürme ve Balgam Çıkarma

Flutter: Dairesel koni içinde yer alan paslanmaz çelik topun tekrarlı olarak yer değiştirmesiyle titreşimler meydana getiren pipoya benzer bir alettir. Oturma pozisyonunda uygulanır. Hasta derin nefes alır ve 2-3sn tutar.

Ağızlığı doğru nefes verir. Bu şekilde havayollarında osilasyonlu pozitif ekspiratuar basınç yaratılır. Havayollarına iletilen bu basınç havayollarındaki sekresyonların viskozitesini azaltmaktadır. Vibrasyonlar havayolları duvarından mukusu gevşetir. Endobronşial basınçta aralıklı olarak artmalar ekspiryum sırasında havayollarının kollaps olmasını azaltır. Hava akımının hızını arttırarak mukusun havayollarına doğru hareketini kolaylaştırır.

Pozitif Ekspiratuar Basınç (PEP): Yüz maskesi veya ağızlık yolu ile uygulanır. Hasta oturur pozisyonda maskenin içinden nefes alır ve orta ekspiratuar faz sırasında 10-20cm H₂O basınç ile karşılaşır. Ağızlık yolu ile tidal hacim seviyesinde 10-12 kez nefes alıp verir. Ekspirasyon zorlu olmamalıdır. Hasta maskeyi çıkarır, solunum kontrolü, huffing ve öksürme yaparak sekresyon çıkarır. Bronşial hijyen sağlanana kadar bu döngü tekrarlanır.

Otojenik Drenaj: Solunum paternini normale döndürmeyi amaçlayan birtakım yöntemler üzerine oturtulmuştur. Hastaya hastalığının durumuna bağlı olarak solunum hızını, derinliğini ve seviyesini ayarlaması öğretilerek akciğerlerini sekresyonlardan temizlemesi sağlanır. Bu teknik bronşial ağacın tüm düzeylerinde maksimum hava akımına izin verir.

Yüksek Frekanslı Göğüs Duvarı Ossilasyonu: Ossilasyon frekansı 5-15 Hertz'dir. Bu şekilde sekresyonların viskoelastik özellikleri değişmekte ve sekresyonların atımı artmaktadır. Hayek osilatörü ve ThAIRapy bronşial drenaj sistemi, mekanik cihaz örnekleridir.

Sonuç olarak:

Hastanın medikal tedaviye ve solunum rehabilitasyonuna katılımını arttırmak için mutlaka hasta ve aileye hastalık ve yapılan tedaviler hakkında bilgi verilmelidir.

Hastaya en uygun solunum fizyoterapisi yöntemlerinin belirlenmesi ve bunların hasta ve ailesine öğretilmesi gerekir.

Bu uygulamalar hastanın enfeksiyon geçirme sıklığını azalttığı gibi daha rahat nefes almasını da sağlayacaktır. Bu da hastanın günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız olmasına neden olacaktır.

ROLE OF PHYSIOTHERAPIST IN THE REHABILITATION OF THE CHILDREN WITH SECRETION CLEARANCE PROBLEMS

One of the main problems in the treatment of child patients with neuromuscular diseases is impair mucociliary clearance. In normal health mucus produced by the tracheobronchial tree is continually propelled upstream by ciliary action toward the upper respiratory tract, from where it can be expectorated or swallowed, thus maintaining a clear and patent airway. Respiratory pathology may alter this process in different ways. Tracheobronchial secretions may increase in quantity, change in consistency or there may be a disruption of the normal mucociliary clearance process due to direct ciliary damage. Its principal aim is to clear bronchopulmonary secretions which may cause airway obstruction and lead to atelectasis and hyperinflation. Lung clearance improves ventilation and reduces airway resistance and may slow the progression of elastase mediated damage to the airways and mucociliary transport system. A variety of chest physiotherapy techniques may be employed to enhance tracheobronchial clearance. In addition respiratory physiotherapy can reduce the work of breathing, improve oxygenation, may help to maintain lung volume and improve exercise tolerance.

KAYNAKLAR

Anderson MJ, Innocenti DM. Techniques used in chest physiotherapy. In: Downie PA (eds). Cash's Textbook of Chest, Heart and Vascular Disorders for Physiotherapists. Philadelphia, SB Lippincott Company, 1987; 325-363.

Bach JR. Management of neuromuscular ventilatory failure by 24 hour non-invasive intermittent positive pressure ventilation. Eur Respir Rev, 1993; 3: 12, 284-291.

Bach JR. Update and perspectives on noninvasive respiratory muscle aids. Part 1: The inspiratory aids. *Chest*, 1994; 105: 1230-1240.

Bach JR. Physical Medicine Interventions and Rehabilitation of Patients with Neuromuscular Weakness. In: Hodgkin JE, Celi BR, Connors GL (eds). Third Edition Pulmonary Rehabilitation: Guidelines to Success. Philadelphia, SB Lippincott Company, 2000; 591-609.

Bach JR. Mechanical insufflation-exsufflation: Comparison of peak expiratory flows with manually assisted and unassisted cough techniques. *Chest* 1993; 104: 1553-62.

Bakaç S, Polat G, Karakoç F, Karadağ B, Kut A, Dağlı E, Gürses HN, Kistik Fibrozisli Çocuklarda Fizyoterapi, Toraks Derneği II. Yıllık Kongresi, 1998.

Bakaç S, Gürses HN, Polat G, Karakoç F, Karadağ B, Kut A, Dağlı E. The effect of home physiotherapy programme in children with cystic fibrosis and non-cystic fibrosis bronchiectasis. *ERJ*, 1999: 9-13; 482.

Barr RN. Pulmonary Rehabilitation. In: Hillegass EA, Sadowsky HS (eds). Essentials of Cardiopulmonary Physical Therapy: Philadelphia, WB Saunders Company, 1994; 677-702.

Benditt JO. Management of pulmonary complications in neuromuscular disease. In: Kraft GH, Carter GT (eds). Rehabilitation Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1998; 167-185.

Frownfelter DL. Breathing exercise and retraining, chest mobilization exercise. In: Frownfelter DL (eds). Chest physical therapy and pulmonary rehabilitation. An interdisciplinary approach. Second edition. Year Book Medical Publishers, London, 1987; 231-259.

Frownfelter DL. Pulmonary Rehabilitation. In: Frownfelter DL (eds). Chest physical therapy and pulmonary rehabilitation. An interdisciplinary approach. Second edition. Year Book Medical Publishers, London, 1987; 231-259.

Gumery L, Dodd M, Parker A, Prasad A, Pryor J, Kennedy E. Clinical guidelines for the physiotherapy management in cystic fibrosis. January 2002.

Gürses HN. Kistik Fibroziste Fizyoterapi Rehabilitasyon, V. Fizyoterapi'de gelişmeler sempozyumu kitabı, 1994: 44-84.

Gürses HN. Çocuklarda Kardiyopulmoner Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. Özürlü Çocuklar Rehabilitasyonu ve Eğitimi Kitabı, 1993: 55; 16-25.

Gürses HN, Ozyılmaz S, Demir R, Ziyaettin M, Muammar K, Olga R, Guven O. Chest physiotherapy in newborns with congenital heart disease after cardiac surgery. *ERJ*, 2002: September 20(Suppl); 350.

Hodgkin JE. Pulmonary Rehabilitation Definition and Characteristics. In: Hodgkin JE, Celi BR, Connors GL (eds). Third Edition Pulmonary Rehabilitation: Guidelines to Success. Philadelphia, SB Lippincott Company, 2000; 21-31.

Irwin S, Teck lin JS. Respiratory Treatment. In: Weiner R (eds). Cardiopulmonary Therapy: CV. Mosby Company, St Louis, 1990; 217-322.

Loghi F, Tobin MJ. Disorders of the Respiratory Muscles. In: Cherniack NS, Altose MD, Ikuo H (eds). Rehabilitation of the patients with Respiratory Disease: Newyork, McGraw-Hill, 1999; 149-163.

Langenderfer B. Alternatives to percussion and postural drainage. A review of mucus clearance therapies: percussion and postural drainage, autogenic drainage, positive expiratory pressure, flutter valve, intrapulmonary percussive ventilation, and high-frequency chest compression with the ThAIRapy Vest. *J Cardiopulm Rehabil*, 1998: Jul-Aug; 18(4): 283-289.

Main E, Prasad A, van der Schans C. Conventional chest physiotherapy compared to other airway clearance techniques for cystic fibrosis. The Cochrane Library, 2005; 1: John Wiley & Sons Ltd, Chichester.

McIlwain M. Chest physical therapy, breathing techniques and exercise in children with cystic fibrosis. *Paediatric Respiratory Reviews*, 2007; 8: 8-16.

McIlwaine PM, Wong LT, Peacock D, Davidson AG. Long-term comparative trial of conventional postural drainage and percussion versus positive expiratory pressure physiotherapy in the treatment of cystic fibrosis. *J Pediatr*, 1997; 131: 570-574.

Miller WF. Historical Perspective of Pulmonary Rehabilitation. . In: Hodgkin JE, Celi BR, Connors GL (eds). Third Edition *Pulmonary Rehabilitation: Guidelines to Success*. Philadelphia, SB Lippincott Company, 2000; 1-21.

Prasad SA, Hussey J, Chest physiotherapy techniques and adjuncts to chest physiotherapy, In: Prasad SA, Hussey J (eds). *Paediatric respiratory care*. London, Chapman and Hall, 1995; 67-104.

Prasad SA, Cystic fibrosis. In: Ball S (eds). *Cardiovascular respiratory physiotherapy techniques*. St. Louis mosby Year Book, 1998; 272.

Simons AK. Pathophysiology of different neuromuscular conditions and medical treatment. *European Respiratory Society Annual Congress*, 2001 Berlin, 5-8.

Yeldan I, Gurses HN, Serdaroğlu P. The comparison of effects of two different chest physiotherapy approaches on respiratory functions in patients with limb girdle muscular dystrophy. *Chest*. 2003; 1; 130-131.

Webber BA, Pryor JA. Physiotherapy skills: techniques and adjuncts. In: Webber BA, Pryor JA (eds). *Physiotherapy for respiratory and cardiac problems*. Edinburg: Churchill Livingstone, 1993; 113-173.

SOLUNUM KAS GÜÇSÜZLÜĞÜ OLAN ÇOCUKLARIN REHABİLİTASYONUNDA FİZYOTERAPİSTİN ROLÜ

Dr.Fzt. Rengin Demir

İstanbul Üniv. Kardiyoloji Enstitüsü

Nöromusküler hastalığı olan kişilerin tedavisinde esas problemlerden biri solunum kas fonksiyonundaki progresif kötüleşmedir. Çeşitli nöromusküler bozukluklar solunum kas fonksiyonunu anlamlı derecede tehlikeye düşürür ve hiperkapnik solunum yetmezliğine yol açar. Solunum kas disfonksiyonunun komplikasyonları bu hastalarda morbidite ve mortalitenin asıl nedenini oluşturmaktadır.

Solunum için 3 kas grubu kritik öneme sahiptir. Diyafragma, eksternal interkostaller ve aksesuar kasların dahil olduğu inspirasyon kasları ventilasyonun sürdürülmesinden sorumlu esas kaslardır. İnspiratuar kas fonksiyonunun en yaygın kullanılan indeksleri maksimal inspiratuar basınç ve inspiratuar kapasitedir. Nöromusküler hastalığı olan kişilerde inspiratuar kasların toraksı yeterli derecede ekspande edebilmesindeki yetersizlik göğüs duvarı kompliansındaki azalmayla birlikte kostavertebral eklemlerin sertleşmesiyle sonuçlanır. Ayrıca derin solukların yokluğu mikroatektazilere yol açar ve akciğer kompliansı azalır. Göğüs duvarı ve akciğer kompliansındaki azalma inspiratuar kaslar üzerindeki yükü ve solunum işini arttırarak yorgunluğa neden olur. Abdominaller ve internal interkostalleri içeren ekspiratuar kaslar da nöromusküler hastalıklarda yaygın olarak etkilenmektedir. Ekspiratuar kas fonksiyonunun indeksleri maksimal ekspiratuar basınç ve ekspiratuar rezerv volümdür. Ekspiratuar kas zayıflığından dolayı öksürme sırasında oluşturulan plevral basınçlar azalır ve havayolu temizlenmesi bozulur. Yetersiz öksürük mikroatektazilerle birlikte sık solunum yolu enfeksiyonlarına neden olur. 3. grup olan bulbar kasların katılımıyla da yutma güclüğü nedeniyle aspirasyon pnömonisi gelişir.

Nöromusküler hastalığı olan kişilerde solunum kas zayıflığı çoğu kez aspirasyon pnömonisi ile solunum yetmezliği veya kor pulmonale gelişinceye kadar farkedilmez. Teşhisdeki gecikme bozulan iskelet kas fonksiyonunun hastaların sınırlı ventilatuar kapasitelerini aşmalarını engellemesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle solunum yetmezliği gelişme riski altında olan bu kişilerde solunum kas fonksiyonunun değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Solunum kas fonksiyonunun ölçülmesi solunum kas zayıflığının tanısı için gereklidir. Aynı zamanda kronik hastalığın solunum kasları üzerine etkisini değerlendirmeye yardımcıdır.

Solunum kas fonksiyonu non-invaziv ve invaziv testlerle ölçülmektedir. Non-invaziv testler akciğer fonksiyon testi, ağız basıncı ve nazal basınç ölçümleridir. İnvaziv testler ise sniff transdiyafragmatik (sniff Pdi) ve sniff özefagus (sniff Pes) basıncı, ağız transdiafragmatik basıncı ve maksimal öksürme sırasında gastrik basınç ölçümü ve frenik sinirin elektriksel veya manyetik stimülasyonudur.

Solunum kas zayıflığı olan kişilerde akciğer fonksiyon testlerinde tipik olarak restriktif patern görülür. VC belirgin şekilde azalmıştır. Pek çok hastada akciğerler ve göğüs duvarı kompliansındaki azalma nedeniyle VC'de beklenenden daha fazla azalma görülür. VC'nin düzenli olarak ölçülmesi hızlı bir şekilde progresif kas zayıflığı veya paralizisi gelişme riski altında olan hastalarda büyük değere sahiptir. Dik pozisyonundan sırtüstü pozisyona geçildiğinde VC'de %25'den fazla azalma olması diyafragmatik zayıflığın göstergesi olarak kullanılır. VC değerleri beklenen değerlere göre %50 veya altında olan nöromusküler hastalığı olan kişilerde hiperkapni veya solunum yetmezliği gelişme riskinin yüksek olduğu görülmüştür. VC ölçümünün major limitasyonu hastanın motivasyonu, kooperasyonu ve yeterliliğine dayanan eforuna bağlı olmasıdır. Bu nedenle sadece 6-8 yaşında koopere olabilen çocuklarda ölçülebilir. Ağızlığı tolere edemeyen çocuklarda ise dar yüz maskesiyle ölçüm yapılabilir. Nöromusküler hastalığı olan kişilerde aynı zamanda TLC ve FRC'de de azalma görülür. FEV1/FVC nispeten normaldir. Ekspiratuar kaslar zayıf olmadığı sürece RV nispeten normaldir. Solunum kas zayıflığının en erken bulgusu MVV'deki azalmadır. Difüzyon kapasitesi ve gaz değişimi nispeten normaldir .

Nöromusküler hastalıklarda görülen solunum kas güçsüzlükleri erken dönemde VC ölçümü ile tespit edilemez. Çünkü VC'de hissedilir bir seviyede azalma ancak solunum kas kuvvetinin normalin yarısının altına düştüğü durumlarda saptanmıştır. İnspiratuar ve ekspiratuar kas kuvvetini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan testler maksimal inspiratuar (Pimax) ve maksimal ekspiratuar (Pemax) ağız basınçlarının ölçülmesidir. Ölçümler oturma pozisyonunda ve burun mandalı takılarak yapılır. Geleneksel olarak Pimax rezidüel volümde, Pemax ise total

akciğer kapasitesinde ölçülür. Her bir efor en az 1 sn sürdürülmelidir. Rutin uygulamada 2 benzer maksimal değer elde edinceye kadar 5 veya daha fazla ölçüm yapılmalı ve 2 değer in en iyisi kaydedilmelidir. Bu testlerin avantajları non-invaziv olmaları ve büyük serilerde normal değerlerin belirlenmiş olmasıdır. Çocuklarda maksimal basınçlar yaşla artar. 11-12 yaşına kadar kız çocuklarda Pimax ve Pemax değerleri erişkin değerlerine ulaşır. Erkek çocuklarda ise bu sadece Pimax için geçerlidir. Pemax adolösan çağ boyunca artmaya devam eder. Statik basınçlarla ilgili önemli bir problem efora bağlı olmaları nedeniyle ufak çocuklarda güvenilir bir ölçüm olmalarının imkansız olmasıdır. Genel olarak eğer 3 eşit maksimal efor gözlenmişse çocuğun maksimal çaba gösterdiği düşünülür.

Nöromusküler bozukluğa bağlı solunum kas zayıflığının paterni, prognozu ve derecesi değişkendir. Duchenne musküler distrofi (DMD) hastalarda akciğer volüm değişikliklerinin solunum kas zayıflığıyla korele olduğu görülmüştür. İnspiratuar kas disfonksiyonunun kronik solunum yetersizliğinin gelişiminde anahtar rol oynamasına rağmen ekspiratuar kas kuvvetindeki azalmaların disfonksiyonun ilk bulgusu olduğu ve solunum yetersizliğinin ilk epizodlarına yol açtığı saptanmıştır. Nöromusküler hastalığı olan kişilerde fonksiyonel kapasite ile (ambulasyon, tekerlekli sandalye ve yatağa bağımlılık) VC, TLC ve FEV1/FVC oranında az bir ilişki görülmesine rağmen fonksiyonel kapasiteyle Pimax ve Pemax arasında iyi bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Özellikle ağız çevresi kasları zayıf olan ve koopere olamayan hastalarda sniff nazal inspiratuar basınç (SNIP) manevrası inspiratuar kas kuvvetinin güvenilir bir ölçümüdür. Bu ölçüm 4 yaşın üzerindeki pek çok çocuk için uygundur ve Pimax'dan daha kolay yapılabilir.

Solunum kaslarının endüransı izokapnik şartlar altında ventilasyonun maksimal veya submaksimal düzeylerini sürdürme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Solunum kas endüransı genellikle 3 teknikten biri kullanılarak değerlendirilmektedir. Bunlar maksimal volonter ventilasyon (12-15 sn. sürdürülebilen maksimal volonter ventilasyon), eşik yük artışları (inspiratuar eşik yük 2 dk. da bir arttırılır, hastanın 2 dk. sürdürebildiği en yüksek basınç maksimum eşik basınç olarak adlandırılır) ve bilinen eşik yükteki endürans zamanıdır (kişinin Pimax'ının belirli bir yüzdesindeki eşik yükü tolere edebildiği maksimal zaman). Nöromusküler hastalığı olan kişilerde Pimax'ın %35'indeki sabit eşiğin uygulanabilirliği kanıtlanmıştır. DMD'li çocuklarda ortalama süre 4.5 dk. iken, sağlıklı çocuklarda 30 dk'nın üzerinde bulunmuş ve DMD'li çocukların solunum kaslarının yorgunluğa sağlıklı çocuklarınkinden daha duyarlı olduğu gösterilmiştir.

Solunum kasları akciğer ve göğüs duvarının rezistif elastik kuvvetlerine karşı gelebilmek için yeterli kuvvete ve fazik kontraksiyonları sürekli olarak oluşturabilmek için yeterli endüransa sahip olabilmelidir. Nöromusküler hastalıklarda solunum disfonksiyonu direkt olarak solunum kas zayıflığıyla ilişkilidir. Solunum kas eğitimi ile solunum kas zayıflığına bağlı gelişebilecek komplikasyonlar önlenabilir ya da geciktirilebilir. Spesifik eğitim programları ile solunum kaslarının kuvvet ve endüransını arttırmak, solunum kas yorgunluğunun başlangıcını geciktirmek, solunum yetmezliğini önlemek veya geciktirmek, ventilasyonu iyileştirmek, doku oksijenasyonunu geliştirmek, klinik semptom ve bulguları azaltmak ve iyilik hissini arttırmak hedeflenir.

Solunum kas kuvvetini geliştirmek için segmental ve diyafragmatik (ağırlıklar, manuel basınç, pozisyonlama) solunum egzersizleri, insentif spirometre ve PEP maskesinden yararlanılır. Solunum kas eğitimi için iki metot kullanılmaktadır. Volonter izokapnik hiperpne ve inspiratuar rezistif solunum. Solunum kas eğitiminin tüm tiplerinin solunum kas fonksiyonu üzerinde benzer etkiler oluşturması beklenmemelidir. İzokapnik hiperpne inspiratuar kasların endüransını arttırmak için kullanılmaktadır. Hastalardan 15-30 dk. süre ile en yüksek hızda solunum yapmaları istenir. Bir rebreathing donanımıyla hipokapni önlenir. Eğitimin bu tipinin sonuçları genellikle MVV veya maksimal sürdürülebilir volonter kapasitedeki değişikliklerin değerlendirilmesiyle ölçülmektedir. İnspiratuar rezistif solunum yönteminde solunum kaslarının dirençli eğitime olanak sağlayan aletler (Pflex, Threshold IMT ve Threshold PEP) kullanılarak solunum kaslarının kuvvet ve endüransı arttırılır.

Nöromusküler hastalığı olan kişilerde solunum kas eğitiminin solunum kas kuvveti ve endüransı üzerindeki etkileri hala tartışmalı bir konudur. Araştırmacılar eğitim stimulusu olarak izokapnik hiperpneyi veya inspiratuar rezistif yükleri kullanmışlardır. Sonuçların değişkenliği kullanılan protokolün yansıması olabilir. Çalışmalar arasında metodolojik farklılıklara rağmen araştırmacılar nöromusküler hastalığı olan kişilerde inspirasyon kaslarının hem kuvvet hem de endürans bakımından eğitilebileceği sonucuna varmışlardır. Wanke ve arkadaşlarının çalışmasında solunum kas endüransındaki en büyük gelişmeler VC'leri en iyi korunmuş olan hastalarda açığa çıkmış. VC'si şiddetli derecede (%25 ila %30'un altı) azalan pek çok hasta eğitime çok az ya da hiç cevap vermemiş. CO2 retansiyonu olan hastalarda ise eğitimle kuvvet ve endüransda az bir değişiklik görülmüş. İnspiratuar kas eğitiminin zararlı etkileri rapor edilmemiş.

Gozal ve arkadaşları nöromuskuler hastalığı olan çocuklarda 6 aylık inspiratuar ve ekspiratuar kas eğitimi ile Pimax ve Pemax'da anlamlı iyileşmeler elde etmişler. Eğitimin kesilmesi ile statik basınçlar 3 ay içinde eğitim öncesi değerlerine dönmüş. Eğitim sonunda Borg skalasıyla (0-10) değerlendirilen respiratuar yük algılamasında anlamlı azalma görülmüş. Eğitimden 1 yıl sonra da bu azalmada anlamlı değişiklik saptanmamış.

Solunum bozukluğunun çeşitli düzeylerinin görüldüğü (VC%27-50, VC%51-70, VC%71-96) nöromuskuler hastalığı olan kişilerde 24 aylık inspiratuar kas eğitiminin uzun süreli etkileri araştırılmış. Her 3 grupta da Pimax ve 12 saniyelik MVV'de anlamlı artışlar olduğu ve bu artışların eğitimin ilk 10 ayında plato oluşturarak eğitim sonuna kadar değişme olmaksızın korunduğu gözlenmiş. 24 aylık eğitim periyodundan sonra VC değerlerinde anlamlı azalma görülmemiş.

Topin ve ark., DMD'li hastalarda 6 hafta boyunca evde uygulanan düşük şiddette (Pimax'ın %30'u) inspiratuar rezistif eğitimle inspiratuar kas enduransında (%45) anlamlı artış olduğunu bununla birlikte inspiratuar kas kuvvetinin değişmediğini görmüşler. Enduranstaki gelişme ve solunum kas eğitiminin total süresi arasında anlamlı pozitif korelasyon saptamışlar.

Yeldan ve arkadaşlarının çalışmasında muskuler distrofi olgularda 12 haftalık inspiratuar kas eğitimi uygulanmış. 6 hafta sonra Pimax'da anlamlı artış, 12 hafta sonunda ise ek iyileşmeler görülmüş. Eğitim sonunda solunum fonksiyonları ve Pemax değerlerinde eğitim öncesine göre anlamlı değişiklik saptanmamış. Uzun süreli eğitimin inspiratuar kas kuvvetini artırdığı, solunum fonksiyonlarının korunmasında yararlı olduğu ve eğitim süresinin önemli olduğu sonucuna varılmış.

Sonuç olarak solunum kas disfonksiyonu gelişme riski altında olan nöromuskuler hastalığı olan kişilerde solunum kas fonksiyonunun hastalığın erken döneminde değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bu hastalarda uygun eğitim yoğunluğunda, yeterli sürede ve kişisel eğitime dayalı solunum kas eğitimi programları ile solunum kas zayıflığına bağlı gelişebilecek komplikasyonlar önlenabilir ya da geciktirilebilir.

ROLE OF THE PHYSIOTHERAPIST IN THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH RESPIRATORY MUSCLE WEAKNESS

One of the main problems in the treatment of patients with neuromuscular disease is the progressive impairment of both in inspiratory and expiratory muscle function. Inspiratory muscle weakness results in a decrease in pulmonary functions. As the vital capacity decreases, areas of the lungs remain underventilated and microscopic atelectasis occurs, which decreases lung compliance. It has been shown that the inability of the inspiratory muscles to adequately expand the thorax results in stiffening of the costovertebral joints with a reduction in chest wall compliance. The reduction in both chest wall and lung compliance elevates the load on the inspiratory muscles and the work of the breathing. Imbalance between load and capacity of the respiratory muscles may lead to fatigue and respiratory failure. The effectiveness of cough is significantly reduced due to weakness of expiratory muscles, which is the most important cause of respiratory infections in these patients. Training the respiratory muscles with the aim of improving their strength and endurance may prevent the development of these complications. It is advisable to start training the respiratory muscles as soon as possible. In order to develop the respiratory muscle strength, conventional chest physiotherapy techniques such as breathing exercises and various devices can be used.

KAYNAKLAR

ATS/ERS Statement on respiratory muscle testing. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166: 518-624.

Bach JR. Update and perspectives on noninvasive respiratory muscle aids. Chest 1994; 105: 1538-1544.

Bakaç S, Polat G, Karakoç F, Karadağ B, Kut A, Gürses HN, Dağlı E. Çocuklarda fizyoterapinin solunum fonksiyonlarına etkisi. Toraks Derneği II.Yıllık Kongresi 1998.

Black LF, Hyatt RE. Maximal static respiratory pressures in generalized neuromuscular disease. Am Rev Respir Dis 1971; 103: 641-650.

Braun NM, Arora NS, Rochester DF. Respiratory muscle and pulmonary function in polymyositis and other proximal myopathies. *Thorax* 1983; 38: 616-623.

Eastwood PR, Hillman DR, Morton AR, Finucane KE. The effects of learning on the ventilatory responses to inspiratory threshold loading. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 1190-1196.

Fanburg BL, Scilian L. Respiratory dysfunction in neuromuscular diseases. *Clin Chest Med* 1994; 15: 607-610.

Fauoux B, Aubertin G. Measurement of maximal pressures and the sniff manoeuvre in children. *Paediatric Respiratory Reviews* 2007; 8: 90-93.

Gaultier C, Zinman R. Maximal static pressures in healthy children. *Respir. Physiol* 1983; 51: 45-61.

Gozal D, Thiriet P. Respiratory muscle training in neuromuscular disease: long-term effects on strength and load perception. *Med. Sci. Sports Exerc* 1999; 31: 1522-1527.

Gürses HN. Çocuklarda kardiyopulmoner fizyoterapi ve rehabilitasyon. *Özürlü Çocuklar Rehabilitasyonu ve Eğitimi Kitabı* 1993; 55: 16-25.

Gürses HN, Demir R, Özyılmaz S, Yeldan İ, Tnyeli G, Özdemir C. Nöromuskuler hastalığı olan kişilerde akciğer fonksiyon testi parametreleriyle solunum kas kuvvetinin ilişkisi. *Toraks Dergisi* 2002; 127.

Gürses HN, Yeldan İ, Demir R, Özyılmaz S. Relation of vital capacity and respiratory muscle strength with activities of daily living in patients with neuromuscular disease. *ERJ* September 2005; 26 (suppl.49): 499.

Hahn A, Bach JR, Delaubier A, Renardel- Irani A, Guillou C, Rideau Y. Clinical implications of maximal respiratory pressure determinations for individuals with Duchenne muscular dystrophy. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78: 1-6.

Koessler W, Wanke T, Winkler G, Nader A, Toifl K, Kurz H, Zwick H. 2 Years experience with inspiratory muscle training with neuromuscular disorders. *Chest* 2001; 120: 765-769.

Macklem PT. Muscular weakness and respiratory function. *N Engl J Med* 1986; 314: 775-776.

Martyn JB, Moreno RH, Pare PD, Pardy RL. Measurement of inspiratory muscle performance with incremental threshold loading. *Am Rev Respir Dis* 1987; 135: 919-923.

Matecki S, Topin N, Hayot M, Rivier F, Echenne B, Prefaut C, Ramonatxo M. A standardized method for the evaluation of respiratory muscle endurance in patients with Duchenne muscular dystrophy. *Neuromuscular Disorders* 2001; 171-177.

Nicot F, Hart N, Forin V. Respiratory muscle testing: a valuable tool for children with neuromuscular disorders. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 174: 67-74.

Piper AJ, Sullivan CE. Effects of long-term nocturnal nasal ventilation on spontaneous breathing during sleep in neuromuscular and chest disorders. *Eur Respir J* 1996; 9: 1515-1522.

Rafferty GF, Leech S, Knight L, Moxham J, Greenough A. Sniff nasal inspiratory pressure in children. *Pediatr. Pulmonol.* 2000; 25: 468-475.

Rochester DF, Esau SA. Assessment of ventilatory function in patients with neuromuscular disease. *Clin Chest Med* 1994; 15: 751-763.

Roussos C. Function and fatigue of respiratory muscles. *Chest* 1985; 88: 1245-1315.

Simon PM. Management of neuromuscular diseases. In: *Rehabilitation of the patient with respiratory disease*. Cherniack NS, Altose MD, Homma I (eds). McGraw-Hill Companies 1999; 499-511.

Smith PEM, Calverley PMA, Edwards RHT, Evans GA, Campbell EJM. Practical problems in the respiratory care of patients with muscular dystrophy. *N Engl J Med* 1987; 316: 1197-1205.

Steier J, Kaul S, Seymour J, Jolley C, Rafferty G, Man W, Luo YM, Roughton M, Polkey M, Moxham J. The value of multiple tests of respiratory muscle strength. *Thorax* 2007; 62: 975-980.

Topin N, Matecki S, Le Bris S, Rivier F, Echenne B, Prefaut C, Ramonatxo M. Dose-dependent effect of individualized respiratory muscle training in children with Duchenne muscular dystrophy. *Neuromuscular Disorders* 2002; 576-583.

Vicken W, Elleker MG, Cosio MG. Determinants of respiratory muscle weakness in stable chronic neuromuscular disorders. *Am J Med* 1981; 82: 53-58.

Wilson SH, Cooke NT, Edwards RTH, Spiro SG. Predicted normal values for maximal respiratory pressures in caucasian adults and children. *Thorax* 1984; 39: 535-538.

Wanke T, Toifl K, Merkle M, Formanek D, Lahrmann H, Zwick H. Inspiratory muscle training in patients with Duchenne muscular dystrophy. *Chest* 1994; 105: 475-482.

Winkler G, Zifko U, Nader A, Frank W, Zwick H, Toifl K, Wanke T. Dose-dependent effects of inspiratory muscle training in neuromuscular disorders. *Muscle Nerve* 2000; 1257-1260.

Yeldan İ, Gürses HN. Musküler distrofili hastalarda inspiratuar kas eğitiminin inspiratuar kas gücü üzerine etkisi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon* 2004; 15: 100-106.

Yeldan İ, Gürses HN. The long-term effects of chest physiotherapy training in patients with muscular dystrophy. *ERJ* 2006; 28 (suppl): 285.

Yeldan İ, Gürses HN, Yüksel H, Serdaroğlu P. The comparison of the effects of two different chest physiotherapy approaches on respiratory functions in patients with limb girdle muscular dystrophy. *Chest* 2003; 29: 130-131.

YÜRÜME ANALİZİ

Prof. Dr. Yener Temelli

İstanbul Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji A.B.D.

Yürüme Analizi Nedir ?

Yürümenin sayısal olarak değerlendirilmesi tanımlanması ve yorumlanmasıdır.

İnsan gözü ne kadar ehilde olsa yürümenin hızlı gerçekleşen hareketlerini aynı anda tüm eklem hareketleri için inceleyebilecek kadar yetenekli değildir.

Standart klinik değerlendirme metotlarıyla kompleks yürüme bozukluklarının başarılı bir şekilde belirlenememekte ve kaydedilememektedir.

Yürüme Analizi Laboratuvarı Nedir ?

Yürüme problemi olan tüm hastaların yürüyüşlerindeki bozukluğun kesin olarak tespit edilmesi ve bu bozukluğun giderilmesi için gereken en uygun tedavinin belirlenmesini sağlayan kompleks bilgisayar donanımı ile desteklenen bir tanı laboratuvarıdır.

Neden Yürüme Analizi ?

Yürümeye ait gerek görüntüsel gerekse harcanan güç ve enerji ile ilgili kesin ve güvenilir bilgi sağladığından yeni tedavi tekniklerinin geliştirilmesinde, bunların diğer tedavi teknikleriyle karşılaştırılmasında ve böylece hastaların daha yeni ve uygun tedavi metotlarıyla iyileştirilmesinde de etkili olmaktadır.

İTF Yürüme Analizi Merkezinde Kullanılan Değerlendirme Yöntemleri

I- Gözleme dayalı analiz ve video

II- Kinematik analiz

III-Kinetik analiz

IV-Dinamik EMG

V-Fiziksel değerlendirme

VI-Enerji tüketimi

VII-Pedografi

Gözleme dayalı video analizi

Hastalar 12 metrelik yürüme yolunda yürümeleri sırasında; 5m ve 3 m uzaklıktan, önden ve yandan video kayıtları alınır ayrıca ayağın yakından video çekimi yapılır. Ardından bu görüntüler bilgisayarın yavaşlatma ve kare kare oynatma fonksiyonlarından yararlanılarak detaylı olarak incelenir.

3B yürüme analizi metodları

- Kinematik,
- Kinetik, EMG
- Patolojik yürüme (CP)
- Primer,
- sekonder,
- tersiyer bozukluklar

Tedavi planlanması ve değerlendirme

- Gözlemsel analiz,
- klinik muayene,
- Bilgisayarlı Y.A.

Bilgisayarlı 3B Yürüme Analizi Limitasyonları

- Marker yerleşimi,
- cilt yüzeyi hareketi,
- model bağımlı olması, vs.

Normal Yürüme Özellikleri

- Basma fazında stabilite
- Salınımında ayağın uygun ilerletilmesi
- Ayağın ilk temasta uygun pozisyonu
- Yeterli adım uzunluğu
- Enerjiyi kullanımı

Nörolojik hastalıklarda bu özellikler bulunmuyor?

- Normal Yürüme
- Normal MSS ve Periferik Nöral sistem
- Normal metabolizma
- Normal eklem açısı
- Normal kas gücüne bağlıdır

Stabil segment, stabil eklemler

- Yürüme Analizi ve Klinik metodla problemin tespiti

Sp de Patolojik Yürüme

- Primer Problemler (Merkezi Sinir Sistemi)
- Selektif motor kontrolün azalması
- İlkel yürüme paternlerinin devamı
- Spastisite, co-spastisite
- Kas gücü dengesizliği
- Denge problemleri

Sekonder Problemler (muskulo-skeletal sistem)

- Kas kontraktürleri
- 3 planda Kemik deformiteleri

- Eklem instabiliteleri (kalça, ayağın arka kısmı)
- Tersiyer Problemler (merkezi sinir sistemi)
- Kemik deformitelerine adaptasyon
- Kompansasyon mekanizmaları

Tedavi Planlaması

- Bilgisayarlı Y.A. Intrumented 3D Gait Analysis

Objektif değerlendirme :

- 3B Yürüme patolojisi
- Kinematik
- Eklemlerdeki yüklenme
- Kinetik, Moment
- Akseleratörler
- Kinetik, Güç
- Patolojik kas aktivitesi
- EMG
- Enerji harcanımında ekonomi
- Oksijen tüketimi

Dinamik değerlendirme klinik ve radyolojik yöntemlerle birlikte kullanılmalı

- Cihazlı 3B Y.A. Intrumented 3D Gait Analysis

Nasıl Çalışır ?

- Kinematik
- Biyomekanik Model
- Segmentler

7 Alt ekstremite segmenti:

- Pelvis
- 2 uyluk
- 2 alt bacak
- 2 ayak
- Eklemler
- Hip
- Diz
- Ayak bileği
- Pelvis Eklem Açıları

Labratuara göre açılar (yürüme yönü):

- Sagital plan
- Pelvik tilt
- Frontal plan
- Pelvis obligite
- Transverse plan
- Pelvik rotasyon

Eklem hareketi grafiği**II- Kinematik analiz**

Gövde, Pelvis, Kalça, Diz ve Ayakbileklerinin her 3 düzlemdeki eklem açılarının, açısal hızlarının ve ivmelerinin ölçülmesidir. Vücudun belirli noktalarına yansıtıcı markerlar konulur. Bu markerlardan yansıyan sinyaller yüksek hızlı özel kameralar aracılığıyla bilgisayara aktarılır.

II- Kinematik analiz

Yürüme Analiz Merkezimizde 6 kamera vardır bu kameralar saniyede 100 resim alabilmektedir. Kinematik analiz sonucu elde edilen hareket değerleri frontal sagital ve transvers düzlemlerde grafik olarak çizdirilir.

III- Kinetik analiz

Kuvvet platformu olarak bilinen araçlar yardımıyla eklemler üzerinde oluşan enerji güç ve moment hesaplanır.

III- Kinetik analiz**IV-Dinamik EMG**

8 kanallı telemetrik EMG ile hasta yürütülürken hareket halindeki kas gruplarının aktiviteleri yüzeyel elektrodlar vasıtasıyla kaydedilir.

EMG data analysis**Yürümede Kas Fonksiyonu****Majör Kas Aktiviteleri**

Gastroknemius soleus -----Basma fazı ortasından topuk vuruşuna

Gluteus maksimus -----Topuk vuruşu basma fazı ortasına

Gluteus maksimus ve minimus-----Topuk vuruşundan parmak ucu kalkışına

Hamstringler -----Salınım fazı ortasından topuk vuruşuna

İlipsoas ve adduktorlar -----Parmak ucu kalkışından basma fazı ortasına

Quadriseps -----Topuk vuruşundan basma fazı ortasına parmak ucu kalkışından
-----basma fazı ortasına

Tibialis anterior ve peronealler-----Topuk vuruşundan yüklenme fazına
-----parmak ucu kalkışından topuk vuruşuna

V-Fiziksel Değerlendirme

Normal Yürümede Kas Aktiviteleri

1. İlk Temas (Initial Contact)

- Yürüme siklusu % 0-2. Basma fazının başlangıcı olup ayağın yere değmesi ile başlar.
- Kalça 30 fleksiyonda, diz tam ekstansiyonda, ayakbileği nötral pozisyonda.
- Amaç ayağı önce topuk yere değecek şekilde yere indirmektir.

2. Yüklenme (Loading response)

- Yürüme siklusu % 2-10 Aynı zamanda birinci çift destek fazıdır. Diğer ayak yerden kaldırılana dek gövde ağırlığı bu ayağa aktarılır.
- Kalça fleksiyondan ekstansiyona gelmektedir. Diz 15 derece fleksiyondadır.
- Ayakbileği 10 derece plantar fleksiyondadır.

3. Basma Fazı Ortası(Midstance)

- Yürüme siklusu %10-30. Tek basma fazının başlangıcıdır.
- Kalça ve diz ekstansiyona, ayakbileği 10 derece dorsifleksiyona gelir.
- Salınım fazındaki bacak basan bacağın yanından geçer. Amaç yerde sabit olan ayak üzerinde gövdeyi öne doğru ilerletmektir.

4. Basma Fazı Sonu (Terminal stance)

- Yürüme siklusu %30-50. Tek basma fazı bitmektedir.
- Kalça 10 derece hiperekstansiyondadır, diz ekstansiyonda, ayakbileği 10 derece dorsifleksiyondadır. Amaç ayağın yerden kesilmesidir.

5. Salınım Öncesi (Preswing)

- Yürüme siklusu %50-60. Basma fazının bitip salınım fazının başladığı dönemdir, parmakların yerden kesilmesiyle sonlanır.
- Kalça ekstansiyona, diz 35 derece fleksiyona ve ayakbileği 20 derece plantar fleksiyona gelir. Bu dönemde gövde ağırlığı ekstremitelerden kalkar.

6. Salınım Fazı Başlangıcı (Initial swing)

- Yürüme siklusu %60-75 Ayağın yerden kaldırılması ile başlar, ayak diğer ekstremitenin hizasına geldiğinde biter.
- Kalçada 20 derece ve dizde 60 derece fleksiyon oluşur, ayakbileği plantar fleksiyondan 0 dereceye gelir. Amaç havadaki bacağı hızla öne ilerletmektir.

7. Salınım Ortası (Midswing)

- Yürüme siklusu %75-90 Salınan bacak basma fazındaki bacağın yanına gelir ve önüne geçer.
- Kalça ve diz 30 derece fleksiyona gelir, ayak bileğinde dorsifleksiyon yapılır ve ayak nötral pozisyona gelir.
- Amaç ayağın yere değmeden aktarılmasıdır.

8. Salınım Sonu (Terminal swing)

- Yürüme siklusu %90-100 Salınan bacak basan bacağın önüne geçtiğinde başlar, ayağın yere değdiği ana dek sürer.

- Kalça 30 derece fleksiyonda, diz ekstansiyonda, ayakbileği ise nötral pozisyonundadır.
- Amaç ayağın yere basmaya hazırlanmasıdır.

Yürüme ile ilgili terimler

Kadans; birim zamanda atılan adım sayısı. Genellikle dakikada atılan adım sayısı olarak değerlendirilir.

Adım uzunluğu, iki ayak arasındaki doğrusal mesafedir. Örneğin Sağ adım uzunluğu sol ayağın yere ilk temas ettiği noktadan sağ ayağın yere ilk temas ettiği nokta arasındaki mesafedir.

Çift adım uzunluğu, bir ayağın yere ilk temas ettiği nokta ile aynı ayağın bir sonraki ilk temasına kadar olan doğrusal uzaklıktır. Bu mesafe sağ ve sol adım uzunluğunu toplamıdır.

Velocity, (cm/sn), saniyede alınan mesafe

İTF Yürüme Analiz Lab. Hasta Dağılımı

Kliniğimizde yapılan Çalışmaların Bazıları

- 3 yaş ve üstü Türk popülasyonunun normal yürüyüş paterninin oluşturulması
- Değişik ortopedik operasyon düşünülen cerebral parezili çocuklarda post-operatif yürüyüşün tahmin edilmesi ve simülasyonu

- Patella altanın diz biomekaniğine olan etkisi
- Hemiparezik çocuklarda düşük ayak tedavisinde FES in değerlendirilmesi

Kliniğimizde yapılan Çalışmaların Bazıları

- Üst extremité kinematik analizi
- AFO nun diz, kalça ve gövde biomekaniğine etkisi
- Yüksek kalça çıkıklarının operatif tedavisinde yürüme analizi
- Aşıl tendon rüptürlerinde post-operatif yürüme analizi
- Hemiplejide fizik tedavinin etkinliğinin araştırılması
- Koksartroz ve gonartroz operatif tedavisinde yürüme analizi
- Ekstremité uzatmalarında yürüme paternindeki gelişmeler

ÖZEL UYGULAMALAR

ÖZÜRLÜLÜĞÜN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BAĞIMSIZLIĞI ARTIRAN ARAÇ GEREÇLERİN SEÇİMİ

Doç. Dr. Emine Handan Tüzün

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

Sağlık alanında son otuz yıl içinde kaydedilen gelişmeler insan yaşamının uzamasını sağlamış, yaşamın uzamasına paralel olarak süregelen hastalıklarda göreceli artışlar ortaya çıkmıştır. Bugün birçok kişi, bedensel veya ruhsal sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde ve sosyal yaşama katılımında çeşitli düzeyde sınırlılıklar içinde yaşamını sürdürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık % 10'u yetilerini yitirmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise, farklı bölgelerde bu oranın % 2,5–11,3 arasında değiştiği bildirilmektedir. İşlevsellik, tüm vücut fonksiyonlarını, aktiviteleri ve kişinin katılımını kapsayan geniş bir terim iken, yeti yitimi, vücut sistemlerinde ortaya çıkan bozuklukları, aktivite sınırlılıklarını ve katılım kısıtlılıklarını tanımlamak amacıyla kullanılan geniş kapsamlı bir terimdir. Bugün, yeti yitiminin değerlendirilmesi DSÖ'nün 2001 yılında yayınladığı “İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması” prensiplerine göre yapılmaktadır. Bu sınıflamada kişi tarafından bir eylem ya da bir görevin yerine getirirken karşılaştığı zorluklar “Etkinlik Sınırlılıkları”, yaşam durumları içinde kişinin karşılaştığı sorunlar ise “Katılım Kısıtlılıkları” olarak tanımlanmıştır. Bir kişinin etkinliklerindeki sınırlılıklar ve yaşam şartları içinde karşı karşıya kalabileceği kısıtlılıklar dokuz temel alanda ortaya çıkmaktadır. Bunlar: (a) öğrenme ve bilgiyi uygulama; (b) genel görevler ve talepler; (c) iletişim; (d) yer değiştirme; (e) kendine bakım; (f) ev yaşamı; (g) kişilerarası etkileşimler ve ilişkiler; (h) temel yaşam alanları; (i) toplum hayatı, sosyal hayat ve yurttaşlık. Yeti yitimi değerlendirilirken bir kişinin bir görevi yerine getirme ya da bir eylemde bulunma yetisi (kapasite) yanında, onun mevcut çevresinde neler yaptığı (performans) da göz önüne alınmaktadır. Bu değerlendirmede kişinin performansı ve kapasitesi değerlendirilirken, herhangi bir sağlık sorunu olmayan kişilerin performansları ve kapasiteleri ile karşılaştırma yapılır. Yeti yitiminin değerlendirilmesinde dikkate alınması gereken bir diğer önemli faktör, kişinin içinde yaşadığı fiziksel, sosyal ve düşünsel çevredir. Ev, işyeri ve okul gibi kişinin yakın çevresi ile iş çevresi, toplum etkinlikleri, devlet daireleri, iletişim ve taşımacılık hizmetleri ve gayri resmi sosyal ağların yanı sıra kanunlar, yönetmelikler, resmi ve gayri resmi kurallar, tutum ve ideolojiler kişinin yüz yüze kaldığı etkinlik sınırlılıkları ve katılım kısıtlılıkları üzerinde belirleyici olabilecek önemli faktörlerdir. Özet olarak, yeti yitimi değerlendirmesi karmaşık bir süreçtir ve belirtilen bu elementlerin her birinin göz önünde tutulması gerekir.

Yeti yitimi olan bir kişinin etkinlik sınırlılıkları ve katılım kısıtlılıklarının en az düzeye indirilmesi, dolayısıyla onun yaşam faaliyetleri ve sosyal yaşam içinde olabilmesi için sıklıkla yardımcı araç ve gereçlerden yararlanır. Yardımcı araç ve gereçlerin seçiminde ilk dikkate alınan konu o kişinin vücut yapısı ve işlevlerinin mevcut sağlık sorunu nedeniyle ne derecede etkilendiğini ortaya koymaktır. Bunun yanında kişinin etkinlik sınırlılıkları ve katılım kısıtlılıkları da değerlendirilir. Yardımcı araç ve gereçlerin seçiminde dikkate alınması gereken bir diğer önemli konu, o kişinin içinde yaşadığı ve yaşamını kurduğu fiziksel, sosyal ve düşünsel çevrenin değerlendirilmesidir. Çevresel etmenlerin, işlevler ve yeti yitiminin bütün bileşenleri üzerinde etkisi vardır. Kişinin yakın çevresinden başlayıp, genel çevresine doğru giden bir sıralama içinde tüm çevresel etmenlerin değerlendirilmesi en uygun yardımcı araç ve gereç seçimi için vazgeçilmez bir koşuldur. Kullanılacak araç ve gereçlerin seçiminde kişiye uygulanmış ve halen uygulanmakta olan tıbbi ve rehabilitasyon yöntemlerinin, kişide mevcut başka bir hastalık olup olmadığının da dikkate alınması gereklidir. Yardımcı araç ve gereçlerin seçimine etki eden en önemli faktörlerden biri de o cihaz veya gerecin maliyetidir. Seçimin maliyet-etkililik araştırma sonuçlarına dayandırılması gerekir. Kişi yardımcı araç ve gereç kullanırken, hem kendisi hem de çevresindeki kişiler açısından bu cihaz veya araç-gereçten beklenen etki ve etkinliğin değerlendirilmesi yanında, hastanın bu araç ve gereçe ilgili memnuniyetinin belirlenmesi ve yaşam kalite düzeyindeki değişmelerin izlenmesi gerekir.

DISABILITY ASSESSMENT AND CHOOSING ASSISTIVE DEVICES

E. Handan Tüzün, Assoc. Prof. PhD., PT.

Başkent University Faculty of Health Sciences Department of Physical Therapy and Rehabilitation

In the recent three decades, continued advances in medical care and technology have increased the survival rate around the world. The reduction in mortality has been accompanied by relative increases in chronic disease prevalence. To date, many individuals are living with a disabling condition which restricts their every day life, due to the physical and mental health problems. According to the World Health Organization (WHO) data, approximately ten percent of the world population has at least one disabling condition. The studies conducted in Turkey revealed that disability prevalence varied from %2.5 to 11.3 among general population. The term of functioning refers to all body functions, activities and participation, while disability is an umbrella term for impairments, activity limitations and participation restrictions. To date, disability status of an individual are assessed using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) model and codes, which was approved by the WHO assembly in 2001. Under the ICF, activity limitations refer to an individual's difficulty executing tasks. Participation restrictions refer to the difficulties an individual may face in the areas of life he or she is involved in. The ICF specifies nine domains for activity and participation: (1) Learning and applying knowledge; (2) General tasks and demands; (3) Communication; (4) Mobility; (5) Self-care; (6) Domestic life; (7) Interpersonal interactions and relationships; (8) Major life areas; and (9) Community, social and civic life. Experts should be able to express these domains by means both of a performance and a capacity when evaluating the disability status of their patients. In this procedure, the data obtained on a patient is compared with the data from normal individuals. Another factor which must be addressed when assessing the disability is the physical, social and attitudinal environment in which people live and conduct their lives. The immediate environment of the individual, such as home, workplace and school, and formal and informal social structures, services and overarching approaches or systems in the community, such as organizations and services related to the work environment, community activities, government agencies, communication and transportation services as well as laws, regulations, formal and informal rules, attitudes and ideologies are all important factors which may determine the level of activity limitations or participation restrictions. In summary, disability assessment is a complex procedure and all the above mentioned factors should be considered in evaluating disabling condition.

Assistive devices are frequently used to minimize the limitations in activity and the restrictions in participation in life's activities and society. The first considered issue is to determine how much body functions and structures were affected with the present disabling condition when choosing an assistive device. The activity limitations and participation restrictions faced by that individual are also assessed. Assessing the physical, social and attitudinal environment in which that person lives and conducts his/her life is another important issue when choosing an assistive device. Environmental factors have an impact on all components of functioning and disability. In order to choose an appropriate assistive device, all those factors should be considered in sequence from the individual's most immediate environment to the general environment. Other detailed data on the previously used medical and rehabilitation interventions, as well as present interventions, and co-morbid conditions should also be evaluated. Cost is an important in device selection process. Cost-effectiveness patient preferences and comfort are important factors in deciding which assistive device is recommended. Its further impact on health related quality of life should also be evaluated in periodic cycles.

KAYNAKLAR (REFERENCES)

Dünya Sağlık Örgütü (2001) ICF İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (2004) Kabakçı E. Göğüş A. (Çev.) Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Özürllüler İdaresi Başkanlığı, Bilge Matbaacılık, Ankara.

Jutai JW, Fuhrer MJ, Demers L, Scherer MJ, DeRuyter F. Toward a Taxonomy of Assistive Technology Device Outcomes. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 2005; 84(4): 294-302.

Lenker JA, Paquet VL., A review of conceptual models for assistive technology outcomes research and practice. Assistive Technology, 2003; 15(1): 1-15.

Louise-Bender Pape T, Kim J, Weiner B. The shaping of individual meanings assigned to assistive technology. A review of personal factors. Disability and Rehabilitation, 2002; 24(1-3): 5-20.

Scherer M., Jutai J, Fuhrer M, Demers L, Deruyter F. A framework for modeling the selection of assistive technology devices (ATDs). Disability and Rehabilitation; Assistive Technology, 2007; 2(1): 1-8.

Scherer MJ, Sax C, Vanbiervliet A, Cushman LA, Scherer JV. Predictors of assistive technology use. The importance of personal and psychosocial factors. *Disability and Rehabilitation*, 2005; 27(2): 1321-1331.

Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 2004.

DUYU İNTEGRASYONU

Doç. Dr. Gonca Bumin

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

İnsan hareketlerinin koordineli, aktif hareketlere doğru ilerlemesi duyu ve motor sistemlerin bütünleşmesini gerektirir. Bu bütünleşme çocuğun öğrenme ve gelişme sürecinin sonunda olur. Duyu algı motor (DAM) bütünleşme organize motor davranışı planlama, oluşturma, vücuttan kaynaklanan duyu bilgisini uzaysal- temporal yönlerden kullanma, entegre etme ve yorumlamayı sağlayan nörolojik bir süreçtir. Gelişme sinir sisteminin olgunlaşmasına bağlıdır. Sinir sisteminin olgunlaşması, amaçlı uyarı ve motor cevap arasında bir ilişki vardır. Sinir sistemi amaçlı bir uyarıdan yoksun kalırsa amaçlı davranış oluşmaz. Bu nedenle santral sinir sisteminin olgunlaşması DAM gelişimini etkilemektedir.

Duyu-motor sistemlerin gelişmesi ile amaçlı aktivitelerin oluşmasında bazı aşamalar vardır: Bunlardan birisi temel postürün gelişmesidir. Temel postür; kol ve ellerin fleksiyon veya ekstansiyonda pozisyonlanması, oturma ve ayakta durma ile baş dengesinin korunmasına izin veren bir postürdür.

Amaçlı aktivitelerin gelişmesinde ikinci aşama ise, lokomasyon veya manipulasyon için temel motor becerilerin öğrenilmesidir. Üçüncü aşama ise aktiviteyi başarmaktır. Son aşama ise iş fazıdır. Bu fazda işin başarılması, iş için gereken özel fonksiyonların yapılması ile gerçekleşir

DAM bütünleşme sürecinde algı; duyuyu yorumlama ve alınan duyu bilgisinin organizasyonu süreci olarak tanımlanır. Duyu uyarısı alma ve bu bilgiyi algılama çevreye adaptasyon ve anlama açısından gereklidir. Kişi duyuları aracılığıyla çevreden bilgileri alır, objeleri görür, koklar, sesleri duyar, dokunmayı hisseder, vücudunun pozisyonunu ve hareketlerini algılar.

Sinir sistemi duyu bilgilerini özümseyip yorumladığı zaman şema oluşur. Şemalar davranış sırasına göre sınıflandırılır. Alınan bu bilgilerin yorumlanması ile ateşin sıcaklığı, buzun soğukluğu veya objelerin şekli hissedilir. Yorumlama ise önceki şemaların algılanması ve geçmiş deneyimlere dayanan duyu bilgileri ile yapılandırılır. Duyu bilgilerinin yorumlanması sürecinde vücut bilgiyi uyumlandırır. Bu yorumlama ve uyumlandırma süreci algı-motor davranıştır. Yorum-uyum sürecinde bebek ilk önce kaşıkla temas kurar, objeye bakar, ona dokunur, kavrar ve ağzına götürür. Bu uyum daha önce oluşmuş şemaların yorumlanması ile çocuğun geçmişteki diğer objelerle etkileşimi sonucunda meydana gelir. Bu süreç adaptasyon olarak adlandırılır. Her yeni çevresel deneyim şemaya yeni bilgiler ekler ve yeni kognitif yapılar oluşur. Bu çevresel fonksiyon süreci yaşam boyu devam eder. Duyu bilgilerinin yorumlanması, şemanın oluşması ve vücut uyumu çevreye adaptasyon veya DAM bütünleşme sürecini oluşturur.

DAM gelişiminde çocuk ilk önce duyunun niteliğini anlamayı öğrenir. Öncelikle ağrı, dokunma, ısı, germe, basınç, ses, ışık, tat, koku, uzayda pozisyon ve hareketin yönünü algılama gibi talamik düzeyde organize edilen duyular öğrenilir. Bunu duyunun lokalizasyonu, süresi, farklı duyuları ayırt etme gibi kortikal düzeyde kontrol edilen duyuların öğrenilmesi izler. Son aşama ise yüksek kortikal düzey tarafından kontrol edilen farklı duyuların kombine olarak algılanmasıdır.

Motor gelişim ise spinal fonksiyon düzeyinde kontrol edilen koruyucu refleksler ile başlar. Daha sonraki aşama fleksiyon ve ekstansiyon reflekslerinin organizasyonu ile gerçekleşen postüral dengenin gelişmesidir. Denge; görsel algı ve proprioseptörler tarafından alınan bilgilerin bulbotetiküler alandaki fonksiyonları ile kontrol edilir. Motor gelişimin son aşamasında ise motor korteks hareketlerin kontrolünü üstlenir. Duyu ve hareketin sonucunda koordinasyon oluşur. Koordinasyon sinir sisteminin senkronize integrasyonunu gösterir.

DUYU SİSTEMLERİ

- Taktil sistem
- Uterus içinde gelişir
- Taktil uyarı derideki reseptörler tarafından alınır

- Taktil duyu vücut farkındalığı, motor planlama, öğrenme ve sosyal beceriler için gereklidir.
- Taktil sistem koruyucu ve diskriminatif sistem olarak ikiye ayrılır.
- Vestibular sistem
- Vestibuler reseptörler hem hareket hem de graviteye karşı cevap oluşturur
- Denge
- Görsel motor kontrol
- Postür
- Kas tonusu ve koordinasyon
- Dikkat
- Uyku ve uyanıklık arasındaki geçiş ile ilgilidir
- Proprioseptif sistem
- Proprioseptörler boşlukta vücudun pozisyonu veya hareketi ile ilgili bilgi sağlayan kas, tendon ve eklemlerde bulunan reseptörlerdir.
- Proprioseptif duyu vücut parçalarının birbiri ile ilişkisi ve boşlukta vücudun oryantasyonunu sağlar
- Hareket sırasında hareketin hız ve zamanlamasını ayarlar
- Aktivite sırasında bir kasın ne kadar ve hangi hızda kontraksiyon yapacağını belirler
- Eklemlerin açısal değişikliklerini kontrol eder.

Proprioseptif duyu motor kontrol için temeldir !

Duyu integrasyon bozuklukları 3 şekilde karşımıza çıkmaktadır:

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Duyu modülasyon
bozukluğu | 2. Duyu diskriminasyon
bozukluğu | 3. Motor planlama
bozukluğu |
|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|

Duyu modülasyonu duyuusal uyarıları beyin idare etme yeteneği veya duyuusal uyarıya eşik olarak tanımlanır. Duyu modülasyon bozukluğu hipersensitivite veya hiposensitivite şeklinde ortaya çıkabilir.

- | | |
|---|---|
| 1. Hipersensitif
(Taktil savunmasızlık) | 2. Hiposensitif
Duyuusal arama
Duyuusal kaçınma |
|---|---|

Hipersensitif çocukta;

- Dokunmaya agresyon veya geri çekilme
- Oyun oynarken risk almaz
- Yüksekten korkma
- Aşırı uyaran çevrede huzursuzluk
- Oral savunmasızlık
- İrritan maddelere dokunmaktan kaçınma (kum, çamur vb)
- Obje manipülasyonunda parmak ucunu kullanma gibi davranışlar görülür.

- Hiposensitif çocukta
- Duyusal arama
- Hiperaktivite
- Ağrıya azalmış cevap
- Vücut farkındalığında azalma
- Beceriksizlik
- Kişilere veya objelere sıkça dokunma
- Baharatlı çok soğuk/sıcak ve karbonatlı içeceklerden hoşlanma görülür.
- Praksis (Motor planlama)

Alınan duyu bilgisini amaçlı motor harekete dönüştürme ve koordineli bir şekilde hareketlerin sırasını organize etme yeteneğidir.

Praksis 3 aşamada gerçekleşir:

- Yapılacak bir işin amacını belirleme
- Motor planlama (Aktivitenin sıralaması, duyu-motor vücut farkındalığı ve problem çözme yoluyla aktivitenin planlanması)

- Planlanmış aktivitenin yerine getirilmesi
(uygun amaç, planlama, koordinasyon ve motor beceri)
- Dispraksisi olan çocukta
- Aktiviteyi yaparken organizasyon kaybı
- Yavaş performans
- İnce motor becerilerde yetersizlik
- GYA sıralamasında yetersizlik
- Grup aktiviteleri veya yaşlılarıyla oynamaktan kaçınma
- Bire bir etkileşimi tercih etme
- Problem çözme yeteneğinde azlık
- Davranışsal rijidite görülür.

DEĞERLENDİRME

Standardize testler kullanılır.

- Çocuğun duyu bilgisini kullanma yeteneği
- Fiziksel ve sosyal çevrenin gözlenmesi
- Anne-baba ile görüşme ve anketler

Doğal çevrede çocuğun gözlenmesi

- Çocuğun duyu bilgisini amaçlı aktivitelerde nasıl kullandığı
- Bağımsız ve serbest oyun sırasında
- Yemek yeme ve diğer fonksiyonel aktiviteler sırasında

- Çocuğun yaşlıları ile etkileşimi
- Anne-baba çocuk etkileşimi
- Çocuğun davranışları
- Çevresel stimulasyonun derecesine
- Çocuğun emosyonel durumuna
- Uyanıklık seviyesine
- Duyu uyarılarına
- Ailesel desteğe göre değişebilir.

Çocuğun gözlenmesi

Dikkat

- Farklı duyu deneyimlerine gösterilen cevap
- İlgili uyarıya seçici dikkat var mı?
- Dikkat süresi
- Aktivite sırasında gösterilen performans
- Duyu modalitelerinden kaçınma yada tercih etme

Çevrenin gözlenmesi

- Hangi duyu inputu (görsel, işitsel,taktil,proprioseptif,vestibular) o çevrenin özelliğidir?
- Çevrenin sosyal özelliği(yetişkin, çocuk, grup, bireysel, sözel vb)
- Çevre yaratıcı etkileşime izin veriyor mu?
- Çocuğun bir günü nasıl geçiyor?
- Çocuk hangi duyuusal aktivitelerini sevip hangilerini istemiyor?

Standardize testler

- Ayres Güney Kaliforniya Duyu Bütünlüğü Testi (Ayres 1972)
- 4-8 yaş 11 ay, görsel algılama, somatoduyu algılama, motor planlama, sağ sol ayırımı, vücut orta hattını çaprazlama
- Duyu Bütünlüğü ve Praxis Test (Ayres 1989)
- 4-8 yaş 11 ay, görsel, taktil, kinestetik algı ve motor performans
- Infant Toddler Symptom Checklist (DeGangi 1995)
- 7-30 ay , Dikkat,uyku,yemek yeme, giyinme, banyo, hareket, dil, görme ve emosyonel fonksiyonlar
- Duyu Profili (Dunn 1999)
- 3-10 yaş, Farklı duyu sistemleri, aktivite düzeyi, hareket, emosyonel ve sosyal fonksiyonlar
- Miller Okul öncesi Değerlendirme
- 2-5 yaş, Motor planlama

DUYU İNTEGRASYON TEDAVİSİ

Tedavide amaç vestibuler, proprioseptif ve taktil sisteme yönelik kontrollü duyu uyarılarını sağlamaktır.

Tedavi için seçilen aktiviteler

- Çocuğun motor gelişim düzeyine,
- Çocuğun yeteneği ve motivasyonuna,
- İlgisine
- Duyusal uyarımlara (hiposensitif veya hipersensitif ?)
- Çevresel faktörlere göre seçilmelidir.
- Aktiviteler problem çözme ve deneyime dayalı olmalı
- Değişiklikler küçük ve dereceli yapılmalı
- Çocuğa tekrar ve pratik fırsatı sağlanmalı

Motor planlama için aktiviteler

- Boncuk dizme
- Değişik pozisyonlarda yazı yazma
- Makasla şekil kesme
- Kağıt yırtarak şekil oluşturma
- Platform üzerindeki düğme ve bağcıklarla çalışma
- Kağıt üzerinde noktaları birleştirerek şekil oluşturma
- Taktil aktiviteler
- Masaj
- Değişik taktil uyarılar (köpük, traş kremi, puding, parmak boyası, su, pirinç, oyun hamuru vb.)
- Farklı dokuları ayırt etme (yumuşak-sert)
- Stereognosis eğitimi
- Vibrasyon

Proprioseptif aktiviteler

- İtme –çekme aktiviteleri
- Sırt çantası
- Duvarı, sandalyeyi itme
- Ağırlık taşıyan aktiviteler (yengeç yürüyüşü, el arabası)
- Derin basınç (sandviç oyunu)

Vestibular stimülasyon için aktiviteler

- Top üstünde uzanma

- Linear ve rotasyonel sallanma
- Kayma aktiviteleri
- Trambolinde zıplama
- Scooterboard

Postural cevaplar ve görsel motor kontrol

- Top oyunları
- Sırtüstü pozisyonda balona ayakla vurma
- Hedef devirme

MESLEKİ REHABİLİTASYON VE ERGOTERAPİ

Prof.Dr Arzu Razak Özdiñler

İstanbul Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Y.O.

Rehabilitasyon:Tıbbi,mesleki ve sosyal olarak üçe ayrılır. Her üçü de birbirini bütünler.

Tıbbi Rehabilitasyon: Özürlüler için en önemli alanlardan biri olan tıbbi rehabilitasyon bireyin sağlık ve fonksiyonelliğinin birçok disiplinlerin katılımı ve disiplinler arası işbirliği ile sağlanmasıdır. Tıbbi rehabilitasyon da amaç fonksiyon kaybı ve bulgularını en aza indirmek için hastalık veya travmaların yarattığı bozuklukla mücadele etmektir.

Sosyal Rehabilitasyon: Topluma katılım hedefli bir sürecin tamamlayıcı uygulaması olarak tanımlanmıştır. Hedef toplumun tüm olanak ve fırsatlarının ortak paylaşımına açılması olarak belirlenmiştir.

Mesleki rehabilitasyon: Kalıcı olarak sakatlığa uğramış bir kişinin ekonomik kendi kendine yeterliliğinin kabul edilebilir bir düzeye çıkarılabilmesi için gösterilen koordine tıbbi, mesleki ve sosyal çabaların tümünü kapsamaktadır.

Mesleki rehabilitasyonda amaçlar: Çalışma koşulları ve düzeninin ergonomik değerlendirilmesi,çalışma koşulları ve düzeninin şikayetlerle ilişkisi,buna yönelik girişimsel programlar,yaralanma ve sakatlıkların sonucundaki fizyoterapi uygulamalarının sürekliliğinin sağlanması,eski işine geri döndürmeyi,yeni işe adaptasyon,kişinin fiziksel ve mental kısıtlılıkları ve yapabileceği işle ilgili bilgilendirmeyi kapsar.

Mesleki rehabilitasyonun ana öğeleri:

- 1-Mesleki değerlendirme (ilk değerlendirme- iş değerlendirmesi),
- 2-yönlendirme,
- 3-amaç belirleme,
- 4-hizmeti planlama,
- 5-kişiyi ele alma (olgu tartışması),
- 6-hizmeti sunma girişimleri (1-2 yıl),
- 7-mesleki danışmanlık alma,
- 8-insan kaynakları gelişim seminerleri,
- 9-işe yerleştirme,
- 10-iş alanı adaptasyonu eğitimi,izlemedir.

Önemli faktörler:

- 1-Bireysel faktörler: Özürlünün ilgi alanları, kendi değerleri, mental ve fiziksel yetenekleri, eğitimi, iş deneyimi, yaşı
- 2-Çevresel faktörler: Oturduğu yer, iş çevresi ve toplumsal kaynaklar
- 3-Politik faktörler: Kanunlar, yönetmelikler
- 4-İş piyasası olanakları
- 5-Parasal destek

Mesleki değerlendirme: Özur nedeniyle tıbbi, fonksiyonel veya ergonomik limitasyonlar, fizyolojik ve

fonksiyonel performans ve çalışma kapasitesi,psikolojik performans, ilgi, yetenek , zeka durumu, özüre reaksiyonu, aile ilişkileri,mesleki beceri seviyesinin ve işe yeteneklerinin değerlendirilmesi.

Mesleki rehabilitasyonun aşamaları: İş alanı ile benzer ortam hazırlayarak bütünleştirici eğitim vermek ,kişiye özel çalışma metodları kullanmak,iş otomasyonu sorumluluğuna sahip olmayı öğretmek ,teknik yardımları ve ileri teknolojileri kullanmayı öğretmek, çeşitli yeterlilik derecelendirmelerinin yapılmasıdır.

Mesleki rehabilitasyonun kurallar: Çok tekrarlı olmalıdır ,özel eğitilmiş öğretmenler eşliğinde olmalıdır, son teknolojiler kullanılmalıdır ,özüre göre iletişim kurulmalıdır.

İşe geçiş aşamaları: Destek altında iş ,iş ortamında rehabilitasyon ,iş yaparken denemeler, deneme başında çalışmadır.

Workshop (Atölye Tipleri)

• **Yatılı korumalı atölye:** Sponsorlar tarafından desteklenen özürllülerin ve gönüllülerin beraber çalıştığı kalınan yerlerdir.

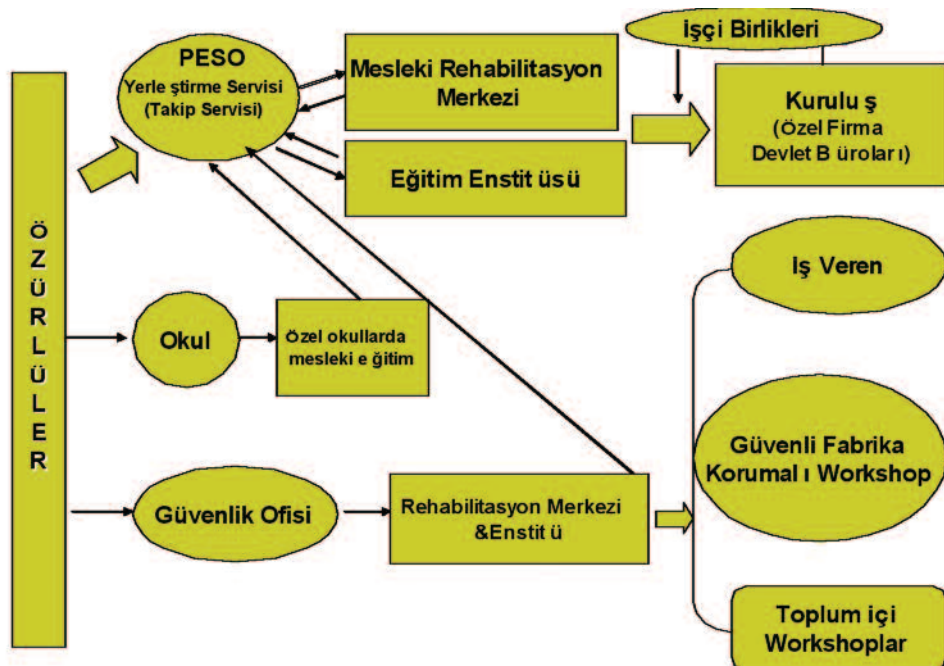
• **Gündüzlü korumalı atölye:** Sponsorlar tarafından desteklenen özürllülerin ve gönüllülerin beraber çalıştığı yerlerdir.

• **Kulüp ev:** Mental hastalığı (özürlü) olan kişiler için hastahane dışında sosyal,mesleki ve ekonomik amaçlar için kurulmuş özel ilgi gruplarıdır.

• **Grup ev:** Aynı özür grubundaki insanların bir süpervizör eşliğinde paylaştıkları ve iş bölümü yaptıkları evlerdir.Bu evlerde yaşayan özürllüler mutlaka bir iş statüsüne sahiptir.

Devlet tarafından ya da özel kuruluşlar tarafından desteklenir.İstenildiği zaman ayrılabilme özgürlüğü mevcuttur.

Özürllülere Meslek Edindirmede İzlenmesi gereken Aşamalar :



KAYNAKLAR

- 1-Rehabilitation Medicine,Ed.Rusk HA,Chp14 “Principles in the management of vocational rehabilitation”,289,1964.
- 2-Rehabilitation Medicine:Principles and Practice.Ed.De Lisa JA,Chp 4 “Vocational Evaluation and Rehabilitation,83,1988.
- 3-Physical Medicine &Rehabilitation,Ed.Braddom RL,Chp 9”Employment of Person with Disabilities”,177,1996
- 4-JICA:”Course of Vocational Rehabilitation and Workshop Management”kursunun notları,2003.
- 4-Employment after spinal cord injury:relation to selected participant characteristics.JS Krause,CA Anson,Arch Phys Med Rehab 77(8),1996
- 5-Mesleki Rehabilitasyonda Değerlendirme.Kitiş A,Çalık BB.II.Ulusal iş sağlığı ve işyeri hekimliği günleri.
- 6-The history of work in physical dysfunction.Hanson CS,Walker KF.Am J of Occup Ther 46(1),56-62,1992.
- 7-Ergonomics in the workplace.Corlett EN,Mc Anamney,Physiotherapy,74(9):475-78,1988.
- 8-Tekstil Sanayinde çalışan işçilerde ergonomik iş analizi ve çalışma kapasitesinin belirlenmesi.Taşkıran, Kitiş A,Türe M.,PAÜTF 3:78-82,1997.

VOCATIONAL REHABILITATION AND ERGOTHERAPY

Prof..Dr Arzu Razak Özdingler

Istanbul University School of Physical Therapy And Rehabilitation

Rehabilitation: Divided 3 parts: Medical rehabilitation, social rehabilitation, vocational rehabilitation. Three of them interacted each other every time.

Physiotherapist is the rehabilitation team member who plans and applies physical therapy and rehabilitation programs to patients diagnosed by the medical specialist. For individuals with normal health, the physiotherapist carries out scientifically based rehabilitation activities that involve special exercises and educative programs utilizing physical, psychological, social, environmental, and public approaches so that physical adjustment is improved, illnesses and disabilities are prevented, and a more active, more independent, and happier human life is provided.

Vocational Rehabilitation (VR) is a program to people with disabilities to help them to get and/or keep a job. Vocational Rehabilitation assists to understand on manage the barriers associated with their disability.

Aims of Vocational Rehabilitation: Ergonomic assessment of the condition and order of work, the relation between the conditions and the impairments, special programs, continued physiotherapy programs of injury and disability, returned to work, adaptation new condition, restriction of physical and mental capacity of the disabled people and the knowledge on the work.

Basic elements of Vocational Rehabilitation:

- 1-vocational assessment (initial assessment-employability assessment),
- 2-direction
- 3-aims,
- 4-planning of the service,
- 5-case study,
- 6-offer of the service intervention (1-2year),
- 7-vocational consulting,
- 8-human source seminars,
- 9-placement,
- 10-adaptation training.

Main factors:

- 1-individual :interested subjects, mental and physical capacity, education, experience, age.
- 2-Environmental :location, work location, community sources.
- 3-Politic: laws and regulations.
- 4-Open labour markets possibilities.
- 5-Finans

Vocational assessment: included medical, functional or ergonomic limitation of people with disabilities, Physiologic and functional performance and work capacity, psychological performance, affinity, ability, mental capacity, reaction of handicap, relationship with the family, level of work ability.

Phases of Vocational Rehabilitation:

To give integrated education in vocational service, to apply personal education methods, to educate taking responsibility, to teach using advanced technology and to categorise the different levels of ability.

Rules in Vocational Rehabilitation : Repetitions, supervised by special teachers, used advanced technologic, communicated according to disability.

Stages of transfers to work: Supported employment, rehabilitation in work,

Test program in work, independent employee.

Different type of workshops

- Residential Sheltered Workshop
- Nonresidential Sheltered Workshop
- Club House :Standarts are at the heart of clubhouse community's success in helping people with mental illness to stay out of hospitals while achieving social, financial and vocational goals.
- Group Home: People with disabilities who are trying to be independent use this house as a practicing place.
- Community Life Support Center
- Workshop
- Open Labour Market

EMPLOYMENT SKILL TRAINING COURSES IN TURKISH REPUBLIC BETWEEN 1978-2002

Year	Number of courses	Number of partners
1978-1987	76	1374
1988	19	322
1989	15	211
1990	26	352
1991		
1992	17	180
1993	16	175
1994	27	360
1995	55	765
1996	20	215
1997	20	249
1998	35	416
1999	34	443
2000-2002	59	792
Total	445	6171

DİL BOZUKLUKLARINDAN ÖĞRENME BOZUKLUKLARINA: NÖROBİYOLOJİK TEMELLER

Prof. Dr. Barış Korkmaz

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

Bazen disleksi ya da disgrafi gibi terimlerle de ifade edilen çeşitli öğrenme bozuklukları son yıllarda giderek artan ilgi odağı olan otizm ya da dikkat eksikliği hiperaktivite sendromuna göre oldukça az tanınan sorunları kapsar. Bu sorunu yaşayan çocuklar için ne yapılacağı konusunda da yeterli eğitim politikaları henüz oluşmamış, öğretim kurumlarında gerekli koşullar hazır değildir.

Bu alanda bilimsel açıdan hala tartışmalı konular vardır. Bunlardan biri terminoloji ve tanımlar üstünedir. Disleksi ya da disgrafi gibi tanıların daha dar kapsamlı sorunları yansıttığı düşünülerek genel olarak öğrenme güçlüğünden söz edilmesi daha doğrudur. Belki tipik bir disleksi daha çok özel öğrenme güçlüğü başlığı altında değerlendirilip daha çok öğrenme sorunlarını ilgili alana göre bir yelpaze içinde ele almak daha doğrudur. Bu durumda normalden, sınıf içi başarının alt düzeyde olduğu ve normal müfredatı başaramayan çocukların yer aldığı bir yelpazeden söz edilir. Bu sorunların genel zihinsel düzey ile ilişkisi de netleştirilmelidir. Öğrenme bozuklukları bazen de başlıca sözel ve sözel olmayan öğrenme bozuklukları olarak sınıflandırılabilir.

İkincisi ve belki daha önemli olan öğrenmenin ne olduğu konusudur. Öğrenme sadece bilgi edinme değildir; esas olarak “neyi nasıl öğreneceğini, bu bilgiyi nerede kullanacağını, neyi nasıl anımsayacağını belirlemeyi, neyin önemli neyin önemsiz olduğunu belirlemeyi, neyi bilmediğini bilmeyi, bir sorun karşısında ipuçlarından yola çıkarak neyin doğru olacağını tahmin etmeyi” öğrenmedir. Birçok kişi öğrencilik yıllarında bir daha yaşamı boyunca kullanmayacağı gereksiz bilgilerle kafasının doldurulmasından duyduğu sıkıntıyı anımsar. Elbette öğrenmenin bir bölümü, içinde yaşadığımız dünyaya, tarihe, olgulara ve biraz da kendimize ait semantik dediğimiz bir bilgi türü, yani dünyanın çevremizdeki olayların bilgisi ve bu bilgilerin anlamına ait olan ve bellek işlevleriyle yakından ilişkili bir bilgiyi kazanma sürecidir. Ama önemli olan bu bilginin ne için ve ne şekilde kullanılacağıdır. Bunun için birçok yetinin gelişmesi gerekir. Okul eğitimi bu yetileri kazandırmayı doğrudan hedeflenmez. En başarılı öğrenciler, gerçek anlamda neyi nasıl öğreneceğini, neyi nasıl nerde kullanacağını kendi kendine bulan öğrenciler olur.

Bu yetiler zihinsel düzlemde yürütücü işlevler olarak bilinir. Bellek ve öğrenme işlevleri biraz daha beynin tamamına yayılmış iken, bu tip işlevler yani bilginin nasıl bir amaç için kullanılacağı, insanı diğer varlıklardan, diğer canlılardan ayıran bir beyin bölgesinde, prefrontal lobda yerleşmiş olan yürütücü işlevlerle ilişkilidir. Üniversite eğitime hazırlanarak belli bir mesleki alanda uzmanlaşma, uzmanlık bilgisini toplumsal bir işlev olarak gösterme, hukuki açıdan da sorumluluk alma bu işlevlerin mutlak olgunlaşmasına bağlıdır. Nitekim prefrontal lobdaki beyin bölgeleri biyolojik olarak 18-19 yaşına kadar olgunlaşmalarını sürdürürler. Nörobilimsel açıdan gerçek öğrenme prefrontal yürütücü/yönetici işlevlerin gelişmesidir. Bu bağlamda öğrenme sorunları sadece bir disleksi ya da disgrafi olarak değil, yürütücü işlevleri de içerebilen bozukluklarla ilişkili ele alınmalıdır. Yürütücü işlevler çok sayıdadır (Tablo 1).

- yargılama
- karar verme
- soyutlama
- kategorize edebilme, sınıflama, çeşitlerine ayırma kendi hatalarını fark etme ve düzeltebilme
- önemli olan ile önemsiz olanı ayırt etme
- anımsamayı denetleme bunun için de öğrenirken kodlamayı iyi yapma
- değişen çevresel koşullarla uygunluk içinde esnek yanıtlar verme
- yaratıcı problem çözme, üretkenlik
- bir konu üzerinde düşünmeyi ya da bir eylemi sürdürme, dayanıklılık ve kalıcılık

- bir sonucun oluşum sürecini izleme ve denetleme, gerekirse manipüle etme
- planlama, bilgi ve eylemi organize etme, bir eylem planı oluşturma
- zamanı organize etme
- hedef ve amaç belirleme; amaca yönelik davranış geliştirme
- inisiyatif oluşturma ve başlatma
- bir görevi sürdürmeyi ya da bitirmeyi engelleyen dikkat dağıtıcı olay, durum ve kişilerden kaçınma
- bir durum karşısında erken yanıt vermeyi önleme
- dikkatini sürdürme ve dikkatini kaydırabilme
- esneklik, kurulum değiştirebilme
- kavramlar arasında gidip gelme
- akıcılık
- öz bakım becerileri
- kendini tanıma, bilme ve doğru bir içgörü
- çevreden bağımsız olma ve çekici olanın cazibesine hemen kapılmama
- diğerleriyle karşılıklı programları uygulayabilme
- yap/yapma programlarını uygulama
- takılıp kalmama
- taklidin sürdürülmemesi
- dil ve beceriyle ilgili motor programlar

TABLO 1 Prefrontal yürütücü/yönetici işlevler

Dil / konuşma sorunları ve öğrenme arasındaki ilişki

Dil de öğrenme açısından çok önemli bir araçtır. Dilin kendisi de henüz anlaşılmamış mekanizmalar zinciri içinde öğrenilir ve sözel öğrenme yetilerinin temelini oluşturur.

Öğrenme ve yürütücü işlevler arasındaki bağı ve eşgüdümü dil sağlar ve hızlandırır; bu nedenle dil, öğrenmenin esnek, hızlı ve başarılı tarzda gerçekleşmesini sağlayan en önemli araçtır. Örneğin bellek süreçleri geniş ölçüde dilsel yönergelere ve dil aracılığıyla sağlanan akıl yürütmeye dayanır. Dürtüselliğin önlenmesi, dikkatin gelişmiş biçimleri dil ile olanaklıdır. Dil, temel zihinsel işlevleri (dikkat, bellek) düzenlemek, gerekirse eksiklikleri kapatmak için de önemlidir. Dil, toplumsal bilişin ve zihin içinde fikirlerin ve duyguların düzenlenmesi açısından en önemli araçtır.

Gelişim öyküsünde dil ve konuşma sorunu olan çocukların % 25-60'sında, okul çağında akademik başarısızlık ve çeşitli öğrenme sorunları görülür (Schuele, 2004). Öğrenme sorunu olan çocukların arka plana baktığımızda dil sorunu vardır; dil sorunu olan çocukları yeterli süre takip ettiğimizde akademik sorunları olduğunu görüyoruz. Öğrenme sorunu olan çocuklarda (% 50-80'inde) dil gelişimine ait çeşitli sorunlar saptanmıştır.

Öğrenme bozukluklarına yaklaşım

Öğrenme bozukluklarında yaklaşımın özünü; beyin gelişimi ve genetik nedenleri içeren nörobiyolojik etkenlerle, eğitim ve toplumsal çevre gibi nedenleri içeren çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşimine bağlı olarak

sorunları oluştuğu varsayımı oluşturur. Beyne ait ve insanları birbirinden ayıran birtakım özellikler tıpkı fiziksel yapıdaki diğer farklılıklar gibi temelde genlere bağlıdır. Elbette genler aynı zamanda çok dinamik özellikleri olan birtakım kimyasal maddelerin de sentezini denetler ve bu süreç psiko-sosyal etkiler altındadır. Çünkü herhangi bir genin etkisini göstermesi için başka genlerle etkileşime ve o sırada ortamda bulunan, bazen psikolojik faktörler tarafından belirlenen hormonlar ve nörokimyasal etkenlere ihtiyacı vardır. Dolayısıyla bütün özel eğitimciler, psikolojik danışmanlar ya da terapistler eğer bir çocukta düzelmeye yol açıyorlarsa, bu ancak beynin biyokimyasında ve/veya bağlantılarında değişikliklerle olanaklıdır.

Bugün için bütün öğrenme bozukluklarının temelinde aslında öğrenme ile ilgili beyin bölgelerinde çeşitli olgunlaşma gecikmelerinin ya da sapmalarının olduğu ama bunların çeşitli çevresel etkenlerle karmaşık bir etkileşim içinde olduğu kabul görmektedir. Genetik nedenlere bağlı olarak dil ve konuşma işlevleri ile ilgili bozukluklar, değişik mekanizmalar üstünden öğrenme bozuklukları ile de bağlantılı olabilir. (Newbury et al, 2005). Nörobiyolojik olgunlaşma sorunlarında dil/konuşma sorunlarından öğrenme sorunlarına dönüşme mekanizması 2 ana grupta toplanır:

1. Sıklıkla genetik nedenlere bağlı olarak görülen dil ve konuşma işlevleri ile ilgili bozukluklar dil ile ilgili beyin bölgelerinin çevresindeki ya da daha uzaktaki diğer beyin bölgeleriyle bağlantıları nedeniyle buralarda da gelişimsel ve işlevsel gecikmelere yol açar.

2. Dil bozukluğuna yol açan genetik kökenli beyinsel gelişim sorunları okuma ve yazma gibi akademik becerilerle ilgili alanlarda da etkili olur ancak bu bölgelerin göreve bağlı olarak belirtilerini daha sonra göstermesi söz konusu olabilir. Böylece dil öğrenmedeki gecikme ve bozukluklar ile okuma sorunları aynı, tek bir bozukluğun farklı dışavurumlarıdır (Bishop ve Snowling, 2004).

Genetik nedenler çevresel etkenlerle birleşerek birbirinden ayrılmaz bileşik bir etki oluşturur. Çevresel etkenler içinde döllenmeyi takiben etkili olmaya başlayan fiziksel, kimyasal (örneğin annenin rahminin sıcaklığı, fiziksel şekli, anne kanındaki kimyasal değişiklikler) ve psikososyal etkenler yer alır (Talge et al, 2007). Bunun dışında çocuğun doğum öyküsü ve doğum sonrası fiziksel sağlık ve gelişimine ait diğer sorunlar (örneğin düşük doğum tartısı, erken doğum gibi), bozuk sosyo-kültürel ekonomik koşullar (aile çevresine vb. ye bağlı nedenler) ve son olarak da eğitim sistemi yer alır.

Dil / konuşma sorunlarının öğrenme sorunlarına dönüşümünde yeni doğan dönemine ait risk etkenleri (Hadders-Algra ve Lindhal, 1999) Tablo 2’de gösterilmiştir. Ayrıca doğum sonrası çevresel diğer risk faktörleri içinde dil ve konuşma bozukluğunun ağırlığı (süre, şiddet vb.) dil ve konuşma bozukluğunun niteliği örneğin dile ait sorunların hem ifade edici hem de alıcı dilde olması, çocuğun zekâ seviyesi, çocuğun ve ailenin fiziksel sağlık sorunları, ailenin sosyoekonomik düzeyi, annenin eğitim düzeyi, annenin ruh sağlığı, aile içi iletişim ve davranış sorunlarının varlığı önemlidir.

- düşük doğum tartısı (2 kg’dan küçük)
- erken doğum (34 haftadan önce doğum)
- apgar skorunun 5 dak. ve sonrasında 6 ve daha düşük olması
- solunum desteği gerektiren sorunlar
- nörolojik belirtiler (hipotoni, apati, rijidite, epilepsi nöbetleri, apne ve uzayan beslenme sorunları)
- hipoglisemi
- hiperbilirubinemi
- sepsis
- annede diabetes mellitus
- konjenital malformasyonlar
- yetersiz beslenme

Tablo 2 Risk faktörleri

Seyir ve mücadele

Dil ve konuşma sorunlarının erken dönemde saptanması, böylece ek risk faktörleri ve seyir yönünden ayrıntılı değerlendirme ve yönlendirme, çocuğun bireysel özelliklerine ve öncelikli sorunlarına uygun izleme ve dil ve

konusma terapisi programları düzenlenmesi önemlidir. Dil ve konuşma bozukluklarında esas nokta nihai seyrin dil hakkında bilinçli olarak düşünebilme, dili kendi zihinsel ve psikolojik süreçlerini tanımada ve başkaları ile ilişkilerini düzenlemede kullanabilme ve dili çözümlemeyi içeren metalinguistik yetilerin geliştirilmesine dayandığını fark etmektir. Özel öğrenme güçlüğüne yönelik çeşitli eğitsel teknikler ve terapiler yoğun bir şekilde kullanılmalıdır. Önemli olan çocuğun düzgün cümle kurması veya düzgün telaffuzla kurması değil, dil hakkında yani üst dil becerilerini esas geliştirmeyi hedeflemektir. Çocuğun zeka seviyesi veya annenin ruh sağlığı oldukça önemlidir. Aile içi iletişim son derece önemlidir. Annenin eğitilmiş olmasından ziyade duruma vakıf olması ve yalın yaklaşımı önem taşır. Çoğunlukla üniversite mezunu olan anneler sorunu çeşitli nedenlerden ötürü anlamakta daha zorlanabilmektedir.

Dil ve konuşma sorunlarından davranış sorunlarının oluşumunu önlemek için gerekli özel eğitim ve dil-konuşma terapileri yanı sıra aileye uygun danışmanlık yapılması, okulun rehber öğretmenleri ve çocuğun sınıf öğretmenleri ile işbirliği ve iletişimin sağlanması gerekir. Rehber öğretmenlerin en önemli görevleri bu çocukları okula kazandırabilmek, yani öğrenme bozukluğuyla birlikte çocuğun hayatında katastrofik olaylar zincirinin başlamasını engellemektir. Bu tip sorunların temelinde biyolojik etkenler yatsa da sorunun çocuk, ailesi ve çevresi tarafından nasıl yaşandığı ve sürecin nasıl geliştiği büyük önem taşır. Örneğin zamanında ve en uygun şekilde müdahale edilmesi ile özgüven azalması, grup dışı kalma, saldırgan ve uyumsuz davranışlar, anlaşılma ve etiketlenme gibi ikincil sorunlar önlenabilir. Ailenin sorunları doğru bir şekilde kavraması ve duygusal ortamı buna göre hazırlaması önem taşır. Ortamın genel ruh hali ve aile içi iletişimler olduğu gibi çocuğun kendini düzeltme çabalarına yansır.

KAYNAKLAR

Bishop, D.V.M. & Snowling, M.J. (2004). Developmental Dyslexia and Specific Language Impairment: Same or Different? *Psychological Bulletin*, 130, 858-888

Dianne F. Newbury, Dorothy V.M. Bishop, Anthony P. Monaco Genetic influences on language impairment and phonological short-term memory *Trends in Cognitive Sciences Volume 9, Issue 11 2005; 528-534.*

Hadders-Algra M, Lindhal E. Pre and perinatal precursors of specific learning disorders. *A Neurodevelopmental Approach to Specific Learning Disorders (Clinics in Developmental Medicine (Mac Keith Press))* by Brian Neville, Kingsley Whitmore, Hilary Hart, and Guy Willems, 1999.

Korkmaz B. *Pedatrik davranış nörolojisi*. İ.Ü.yayınları yayın no:4267 Cerrahpaşa Tıp fakültesi yayın no:230, İstanbul 2000.

Korkmaz B. *Beyin ve Dil*. Yüce Yayıncılık.

Schuele CM. The impact of developmental speech and language impairments on the acquisition of literacy skills.

Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2004;10(3):176-83. Review.

Talge NM, Neal C, Glover V (2007) Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry.* 48 :245-61

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN DİLSEL ÖZELLİKLERİ

Ayşegül Turan

Konuşma ve Dil Bozuklukları Uzmanı (MA)

Özel Metin Sabancı Rehabilitasyon Merkezi

Zihinsel Engeli olan çocukların konuşma ve dil gelişimlerinin özelliklerini en iyi dilin bölümleri içersinde anlamak mümkün olacaktır. Dili anlama amaçlı olarak dört alt guruba ayırdığımızda;

- Pragmatik (Dilin sosyal amaçlı kullanımı)
- Semantik (Dilindeki sözcüklerin anlam ilişkileri)
- Sintaks (Gramer) ve Morfoloji (Yapı bilgisi)
- Fonoloji (Sesbilgisel edinim)

Pragmatik

MR (Mentally Retarded/Zihinsel Engelli) bireylerin dilin bu sosyallikle kullanılan alanında zayıflıkları ciddidir. Özellikle kurumlarda yaşayanların bu alanda daha büyük zorlukları olduğu görülmektedir.

Pragmatik becerisi beden jestlerinin kullanımının gelişimi ile belirgin hale gelir. Bu aşamada çocuklar anlamlı işaretler yapmaya, dikkat çekmeye çalışırlar ve isteklerini belli ederler.

MR olmayan ve MR olan bireylerde, DS (Down Sendromu dahil) jestlerin gelişimi bilişsel gelişimleriyle aynı düzeyde ortaya çıkmaktadır. İki guruptaki çocuklar da yardım almak veya istedikleri objeyi almak ve objenin orada olduğunu göstermek için jest kullanırlar.

DS'li (Down Sendromu) çocuklarda kelime anlama ve jest üretimleri arasında yakın bir korelasyon vardır.

Gene MR bireyler karşılıklı konuşmada daha az dominant rol alırlar.

Yanlış anlamaları düzeltme becerilerinde zihin yaşı eşit olan gurupla aralarında fark yoktur.

Semantik

- Somut anlamı olan kelimeleri daha fazladır.
- Kelime kazanımları yavaştır.
- Semantik ünitelerin kullanımı sınırlıdır.
- DS (Down Sendromu) olan çocuklar kelimelerin anlamlarını yaşanan durum içerisinde öğrenirler.

MR de bireylerin cümle hatırlamaları cümledeki semantik ilişkilendirme arttırılarak kolaylaştırılabilir. Örn: 'Avcı tavşanı vurdu' cümlesi 'Fotoğrafçı tavşanı kovaladı' cümlesinden daha rahat hatırlanmaktadır.

Gramer / Morfoloji

Genel olarak MR gurubunun gramer öğrenimi MR olmayanlarla benzerlik gösterir. Sadece MR gurubunda bu sürecin hızı yavaştır.

Gramer öğrenimi ile cümlelerin uzunluğu ve çeşitliliği artmaktadır. Cümlelerin çeşitliliği normal gelişimdeki sırayı takip eder.

Zihinsel Yaşları eşleştirilen MR ve MR olmayan guruplar karşılaştırıldıklarında, MR gurubu daha kısa ve az karmaşık cümleler kullanmaktadırlar ve ilgi tümceciği kullanımları azdır.

Hafif MR’de bireylerin dilbilgisel genellemelerinin zayıf olduğu çalışmalardan çıkmaktadır. Ama bu dilbilgisel kuralları kullanamadıkları ve öğrenemedikleri anlamına gelmemektedir.

Morfolojik beceri açısından gelişimsel çalışmalarda MR olanlarla MR olmayanlarda aynı morfolojik gelişim görüldü. Yavaşlık vardı fakat farklılık görülmedi.

Fonoloji

- MR bireylerin artikülasyon ve fonolojik özelliklerini özetlersek:
- Artikülasyon hataları MR olmayan guruba göre daha fazladır.
- Sessiz seslerin söylenmemesi yaygındır.
- Hata paterni düzenli değildir.
- DS’li bireylerde prozodi (tonlama) farklıdır.
- MR’de bireylerde en sık görülen fonolojik işlem hatası kelime sonundaki sessizlerin söylenmemesi ve ünsüz öbeklerinin (-lp, -rk gibi) indirgenmesidir.
- MR bireylerin hata paternleri ile zihinsel engel dereceleri arasında bir ilişki görülmemiştir.

Konuşma becerisinin okuma becerisi ile yakın bir ilişkisi vardır. Sesbilgisel farkındalık, uyak, sesleri tanıma ayırt etme süreçleri okumanın temel taşlarıdır. DS’lu çocukların DS olmayan gurupla karşılaştırıldıklarında sesbilgisel farkındalık becerileri benzemektedir.

Sonsöz

Zihinsel Engeli olan çocuklar konuşma ve dil rehabilitasyonundan çok güzel yararlanmaktadırlar. Ama konuşma ve dil becerilerini öğrenmenin yaş ilerledikçe zorlaştığı göz önünde bulundurulduğunda konuşma ve dil rehabilitasyonunun en verimli 2-6 yaşları arasında sağlandığı görülmektedir.

AFAZİ' DE DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ

Uz. Gayem Köprücü Türsoy, MS

Dil ve Konuşma Patoloğu

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı

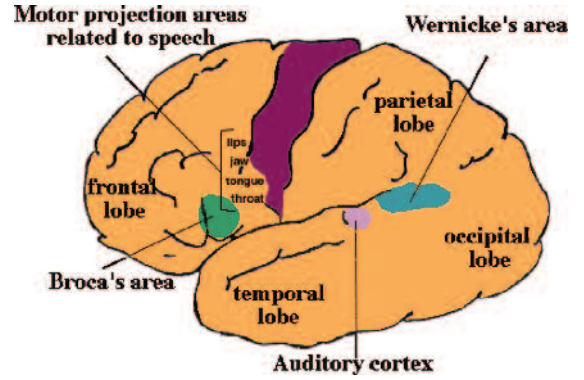
>> Dil ve Konuşma' nın Önemi

"Eğer bir gün sahip olduğum herşeyi elimden alıp geride birtek şey bırakacak olsalardı bunun iletişim kurabilme yeteneğim olmasını seçerdim... Çünkü bu yeteneğim sayesinde sahip olmuş olduğum ve kaybettiğim herşeyi tekrar kazanabilirdim."

Daniel Webster

>> AFAZİ

>Geçirilen bir beyin hasarına bağlı olarak, beyin seviyesindeki dil merkezlerinin hasar görmesi ve konuşma, algılama,okuma-yazma gibi dil becerilerine ait modalitelerin bozulması durumuna afazi denir.



>> Değerlendirme ve Tanı

> Anamnez

- Medikal hikaye
- Aile hikayesi
- Sosyal hikaye

> Hasta ve ailesi ile görüşme

- Geçmişteki durum ve şimdiki durum
- Tedavideki hedefler ne olmalı? (hasta/ailesi için)

> Dil becerilerinin değerlendirilmesi

- Standardize testler
- İnformal değerlendirme

> Değerlendirme ve Tanı

- Lezyonun yeri
- Kognitif durum
- Eğitim düzeyi
- Zamanlama

Dikkat: Hastanın yapamadıklarını değil, zayıf yönlerine karşılık kuvvetli yönlerinin neler olduğunu ortaya çıkararak, tedaviyi bu yönde planlamak gerekir!!!

>> Dil Becerilerinin Değerlendirilmesi

> Sözlü ifade

- İsimlendirme
- Tekrar etme
- Akıcılık
- Okuma
- Konuşma

> Dinlediğini anlayabilme

- Evet-hayır cevaplı sorular
- Muhakeme soruları
- Emirleri yerine getirme
- Vücut parçalarını tanıma
- Kelimeleri anlama

>> Dil Becerilerinin Değerlendirilmesi

> Yazılı ifade

> Okuduğunu anlayabilme

> Praksi

- Oral praksi
- Vücut praksi!!! (test sırasında yanıltıcı olabilir)

> Kognitif ve linguistik

- Dikkat
- Hafıza
- Üst düzey fonksiyonlar (problem çözme, planlama, hedef belirleme gibi)

>> Tipik Afazi Semptomları

> Kelime bulma güçlüğü, dilbilgisi problemleri gibi her hastada görülen tipik durumlar

- Anomi, sirkümlasyonlar, yerine farklı kelime ya da ses söyleme (parafazi)
- Agramatik (broca)/paragramatik (wernicke) dil

> Semptomlar zamanla değişir

- Akıcı <≠> akıcı olmayan
- Akıcı <=> akıcı ; akıcı olmayan <=> akıcı olmayan

> Diğer iletişim problemleri eşlik eder (apraksi, dizartri gibi ya da disfaji)

> Hastalar konuşabildiklerinden daha iyi iletişim kurabilirler

> Tek bir modalitenin bozulmuş olması çok nadir görülür (ör. okuma güçlüğü)

Tipi	Akıcılık	Algılama	İsimlendirme	Tekrar etme
Broka	—	+	+/_	+/_
Transkortikal-Motor	—	+/_	+/_	+
Global	—	—	—	—
Wernicke	+	—	—	—
Transkortikal-Sensori	+	+/_	+/_	+
Kondüksiyon	+	+	+/_	—
Anomik	+	+	—	+

>> Broka Afazisi (akıcı olmayan)

> Lezyon: Sol frontal, operküler/insula (#44), bu bölgelerin derinindeki beyaz madde. Bu bölge dışında başka lezyonlar da broka afazisine sebep olabilir!

- > Kelimeyi tekrar edebilir ancak cümleleri tekrar edemez
- > Duyduğunu anlama genel olarak iyidir
- > İsimlendirme kabiliyeti lezyonun büyüklüğüne göre değişir
- > Genellikle hatalarının farkındadırlar
- > Bozuk artikülasyon
- > Agramatik, basit gramer formu ile konuşma
- > Tek basamaklı emirleri yerine getirmede iyidirler ancak komut karışıkça zorlaşır
- > Konuşma dışı oral hareketler de bozulmuştur
- > İyileşme ile isimlendirme normale yakın derecede düzelebilir ancak sentaks ve gramer bozuk olmaya devam eder

>> Transkortikal-Motor Afazi (akıcı olmayan)

- > Lezyon: Sol SMA (ek motor alan); anterolateralden frontal boynuza uzanan derin lezyon; subkortikal
- > Broca gibidir ancak tekrar kabiliyeti daha iyidir
- > 1 kelimeyi aşan konuşmaları organize etme ve başlatmada ciddi güçlük
- > Tekrar etme yeteneği spontan konuşmaya oranla çok daha iyidir
- > Zaman zaman hiç hatasız mükemmel cümleler üretebilir

>> Global Afazi (akıcı olmayan)

- > Lezyon: Geniş sol fronto-temporo-parietal
- > Ağır bir tablodur, minimal sözlü ifade, steryotipik ifadeler (anlamsızca tekrar edilen sözler)
- > Tüm modaliteler ağır şekilde hasar görmüştür
- > Standardize testleri uygulayamayacak kadar az konuşması vardır
- > Konu kişisel ya da duygusal olarak kendisini ciddi şekilde ilgilendiriyorsa algılama biraz artabilir
- > Coğrafi isimler ve bölgeler ile ilgili bilgiler kullanılabilir durumdadır

>> Wernicke Afazisi (akıcı)

- > Lezyon: Sol posterior superior temporal bölge, wernicke alanı
- > Akıcı ancak boş konuşma, parafaziler, neolojizmler ile karakterize
- > Ağır derecede duyduğunu anlama problemleri
- > Orta ve ağır derecede isimlendirme ve tekrar etme problemleri
- > Yazma kabiliyeti konuşmayı yansıtır
- > Okuma duyduğunu anlamadan ve yazmadan biraz daha iyi olabilir.
- > Hasta sürekli olarak, konudan konuya geçiş yaparak, söylemiş olduklarını değişik şekillerde tekrar ederek ancak boş bir içerikle konuşur.

>> Transkortikal-Sensori (akıcı)

- > Lezyon: Sol angular girus, subkortikal, parietal bölgeye de yayılan lezyonlarda duysal komponent artar
- > Wernicke'ye benzer ancak tekrar etme kabiliyeti korunmuştur, en iyi durumdaki modalite tekrar etmedir.

>> Kondüksiyon Afazi (akıcı)

- > Lezyon: Sol supramarjinal girus
- > Fonemik parafaziler (yerine başka ses getirme) içeren, anlaşılabilir, akıcı konuşma
- > Genel spontan konuşma oldukça iyi olmasına karşın tekrar etme oldukça kötü
- > Duyduğunu anlama oldukça iyi
- > Ağır vakalarda kelime bulma güçlüğü ve buna bağlı kısa cümleler ortaya çıkabilir ancak artikülasyon ve sentaks iyidir
- > Asıl söylemek istedikleri kelimeyi söyleyebilinceye kadar defalarca tekrar ederler (conduit d'approche-doğru noktaya ilerleme)

>> Anomik Afazi (akıcı)

- > Lezyon: Non-lokalize, genellikle inferior-temporal-okspital, temporal boynuz
- > Kelime bulma güçlüğü ile karakterize, sirkümlasyonlar, parafaziler içeren akıcı konuşma
- > Ağır derecede isimlendirme problemi
- > Duyduğunu anlama hafif-orta derecede hasar görmüş
- > Diğer modaliteler korunmuştur, isimlendirme ve kelime bulma problemi dışında afazi durumu yokmuş izlenimi verir
- > "Ne söylemek istediğimi biliyorum ama söyleyemiyorum"

>> Afazi Tedavisinde Prensipler

- > Restore etme/kompanse etme
 - Restore etme: tekrar eden egzersizlerle nöral ağların defalarca uyarılması nöral büyüme ve fonksiyonda gelişme sağlar
 - Kompanse etme: bazı fonksiyonlar geri kazanılamayabilir ancak bunları kompanse edecek benzer fonksiyonlar geliştirilebilir
- > Akut dönemde hasarı tedavi etme yönünde
- > Sonrasında fonksiyonelliği artırıcı yönde
- > Hastanın ihtiyaç duyduğu yeteneklere odaklı
- > Kuvvetli yönleri ortaya çıkarıp zayıf yönleri oradan geliştirerek

- > Fonksiyonel hedeflere odaklı
- > Zor aktiviteleri %60-90 oranında kullanarak
- > Hataları düzeltmeye yönelik değil doğal, anlamlı ve yapıcı feedback ile
- > Data toplayarak, performansı ölçerek
- > Genellemeyi destekleyici ödevler
- > Bağımsızlığı destekleyici yönde

>> Tedavi Çeşitleri

- > Stimülasyon-fasilitasyon
 - Duyduğunu anlamaya ve bu yolla kelime bulmayı geliştirmeye yönelik
- > Modaliteye özel tedaviler
 - Alternatif iletişim
- > Linguistik Yaklaşımlar
 - Linguistik yapı teorilerine dayalı (cümle üretme, kelime bulma gibi)
- > İşlemlendirici yaklaşımlar
 - Dil oluşumunun dayandığı beyinsel işlemleri desteklemeye yönelik, hastanın kapasitesini artırıcı
- > Minör hemisfere odaklanma
 - Sağ hemisferin ya da dil becerilerinde baskın olmayan hemisferin yeteneklerini geliştirip buradan yola çıkarak kaybedilen yetenekleri kompanse etmeye yönelik
 - Melodik Entonasyon Terapisi (müzik)!!!
 - İletişimsel Çizimler (resim)
- > Fonksiyonel Metodlar
 - Grup terapileri
 - Aile bireylerinin eğitimi
 - Sohbet katılımcılarının eğitimi
 - Afazik iletişimin etkinliğini artırma

>> Afazi Tedavisinde Neredeyiz?

- > Rehabilitasyon gerektiren hastalıkların tamamında olduğu gibi afazide de yoğun takım çalışması ve multidisipliner yaklaşım esastır.
- > Ülkemizde dil ve konuşma terapisi hizmetine ulaşabilme yönünde hem kaynaksal hem de maddi sıkıntılar yoğun olarak yaşanmaktadır.
- > Tedavi gereğince yoğun, erken, etkili olarak sağlanamamaktadır.
- > Gerek hasta yakınlarının terapiye olan inanç eksikleri, gerek yönlendirilme eksigi, gerek maddi problemler gerekse konunun ülkemizde hala yeni olması sonuca ulaşmada ciddi engel teşkil etmekte.
- > Bazı ağır tablolar dışında pek çok afazi durumunda uzmanlar "bekle ve gör" yöntemi ile tablonun kendiliğinden iyileşmesini beklemek ile yetinmekte.
- > Arttırıcı-alternatif iletişim teknikleri henüz bir seçenek olmaktan çok uzak.

AKICILIK BOZUKLUKLARI

Serkan Bengisu

Uzman Dil ve Konuşma Terapisti

Akıcılık Bozuklukları terimi kekemelik ve takipemi'yi kapsar. Kekemelik konuşmanın doğal akışının bir biçimde kesintiye uğramasıdır. Bireyin istemsiz olarak sesleri uzatması, kimi sesleri üretirken zorluk çekmesi, bir sesi heceyi, ya da sözcüğü tekrarlaması biçiminde görülebilir. Kekemelik konuşmanın akışını bozan insanın iç yapısını, özgüvenini, hayata bakışını, kendisine saygısını ve diğer insanlarla etkileşimini etkileyen önemli bir problemdir.

Konuşmanın akışını bozan bir diğer akış bozukluğu takipemidir. Takipemi, konuşmanın anormal derecede hızlı, düzensiz veya her ikisinin birlikte gözlemlendiği durumdur. Ses, hece, sözce ve duraklama örüntüsü normalde beklenenden farklıdır.

Kekemelik'e gelişimsel bir sorun diyebiliriz, çünkü kekemelik belirtileri büyük oranda dil ve konuşma gelişiminin başladığı yıllarda görülür. Edinilmiş kekemeliğin nörolojik sorunlarla bağı daha çoktur.

Dil ve konuşma gelişimi sırasında her 100 çocuktan 4'ünde erken dönem kekemelik belirtisi görülmektedir. Bu % 4'lük dilime giren çocukların %75'i yani 3'ü bu sorunu kendiliğinden aştığı görülür. Kekemeliğin genel nüfusa oranının %1 civarında olduğu söylenebilir. Kekemeliğin görülme sıklığı erkeklerde kızlara oranla daha çoktur.

Kekemeliğin nedenlerine ilişkin birçok görüş bulunmaktadır. Ancak kekemeliğin nedenleri hakkında kesin bir şey söylemek mümkün değildir. Günümüzde kekemeliğin nedenine ilişkin olarak yapılan çalışmalar giderek beynin çalışma sistemi üzerinde odaklanmaktadır. Son zamanlarda yapılan araştırmalar kekemeliğin nöro-fizyolojik boyutlarıyla ilgili önemli ipuçları vermektedir. Kekeme olanlarla kekeme olmayanların yada kekemelerin kekelemedikleri zamanki beyin faaliyetleri incelendiğinde, akıcı konuşma ve kekeleme arasındaki aktivitelerinin belirgin bir biçimde farklı olduğu gözlenmiştir.

Kekemelik Bazen kendiliğinden düzelebilir bazen de uygun tedavilerle kekemelik genellikle kontrol altına alınabilir. Kekemelik tedavisinde temel amaç kekemeliği kontrol altına alarak akıcı konuşmayı sağlamaktır. Kekemelik, birçok durumda kişi için daha az sorun yaratıcı hale getirilebilir. Yani kekemelik davranışı tamamen ortadan kalkmasa bile denetim altına alınmış olur. Bu özellikle dil ve konuşma terapistlerinin çabasına ve kekemeliği olan kişinin ve yakınlarının işbirliğine bağlıdır.

Çocuklarda ve yetişkinlerde kekemelik sorunu ile ilgili deneyimi olan bir dil ve konuşma terapistinden yardım almak sorunun giderilmesinde yardımcı olabilir. Ancak ülkemizde uzman dil ve konuşma terapisti sayısı oldukça azdır. Bununla beraber başta kekemelik olmak üzere akıcılık bozuklukları konusunda hizmet veren birçok kişi ve kurum bulunmaktadır. Bu kişilerin yeterlilikleri kekemelik konusunda baş vurulacak kitap, materyel, cihaz gibi kaynakların azlığı, ülkemizde dil ve konuşma terapistliği mesleği çerçevesinde önemli bir sorun oluşturmaktadır. Ülkemizde akıcılık bozukluğu ve diğer konuşma problemleri çerçevesinde insanlara ve dil ve konuşma terapistliği mesleğine zarar vermeyecek şekilde ileri çalışmalara ve düzenlemelere ihtiyaç vardır.

GELİŞİMSEL DİSPRAKSİ

Teşhis ve Tedavi Uğraşı terapisi bakış açısı

Catharina Anna Verschoor

Çocuk Nöropsikoloğu, Uğraşı terapisti

Gelişimsel Disfazi Vakfı

Dispraksiler

Nöro-gelişimsel motor bozuklukları

>> Genel belirtiler

> Anlama ve güdülenme etkilenmemiş halde iken motor becerilerinin edinilmelerinde güçlük.

Motor işlevinde belirgin bir beceriksizlik ya da garabet

Aşağıdaki hususlarda gelişimsel gecikme ve performans bozukluğu:

- motor kilometre taşları (oturma, emekleme, yürüme) ,
- günlük yaşamdaki motor faaliyetler (giyinme, yemek yeme)
- motor olarak oynama, spor yapma, ve el yazısı kullanma gibi öğretimsel beceriler

>> Tanımlar, Terminoloji, Uluslar arası Sınıflandırma Sistemleri

> DSM IV (Zihinsel Bozuklukların Teşhisi ve İstatistikleri, El Kitabı) Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu

> ICD 10 (Bozuklukların Uluslar arası Tasnifi)

Motor İşlevine Özgü Gelişimsel Bozukluklar

>> Tanımlar, Terminoloji, Uluslar arası Sınıflandırma Sistemleri

> Daha önceki tabirler

- Sakar Çocuk Sendromu
- Duyusal Motor Bozukluğu
- Kavramsal Motor Bozukluğu
- Psiko Motor Bozukluğu

> Kusurun altının çizilmesinde kullanılan terimler

- Duyusal Entegrasyon İşlevinde Bozukluk
- Minör Nörolojik İşlev Bozukluğu

>> Tanımlar, Terminoloji, Uluslar arası Sınıflandırma Sistemleri

Genel Tanım

Genel tıbbi durum ile açıklanması kabil olmayan, algısal ya da çevresel kaynaklı olarak motor becerilerinin geliştilmesinde güçlük

Etkenler

>> Tanımlar, Terminoloji, Uluslar arası Sınıflandırma Sistemleri

> DSM IV:

- Motor koordinasyonu gerektiren günlük faaliyetlerin yerine getirilmesi, kişinin kronolojik yaşı ile ölçümlenen zeka düzeyi nazarı dikkate alındığında hatırı sayılır düzeyde düşüktür.
- Rahatsızlık okuldaki başarı ya da günlük yaşantıya ilişkin etkinliklerde önemli ölçüde müdahil olmaktadır.
- Rahatsızlık genel bir tıbbi duruma bağlı değildir (örneğin, hemipleji, ya da kas erimesi gibi)
- Eğer zihinsel gerilik mevcutsa bile, motor güçlükleri buna ilişkin olanın fevkindedir.

>> Tanımlar, Terminoloji, Uluslar arası Sınıflandırma Sistemleri

> Tekil primer bozukluk

> Aşağıdakilerle birlikte görülüp ayrıştırılması gereken bir marazi durumdur:

Konuşma ve dil kullanımında bozukluklar

ADHD

ASS

>> Tanımlar, Terminoloji, Uluslar arası Sınıflandırma Sistemleri

> Heterojen grup

> Klinik ayrıştırma (tedaviye yön verebilir):

- temel motor işlevinde görülen bozukluklar
- dispraksiler (gelişimsel motor etkinliklerinde bozukluklar)
- ifade etmeye ilişkin motor davranışında bozukluklar

>> Temel motor işlevinde bozukluklar

> hafif hiper- ve hipo- tonisite (minimal serebral palsy ?)

> hafif koordinasyon bozuklukları (örneğin tremor, ataksi)

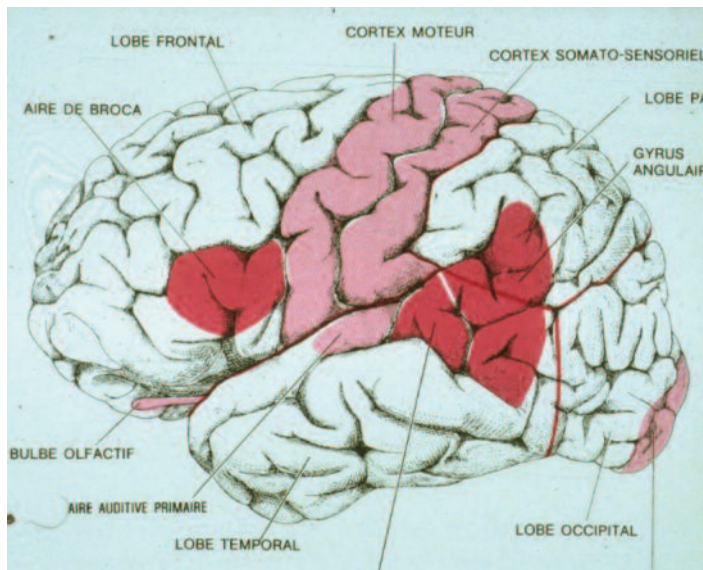
>yetersiz duruş kontrolü (denge, koordinasyon)

> olgunlaşmamış haldeki disosiyasyon

>> Temel motor işlevinde bozukluklar

- > motor işlevinin kısmi yönleri ile ilgilidirler
- > düzensiz icra ile ilgilidirler ?
- >> Motor etkinliklerinin gelişiminde Dispraksi Bozuklukları
- >Motor ediminin “formasyon” ya da “programlanması” nda düzensizlik (nihai motor ifası öncesinde)
- > Ayna nöronları

>> Dyspraxia's Primary Motor Cortex



>> Dispraksi'nin

- > Tipolojisi
- Temelinde yatan süreç
- ideasyonel dispraksi (neden ve nedir)
 - ideomotor dispraksisi (nasıl)
 - melokinetik dispraksi (premotor ifa süreci)

>> Dispraksi'nin

- oral,
- manuel,
- bedensel dispraksi

>> Dispraksi'nin

> Tipolojisi

Edim çeşitleri

- yapısal dispraksi
- sıralı dispraksi

Dispraksinin Primer Motor Korteksi

Temelde yatan mekanizma

- duyuşsal/algısal işlev bozukluğu (girdi praksikonu)

aferan dispraksi

somatosensör dispraksi

görsel-mekansal yapısal dispraksi

- planlama ve organize etme işlev bozukluğu (çıktı praksikonu)

eferan dispraksi

>> İfadeşel motor davranışında bozukluklar

> İfadeşel motor davranışı şunlardan oluşur:

- > Kinezi (yüz ifadesi, mimikler, beden dili)
- > Prokseşmi (karşısındaki ile mesafe bırakma)
- > Kişiler arası senkroni
- > Yüz ifadesi

Temel evrenşel ifadeler

Karmaşık ifadeler

- > Simgesel vücut hareketleri
- > Beden dili
- > Bakış yönü
- > prokseşmi
- > kişiler arası senkroni

Muhtemelen:

> duyuşsal agnoziye dayanan, her motor edimini kapsamakta olan genel bir dispraksinin parçasıdır (ASD de olduğu gibi)

> DCD kapsamında ayrı bir durum olasılığı bulunmamakla birlikte, dispraksinin tipolojisinde ayrı bir tür teşkil etmektedir

Değerlendirme ve tedavi

>> Uğraşı terapisi

- > Yardımcı tıp hizmetleri mesleği
- > İşlevsel beceri eksikliklerine odaklıdır (örneğin, giyinme, bisiklete binme, yazı yazma, yemek pişirme gibi)
- > Kişiyi topyekun olarak çevresi içinde odaklıdır
- > Karmaşık motor edimlere analitik yaklaşım
- > Birincil tedavi aracı olarak işlevsel motor etkinliği (oyun)
- > Alternatif stratejiler, aletsel yardımcılar, ve ortama uyum arayışı içindedirler

>> Değerlendirme

- > Motor gelişim düzeyi
- > Duyusal işlev, kavrama, gnozi
- > Temel motor işlevi
- > Pratik

>> Değerlendirme araçları

- > Gelişimsel özgeçmiş
- Birincil kaynak: ebeveyn ve öğretmenler
- > İşlevsel beceri eksikliğinin tespiti, ve çevresel geçerliliğinin belirlenmesinde önemli bir araçtır
- > Gelişimsel olarak gidişatın yanı sıra halihazırdaki motor işlevlerine de odaklıdır
- > Gözlem ve Testler
- > Teşhise ilişkin ve işlevsel olarak kişiye özgü değerlendirme
- > buna karşılık
- > Beceri testleri

>> Değerlendirme Alanları

- Gözlem ve Testler
- > Beceri gelişim düzeyi
- (örneğin, Hareket ABC, Bruininks-Oseretsky, Kanada Meşgale Yoluyla Performans Ölçümü COPM)
- > Belirli becerilerin değerlendirilmesi
- > Değerlendirme Alanları
- Gözlem ve Testler
- Duyusal kayıt
- > Somato sensör kavrama
- kinestezi
- taktil kavrama
- beden formu



>> Değerlendirme Alanları

Gözlem ve Testler

Görsel algılama



form, yön, şekil zemini

>> Değerlendirme Alanları

Gözlem ve Testler

Temel motor işlevi

ton, temel koordinasyon, duruş kontrolü

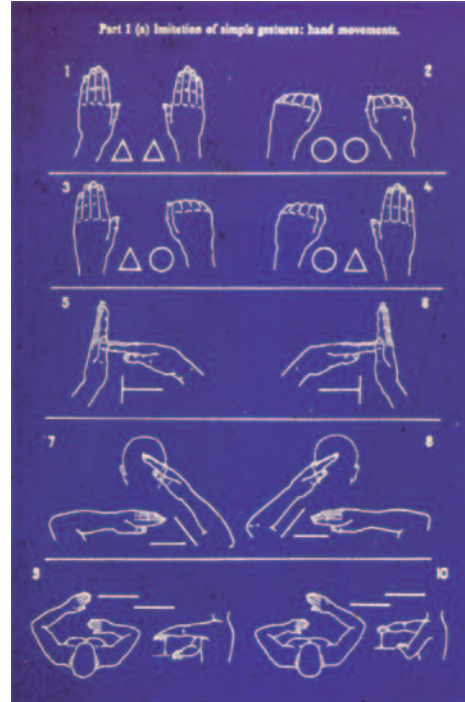


>> Değerlendirme Alanları

Gözlem ve Testler

pratik

gnozopratik



>> Değerlendirme Alanları

Gözlem ve Testler

pratik

ideomotor

pratik



>> Değerlendirme Alanları

Gözlem ve Testler

pratik

yapısal

ve çizimsel pratik

dizgesel(sıralı) pratik

**>> Değerlendirme Alanları**

Gözlem ve Testler

pratik

bilateral (çift yönlü) entegrasyon:

bilateral (çift yönlü) koordinasyon

bedenin orta çizgisinin aşılması,

el kullanım tercihi

Teşhis

**>> Çok disiplinli yaklaşım**

> Algılama düzeyinin psikolojik değerlendirmesinin sonucu ile ilgilidir

> Birlikte görülen marazi bozukluk ve bağlantılılığın aşık hale getirilmesi

>> Ayırıştırıcı teşhis

> Zihinsel gerilik

> Dikkat Verememeye Yönelik Hiperaktivite Bozukluğu

> Travmatik Beyin Hasarı (sonradan edinilmiş dispraksi)

> Hafif Serebral Palsi, Konjenital Kore.

> Görüş Keskinliğinde Azalma.

> Ortopedik Anomali.

Tedavi**>> Tedavi**

> Tedaviye kuramsal temel

> Dispraksi (motor sahası içinde) şunları geçersiz kılmaktadır

- toplumsal ve duygusal gelişim üzerinde olumsuz etki
- diğer gelişimsel yetersizlikler bakımından karmaşık hale getirici etmen
- kronik bozukluk

>> Tedavi

> Şunlara odaklanmaktadır:

Farklı düzeylerde

- bozukluk, kısıtlanma, özürlülük

> farklı yaklaşımlar:

- çaresinin bulunması, işlevsel takviye ve yönetimi
- yaşa ve özürlü hallerin ciddiyetine bağlıdır

>> Tedavi

> Çaresinin bulunması

- Duyusal bütünlük (Ayres ile arkadaşları)
- Kineztetik eğitim (Laszlo & Bairstow),
- Duyusal/algısal motor eğitimi (NDT, Kephart, Bon Depart)

> İşlevsel

- Bouffard en Wall: Problem Çözücü Yaklaşım.
- Henderson en Sugden: Algısal Motor Yaklaşımı
- Polatajko: Günlük Meşgalelerin Yerine Getirilmesine Yönelik
- Algısal Oryantasyon (CO-OP): (Sözlü Olarak Kendi Kendini Yönlendirme)

>> Tedavi

Terapiye dair ilişki

Saygı ve itimat

>> Tedavi

Çocuğun dünyası ile bağlantı kurun,

işlevsel etkinliklere (oyun) karşılık beden hareketleri

dikkat ve motivasyon çekicidirler

>> Tedavi

Hedefleri

> Bozukluk düzeyinde

+ karmaşıklaştırıcı ve arka planda yatan bozuklukları ele alın

+ pratiğinizi geliştirin

> Zafiyet ve özürlülük düzeyinde

+ beceri öğretme, uyum destekleri ve gidericiler

>> Tedavi

+ karmaşılaştırıcı ve arka planda yatan bozukluklar

Örneğin, taktıl savunma mekanizması, temel motor sorunları, somatognoz ya da beden formu

>> Tedavi

> Pratiğinizi geliştirin:

Temel motor işlevleri bakımından bir repertuar oluşturarak

"ritmos" u ayırtılandırın

>> Tedavi

> Pratiğinizi geliştirin:

Temel motor işlevlerine dair bir repertuar geliştirerek şunları ayırtılandırın

....yarak dönme, oturma, ayakta durma, yürüme, tırmanma, atlama, ayakla vurma, elle kavrama, itme, çekme, atma
dan

Tempolu yürüme, ayak uçları üzerinde yürüme, sek sek atlama, eğimli zeminde aşağı yukarı inip çıkma, top ya da zar
atma..... ya kadar uzanan bir sahada

>> Tedavi

> Pratiğinizi geliştirin:

Temel motor hareketlerinin bir araya getirilerek entegre edilmeleri yoluyla düşüncelerin ortaya konulmasını öğrenin

>> Tedavi

> Pratiğinizi geliştirin:

> Duyusal engram oluşturma teknikleri:

şekillendirme

geri beslemeye güç kazandırma,

görsel talimat (ayna nöronları)

> Eyleme hazırlama

>> Tedavi

> Pratiğinizi geliştirin:

Spor, dans ve rol yapmadan edinilen teknikler

>> Tedavi

- > Zafiyet ve özürlülük düzeyi
- > Çocuğun bağımsız davranış gelişimi bakımından önem taşıyan motor faaliyetlerini seçerek bunları öğretin
- > Giyinme, diş fırçalama, bisiklete binme, yüzme, yazı yazma, mimiklerin kullanımı, vb. gibi

>> Tedavi

- > Zafiyet ve özürlülük düzeyi
- > Günlük hayata aktarılabilmelerini temin için aşırı öğrenme
- > Uyumsal destek ve takviyeler

>> Tedavi

- > Değerlendirme bakımından mülakatlar düzenleyin

Literatür - Kaynakça

- > Cermak & Larkin (2001) Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu, Singular Press UK
- > Kramer & Hinojosa (1999) Pediatrik Meşgale Tedavisine İlişkin Referans Çerçevesi, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia
- > Hong & Howard (2002) Çocukluk Döneminde Meşgale Yoluyla Tedavi, (2002) Whurr Publishers London, Philadelphia
- > Njiokiktjen (2007) Gelişimsel Dispraksiler ve İlgili Motor Bozuklukları, Nöral Temelleri ve Değerlendirilmesi, Suyi Publications, Amsterdam

DEVELOPMENTAL DYSPRAXIA

Diagnostics and treatment An occupational therapy perspective

Catharina Anna Verschoor

Child Neuropsychologist, Occupational Therapist

Developmental Dysphasia Foundation

Dyspraxia's

Neurodevelopmental motor disorders

>> General manifestations

> Difficulty in the acquisition of motor skills while comprehension and motivation are intact.

marked **clumsiness** or awkwardness in motor function

developmental delay and poor performance in:

- motor milestones (sitting, crawling, walking) ,
- motor activities of daily living (dressing, eating)
- in motor play, sports and educational skills such as handwriting

>> Definitions, Terminology, International Classification Systems

> DSM IV (Diagnostic and Statistic manual of Mental disorders) Developmental Coordination Disorder

> ICD 10 (International Classification of Disorders)

Specific Developmental disorder of Motor Function

>> Definitions, Terminology, International classification systems

> Older terms

- Clumsy Child Syndrome
- Sensory motor Disorder
- Perceptuo motor Disorder
- Psycho motor Disorder

> Terms referring to underlining deficit

- Sensory Integration Dysfunction
- Minor Neurological Dysfunction

>> Definitions, Terminology, International classification systems

General definition

Difficulty in developing motor skills that can not be explained by a general medical condition, cognitive or environmental factors

>> Definitions, Terminology, International classification systems

> DSM IV:

- Performance in daily activities that require motor coordination is substantially below that expected given the person's chronological age and measured intelligence.
- The disturbance significantly interferes with academic achievement or activities of daily living.
- The disturbance is not due to a general 'medical' condition (e.g.hemiplegia or muscular dystrophy)
- If mental retardation is present, the motor difficulties are in excess of those usually associated with it.

>> Definitions, Terminology, International classification systems

> Single primary disorder

> Comorbid to, and to be differentiated from:

Speech and language disorders

ADHD

ASS

>> Definitions, Terminology, International classification systems

> Heterogeneous group

> Clinical differentiation (can direct therapy):

- disorders in basic motor function
- dyspraxia's (disorders in the development of motor acts)
- disorders in expressive motor behavior

>> Disorders in basic motor function

> mild hyper- and hypotonicity (minimal cerebral palsy ?)

> mild coordination disorders (eg tremor, ataxia)

> inadequate postural control (balance, co-contraction)

> immaturity of dissociation

>> Disorders in basic motor function

> concern partial aspects of motor function

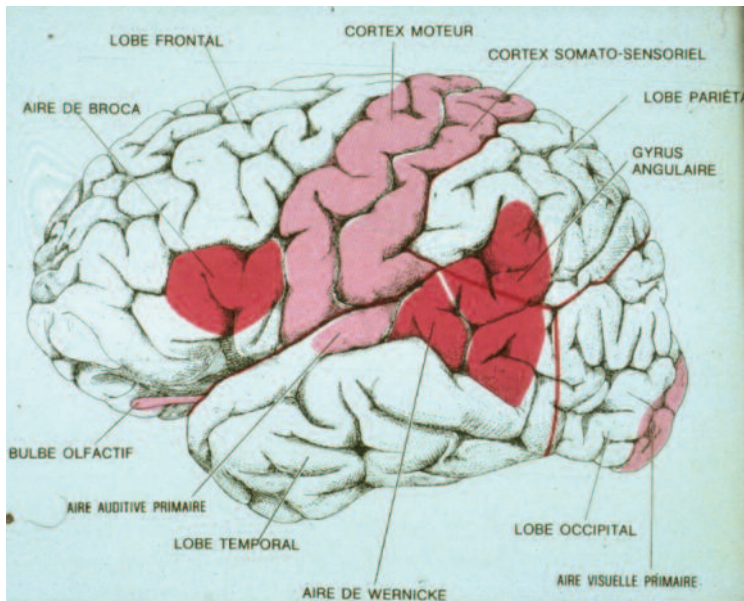
> concern disordered execution ?

>> Dyspraxia's disorders in the development of motor acts

> Disorder in the 'formation' or 'programming' of the motor act (before the final motor execution)

> Mirror neurons

Dyspraxia's Primary Motor Cortex



>> Dyspraxia's

> Typology

the underlying process

- ideational dyspraxia (why and what)
- ideomotor dyspraxia (how)
- melokinetic dyspraxia (premotor execution process)

>> Dyspraxia's

> Typology

the site of the body

- oral,
- manual,
- corporal dyspraxia

>> Dyspraxia's

> Typology

type of acts

- constructional dyspraxia
- sequential dyspraxia

>> Dyspraxia's

> Typology

the underlying mechanism

- sensory/perceptual dysfunction (input praxicon)

afferent dyspraxia

somatosensory dyspraxia

visuo-spatial constructional dyspraxia

- planning organisational dysfunction (output praxicon)

efferent dyspraxia

>> Disorders in expressive motor behavior

> Expressive motor behavior comprises:

> Kinesics (facial expression, gestures, gesticulation)

> Proxemics (use of interpersonal space)

> Interpersonal synchrony

>> Disorders in expressive motor behavior

> Facial expression

basic universal expressions

complex expressions

>> Disorders in expressive motor behavior

> Symbolic gestures

>> Disorders in expressive motor behavior

> Gesticulation

>> Disorders in expressive motor behavior

> Direction of gaze

>> Disorders in expressive motor behavior

> proxemics

>> Disorders in expressive motor behavior

> Interpersonal synchrony

>> Disorders in expressive motor behavior

Can be:

> part of a general dyspraxia comprising every motor act

based on emotional agnosia (as in ASD)

> Probably not a separate distinction under DCD

but a separate type in the typology of dyspraxia's

Assessment and therapy

>> Occupational therapy

- > Paramedical profession
- > Focus on functional disabilities (eg dressing, riding a bicycle, writing, cooking)
- > Focus on the total person within his environment
- > Analytical approach to complex motor acts
- > Functional motor activity (play) as primary therapeutic tool
- > Looks for alternative strategies, instrumental aids and adaptations to the environment

>> Assessment

- > Level of motor development
- > Sensory function, perception, gnosis
- > Basic motor function
- > Praxis

>> Assessment tools

- > Developmental history
- Primary source: parents and teachers
- > Important tool to establish functional disability, ecological validity
 - > Focus at developmental trajectory as well as current level of motor functioning

>> Assessment tools

- > Observation and Tests
- > Diagnostic and functional specific assessment
- > versus
- > Skill testing

>> Assessment area's

Observation and Tests

- > Level of skill development
- (eg Movement ABC, Bruininks-Oseretsky, Canadian Occupational Performance Measure COPM)
- > Specific skill assessment

> Assessment area's

Observation and Tests

- > Sensory registration
 - > Somato sensory perception
- kinesthesia
tactile perception
body scheme



>>Assessment area's

Observation and Tests

Visual perception



form, direction, figure ground

>>Assessment area's

Observation and Tests

basic motor function

tone, basic coordination, postural control

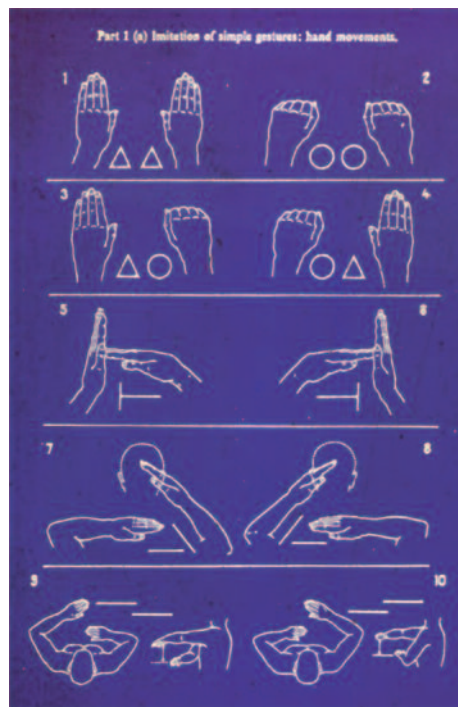


>> Assessment area's

Observation and Tests

praxis

gnosopraxis



>> Assessment area's

Observation and Tests

praxis

ideomotor

praxis



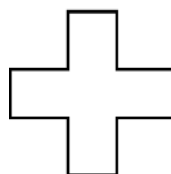
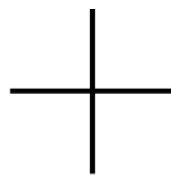
>> Assessment area's

Observation and Tests

praxis

constructional
and graphical praxis

sequential praxis



>> Assessment area's

Observation and Tests

praxis

bilateral integration:
bilateral coordination
crossing the body midline,
hand preference



Diagnosis

>> Multidisciplinary approach

- > Relate to the outcome of psychological assessment of the cognitive level
- > Explicitation of comorbid disorders and interrelatedness

>> Differential diagnosis

- > Mental retardation
- > Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- > Traumatic Brain Injury (aquired dyspraxia)
- > Mild Cerebral Palsy, Congenital Chorea.
- > Decreased Visual Acuity.
- > Orthopedic Abnormality.

Therapy

>> Therapy

- > Rationale for therapy
- > Dyspraxia is invalidating (within the motor domain)
 - negative influence on social emotional development
 - complicating factor to other developmental disabilities
 - chronic disorder

>> Therapy

- > Focus on:
 - different levels
 - disorder, impairment, handicap
- > different approaches:
 - remediation, functional, compensation and management
 - dependant on age and severity of the disabilities

>> Therapy

- > Remediation
 - Sensory integration (Ayres et al)
 - Kinesthetic training (Laszlo & Bairstow),
 - Sensory/perceptuomotor training (NDT, Kephart, Bon Depart)
- > Functional
 - Bouffard en Wall: Problem Solving Approach.
 - Henderson en Sugden: Cognitive Motor Approach
 - Polatajko: Cognitive Orientation to Daily
 - Occupational Performance (CO-OP): (Verbal Self Guidance)

>> Therapy

Therapeutic relationship
respect and trust

>> Therapy

Connect to the child's world,
functional activities (play) versus exercise
capture attention and motivation

>> Therapy

- Objectives
 - > At the level of disorder
 - + treat complicating and underlying dysfunctions
 - + improve praxis
 - > At the level of impairment and handicap
 - + skill learning, adaptational aids and compensation

>> Therapy

+ complicating and underlying dysfunctions

eg tactile defensiveness, basic motor problems, somatognosis or bodyscheme

>> Therapy

> Improve praxis:

build a repertoire of basic motor acts and elaborate

"rhythmos"

>> Therapy

> Improve praxis:

build a repertoire of basic motor acts and elaborate

....from rolling over, sitting, standing, walking, climbing, jumping, kicking, grasping, pushing, pulling, throwing

to marching, walking on tiptoes, skipping, walking up and down a slope, throwing a ball or a dice.....

>> Therapy

> Improve praxis:

Learn to formulate ideas by combination and integration of basic motor acts

>> Therapy

>Improve praxis:

> Techniques to build a sensory engram:

molding

strengthening of feedback,

visual instruction (mirror neurons)

> Action preparation

>> Therapy

>Improve praxis:

Techniques from sports, dance and acting

>> Therapy

> Level of impairment and handicap

> Choose and teach motor activities that are important for the child's development of independence

> Like dressing, brushing teeth, bicycling, swimming, writing, gestures etc

>> Therapy

> Level of impairment and handicap

> Over learning to achieve transfer to daily life

> Adaptational aids and compensation

>> Therapy

> Effect evaluation reviews

Kavale & Watson 1983 (senso/perceptuomotor training)

Polatajko 1992 (SI)

Shanks Sellers 1995

Sigmundson et al 1998

Mandich et al 2001

Literature - References

> Cermak & Larkin (2001) Developmental Coordination Disorder, Singular press UK

> Kramer & Hinojosa (1999) Frames of reference for Pediatric Occupational Therapy Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia

> Hong & Howard (2002) Occupational Therapy in Childhood (2002) Whurr Publishers London, Philadelphia

> Nijokiktjen (2007) Developmental Dyspraxia's and related Motor Disorders Neural substrates and assessment, Suyi Publications, Amsterdam

> Thank you for your attention

> Gösterdiğiniz ilgi için size çok teşekkür ederim

İŞARET DİLİ

İŞİTME KAYBI KONUSUNDA DOĞRU BİLGİLENDİRİLMENİN ÖNEMİ VE EĞİTİMDE MODEL SEÇİMİNE ETKİSİ

Op.Dr.Ömer Cenker Ilıcalı
KBB-Baş Boyun Cerrahisi Uzmanı,
Türkiye İşitme ve Konuşma Rehabilitasyon Vakfı Başkanı

İşitme engelli doğanların 3 temel sorunu bulunmaktadır. Bu üç temel sorun; erken teşhis, erken ve doğru cihaz ve erken eğitim olarak ifade edilebilir.

0-6 yaş, işitme engelli çocukların gelişiminde çok önemli bir yaş aralığıdır. Çocukların motor, mental, sosyal, ruhsal ve duygusal gelişimleri bu yaş aralığında genel anlamda şekillenmektedir.

İşitme engellinin eğitiminde takım elemanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu takım elemanları,

- Hekim ve Odyolog
- Psikolog veya Psikolojik Danışma ve Rehberlik Uzmanları
- Çocuk Gelişimi ve Eğitmcileri
- Sosyal Hizmet Elemanları
- Özel Eğitmciler
- Terapistler

olarak sayılabilir.

İşitme Engelli Ailenin Durumu;

Aile eğitim merkezleri ve eğitim altyapısı bulunmamaktadır. İşitme probleminin kaynağı, süresi ve boyutu hakkında yeterli bilgi sağlanamamıştır. Bilgi veren kişi ve kurum problemleri yaşanmaktadır.

Sonuçta; aileler yanlış beklentiler içine girmekte ve yanlış eğitim modellerine yerleştirilmektedir.

0-6 Dönem en kritik dönemdir. Bu dönemin önemi aşağıdaki metinde de vurgulanmaktadır :

“ Dil öğrenimi için en kritik dönem çok kısa bir zaman süreci içinde olmaktadır. Yapılan araştırmalar, bu kritik dönem içerisinde dile (konuşulan ya da diğer) tam anlamıyla maruz kalamamanın yıkıcı ve daimi etkisi olabileceği göstermektedir ” (Sign Language use for deaf, hard of hearing, and hearing babies: The evidence supports it, Tiara V. Malloy, July 2003, syf 1)

İşaret Diliyle Eğitim

Aşağıda, örnekleri sunulan makalelerle, işaret dilinin, konuşma dilini öğrenmedeki etkisi ifade edilmektedir :

“İlk dil olarak işaret dilini öğrenmenin konuşma dilini öğrenmeyi engellediğini gösteren herhangi bir deneysel araştırma yok. Aslında ilk dil olarak işaret dilini öğrenen işitme engelli çocuğun, sadece konuşma diline maruz kalan işitme engelli çocuktan genelde daha iyi okuma ve yazma yetisine sahip olduğu görülmektedir “ (Sign Language use for deaf, hard of hearing, and hearing babies: The evidence supports it, Tiara V. Malloy, July 2003, syf 15)

“Farklı bilimsel çalışmalardan elde edilen veriler, bebekliklerin de işaret dili öğrenen kişilerin sıklıkla standart testlerde; IQ ölçümlerinin daha başarılı ayrıca sosyal ve akademik başarılarının da daha yüksek olduğunu

göstermektedir “ (Waldman, H. When young hands do the talking. The Hartford Courant. (2001, April 2))

“İşaret dili ve konuşma dili gibi 2 ayrı tipte dil öğreniminde karışma sorunu olmaz. Bu karışıklığın olmadığına sağlanması da kolaylıkla yapılır, çünkü dillerin biri karışabilecek sözcüklere sahip değildir ve çocuk için kendini ifade ettiği biçimi belirlemek çok kolaydır.” (Pettito LA, Holowka S, evaluation attributions of delay and confusion in young bilinguals)

Aşağıda, kısa bir metni verilen eser, işaret dilinin kullanımı konusunda eski tarihlerde de örneklerinin bulunduğunu göstermesi açısından ilgi çekicidir :

“Kastamonu’ya yöneldik...

Kulağı ağır işittiği için Atruş diye adlandırılan bir şeyhin zaviyesine indik. Garip bir olaya şahit oldum. Talebelerden biri bazen havaya, bazen de yere parmağı ile birşeyler yazıyordu, üstat ise buna cevap veriyordu! Hattâ bu şekilde ona hikâyeler anlatıyor, öteki de her şeyi anlıyordu!” (İbn Battûta Seyahatnâmesi / Ebû Abdullah Muhammed İbn Battûta Tancî / Yapı Kredi Yayınları / sf.304)

0-6 Dönem en kritik dönem olduğundan; eldeki tüm teknolojik imkânlar ve tüm eğitim araçları kullanılmalıdır. Bu çalışmanın yapılabileceği merkezlerin çoğaltılması, eğitim modellerinin geliştirilmesi ve ailelerin seçim yapacak bilinç düzeyine ulaşması sağlanmalıdır.

İŞİTME YETERSİZLİĞİ OLAN ÇOCUKLARIN EĞİTİMİNDE NEREDEYİZ?

Prof.Dr. Gönül Akçamete

Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü,
Zihinsel Engelliler Öğretmenliği,

Bir anne anlatıyor:

“Leyla’nın işitme kaybı olduğunu iki buçuk yaşında iken anaokulu öğretmenin uyarısı üzerinde yaptırdığımız işitme testlerinden sonra öğrendik. İşitme cihazı takıldığı anda gözleri parladı. Dışarı çıktığımızda Leyla aniden durdu ve jestlerle karışık” Anne bu ne?” dedi. İlk kez bir kuşun şarkı söylediğini duymuştum. Onun bilmediği sesin ne olduğu konusunda hiçbir fikrim yoktu. Daha önce kuşun sesini işitmediğini de bilmiyordum. Yine dışarıda çamurda oynarken baktı ve tekrar “Anne bu ne?” diye sordu. Ona çamur olduğunu söyledim; çok şaşırılmışım, isimleri bilmediğine inanmadım”

İşitme Güçlüğü Olan Birey Kimdir?

Yukarıdaki örnekte olduğu, gibi biz işitenlerde doğal olarak öğrenilen pek çok kavram işitme kaybı olanlar için öğretilmesi gereken kavramlardır. Bu nedenle öncelikle işitme kaybı neleri etkilemektedir? İşitme kaybı olan Çocuğun ne tür gelişim özellikleri göstermektedir? Öğrenilmesi gerekir.

Tüm bireyler bedensel özellikleri ve öğrenme yetenekleri yönünden birbirinden farklıdır. Ancak bu farklılıklar çoğu durumda fazla büyük olmadığı için genel eğitim hizmetlerinden yararlanmada önemli problemlerle karşılaşmazlar. İşitme yetersizliği olan bireyler ise, işitme duyusundaki hasar nedeniyle dil ve konuşma gelişimleri önemli oranda etkilenen, dil ve konuşma gelişimleri için özel eğitim gerektiren bireylerdir.

İşitme güçlüğü ya da kaybı gözle görülebilen bir yetersizlik değildir. Ancak işitme kaybının sonuçları oldukça ciddidir ve genellikle çocuğu toplumdan soyutlar. Andrew Freelann’ın söylediği gibi “körlük kişiyi nesnelerden uzaklaştırır, sağırılık insanlardan” (Kaplan,1996)

Toplumun, işitme kaybı olan insanların karşı karşıya olduğu problemleri yeterince değerlendirdiği söylenemez. Bu nedenle toplumdaki tüm bireylerin öncelikle işitme olayının, işitme kaybının insan yaşantısındaki yeri ve önemini, işitme yetersizliğinin getirdiği sınırlılıkları kavramaları gerekir, bu bilgi, sınırlılıkların giderilmesi için çözüm yollarının geliştirilmesi, planlanması ve uygulanmasında çok önemlidir.

Okul Yaşamları

İşitme yetersizliğine sahip çocukların okul yaşamındaki güçlükleri, öğrenme probleminden çok iletişim becerilerinin yetersizliğinden kaynaklanır. İletişim becerilerinin yetersizliğinde, işitme kaybının derecesi, dilin kullanım performansı işitme güçlüğü olan bireyin insanlar, nesnelerle olan yaşantılarının süresi ve kalitesi etkili olmaktadır.

İşitme kaybı olan çocukların sözel dili kazanmış olsalar bile konuşmalarında bazı sesleri atladığı, eklediği görülmektedir. Ayrıca sesin şiddeti, perdesi, ritmi ve tonunu ayarlayamama gibi güçlükler gözlenmektedir. Konuşmaları nazal, gırtlaksı ve nefsi olabilmektedir. Sınırlı sözcük dağarcığına sahiptirler. Çoğul takılarını ve diğer bazı ekleri, edat ve fiilleri ihmal ettikleri, kısa ve basit cümleler kurdukları, sözcükler arası ilişkileri tam olarak değerlendiremedikleri, soru cümlelerini anlamakta ve cevap vermede zorlandıkları görülmektedir. (Akçamete, 1999)

Yapılan çalışmalar erken eğitim programlarının (Aile odaklı programlar) çocuklara “işitsel deneyimler ve iletişim fırsatları” sağladığını ve bu yaşantının dili kazanmalarında etkili olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda, erken eğitim programlarının anne-çocuk arasındaki olumsuz etkileşimi azalttığı, iletişimsel etkileşimi arttırdığı, anne-babanın programa aktif katılımının sağlandığını göstermektedir. (Doğan, 1995, Akçamete ve Kargın,1996).

İşitme yetersizliği olan çocukların dil ve iletişim becerilerine bağlı olarak sosyal beceri ve sosyal uyumları etkilenebilmektedir.(Poyraz.Tüy,1999). Sosyal ve duygusal gelişimleri, yerleştirildikleri eğitim ortamlarına bağlı olarak da değişmektedir. (Ayrı yatılı okul-kaynaştırma ortamı) sosyal beceri geliştirme eğitim programları, sosyal etkileşimlerini ilerletmeye yardımcı olmaktadır. Ayrıca dersler içinde yer alan işbirlikçi öğrenme grup projeleri, akran desteği gibi yaklaşımlar sosyal becerilerin gelişmesinde etkili olabilmektedir. (Avcıoğlu, 2001).

Okul yaşamlarında temel beceri olan “okuma becerisi” alanında başarısızlıkları yükündür. Okulu bitiren çoğu işitme güçlüğü olan çocukların “işlevsel okuma-yazmayı başaramadıkları görülmektedir. Ancak yeni teknolojiler, daha erken dönemde tanılanmalarını sağlamakta, erken ve yoğun eğitim dil gelişimlerini, okuma ve diğer akademik başarılarını olumlu yönde arttırmaktadır.

İşitme Engellilerin Eğitiminde Kullanılan İletişim Yöntemleri

İşitme güçlüğü olan çocukların eğitimlerinde eğitimcilerin ilk karşılaştıkları sorun, iletişim becerilerinin öğretiminde hangi yöntemin uygun ve yararlı olduğudur. Eğitimcilerin karşılaştığı sorunlardan ikincisi de, öğrencisi ile nasıl iletişim kurması gerektiği ve ona başkaları ile iletişim kurmayı nasıl öğreteceğidir. Bu sorulara verilen yanıtlar ve işitme kaybının ağırlığı, erken teşhis ve eğitimin erken başlaması da öğretim yaklaşımlarının ve yöntemlerin seçiminde etkili olmaktadır.

İşitme kaybı olan çocuklara iletişim becerilerinin kazandırılmasında benimsenen yaklaşımlar genellikle iki başlık altında incelenmektedir. (Hallahan ve Kauffman, 1994).

Sözlü Dili Kullanan İletişim Yöntemleri (Dinleme ve işitme eğitimi ağırlıklı)

- Yapısal, sözel yöntem
- Doğal işitsel /sözel yöntem
- İşitsel tek duyulu yöntem

İşaret desteği kullanan iletişim yöntemleri

- İşaret dili
- Parmak alfabesi
- Tüm iletişim
- İpuçları ile konuşma
- İki dil yöntemi(Bilingual Method)

Bu yöntemlerin her birinin kendilerine özgü avantaj ve dezavantajları vardır. Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı okullarda kullanılan yöntem, yönetmeliğe göre “yapılandırılmış sözel yöntem (oral yöntem)dir. Ancak yapılan araştırmalar bu okullarda çeşitli işaret yöntemlerinin ağırlıklı olarak kullanıldığını, sözel yöntemin kazandırılmadığını göstermektedir. Meyen (1996),Etkili bir sözel iletişim yöntemi sunulmadığında işitme kaybı olan çocukların bir süre sonra kendiliğinden işaretlerle iletişim kurmaya başladıklarını, bu işaret dilinin doğal ve gerçek bir dil olduğunun göstergesi olduğunu belirtmektedir.

İşitme Güçlüğü Olan Çocuğun İletişim Becerilerinin Kazandırılmasında En İyi Yöntem Hangisidir?

İşitme güçlüğü olan çocuklar heterojen bir gruptur. Tek bir yöntemin, tüm işitme engelliler için en iyi olduğu yaklaşımı gerçekçi değildir.

Günümüz eğitim anlayışına göre tüm öğrenciler biricik ve özgün bireylerdir, (Eğitimde bireysellik) İşitme güçlüğü olan çocuklar da farklı gereksinimleri olan biricik bireylerdir. Eğitim programları ve iletişim yöntemi öğrencinin bireysel özellikleri göz önünde bulundurularak oluşturulmalıdır.

Gelişimsel ve eğitimsel gereksinimlerini karşılayacak uygun eğitim planlamaları ve düzenlemeleri yapılmalıdır. Bu nedenle iletişim yöntemini belirlerken, işitme güçlüğü olan çocukların heterojen bir grup oluşturduğu, sadece bir yöntemin tüm işitme engelliler için en iyi olduğu yaklaşımının gerçekçi olmadığının bilinciyle karar vermeliyiz.

İŞİTME YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERİN EĞİTİM TARİHÇESİ

Ülkemizde işitme yetersizliği olan çocukların eğitimi 1989 yılında İstanbul’da Ticaret mektebinin yanına Grati efendinin çabaları ile gündüzlü sağır okulu açılarak başlamıştır

Öğrenim süreci 4 yıl olan bu okula 6-20 yaşları arasında öğrenci kabul edilmesi öngörülmüştür. Okulun programı, Fransız sağır okulu eğitimi esas alarak düzenlenmiştir. Bina olarak sıkça yer değiştiren okul 1912 yılında darülacezeye yatılı olarak aktarılmış. Cumhuriyetten önceki dönemde bu alandaki gelişmelerin sınırlı olduğu

görülmektedir. Cumhuriyet dönemi ile birlikte gelişmeler hızlanmıştır. İzmir’de Sağır-Dilsiz ve körler okulu açılmıştır. Bu okul Türkiye Cumhuriyetinin ilk özel eğitim okuludur. Okul 1924 yılında sağlık Bakanlığına devredilmiştir. 1951 yılında da 5822 sayılı kanunla Milli Eğitim Bakanlığına devredilmiştir. 1952’de Milli Eğitim Bakanlığı’na Bağlı Ankara’da yeni bir sağır okulu açılmıştır.

Özel eğitim okulunun Milli Eğitim Bakanlığına bağlanması önemli bir gelişmedir. Çünkü Özel eğitimde anlayış değişikliğini ifade etmektedir. Bu gelişme İşitme yetersizliği olan çocukların sadece sağlık ve bakım gereksinimi olmadığını, eğitim gereksinimlerinin olduğunu vurgulaması açısından önemlidir.

Son yıllarda özel eğitimin diğer alanlarında olduğu gibi, işitme güçlüğü olan çocuk ve gençlerin eğitiminde önemli gelişmeler olmuştur. Ayrı yatılı okullardan, gündüzlü okullara ve kaynaştırma eğitimine yönelimler gözlenmektedir.

İŞİTME GÜÇLÜĞÜ OLAN ÇOCUKLARIN EĞİTİMLERİNDE GELİŞMELER

Kavram Ve Tanımlarda Gelişme

Önceleri sadece tıbbi tanımlara ağırlık verilmiş, işitme kaybının derecesi belirlenmiş buna göre sınıflandırmalar yapılmıştır. Ancak tıbbi tanımlamanın etiketlemeye yol açtığı, uygun eğitimin sağlanmasında güçlükler yaşandığı gözlenmiştir. Daha sonraları işitme yetersizliğinin dil ve konuşma gelişimi ve öğrenme yetenekleri üzerindeki etkisini temel alan tanım ve sınıflandırmaların yapıldığı görülmektedir.

Kavram ve tanımlamalarda tanı yaklaşımlarına bağlı olarak değişik tanımların yapıldığı görülmektedir. En son çıkarılan Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliğinde işitme yetersizliği; “İşitme duyarlılığının kısmen veya tamamen yetersizliğinden dolayı konuşmayı edinmede, dili kullanmada ve iletişimde güçlükleri nedeniyle bireyin eğitim performansının ve sosyal uyumunun olumsuz yönde etkilenme durumunu ifade eder” denilmektedir.

Tanılama/Yerleştirme Hizmetlerinde Gelişmeler

Teknoloji ve bilimdeki gelişmeler işitme yetersizliğinin çok erken dönemde tanınmasını olanaklı kılmaktadır. Ülkemizde de erken tanılama yapılabilmektedir. Ancak devletin sunduğu erken çocukluk eğitimi yok denecek kadar azdır.

Eğitsel değerlendirme; İşitme yetersizliği olan çocukların sosyal ve duygusal uyumlarını, akademik başarılarını, bilişsel işlevlerini, iletişim becerilerinin değerlendirilmesini içeren bir değerlendirme seti ile özel eğitime gereksinimlerinin olup olmadığının belirlenmesidir (Çok yönlü, çoklu araç kullanma ve disiplinler arası bir yaklaşım).

Özel eğitim hizmetleri yönetmeliği ve 5378 sayılı Özürllüler kanununun 16. maddesinde “Rehberlik Araştırma ve Uygulama Merkezlerinde uzmanlardan ve aileden oluşan özel eğitim değerlendirme kurulu tarafından “Eğitsel değerlendirmeler yapılır” denilmekle birlikte RAM’larda uzman personel ve ölçme araç gereçleri yeterli olmadığı için istenilen nitelikte eğitsel değerlendirme yapılamamakta, bu durum da eğitimsel yerleştirmelerin ve planlamaların sağlıklı yapılmamasına yol açmaktadır. İşitme yetersizliği olan bireylerin tıbbi ve eğitsel değerlendirme sonucunda alınan karar doğrultusunda “en az kısıtlayıcı ortam” ilkesine uygun olarak eğitim kurumlarına yerleştirilmesi gerekmektedir. Ancak değerlendirme sadece tıbbi ve bazı formal araçlar kullanılarak yapıldığı için uygun yerleştirmenin sağlanabildiği söylenemez.

Önceleri İşitme Engelliler “Sağır Okulu” denilen ayrı okullara ve normal okul için de “özel sınıflara” yerleştirilmişlerdir. İşitme engelliler okulları, başlangıçta sadece yatılı kurumlar iken, şu anda yatılı ve gündüz kısımları bulunan ayrı okullar halindedir. Aynı zamanda genel eğitim okullarında işitme engelliler için özel sınıflar açılmıştır.

Kaynaştırma ortamlarına yerleştirme son yıllarda genel eğilime bağlı olarak artmış olmakla birlikte yine çok yönlü değerlendirme yapılamadığı ve destek hizmet sunulamadığı için işitme yetersizliği olan çoğu öğrenci için “En az kısıtlayıcı ortam” olamamaktadır. İşitme güçlüğü olan çocuklar için “kaynaştırma ortamlarına yerleştirme”nin iletişim ve sosyal becerilerindeki yetersizlikler nedeniyle okulöncesi dönemden itibaren başlatılması gerekmektedir.

Okullaşma Oranlarında Gelişmeler

2002 Türkiye Özürlüler araştırmasına göre Türkiye'deki nüfusun %12.29' unu engelliler oluşturmakta, bu oranın binde 37'si (Kız %0.33, Erkek %0.41) işitme yetersizliği olan bireyleri içermektedir.

Eğitim yaşı olarak nitelenen 0-19 yaş grubundaki tüm engelli bireyler dikkate alındığında 1.159.131 kişinin "Eğitime erişim" hakkına ulaşmış olmaları gerekmekte ancak, 2006-2007 MEB verilerine göre 194.920 özel gereksinimli bireye eğitim olanakları sunulmaktadır. (Kaynaştırma, rehabilitasyon merkezleri, Özel sınıflar, özel özel eğitim kurumları dahil)

Okullaşma oranlarının çok düşük olduğu gözlenmektedir. Tüm Özel Gereksinimli Bireylerin okullaşma oranı %10 civarındadır.

Konuya işitme engelliler açısından bakıldığında; Sadece bir okulda erken çocukluk ve okul öncesi eğitimi verilmekte, 9 okul öncesi eğitim kurumunda 132 öğrenciye, 49 işitme engelliler ilköğretim okulunda 5429 öğrenciye, 15 işitme engelliler meslek lisesinde 1279 öğrenciye eğitim hizmeti verilmektedir. (MEB 2006-2007 öğretim yılı verileri)

Erken çocukluk ve okulöncesi eğitim işitme güçlüğü olan çocukların dil ve konuşma gelişimleri için çok önemli olmasına ve özel eğitim hizmetleri yönetmeliğinde "37-72 ay arasındaki özel eğitime ihtiyacı olan bireylerin okulöncesi eğitiminin zorunlu olduğu" nun belirtilmesine karşın erken çocukluk ve okul öncesi eğitimleri çok sınırlıdır. Erken çocukluk ve okul öncesi eğitim daha çok özel özel eğitim kurumlarında ve üniversitelerde sürdürülmektedir.

Genel Lise, Mesleki ve İleri Eğitimleri

Türkiye'de işitme engelli çocuklar lise eğitimlerinde genel liselerden çok, mesleki liselere yerleştirilmektedir. 11 ilde işitme engelliler için meslek liseleri oluşturulmuştur. İşitme engelliler meslek liselerinde el sanatları, giyim üretimi, bilişim, kuyumculuk, ahşap, metal, elektrik-elektronik, tesisat, iklimlendirme, inşaat teknolojisi, matbaa, yiyecek-içecek hizmet alanlarında eğitim görmektedirler.

8 ilde çok programlı lise uygulaması sürdürülmektedir. Bu programda öğrenciler kültür derslerini kendi okullarında meslek derslerini genel meslek liselerinde almaktadır.

Genel liselerde dersler işitme engellilere ayrı sınıflarda verilmekte, öğrencilerin sadece fiziksel varlığı söz konusu olup kaynaşmaları sağlanamamaktadır.

Anadolu Üniversitesinde "tersine kaynaştırma" yaklaşımli bir lise uygulaması vardır. Bu uygulamada, İşitme güçlüğü olan öğrencilerin işiten yaşlılarıyla benzer akademik başarı izledikleri gözlenmiştir. (Tüfekçioğlu ve Erdiken, 1991).

İşitme engelliler arasında üniversite eğitimi alanların oranı ülkemizde çok sınırlıdır. Daha çok sözel beceri gerektirmeyen alanlara yöneliminin olduğu görülmektedir. Anadolu üniversitesine bağlı "Engelliler Entegre Yüksek Okulu" büyük çoğunluğun yöneldiği alandır.

İşitme yetersizliği olan çocukların okulöncesinden başlayarak gereksinimlerini karşılamaya yönelik düzenlemelerin yapılmamış olması, onların tüm başarılarını ve uyumlarını etkilemektedir. Meslek sahibi olan işitme engellilerin iş yaşamına katılımları ve istihdam edilmelerinde işi sürdürmelerinde güçlükler yaşanmaktadır.

Ülkemizdeki özel gereksinimli çocukların okulöncesinden-ilköğretime, ilköğretimden ortaöğretime geçişte herhangi bir değerlendirme ve planlama yapılmadan yerleştirme yapıldığı için çocukların başarıları ve uyumlarının olumsuz olarak etkilendiği gözlenmektedir.

Yasal Düzenlemede Gelişmeler

2916 Sayılı Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu (1982) ile özel eğitim hizmetleri ilk kez ayrı bir kanunla düzenlenmiştir. Bu yasa ve bu yasaya dayalı olarak çıkarılan yönetmelikler günümüzdeki özel eğitim uygulamalarının temelini oluşturmaktadır. Yasaya göre, Özel Eğitim Hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığı merkez örgütünde Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü, illerde de Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Rehberlik ve Araştırma Merkezleri yoluyla yürütülmesi öngörülmüştür. Yasa, özel eğitim hizmetlerinin nicelik ve nitelik yönlerinden gelişmesini sağlayacak gibi görünmekle birlikte uygulamada "özel eğitim okullarının artmasından öteye çok fazla ilerleme sağlanamamış, açılan okulların çoğunun yatılı olması birçok sorunu beraberinde getirmiştir.

1983 yılında 2908 Sayılı Dernekler Yasası yürürlüğe girmiş, zihinsel, ortopedik, işitme ve körlerle ilgili derneklerin, örgütlerin kendi adlarını taşıyan federasyonlara girmeleri ve bu federasyonların Türkiye Sakatlar Konfederasyonu çatısı altında birleştirilmesi öngörülmüştür.

1983 yılındaki diğer bir gelişme, 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile Sağlık ve Sosyal Yardım. Bakanlığına bağlı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünün kurulması olmuştur.

Özel eğitim alanındaki sorunları belirlemek ve çözüm yolları oluşturmak amacı ile 1991 yılında I. Özel Eğitim Konseyi toplanmış, konseyde özel eğitim konusunda yapılmış kapsamlı ve şura niteliğinde bir çalışma olması bakımından alınan kararlar önemlidir. 1992 yılında Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatında “Engelliler için Eğitim Modeli Geliştirme Projesi” hazırlanmıştır.

1996 yılında yetersizliği olan bireylere ilişkin olarak kanunlarda bazı değişikliklerin yapılması için Yetki Kanunu çıkarılmıştır. Bu yetki kanununa dayalı olarak 571,572,573 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler çıkarılmıştır.

571 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Özürlüler İdaresi Başkanlığı kurulmuştur. 572 sayılı KHK ile çeşitli yasalara ek ve geçici maddeler eklenmiştir. 573 sayılı Özel Eğitim Hakkında Kanun Hükmünde Kararname özel gereksinimi olanlara ilişkin özel eğitim uygulamalarını düzenlemektedir. Kararname, erken eğitim, kaynaştırma, eğitsel değerlendirme, Bireysel Eğitim Programları, ailenin aktif katılımı, sivil toplum örgütleri ile işbirliği, toplumsal yaşama uyum gibi ilkeleri temel almaktadır.

2000 yılında bu kararnameye dayalı olarak özel eğitim hizmetlerini düzenleyen “Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği” yayınlanmıştır. 2006 yılında yönetmelik yeniden düzenlenmiştir. Bu yönetmelikle, özel özel eğitim kurumları Milli Eğitim Bakanlığı özel öğretim kurumlarına bağlanmıştır.

2005 yılında 5378 sayılı “Özürlüler Kanunu” çıkarılmıştır. Amacı; özürlülüğün önlenmesi özürlülerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunların çözümü ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri alarak topluma katılmalarını sağlamak ve hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmak olarak ifade edilmiştir. Bu kanunun 15.ve 16. maddeleri eğitim-öğretimle ilgili düzenlemeleri içermektedir.

YÖK bünyesinde “Özürlüler Danışma ve Koordinasyon Merkezi Kurulması” hiçbir gerekçeyle eğitim almalarının engellenemeyeceği bu yasa ile öngörülmüştür.

Yine bu yasa ile Eğitim giderlerine katkı ve ulaşım hizmetlerinin sağlanması öngörülmüştür. İşitme Özürlülerin eğitim ve iletişimlerinin sağlanması amacıyla Türk Dil Kurumu tarafından “Türk İşaret Dil Sistemi” oluşturulur hükmü 15. maddede yer almaktadır. Buna göre Türk işaret sisteminin oluşturulması ve uygulanmasına yönelik bir yönetmelik çıkarılmıştır. Yönetmelikte oluşturulan ekte işitme engelliler öğretmeni ve üniversitelerin yer almaması önemli bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır.

2006 yılında 5546 Sayılı “Avrupa Sosyal Şartına Değişiklik Getiren Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun” yayımlanmıştır.

Sonuç olarak yasa ve yönetmeliklerin çağdaş ülkelerin yasalarını temel aldığı, 1980 yılından günümüze değin uygulamalar göz önüne alındığında ise, Okullaşma oranı çok düşük olmakla birlikte özel eğitim hizmetlerinin ülke düzeyinde yaygınlaşma aşamasında olduğu, hizmetlerinin niteliğinin arttığı görülmektedir.

Yönetim-Denetimde Gelişme

Başlangıçta Özel Eğitim Hizmetleri değişik kurumlarca sunulduğu için sorumluluklar da dağıtılmış ve bu durum eşgüdüm ve işbirliğinin kurulamayışına yol açmıştır. Son çıkarılan yönetmelikte eğitim hizmetlerinin Milli Eğitim Bakanlığı tarafından, rehabilitasyon hizmetlerinin SHÇEK tarafından planlanması ve yürütülmesi öngörülmektedir.

Şu anda işitme engellilere yönelik hizmetler merkezi örgütte; Bedensel engellilerin Eğitimi Şubesinde yürütülmektedir.

Özel Eğitim ve Rehberlik hizmetleri Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Başbakanlık özürlüler idaresi başkanlığının Yerel örgütlerin ve sivil toplum örgütlerinin göz ardı edilemeyecek çalışmaları vardır.

Rehberlik Araştırma Merkezleri, resmi ve özel özel eğitim kurumları ülke düzeyine yayılmıştır. Ailelere özel gereksinimli çocukların eğitim hizmetleri için eğitim gideri ödenmektedir. Özel Öğretim Kurumları Genel Müdürlüğüne yayımlanan son genelgede eğitim desteğine kısıtlamalar getirilmektedir. Bu konunun ilgili taraflarca tartışılarak karara varılması, denetim mekanizmalarının oluşturulması gerekmektedir.

Tüm bu gelişmelere karşın yönetmelikte yer alan özel eğitim ilkelerinin karşılandığını söylemek mümkün değildir.

Öğretmen Eğitimi Ve Diğer İlgili Personelin Eğitimlerinde Gelişmeler

Ülkemizde özel eğitim alanına özgü personel yetiştirme ilk olarak 1965 yılında Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümünde başlatılmış, özel eğitimin çeşitli dallarında Lisans ve Lisansüstü programlarla eleman yetiştirilmiştir.

1979 yılında Eskişehir İTİA bünyesinde İÇEM kurulmuş, okulöncesi düzeyde işitme engellilere eğitim verilmesi için, personel dışarıdan çağrılan uzman tarafından işbaşında eğitilmiştir. Aynı yıl Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi tarafından çeşitli yetersizlik gruplarına öğretmen yetiştirme amacıyla sertifika programları açılmıştır. Bunu 1981’de Eskişehir’de İTİA bünyesinde sertifika programları izlemiştir. Bu programlar 1986 yılına kadar sürmüş, yüzlerce sınıf ve branş öğretmeni “Özel Eğitim Sertifikası” almıştır.

Şu anda 10 Üniversitede özel eğitim alanına öğretmen yetiştiren Lisans programları bulunmaktadır.

Bu kurumlardan sadece ikisinde işitme engelliler öğretmeni yetiştirilmektedir. Öğrenci sayısı işitme engellilerin öğretmen ihtiyacını karşılamaktan uzaktır. Öte yandan, işitme engelliler öğretmenleri sadece sözel yöntemde yetiştirilmekte, işaret dilinin eğitimi öğretmen eğitimi programlarında yer almamaktadır. Erken eğitim sağlayacak öğretmenleri yetiştirecek programlar henüz sınırlıdır.

Öğretmen eğitimi programlarına ilk yıllarda öğrenciler ilk tercihleri ile yerleşemezken, son yıllarda birinci-ikinci tercihleri ile bölümün programlarına gelmektedirler. Özel eğitim bölümleri, öğrenciler için gözde bölümlerden biri haline gelmiştir. Bu gelişme nitelikli personel yetiştirme yönünden olumludur.

Özel eğitim bölümlerinde öğretmen yetiştirmenin yanı sıra özel gereksinimi olan bireylere ve ailelerine doğrudan özel eğitim hizmeti sunulmaktadır. Bazı üniversitelerde bu amaçla kurulmuş enstitü ve merkezler bulunmaktadır. Bu birimlerde hem öğrenciler uygulama yapmakta, hem de bilimsel kanıta dayalı uygulamalı araştırmalar yürütülmektedir. Bu merkez ve enstitüler öğretim elemanının nitelikli yetişmesinde önemli işlev yüklenmektedir. Ancak Milli Eğitim Bakanlığının yaptığı son yasal düzenleme ile bu merkez ve enstitülere devam eden çocukların eğitim giderleri karşılanamamaktadır. Bu durum kurumların hizmet alanını dolayısıyla işlevlerini kısıtlamıştır.

İşitme engellilerin eğitiminde öğretmen dışında dil ve konuşma uzmanları, rehberlik ve psikolojik danışmanlar, sosyal çalışmacı sınıf ve okulöncesi öğretmenler gibi diğer elemanlar ekipte yer alırlar. Bu meslek elemanlarının programlarında son yıllara kadar “özel eğitim”, “kaynaştırma”, “işitme engellilerin eğitimi” gibi dersler yer almadığı için ekipte etkin rol alamamaktadırlar. Örneğin Rehberlik Araştırma Merkezleri tanılama ve yerleştirme hizmetinden, sundukları danışmanlık ve özel eğitim hizmetlerine kadar pek çok alanda önemli görevler üstlenmektedir. Ancak bu merkezlerdeki elemanlar hizmet öncesi eğitimlerinde böyle bir eğitim alamadıkları için zorlanmaktadır, etkili hizmet sunamamaktadırlar. Kaynaştırma uygulamalarının başarılı olması “destek hizmetlerin” çeşitli düzenlemeler içinde sunulması ile olasıdır. Ancak destek hizmet personeli yetiştirilememekte, Milli Eğitim Bakanlığı’nın destek eleman yetiştirme gibi bir planlaması bulunmamaktadır.

Milli Eğitim Bakanlığı’nın kurs ve Hizmet İçi Eğitim programlarıyla “formatör özel eğitim öğretmeni yetiştirme” çalışmaları vardır. Ancak bu öğretmenlerin seçiminde, uygulanan programlarda, programı yürüten öğreticilerde ve istihdamlarında ciddi sıkıntılar yaşanmakta, bu durumda özel eğitim hizmetleri yönetmeliğinde sözü edilen ekip ve kurulları oluşturmak ve uygulamaya geçmek gerçekçi görünmemektedir.

İşaret dilini bilen işitme engelliler tercümanı yetiştirilememekte, işitme engelliler kurumlarında “teknisyen” istihdam edilememektedir. Sınıflarda işaret dilini bilen yardımcı öğretmenler yetiştirilmediği için özellikle kaynaştırma ortamlarında önemli bir eksiklik hissedilmektedir.

İşitmeye Yardımcı Araçlarda Gelişmeler (Yardım Teknolojisi Gelişimi)

Birçok teknolojik ilerlemeler işitme engelli kişinin işiten dünya ile iletişimini ve bu dünyadan bilgi almasını önemli ölçüde kolaylaştırmıştır. Bu ilerlemeler yardım ve öğretim teknolojilerinde yoğunlaşmıştır.

İşitme Cihazları

İşitme kaybının oluşturacağı sorunları hafifletmek üzere geliştirilmiştir. İşitme cihazları (cep tipi, kulak arkası, gözlük tipi, kulak içi ve kanal içi) güçlendirme konusunda son yıllarda önemli gelişmeler gözlenmektedir.

Elektriksel uyarım oluşturan araçlar. İç kulaktaki duyu hücrelerinde çok ileri derecede hasar olduğunda uygulanabilmektedir. Kamuoyunda “biyolojik kulak”, “yapay kulak” adı ile yer alan bu protezler koklear implant yada iç kulak protezleri olarak adlandırılırlar. Geleneksel işitme cihazlarının yeteri derecede yarar sağlamadığı durumlarda kullanılır.

- Konuşan ile dinleyici arasındaki uzaklığı yakınlaştıran araçlar (okul ortamlarında daha çok kullanılır)
- FM-telsiz sistemler
- Grup işitme eğitim sistemleri
- Deri üzerinde uyarımlı (Taktıl) cihazlar.

Bu cihazlar, konuşma seslerini algılamada kullanılan işitme duyusunu, dokunma duyusu ile desteklemek ya da tamamen işitmenin yerine geçmek üzere geliştirilmiştir. MEB Temel eğitim projesi (TEP) kapsamında işitme engelliler ilköğretim okullarına bilgisayar sınıfları kurulduğu, FM grup işitme cihazlarının sağlandığı belirtilmektedir. (Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün verileri 2006)

İŞİTME ENGELLİLERİN EĞİTİMİNDE NEREYE VARMAK İSTİYORUZ?

İşitme güçlüğü olan çocukların eğitimi konusunda ilgili taraflarda öncelikle “zihniyet değişikliği” gerekmektedir. Bunun için bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmalarının yaygınlaştırılması(en az kısıtlayıcı ortam, uygun eğitim düzenlemeleri, fark gözetmeksizin değerlendirme gibi konularda).

RAM'larda işitme güçlüğü olan çocukları tanılama ve eğitsel değerlendirme için ölçme ve araç gereçlerin geliştirilmesi ve bu alanda hizmet verecek personelin iş başında yetiştirilmesi,

Erken yaşta cihazlandırma desteği ve bu konuda anne babaları bilgilendirmenin yaygınlaşması (ilk tanı yeri olan odyoloji birimlerinde Anne babayı bilgilendirecek, psikolojik destek sağlayacak yetişmiş personel bulundurulması için tüm taraflar destek olmalıdır.)

- Erken eğitim çalışmalarının yaygınlaşması,
- Sivil toplum örgütleri arasında eşgüdümün sağlanması
- Üniversite + sivil toplum + Bakanlık işbirliği,
- Yerleştirme için bize daha kapsamlı bilgiyi sağlayacak “Eğitsel değerlendirme” nin mutlaka yapılması.
- Daha çok kaynaştırma ortamlarına yerleştirme, destek hizmet ve yardımcı araç sağlama (işaret dili çevirmeni, FM telefon sistemi, yardımcı öğretmen, kaynak oda gibi)
- İşitme Engelliler okullarının araç gereç, eğitilmiş personel donanımı ile kaynaştırılmış okul ortamlarına destek hizmet görmesinin sağlanması,(Laboratuar okullar)
- Öğretmenler için WEB oluşturma,
- İşitme engelliler alanında yetişmiş gezici öğretmenlerin istihdamı,
- Planlama sürecinde aile katılımını arttırmak için aile eğitim programları düzenlenmesi,
- İşitme engelli öğrencilere geçiş planları ile birlikte BEP'ler hazırlanarak uygun eğitimlerinin sağlanması Akşamete (1986).
- Alternatif öğretim stratejilerinin uygulanması,
- İletişim yöntemleri konusunda bilimsel platformlarda tartışma ortamları yaratılması,
- Ulusal işaret sisteminin alan uzmanlarından oluşmuş bir ekiple geliştirilmesi,
- Çevirmen yetiştirme politikaları, kamu personelinin işaret yöntemi konusunda eğitimi,

- Okul ortamlarında öncelik işitme kalıntısını kullanma, sözel iletişimi geliştirme, işaret yöntemini sözel iletişime destek olarak kullanma,
- İşaret yöntemi el kitabı, CD, broşür vb. hazırlanması,
- İşitme güçlüğü olan çocuk ve gençlerin daha ileri eğitim ve toplum yaşamına katılımlarında artış,
- Okullaşma oranının %50'lere çıkması beklenmektedir.

KAYNAKÇA

Akçamete, G. (1986). Bireyselleştirilmiş ek özel eğitimin ağır işiten çocukların sözel iletişimlerine etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Akçamete, G. (1999) Improving question skills for students with hearing impairment. The European journal of Special Needs Education, 4(2),171-177

Akçamete, G. & Kargın. T, (1999). The effectiveness of early intervention programs in the education of children with hearing impairmentss. (Eric Document Reproduction Service No.ED413694)

Akçamete, G.(2005). Özel Gereksinimli Çocuklar.(Editör:Prof.Dr.Ayşegül Ataman) İşitme yetersizliği olan Çocuklar sf.311-357 Morpa Yayınları

Avcıoğlu, H. (2001). İşitme engelli çocuklara sosyal becerilerin öğretilmesinde işbirlikçi öğrenme yaklaşımı ile sunulan öğretim programının etkililiğinin incelenmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Doğan, Ö.(1995). Aile merkezli erken eğitim programına devam eden işitme engelli çocuklarda anne-çocuk etkileşimlerinin incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara.

Hallahan, P.D., Kauffman, M.J.(1994). Exceptional children: Introduction to special education(Sixth edition). Boston: Allyn and Bacon. Kaplan, P.S.1996 Pathways for exceptional children. School, home and co. Minneapolis: West Pub.Co. MEB, 2006-2007 Öğretim Yılı Verileri. MEB Özel Eğitim ve Rehberlik Araştırma Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Tüfekçioğlu, U. ve Erdiken, B. (1991) İşitme engelli çocuklar için Anadolu Üniversitesi İÇEM' de lise uygulaması. Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 4(1-2), 179-199.

Tüy, P.S.(1999).3-6 yaş arasındaki işitme engelli ve işiten çocukların sosyal beceri ve problem davranışlar yönünden karşılaştırılmaları. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara

YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUKLARDA ÖZEL EĞİTİM

OTİZME DOST BİR YAKLAŞIM: TEACCH

Yrd. Doç. Dr. Alev Girli

Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

Amerika’da ilk defa, Kanner (1943) tarafından tanımlanan otizm, sosyal etkileşimde, iletişimde bozukluklarla, tekrarlayan davranışlar ve ilgi alanlarının sınırlılığı ile karakterize edilen gelişimsel bir bozukluktur (American Psychiatric Association, 2000: Akt. Chaing ve Lin, 2007). Geniş bir yelpaze içinde çok hafiften ağıra kadar farklılık gösteren otistik özelliklerin yanı sıra, zeka bölümü (IQ) dağılımı da geniş bir ranja sahiptir ve otistiklerin yaklaşık % 10-15’inin normal ve üstü, % 25-35’inin sınır veya hafif zihinsel yetersiz, geriye kalanlarının ise orta ve ileri düzeyde zihinsel yetersiz olduğu düşünülmektedir. Otistik bireylerin bir çoğunda hafıza, görsel algılama, matematik gibi bazı alanlarda belirgin üstünlükler olabilmektedir (Mesibov, Shea, 2003).

Otistik bireyler için gerçeklik, olaylar, insanlar, mekanlar, sesler ve görüntülerin yarattığı sersemletici ve etkileşimli bir karmaşıklaktır. Hiçbir şey için açık sınır, düzen, ya da anlam yokmuş gibi görünür. Şimdi bir yetişkin olan otistik Therese Joliffe “Hayatımın büyük kısmı olayların altında yatan örüntüyü anlamakla geçmiştir. Rutinler, zamanlamalar, özel yollar ve törensel davranışlar bu kaotik hayata düzen vermek için yardımcı olur” (Grandin, 2005) bu karmaşayı çok iyi ifade etmektedir. Onun gibi bir çok yüksek işlevli veya asperger sendromlu bireyin kendileri hakkında yazdıkları kitapların (otizmin içerden anlatımı) çoğalmasından otizmin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır (Howlin, Baron- Cohen, Hadwin, 2003).

Otizmi anlamaya, otistik bireye odaklanan ve onun varolan ilgi ve becerileri üzerine inşa edilen “otizme özgü” geniş çaplı bir müdahale programına gereksinim olduğu düşüncesiyle Shopler, Mesibov ve arkadaşlarının TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children), otistik ve iletişimle ilgili engeli olan çocuklar için eğitim ve müdahale programını geliştirmişlerdir. Bu programın temel amacı, çocuğun gereksinimi olan becerileri kazanmasını sağlamak, davranış problemlerini azaltmak ve bir yetişkin olduğunda mümkün olduğunca sosyal hayata katılmasını sağlamaktır (Mesibov, Schopler ve Hearsey, 1995).

Otistik çocuklarla yapılan çalışmalarda, uygulanan testlerde bilişsel özelliklerinde farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir. WISC-R performansları özellikle sözel alanda düşük, görsel ve uzaysal becerilerde iyi düzeydedir. Algısal organizasyon ve algısal-motor entegrasyonda daha başarılı olmuşlardır. Yargılama, sosyal bilgi ve açık uçlu ifadelerde güçlük çekmişlerdir. Benzerlikler, kelime dağarcığı ve yargılamada daha düşük başarı göstermişlerdir. Nöropsikolojik testlerde de benzer şekilde temel görsel süreçlerde genelde daha iyi performans göstermişlerdir. Otistik bireylerin sıralama, bilginin soyutlanması ve muhakeme gerektiren becerilerde daha başarısız oldukları belirlenmiştir (Mesibov, G.B. & Shea, V., 2003).

Teacch Programının Temel Aldığı “Bilişsel Özellikler”

Otizme özgü bilişsel özellikleri, güçlü ve zayıf yanlarını anlamak etkili programlar geliştirebilmesi için önemlidir.

Bilişsel alanda temel problem “Anlamı Anlama” yetersizliğidir. Bu nedenle, davranışlar, olaylar, beceriler, düşünceler arasındaki bağlantıları anlamakta güçlük çekerler. Kendi dünyaları birbiriyle ilişkisiz bir sürü deneyim ve istekten oluşur. Bunlar arasındaki ilişkiler, alta yatan temalar, nedenler veya prensipler onlar için belirsizdir. Davranışlar arasındaki neden sonuç ilişkisini kavramakta zorluk çeker. Özellikle kendilerinden ne istendiğini, ne beklendiğini ve çevrede olup biteni anlamada güçlük çekerler (Mesibov, G.B. & Shea, V., 2003).

Bütünü Algılamakta Zorluk Çekerler, çok ufak ayrıntıları, özellikle görsel ayrıntıları fark etmede çok başarılıdır. Örneğin pencereden dışarı bakıp saatlerce tek bir yaprağı seyredebilirler. Bazıları ise farklı duyuşal detayları fark etme özelliğine sahiptirler. Bu nedenle yemek odasına girdiklerinde masadaki yemeğe yönelmeyip, vantilatörün sesi hakkında yorum yapabilirler. Bir anda birden fazla konuda odaklanmaları zordur. Bu nedenle parça parça öğrenip sonra parçayı birleştirerek öğrenirler (Mesibov, G.B. & Shea, V. (2003).

İstenilen Noktaya Dikkatlerini Vermezler, bunun yerine kendileri için önemli ya da eğlenceli gelen şeylere odaklanırlar. Bir konudan diğerine odaklanmaları da çabuk değişir. Sizin söylediğiniz kelime yerine uzaktan gelen bir sese odaklanabilirler. Dışarıdan gelen uyarınları ya da kendilerini bombardımana tutan düşünceleri yorumlamakta ya da öncelik sırasına sokmakta güçlük çekerler. Bazıları bu sırada ilişkini kesip hareket edip, dolaşarak bazıları ise etrafındaki uyarınlarla ilişkisini kesip bir tek nesneyle ilgilenerek bu uyarın bombardımanıya başa çıkmaya çalışırlar (Mesibov, G.B. & Shea, V., 2003).

Soyut ve kavramsal düşünme süreçlerinde problemleri vardır. Bazıları soyut kavramları çalışmalarla kazanabilirken, bazıları asla kazanamazlar. Otistik bireyler için kelimelerin tek bir anlamı vardır, ikinci bir anlamı veya mecazi anlamı yoktur. Bu nedenle soyut kelimeleri, sembolik anlatımları, atasözlerini, deyimleri, mecazi anlamı olan kelimeleri anlamakta zorluk çekerler (Mesibov, G.B. & Shea, V., 2003).

Olaylar, fikirler arasındaki bağlantıyı kurmakta zorluk çekerler. Bu nedenle, otistikler için olayları, kavramları tek tek öğrenmek, anlamak daha kolaydır.

Bir işi organize ederken istenilen sonuca ulaşmak için çeşitli elemanların bir araya getirilmesi gereklidir. Sırayla yapılması gereken işleri yaparken de zorluk yaşarlar. Basamaklar arasındaki ilişkiyi veya sonuçla kalan basamaklar arasındaki ilişkiyi kurmada başarılı olamazlar. Örneğin giyinirken izlenmesi gereken sırayı atlayabilirler. Organizasyon gerektiren ve sırayla yapılması gereken işler hem o anda olana, hem de sonuca odaklanmayı gerektirdiği için zorlanırlar (Mesibov, G.B. & Shea, V., 2003).

Genelleme Yapmada Zorlukları Vardır, öğrendikleri bir beceri ya da davranışı genelde bir durumda öğrenir ve bunu başka durumlara genellemezler. Saçını kırmızı tarakla taramayı öğrenen bir çocuk sarı tarakla tarayamayabilir.

Öğrenmeyi Etkileyen Diğer Özellikler

Güçlü uyarınlr, bilişsel bozuklukların yanı sıra takıntılı davranışlar ve ritüellerden oluşan davranış örüntüleri vardır. Bu dürtüsel olan bu davranışları idare etmek, kontrol etmek veya kanalizetmek oldukça zordur.

Aşırı anksiyete, çevrelerinde ne olup bittiğini ve kendilerinden ne istendiğini anlayamamaktan veya engellenmekten kaynaklanan anksiyete ve ajitasyon sık rastlanan davranışlardır (Mesibov, G.B. & Shea, V., 2003).

Otistik bireylerin, duyuşal işlemleri farklıdır. Görme, işitme, dokunma, tatma, koklama, hareket veya acıyı hissetme duyularında işleme farklılıkları nedeniyle tuhaf sesleri dinlemek, dönen bir nesneyi seyretmek, titreşimleri duymak için cisimlere yanağını dayamak, kendini dolapla duvar arasına sıkıştırmak, acı verebilecek bir çarpmadan rahatsız olmamak, tuhaf yiyecekleri tercih etmek vb. gibi farklı duyuşal tepkileri gösterebilirler.

Otizimli bir çocuğun karmaşık tepkilerinin olması mümkündür, bir duyumda aşırı duyarlıyken başka bir duyumda az duyarlı olabilir veya bazı duyumlarda normal tepkileri varken bazılarında az ya da çok duyarlı olabilir. Duyusal tepkileri normal veya normale yakın otizimli çocuklar da vardır. Bu çocuklar herhangi bir duyuşal uyarana az veya aşırı tepki göstermeyebilirler.

Çocuğun sevdiği, daha fazla gereksinim duyduğu (az duyarlı olduğu) ve sevmediği, kaçındığı (çok duyarlı olduğu) görsel, işitsel, koku-tat, hareket, dokunma ile ilgili tercihlerine duyuşal tercihleri denmektedir. Otistiklerin uyarınlara yönelik farklı duyuşal tepkileri, nasıl öğreneceklerini etkiler (Sussman, F., 1999).

Görme aşırı duyarlılığı olan bir çocuğu lamba ışığı arkadan gelecek şekilde oturarak çalışmak gibi küçük düzenlemelerin çocuğun gerginliğini gidererek rahatlatacağını kolayca gözlemleyebiliriz.

Bu nedenle özellikle yeni ve zor becerilerin çalışılmasında çocuğun tercih ettiği duyuları kullanmak önemlidir. Çocukla işbirliğimiz arttıkça ve becerileri çoğaldıkça kaçındığı duyulara nazik ve yavaşça, adım adım yaklaşım göstermek, aşırı uyarım bombardımanına tutmadan strese girmesine, acı çekmesine neden olmadan yapılmalıdır.

Çocuk bilgiyi tercih ettiği duyularıyla almaya başlayınca, dikkatini daha fazla yoğunlaştırabilecek ve daha çok şey öğrenebilecektir. Çocuğun duyuşal tercihlerini tanımlayarak, hangi aktivitelerin onun için daha hoş ve motive edici olduğunu bilmek mümkün olacaktır.

Grandin'in vurguladığı gibi, "daha fazla doktor ve eğitimci, bu (duyuşal) farklılıkları algıladıkça, otistik

özellikler gösteren daha fazla çocuk içine düştüğü korkunç tecritten kurtulma şansını, daha erken yaşlarda yaşayacaktır” (Grandin, 2005).

TEACCH Programının Eğitsel Hedefleri

Programın uzun vadeli ana hedefleri, otistik çocuk yetişkin bir birey olduğunda, mümkün olduğunca bağımsız, bir başkasının desteğine gereksinim duymadan yaşayabilen, çalışabilen, sosyal hayata katılabilen, boş zamanını uygun etkinliklerle geçirebilen becerilere ve davranışlara sahip olmasını sağlamaktır. Bu ana hedefe ulaşabilmek için kazandırılması gereken temel hedefler,

Çevrenin Bir Anlamı Olduğunu Öğretmek; Otistik bireye pek çok davranışı/beceriye öğretmek yeterli değildir. Beceriler, kavramlar, olaylar arasındaki bağlantıyı anlamakta güçlük çektiği için genelleme yapamaz. Aile veya eğitimcinin süpervizyonu olmadan bağımsız yaşayabilmesi için, öğretilen tek tek beceriler arasındaki ilişkiyi, kavramların birbirleriyle hayat içindeki ilişkilerini, kendi dünyasındaki ve çevresinde olan bitenin anlamını, sırasını öğrenmesi gerekmektedir.

Neden-Sonuç İlişisini Öğrenmek; ne olursa ne olacağını öğrenmek özellikle zihinsel yetersizliği olan otistikler için zordur. Başının üzerindeki kazağı iki yanından çekince giyilmiş olacağı ilişkisini kurma bir çok otistik çocuk için eğitim hedefidir. Nesneleri nasıl kullanacağını anlaması, kişisel bakımını yapabilmesi, üretken iş yapması için önemlidir.

İletişim Becerilerini Geliştirmek; en temel hedeflerdendir. Ağır özellikleri olan çevresiyle hiç ilgilenmeyen izole otistiklerin için öncelikle iletişimin var olduğunu öğretmek ilk hedeftir.

Her çocuk için iletişim hedefleri bulunduğu düzeye göre farklılaşır. İsteklerini ifade edecek sesler, kelimeler, cümle kurma, veya jest resim kullanma gibi hedefler olabilir. Yüksek işlevli bir çocuk için karmaşık cümle yapıları, çoğullar, zamirlerin kullanımı gibi daha üst düzey hedefler olabilmektedir.

Yetişkinlik için gerekli günlük ve toplumsal yaşam becerilerini geliştirmek; Bütün gelişim alanlarında kazandırılan becerilerin nihai amacı, bireyin yetişkinlik döneminde bağımsız yaşayabilmesini sağlayacak kişisel, evcil becerileri, işle ilgili becerileri yapabilmesini sağlamaktır. Yap-boz parçalarını yerleştirme, boncuk dizme, eşleme yapma gibi pek çok çalışma ile kazandığı beceriler evde veya işyerinde eşyaları nesneleri kullanmasını sağlayacaktır. Kişisel bakım için saç tarama, vb. veya evcil beceriler masa silme gibi erken yaştan itibaren kazandırılmalıdır.

Mesleki Beceriler Geliştirmek; otistik bireyler kapasiteleriyle orantılı işleri yapabilirler. TEACCH programıyla yapılandırılmış bir ortamda, görsel resimler, yazılı yönergeler gibi ip uçlarıyla belli bir sırada ve rutin olarak belli işleri sürdürmeyi, gerektiğinde yardım istemeyi öğrenen otistik bir birey kendi adı yazan günlük programı takip edebilir. Mesleki becerileri geliştirmekle ilgili hedefler, iş kurallarını izleme, bir danışmanın rehberliğinde sorumlu olduğu belli bir işte çalışmaktan bağımsız çalışmaya kadar değişik bağımlılık-bağımsızlık düzeyinde olabilir.

Boş Zamanı değerlendirme, Eğlenme ve İlgi alanları Geliştirme; bireyin ilgi alanlarını, becerilerini belirlemek ve bunları geliştirmek, boş zamanlarını takıntılı uğraşlar veya kendini uyaran davranışlarla geçirmesini önleyebilmek için önemlidir. Sevdiği bir nesneyle ilgili koleksiyon yapmak, müzik dinlemeyi, şarkı söylemeyi seven birini müzik derslerine, el becerisi olanları el işi çalışmalarına yönlendirmek gibi çalışmalar, boş zamanlarında anlamlı bir uğraşı ile ilgilenmelerini sağlayacaktır. Bu alandaki uğraşlar aileye dinlenme, kendine zaman ayırma fırsatı yaratacağı için önemlidir.

Uyumsuz Problem Davranışları Azaltma, TEACCH yaklaşımı otistiklerin çoğu zaman, karşısındaki kişinin ne söylediğini/ne istediğini ve konuşanın yüz ifadesi, beden dili ile ne mesaj verdiğini anlayamadığında, ortamdaki soyut ve belirsiz kuralları kavrayamadığında, duyuşsal uyarılmıştan aşırı rahatsız ve ajite olduğunda uyumsuz davranış gösterdiğini düşünmektedir. Bu nedenle bu alandaki hedefleri, uyumsuz/problem davranışın altında yatan nedenleri anlamak ve bu davranışın oluşmasına neden olan çevresel koşulları düzenleyerek problem davranış ortaya çıkmadan engellemektir (Mesibov, G.B., Shea, V. & Schopler, E., 2005).

TEACCH Programının Dayandığı Eğitimsel İlkeler

1-Güçlü Yanlar, Alanlar ve İlgi

Otistik çocuklar çevrelerinde olup çok fazla bitenle çok ilgilenmez, merak duymazlarken ilgi duydukları bir nesneyle saatlerce vakit geçirebilirler. Öğrenmeye yönelik motivasyonları da azdır. Bu nedenle ilgi duyduğu ve sevdiği etkinliklerde, motivasyonu daha yüksek olduğu için öğrenmeye daha açıktır. Örneğin sarı renge takıntısı olan bir çocuk için yapmasını istediğimiz işleri sarı ile işaretlemek bu özelliğinden eğitimsel olarak yararlanmaktır. Yazılara ilgi duyan bir çocuk için, öğreteceğimiz kelimeleri “sözel tekrar” yerine yazılı olarak sunmak daha etkili olacaktır. Renkleri eşleştirmeyi, arabaları seven bir çocukla arabalarla çalışırken; bilgisayarı seven bir çocukla bilgisayarda çalışmak daha verimli olacaktır. Önemli olan çalıştığımız çocuğun hoşlandığı/ hoşlanmadığı, oyunları, etkinlikleri, yiyecekleri; iletişiminin arttığı/azaldığı durumları, etkinlikleri ve özel ilgilerini (yazılar, sayılar, resimler, müzik, bilgisayar, TV vb) belirlemektir (Mesibov, G.B., Shea, V. & Schopler, E., 2005).

2-Bireyselleştirilmiş Eğitim İçin Değerlendirme

(Yetenek ve Becerilerin Düzenli Değerlendirilmesi, Dikkatli ve Devamlı Yardım)

Otistik çocuk her gelişim alanında farklı düzeylerde. Önemli olan her gelişim alanındaki öncelikleri belirlemektir. Bireyin öncelikli ihtiyaçlarını giderecek alanlardaki becerilerden hedef seçilmelidir. Uzun dönemli hedeflerin gerçekleşmesi için kazanılması gerekli öncül becerilerin öncelikle çalışılması gözden kaçırılmamalıdır. TEACCH programı alınacak hedefleri belirlemek, öğrenmeye en hazır olduğu becerileri, öncelikli hedefleri doğru saptamak amacıyla 0-12 yaş arası çocuklar için kullanılan değerlendirme aracı Psiko-eğitimsel Profil PEP-R (Psycho-Educational Profile-Revised), ergenlik- yetişkinlik dönemi için değerlendirme aracı AAPEP (Autistic Adults Psycho-Educational Profile-Revised) Otistik Yetişkinler İçin Psiko-Eğitimsel Profil Ölçeği'dir (Mesibov, G.B., Shea, V. & Schopler, E., 2005).

3-Yapılandırılmış öğretim: Anlamanın anlaşılmasına yardım

Otistik bireyin kendi dünyasındaki anlamı öğrenmesi, olayların sırasını ve ilişkisini kavraması, çevrenin bir anlamı olduğunu öğrenmesi, Teacch programının temel hedefidir. Bireyin bu yetersizliği azaldıkça eğitime, aileye bağımlılığı azalacak onların yönlendirmesine ihtiyaç duymadan günlük yaşamda gerekli pek çok beceriyi yapabilecektir. Bu nedenle TEACCH programı, çocuğun bazı becerileri, kuralları, dili kullanmayı öğrenmesinin yeterli olmadığını; bunlar arasındaki bağları, neden-sonuç ilişkilerini kavraması gerektiğini vurgulamaktadır. Bunu yapabilmesi için çevrenin/ eğitim ortamının yapılandırılması, anlaşılır kılınması gerekmektedir (Mesibov, G.B., Shea, V. & Schopler, E., 2005).

4-Problem Davranışların Altında Yatan Nedenleri Anlama: Anlamamaktan kaynaklanan uyumsuzluk

Çoğu zaman anne-babalar ve eğitimciler, gözünün içine bakarak tam tersini yapan veya yasaklanmış bir eylemi gerçekleştiren çocuğun bu davranışını kasıtlı olarak yaptığını düşünür. Otistik bir çocuğun kasıtlı olarak karşı koyucu ya da kışkırtıcı davranışlar göstermesi nadiren rastlanılan bir durumdur.

TEACCH programı uygun olmayan davranışları yalnızca ortadan kaldırmanın yeterli olmadığını düşünür ve bu nedenle davranışların temelinde yatan nedeni anlamaya odaklanır. Bu davranışları değiştirmek için bilişsel-davranışçı yöntemlerden yararlanır (Mesibov, G.B., Shea, V. & Schopler, E., 2005).

5-Ebeveyn ile ortak çalışma

TEACCH programı ailenin görüşlerine, çocuğunu gözlemleyen ve iyi tanıyan kişiler olarak önem verir. Bu nedenle eğitimcilerin eğitim programını oluştururken ailenin istek ve ihtiyaçlarını dikkate almalarını, onların yaşantısını zorlaştıran davranışları düzeltmeye öncelik vermelerini temel prensiplerden biri olarak kabul eder. Okulda kazanılan becerilerin günlük yaşamda tekrar edilmesi ve genellenebilmesi büyük ölçüde ailenin katılımıyla gerçekleştirilebildiği için de aile çok önemlidir. Bu nedenle Teacch programında aile yardımcı terapist olarak eğitimcinin yanında ve eğitimin önemli bir parçasıdır (Mesibov, G.B., Shea, V. & Schopler, E., 2005).

6-TEACCH Uygulayan Profesyoneller Otizmi Tüm Yönleriyle Kavramış Olmalıdır

Otistiklerle çalışan tüm uzmanlar, sadece psikolog, dil terapisti gibi belirli bir alanla sınırlı olarak değil,

otizmden kaynaklanan tüm sorunlara hakim, genelleme yapabilen bireyler olmalı ve bütünleştirici bir çalışma sistemi uygulamalıdır (Mesibov, G.B., Shea, V. & Schopler, E., 2005).

TEACCH Eğitsel Teknikleri

Geleneksel eğitim modelinde sözel anlatım, model olma ve sosyal pekiştireçler çok kullanılır. Normal gelişim gösteren bireylere bir şey öğretmenin en etkili yolu dil kullanımıdır. Eğitiminin sözel açıklamaları öğrencinin neyi, nasıl yapacağını ve yapılanlar arasındaki ilişkiyi anlamasını sağlar. Ne yapacağını öğrenince uygular ve gerektiğinde yardım isteyerek çalışmayı tamamlayabilir. Otistik bir birey ortamdaki ses, ışık gibi bir uyarı ile ilgilenip söylenen odaklanmayabilir, eğitiminin dudak hareketlerini izliyor olabilir, kendisine konuşulduğunu anlamamış olabilir veya dikkatini verse bile karmaşık kelimeleri, yan anlamlarını, mantıksal çıkarımları anlamakta güçlük çekebilir. Bu nedenle TEACCH yaklaşımı sözel yönerge ve sözel açıklamaların tek başına yeterli olmadığını dikkate alır, sözel bilginin görselleştirilerek anlaşılır kılınmasını gerekli görür.

Model olma yöntemi, otistiklerin eğitiminde çoğu zaman etkili değildir; çünkü bireyin modeli taklit edebilmesi için onu izlemesi ve onun gibi yapması, ilişkili özellikleri tanımlayabilmesi gerekir. Otistiklerde model alma, taklit yoluyla öğrenme sınırlıdır; bu nedenle bazen gösterileni izleyebilir, ancak ona bakarak kendi davranışlarını organize etmede başarılı olmayabilir.

Eğitiminin kullandığı sosyal ödüller olan “aferin, şahane, teşekkür ederim” gibi övgüler, öğrencinin yaptığından gurur duyduğunu belirten ifadelerin, pekiştireç olarak amacına ulaşabilmesi için öğrenci için bir anlamı olması gerekir. Fakat otistik bir çocuk için bu övgülerin veya gülümsemenin iletişimsel anlamını bilmez ya da bu memnuniyet ifadesinin yaptığı işle ilişkisini kuramaz. Bu nedenle sosyal pekiştireçler çok etkili olmaz, bu ilişkiyi kurabilmesi için bir süre sosyal pekiştireçleri somut “sevdiği yiyecek, oyuncak gibi” pekiştireçlerle birlikte kullanmak, zamanla somut olanları azaltıp sosyal ödülleri arttırmak gerekmektedir.

TEACCH yaklaşımı bu tekniklerden tamamen vazgeçilmesini önermez, ancak bunlara ek olarak farklı teknik ve stratejilerden de yararlanılması gerektiğini savunur.

Bu programın yapılandırılmış öğretim yöntemini temel almasının nedeni, pek çok çalışmada (Locyer & Rutter, 1969; Rutter, Greenfeld & Locker, 1967; Schopler, Mesibov, DeVellis & Short, 1981; Akt. Mesibov ve Schopler, 1994), görsel olarak yapılandırılmış öğretim programlarının kullanılması otistik bireylerin gelişimsel alandaki becerilerinin artırılması ve davranışsal problemlerinin azaltılmasında yararlı olduğunun gözlemlenmiş olmasıdır (Mesibov, Shea ve Schopler, 2004).

TEACCH Programı ve Yapılandırılmış Eğitim

TEACCH programı, görsel olarak yapılandırılmış öğretim tekniklerini kullanarak fiziksel çevreyi, günlük programları, bireysel çalışma sistemlerini her yaş ve işlevsellik düzeyindeki birey için anlaşılır hale getirmeyi amaçlamaktadır.

Fiziksel Ortamın Yapılandırılması

Çalışılan mekanın düzenlenmesi önemlidir. Belirli aktiviteleri nerede yapacağı açık olarak belirlenmelidir. Çocuk bireysel olarak çalışacağı alanı, oyun alanını arkadaşları ile çalışacağı alanı, NE öğreneceğini, NEREDE öğreneceğini bilmelidir. Böyle bir düzenleme kendinden ne beklendiğini ve neyi nerede yapacağını daha kolay anlamasını sağlayacağı için belirsizlikten kaynaklanan anksiyetesini azaltacaktır. Çalışmadan sonra oyun alanına gidiyorsa çalışma ile oyun arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayabilecektir (Howlin, P., Baron-Cohen, S., Hadwin, J., 2003).

Eğitim ortamında dikkati dağıtacak unsurların bloke edilmesi önemlidir. Dışarıdan gelecek ses, ışık, görüntü gibi dikkat dağıtıcıların bloke edilmesi, duvarlarda minimal görsel uyaran bulunması dikkatin dağılmasını en aza indireceği için önemlidir.

Çalışma alanlarının seçimi önemlidir. Pencere, ayna veya malzeme dolabının önü gibi dikkat dağıtıcı yerlerde çalışmak dikkati çabuk dağılan bir çocuk için uygun değildir. Boş bir duvara dönük minimum uyaran olan bir yer/ masa, sık sık dışarı çıkmak isteyen bir çocuk için ise kapıdan uzak bir nokta çalışma için başlangıçta daha uygun olacaktır.

Sınırlar ve öğrencinin gereksinimlerine uygun düzenlemelerin yapılması önemlidir. Çalışma alanı, özel aktivite alanları belirlendikten sonra seperasyonlar, mobilyalar ya da tabanın bantlarla ayrılması gibi düzenlemelerle çalışma alanı görsel olarak ayrılabilir olmalıdır. Materyaller düzenlenirken her öğrencinin gereksinimi dikkate alınmalıdır. Dikkati çabuk dağılan bir çocuk için materyallerin sırayla almasını sağlayacak şekilde kutular/sepetler içinde rafta dizili olması uygun olabilir. Her çocuk için gerekli olan fiziksel çevre yapılandırma miktarı belirlenmelidir. Çocuk bağımsız çalışmayı geliştirdikçe fiziksel yapılandırma miktarı azaltılmalıdır (Howlin, P., Baron-Cohen, S., Hadwin, J., 2003).

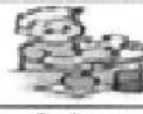
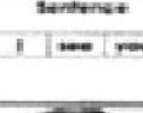
Yapılandırılmış Programlar/ Program Listeleri

Yapılandırılmış programlar her çocuğun o gün boyunca önce ne yapacağını sonra ne yapacağını ve çalıştıktan sonra kendisini neyin beklediğini gösterir. Yapılandırılmış programlar, her öğrencinin düzeyine uygun olarak resim, çizimler, yazılar gibi görsel materyaller kullanılarak yapılabilir. Yapılandırılmış programlar, yapacağı işin sırasını takip etmekte zorlanan çocuğa, yapacağı işin sırasını hatırlatır, alıcı dili yetersiz olan bir çocuğun, sözel yönergeleri anlamasını sağlar, sıralı işitsel belleği zayıf olan çocuğa yapacağı işlerin sırasını gösterir, dikkati sık sık dağılan çocuğa, sık sık programına bakma ve dikkatini toplama olanağı verir, sevdiği etkinliklerin programında olması, yapması gerekenleri biran önce yapması için motivasyonun artırır, bilinmezliği ortadan kaldırdığı için, bilinmezliğin yarattığı anksiyeteyi azaltır.

TEACCH uygulanan sınıflarda, genel sınıf programları ve her çocuğun bireysel programı olmak üzere iki tip program vardır. Çocukların bilişsel kapasitesine göre gerçek nesneler, fotoğraflar gibi daha açık görsel yardımcılardan yazılara kadar her türlü görsel materyal grup ve bireysel programda olabilir. Çocuğun düzeyine göre etkinlik sayısı, oyun şeklindeki bir çalışmadan, iki, üç, dört...daha çok sayıda çalışmaya doğru artırılır (Howlin, P., Baron-Cohen, S., Hadwin, J., 2003).

Bireysel Çalışma Sistemleri

Program listeleri çocuğa bir gün boyunca yapacağı çalışmaların sırasını gösterirken, bireysel çalışma sistemleri çocuğun bağımsız çalışma alanında yapacağı işleri gösterir. Bireysel çalışma sistemleri, çocuğa, hangi işi yapması gerektiğini, yapılacak işin miktarını, bitirdiklerini nasıl bileceklerini ve işi tamamladıktan sonra ne olacağını bilmelerini sağlar. Yüksek işlevli bir çocuğa yazılarak olarak verilebilecek çalışma sırası, daha ağır çocuklar için resimler gibi daha açık görsel malzemelerle hazırlanabilir, materyaller aynı resimlerin olduğu kutular içinde ve sırasıyla alacağı şekilde raflara yerleştirilebilir. En sonunda ödülün belirtilmiş olması önemlidir. Her çalışmadan sonra materyali içine koyacağı bitti kutusuna koymak ve "bitti" olarak sözel olarak vurgulamak otistik bir çocuk için işin ne zaman ve nasıl bitirileceğini anlamsız açısından önemlidir (Mesibov, G.B., Shea, V. & Schopler, E., 2005).

	Ayşe'nin programı	
	müzik saati	✓
	öğle yemeği	✓
	okuma saati	
	çalışma bitti serbest zaman	

Görsel Yapılandırmalar

Otistik çocukların en önemli zorluklarından biri iletişim kurma ile ilgilidir. Görsel açıklık-anlaşılabilirlik, görsel organizasyon, görsel yönergeler gibi yollarla elde edilen görsel yapılandırma ile sunulan işlerde daha iyi performans gösterdikleri gözlemlenmektedir.

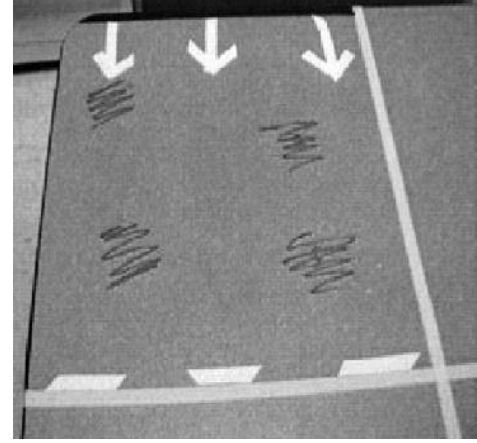
Görsel açıklık, boyanacak şeklin kenarına ip yapıştırmak gibi dikkatini çekmek istediğimiz durumu abartılı daha kolay algılanabilecek şekilde ortaya koymak daha kolay anlaşılmasını sağlayacaktır.

Görsel organizasyon, materyallerin masanın üstünde yan yana durması uyarıları kontrol ve organize etmekte zorlanan bir otistik için kafa karıştırıcıdır. Materyalleri kutu/ sepet gibi ayrı ayrı kaplarda getirmek, boyayacağı kağıdı bölümlere ayırarak daha küçük ve kontrol edilebilir kılmak karmaşık gelen çalışmaları daha anlaşılır kılacaktır.

Görsel yönergeler, sözel yönergeler yerine yazı, resim gibi görsel yönergeler gün boyu kimseye bağlı olmadan çalışmayı, yaşamayı öğrenmesini sağlayacaktır. Böylelikle yetişkinlikte bağımsız yaşam ve çalışma becerisine kavuşmuş olacaklardır (Howlin, P., Baron-Cohen, S., Hadwin, J., 2003).

Rutinler

Otistik çocuk hemen hemen her işle ilgili bir rutin geliştirir. Otistik çocukların rutin oluşturma özelliğinden yararlanmak, ancak daha esnek ve üretken kullanmak önemlidir. Bunun için eğitiminin yeni bir beceri öğretirken oluşturduğu rutini detayları değiştirerek yavaş yavaş esnetmesi, ancak ana yapıyı değiştirmeden koruması çocuğun değişikliklerden rahatsızlık duymadan, detaylara takılmadan ana yapıya odaklanmasını sağlamaktadır.



TEACCH programı sözel yönergeleri kullanırken çocuğun alıcı dil düzeyini dikkate alır, uzun sözel ifadelerin çocuğun kafasını karıştırdığını bilerek olabildiğince minimum bir dil kullanır. Şakalar, metaforlar, mecazi anlamı olan kelimeler gibi otistik çocukların anlamakta zorlandığı kelimelerden olabildiğince kaçınılmalıdır.

Bir işin tamamlanması, başarılması yeniden yapmak için önemli bir motivasyon kaynağıdır. Çocuklara çalışma sırasında yanlış yapmadan gerektikçe yardım verilmelidir. Yardımlar çocuğun gereksinimine göre fiziksel yardım, model olma veya sözel ipuçları, jestler olabilir. Çocuk öğrendikçe yardımlar azaltılmalıdır (Howlin, P., Baron-Cohen, S., Hadwin, J. 2003).

KAYNAKLAR

Chiang, H.M. & Lin, Y.H. (2007), Mathematical ability of students with Asperger syndrome and high-functioning autism: A review of literature. *Autism*; 11; 547-556

Grandin, T (2005), Resimlerle Düşünmek- Otizmin İçerden Anlatımı (Çev. M.C.İFTAR). İstanbul: Doğan Kitap (Eserin Orijinal Yayın Tarihi, 1986).

Howlin, P., Baron-Cohen, S., Hadwin, J. (2003), Teaching children with autism to mind-read, A practical guide. (6th Ed.). West Sussex-England: John Wiley & Sons Inc.

Mesibov, G.B., Shea, V. & Schopler, E., (2005) The culture of autism. The TEACCH approach to autism spectrum disorders (pp19-32). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Mesibov, G.B. & Shea, V. (2003), Teacch. Yayınlanmamış workshop metni. Gelişimsel Nöropsikiyatri Toplantıları I. Uluslararası Otizm Sempozyumu, İstanbul.

Schopler, E., Reichler, R. J., Bashford, A., Lansing, M., & Marcus, L. (1990). Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children: Vol. I. Psychoeducational profile-revised (PEP-R). Austin, Texas:Pro-ed.

Sussman, F. (1999). More than words. Canada: Beacon Herald Press

Wing, L. (2005), Otizm rehberi, (Çev. S. KUNT). İstanbul: Doğan Kitap. (Orijinal eserin yayın tarihi 1996).

OTİZM VE KARDEŞLER

KARDEŞLERİ FARK ETMEK

Uzm. Psk. Senem Yıldız

“Hiç kimse beni dinlemiyor.”

“Neden benim veli toplantılarına gelmiyorlar?”

“Hastalandığımı fark etmediler bile...”

“Bıktım artık. Hep cezalandırılan ben oluyorum.”

“Eve gitmek istemiyorum.”

“Altıma kaçırıyorum diye annem hep bana kızıyor, ona bir kere bile kızmadı.”

“Kardeşim defterimi yırttığı için bugün öğretmenden azar işittim.”

“Neden herkes kardeşiyle dışarıda oynayabiliyor da ben oynayamıyorum.”

“Kimse benimle ilgilenmiyor.”

“Ondan nefret ediyorum.”

“Artık hep birlikte gezmeye gidemiyoruz.”

“Annemler eve misafir arkadaş çağırmanı istemiyorlar. Hep onun yüzünden.”

Bu cümleler çalıştığımız engelli çocukların kardeşlerinden sıklıkla duyduklarımızdan sadece birkaçı. Ne yazık ki onların varlığını ancak bir problem yaşandığında fark ediyoruz. Hiç bir şey sormadan, yaşadıklarına ve olanlara bir anlam veremeden, hatta doğru dürtüst öfkelenmeden, isyan edemeden yaşıyorlar. Engelli bir çocuğun peşinden koşan aile, geride bıraktıklarının çoğu zaman farkında olamıyor.

“Sen büyüksün.”

“Sen ablasın kardeşine bakman gerek.”

“Seni kardeşine bakman için dünyaya getirdik, planlarını ona göre yap.”

“Sen normalsin, böyle davranmamalısın.”

“Bir de sen başlama.”

Bu çalışma, engelli kardeşi olan bireylerin yaşadıklarını daha görünür hale getirmek, en azından bundan sonra onların duygu ve düşüncelerine daha duyarlı olmak ve belki de onlara olan borcumuzu ödemek için hazırlanmış bir çalışmadır.

Kardeş İlişkilerinin Önemi

Kardeşler, aile sisteminin bir alt grubudur. Bu nedenle de aile içinde önemli bir yere sahiptir. Kardeşler arası ilişki, ömür boyu süren özel bir ilişkidir. Bu ilişkinin kalitesi aile içi çatışmaları ve uyumu da belirlemektedir. Çocuk, ilk sosyal deneyimlerini kardeşiyle yaşamakta ve sosyalleşme yolundaki ilk adımlarını kardeşiyle atmaktadır. Kardeşler arası ilişki, çeşitli deneme yanılmalar yapıldığı, gelecekteki kişilerarası ilişkileri ve başa çıkma mekanizmalarını ve kişilik gelişimini etkileyen bir sistemdir. Bu sistemde, cinsiyet farkı, doğum sırası ve ebeveynlerle kurulan ilişkiler çok önemli rol oynamaktadır.

Kardeş ilişkileri çocukların gelişim süreçleriyle birlikte değişip dönüşmektedir. Özellikle erken dönemlerde,

küçük kardeşler ilişkide daha aktif olmaktadır. Orta çocukluk döneminde ise kardeş ilişkileri daha eşit bir noktaya gelmekte ve her iki kardeş de daha baskın olmaya çabalamaktadır.

Aile ilişkileri içinde kardeş ilişkileri olumlu olabildiği gibi olumsuz da olabilmektedir. Kardeşe duyulan sevgi, kardeşle oyun oynama isteği, kardeşle paylaşma isteği, kardeşe yardımcı olma isteği, kardeşe duyulan hayranlık gibi faktörler olumlu aile ilişkilerinin gelişmesini sağlamaktadır. Buna karşın kardeşe yardımcı olmayı istememe, kardeşle paylaşmayı istememe, kardeşle oynamayı veya ona bakmayı istememe, kardeşe yönelik saldırgan davranışlarda bulunma, kardeşle ilgili olumsuz konuşmalarda bulunma ve kardeşin sahip olduğu eşyalara zarar verme gibi davranışlar olumsuz aile ilişkileri yaratmaktadır. Kardeşleriyle olumlu ilişki kuramayan kardeşlerin sosyal ilişkileri de olumlu yönde gelişmemektedir. Olumsuz kardeş ilişkileri, ebeveynlerin yanlış müdahaleleri sonucunda aile içinde sağlıklı bir ortam yaratmaktadır. (Bornstein ve Lamb, 1988)

Engelin Aileye Etkisi

Minuchin'e göre (1974), aile sisteminin düzenli işleyişini etkileyen en önemli etken ailenin stres faktörleriyle karşı karşıya kalmasıdır. Stres faktörleri dört ayrı koşuldan kaynaklanmaktadır. Bunlar, aile üyelerinden birinin aile dışındaki stres verici faktörlerle ilişkili olması, tüm ailenin aile dışındaki stres verici faktörlerden etkilenmesi, aile içindeki karşılıklı ilişkide stresin olması ve bireysel problemlerden kaynaklanan stres durumlarıdır. Ailede engelli veya kronik hastalığı olan bir çocuğun bulunması bireysel problemlerden kaynaklanan stres verici bir koşul olarak değerlendirilmektedir.

Ailede engelli bir çocuğun varlığı ailenin maddi ve manevi kaynaklarını büyük oranda etkilemektedir. Aile bireyleri aşağıdaki faktörlerden etkilenmektedir:

- Ailenin kaynakları
- Ailenin yaşam tarzı
- Ailenin çocuk büyüme deneyimi
- Engelin çeşidi ve yoğunluğu
- Ailedeki çocuk sayısı
- Ailedeki çocuklar arasındaki yaş farkları
- Ailede var olan başka stres kaynakları
- Başa çıkma mekanizmalarının çeşitleri ve aile içi iletişim biçimi
- Toplumsal desteğin çeşidi ve niteliği. (Horne ve ark., 2006)

Engelli Kardeşi Olan Çocukların Problemleri

Ebeveynin kaynaklarının, ilgisinin, zamanının büyük bir kısmının engelli çocuğa ayrılması, yaşam tarzının engelli çocuğa göre düzenlenmesi engelli olmayan kardeşin sosyal ve duygusal gelişimini etkilemektedir. Çocuklar, engelli kardeşlerine farklı tepkiler verebilmektedir. Gargiulo (1985, Akt: Atasoy (2002),s:41-43)) bu tepkileri belli başlıklar altında toplamıştır:

Kızgınlık: Çocukların engelli kardeşlerine gösterdikleri en yaygın tepkidir. Ebeveynlerin engelli kardeşle daha çok ilgilenmeleri, yaşam tarzının ona göre düzenlenmesi, maddi kaynakların engelli kardeş için kullanılması, engelli kardeşe bakma zorunluluğu çocuklarda kızgınlık duygularına yol açabilmektedir.

Düşmanlık: Çocuklar engelli kardeşlerini tüm problemlerin kaynağı olarak görebilirler. Bu da kardeşlerine karşı düşmanca duygular beslemelerine neden olabilir. Bu duygular sözel veya bedensel saldırganlık şeklinde ifade edilebilir.

Kıskançlık: Kızgınlık duyguları kıskançlık duygularını da doğurabilir. Ebeveynlerin ilgisini daha çok kazanmak için evde veya okulda davranış problemlerinin ortaya çıkmasına neden olabilir.

Suçluluk: Suçluluk duyguları da engelli kardeşi olan çocuklarda sıklıkla gözlenir. Bu duygular, engelli kardeşlerine ilişkin olan olumsuz duygularından veya engelli kardeşine kötü muamelede bulunmalarının bir sonucu olarak ortaya çıkabilir.

Üzüntü: Engelli kardeşleri için üzülebilirler. Bu üzüntü ebeveynlerin üzüntüsünü de yansıtmaktadır.

Endişe ve Korku: Gelecekle ilgili endişe ve korkular ön plandadır. Bu duygular ileride engelli bir çocuğa sahip olabileceği, kardeşine bakmak zorunda kalacağı ya da kardeşinin başına bir şey gelebileceği düşüncelerinden ortaya çıkan duygulardır.

Utanma ve sıkıntı: Çocuk kardeşinin durumundan dolayı utanabilir, toplum içinde onunla birlikte görülmekten sıkıntı duyabilir. Bu durum çocuğun engel derecesine göre de değişmektedir.

Reddetme: En sık rastlanan reddetme biçimi kardeşe ilgi ve sevgi göstermemedir. Bazen de engelli olma hali reddedilmektedir.

Çocuklardaki tepkiler yaşa bağlı olarak da değişebilmektedir. Erken çocukluk döneminde engelli olmayan kardeş, engelli kardeşi fiziksel ve davranışsal olarak taklit edebilmekte veya davranışsal gelişiminde bir gerileme yaşamaktadır. Daha sonraları da “dışavurum” yaparak veya “mükemmel” çocuk haline gelerek sıra dışı davranışlar sergileyebilmektedir.

İlkokul dönemindeki çocuklar, diğerlerinin kardeşleriyle kendi kardeşlerinin farkını gördükçe utanma ve sıkıntı hissetmektedirler. Problemin gelişmesine üzülebilmekte ve engelli olmadıkları için suçlu hissedebilmektedirler. Çoğunlukla koruyucu ve destekleyici davranmayı tercih etmektedirler ve bu da akranlarıyla arasında problem yaşanmasına sebep olmaktadır.

Genç yetişkinler ise gelecek odaklı kaygılara sahiptir. Engelli kardeşlerine ne olacağını düşünüp üzülebilirler. İleride evlendikleri zaman eşlerinin engelli kardeşi kabul edip etmeyecekleriyle ilgili kaygılanabilirler. Aile planlaması yaparken genetik danışmanlık almak isteyebilirler ve engelli kardeşlerinin gelecekteki sorumluluklarıyla baş etmede kaygı duyabilirler.

Bir de engelli kardeşlerin ne hissettiğine bakacak olursak, onlar da tüm aile bireyleri gibi stres yaşamaktadırlar. Bu stres faktörleri; anlaşılamamaktan doğan hayal kırıklığı, yalnız oynamak zorunda bırakılmanın mutsuzluğu, her şey hakkında sürekli hatırlatmaların yapılması, sosyal becerilerin yetersizliğinden dolayı içe çekilme, düşük benlik saygısı, engelli olmayan kardeş kadar hızlı ve becerikli olamamanın yarattığı kızgınlık duygusudur.

Engelli kardeşin ve engelli olmayan kardeşin tüm duygu ve düşüncelerine bakıldığında bu durumla en iyi başa çıkacak kişinin ebeveynler olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin aile içi tutumu her iki kardeş açısından da çok büyük önem taşımaktadır. Ebeveynler engelli çocukla, engelli olmayan kardeşe çifte standart uyguladıklarında çatışmalar artmaktadır. Engelli çocuğun daha fazla anne-baba ilgisine ihtiyacı olmasından dolayı engelli olmayan kardeş gösterilen ilginin miktarından rahatsız olacaktır. Bu da engelli kardeşin daha fazla sevildiği düşüncesini yaratacaktır.(Horne ve ark., 2006)

Pirimoğlu (1996) çalışmasında, engelli kardeşi bulunan çocukların, engelli kardeşi bulunmayan çocuklara göre daha fazla davranış problemlerine sahip olduğunu ve bu problemlerin, annelerinin kaygı düzeyleriyle önemli ölçüde ilişkili olduğunu belirlemiştir. Engelli kardeşe sahip olan kızların yüksek düzeyde saldırgan davranışa ve depresyona, erkeklerin ise depresyona ve okul problemlerine sahip oldukları tespit edilmiştir. Engelli çocuğun engelinin derecesi, ve ebeveynler ile engelli kardeş hakkında açık bir iletişim içerisinde olamamanın, engelli kardeşi olan kızların problemleriyle bağlantılı olduğu gözlenmiştir.

Kurumumuzda yapılan çalışma ve gözlemlerde de engelli kardeşi olan çocukların alt ıslatma, okul fobisi, düşük okul performansı, depresyon, düşük benlik saygısı, uyku ve yemek problemleri, akranlarla ilişki sorunları ve öz güven problemleri yaşadıkları görülmüştür. Engelli kardeşinden büyük olan çocukların aileye ve çevreye daha fazla uyum sağlayabildiği, küçük kardeşlerin ise regresif davranış problemleri yaşadıkları tespit edilmiştir. Bununla birlikte büyük kardeşlerin, özellikle kızların, engelli kardeşin sorumluluğunu diğer kardeşlere göre daha fazla üstlenmelerinin olumsuz duygu durumlarına sebep olduğu düşünülmektedir. Bu durum öfke yarattığı ve aile içi, özellikle anneye olan ilişkiyi bozduğu gözlenmektedir. Geniş ailelerde çocukların engelli kardeşe ve aileye uyumu daha başarılı olmaktadır. Çocuk ihtiyaç duyduğu sosyal ve duygusal desteği diğer aile bireylerinden kolaylıkla

alabilmektedir. Bununla birlikte özellikle engelli kardeşine kendisini “adamış” kardeşlere dikkat edilmelidir. Kardeşine gereğinden fazla ilgi gösteren çocuklarda altta yatan öfke dikkat çekmektedir. Bu gereksiz ilgi ve sevgi gösterileri aslında çocuğun hissettiği öfkeyle başa çıkmak için kullandığı bir yöntemdir. Tüm bu davranışların ortaya çıkmasında çocuğun aileyle, özellikle de anne ile kurduğu ilişkinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bilgi Vermenin Önemi

Genellikle kardeşler, engel hakkında çok yetersiz bilgilendirilmektedirler. Ne yazık ki kardeşlerin bilgi ihtiyacı ailelerinkinden çok daha fazladır. Çünkü çocuk kendisini engelli kardeş ile özdeşleştirmektedir. Ebeveynler, engel hakkında kaygıları ve soruları olan çocuğa bir birey olarak saygı duymalıdır.

Birçok çocuk, kaygı yaratan hislerini aile içindeki günlük konuşma ve tartışmalarda göstermemekte, daha çok okulda paylaşmaktadır. Bu duygular kardeş ilişkilerini etkilemektedir. Yanlış yorumlar yapmamaları için çocuklara kardeşlerinin engeliyle ilgili bilgi verilmelidir.

Ebeveynler ve profesyoneller, çocuğun sahip olduğu bilgi ile davranışları arasında bir çelişki olup olmadığına dikkat etmelidir. Eğitimcilerin, çocuğun duyguları ve ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmaları gerekmektedir. Bunun için olumlu kardeş ilişkilerini daha fazla destekleyebilirler. Özellikle erken dönemlerdeki okul yıllarında, öğretmenler engel durumlarını öğrenme fırsatları yaratarak, kardeşin farkındalığını ve etkileşimini desteklemelidirler. Örneğin, “kardeş günü” düzenlenerek, engel çeşitleriyle ilgili bir çalışma yapılabilir. Düzenlenen bu günde, canlandırma oyunları oynanabilir, işaret dili bilgisi verilebilir veya engelli bir kardeşe sahip olmanın olumlu yönleri paylaşılabilir. Örneğin, ortopedik engelli bir kardeşi olan çocuk, fizik tedavi odasını görmeli ve fizik tedavideki aktiviteleri denemelidir. İşitme engelli kardeşi olan bir çocuk ise, işaret diliyle bir şarkı veya şiir öğrenmelidir.

Bilgi, korkuları uzaklaştırır. Engel hakkında bir şeyler bilmek belirsizliği ve korkuyu yok ettiği gibi utancı da ortadan kaldırır. Bilgi, utanç ve kaygıyla başa çıkmanın bir yoludur. (Horne ve ark., 2006)

Ülkemizde yapılan bir çalışmada Küçüker(1997), zihinsel engele sahip çocukların kardeşleriyle gerçekleştirdiği “bilgi verici danışmanlık” sonrası kardeşlerin hem bilgi düzeylerinde hem de araştırmaya katılan deney grubundaki kardeşlerin kontrol grubundaki kardeşlere göre tutumlarında olumlu yönde bir artış olduğunu belirtmiştir.

Atasoy (2002) çalışmasında ebeveynleriyle otistik kardeşi hakkında konuşabilen çocukların endişe düzeylerinin daha düşük olduğunu saptamıştır.

Geleceği Planlamak

Geleceği planlamak, engelli çocuğun ailesi için önemli konuları da beraberinde getirir. Engelli olmayan yetişkin kardeşlerin kendi hayatları vardır fakat engelli kardeşleriyle aralarındaki benzersiz ilişkiden dolayı sıradan olmayan ve ekstra sorumluluklar üstlenmek zorunda kalırlar. Aldıkları sorumluluğun miktarı, engelli kardeşin bireysel özelliklerine ve çevresel şartlara göre değişmektedir. Bu durum, ailevi ve mesleki sorumluluklara, kişisel tercihe ve toplumsal desteğin ulaşılabilirliğine göre de değişmektedir.

Engelli kardeşin geleceğini planlarken, hareket edebilme becerisi, sosyal ve iletişimsel becerileri, eğitim ve kişilerin yaşayacakları yer ve sahip olacakları işler konusundaki kendi fikirleri önemlidir. Engelli çocukla ilgili bir dosya, tüm aile bireyleri tarafından bilinen güvenli bir yerde saklanmalıdır. Aşağıdaki fikirler geleceği planlama konusunda ailelere yardımcı olabilir:

Gelecek bakımı için ekonomik planlar geliştirin. Vasiyet düzenlemede deneyimli bir avukatla beraber, engelli aile bireyi için bir vasiyet oluşturun. Miraslar dikkatle ele alınmalıdır. Eğer engelli çocuğa mülk, pansiyon veya hayat sigortası varlık olarak bırakılmışsa, özellikle devam eden sosyal hakları araştırmak önemlidir.

Vasilik ve bağımsızlık hakkındaki ülke kanunlarını bilin. Engelli çocuğunuz rüştünü ispat edince, ebeveynlerin otomatik olarak onun vasisi olarak kaldığını varsaymayın. Vasi tayin edilmemenin kanuni sonuçları hakkında bilgi sahibi olun.

Kardeşler, engelli kardeşlerinin gerekli eğitimsel, mesleki ve tıbbi kayıtlarına nereden ulaşabileceklerini bilmelidirler ve kardeşlerinin gelecekte değişecek ihtiyaçlarına hazırlıklı olmalıdırlar.

Aileler, engelli çocuğun gelecekteki bakımını kolaylaştırmak için çocuğun ulaşabileceği tıbbi bakım ve finans kaynaklarını listelemelidirler.

Aileler uygun olan sosyal kaynakları araştırmalıdır. Servislerin ve kaynakların çeşitliliği ikamet edilen yere göre değişmektedir. Kardeşlerin iş edinme ve arkadaşlık gibi uzun dönemli ihtiyaçlarını gözden kaçırmayın.

Ailelerin, içindeki üyelerle birlikte büyüyüp geliştiğini unutmayın. Engelli bir çocukla yaşamak ve ona bakmak, engelli bir yetişkinle yaşamaktan çok farklıdır. Aile üyeleri sürekli olarak aşağıdaki soruları kendilerine sorarlar:

- Engelli kardeşin ihtiyaçları nelerdir?
- Bu ihtiyaçlar nasıl değişecek?
- Toplumdaki yerel destek gruplarından neler beklenebilir?
- Benim gereksinim düzeyim ne ve ne olacak?
- Gereksinimler ekonomik, duygusal ve psikolojik olarak bana göre gerçekçi mi?
- Sorumluluk diğer aile bireyleriyle birlikte nasıl paylaşılacak?
- Kariyer planlarım engelli kardeşime karşı sorumluluklarımla uyuşabilir mi?
- Gelecekte eşim kardeşimi kabul edecek mi?

Geleceği etkin bir şekilde planlamak, ailelerin sorumluluğunu ve stres duygusunu azaltmaktadır. Bu nedenle engelli kardeşle ilgili, aile sorumluluğunu mümkün olduğunca hızlı bir şekilde paylaşmak gerekmektedir.

Ebeveynlere Öneriler

Ebeveynler kardeşler arası ilişki ve tutumlar için örneklerle ve direkt mesajlar vererek bir tarz oluşturmalarıdır. Tüm ailelerde, çocuklara nazik davranılmalı ve birey olarak değer verilmeli, çocuklar disipline edildikleri kadar övülmelidir ve her çocuğun ebeveynleriyle geçirdiği özel zamanlar olmalıdır. Ebeveynler, evdeki durumu düzenli olarak değerlendirmelidir. Özel ihtiyaçları olan çocukların en önemli amaçları, benlik değeri ve özgüven duygularını geliştirmek, mümkün olduğunca bağımsız hale gelmek, başkalarının güvenini kazanmak ve becerilerinin tamamını geliştirmek iken, aynı amaçlar engelli olmayan kardeş için de çok önemlidir.

Aileler normal aile yaşamını sürdürmek için her fırsatı değerlendirmelidirler. Birçok şeyi beraber yapmak, beraber evi temizlemek, beraber sinemaya, parka, müzelere veya restorana gitmek bunlara örnek olabilir. Engelli çocuğun bakım sorumlulukları tüm aile üyelerince paylaşılmalıdır. Bakımın ağır yükünün büyük kardeşin omuzlarında olmaması önemlidir. Ailede eğer büyük bir abla varsa, bazı aileler engelli çocuğun temel sorumluluklarını ona verme eğiliminde olabilmektedirler.

Kardeşler arası etkileşim ve iletişimi düzenlemek için ailelere şu önerilerde bulunulabilir:

- Açık ve samimi olun.
- Kardeşlerin bakım sorumluluklarını sınırlayın.
- Bakım sırasında molaları ve diğer destek servislerini kullanın.
- Engeli kabul edin.
- Engelli olmayan çocukla özel zamanlar programlayın.
- Kardeşlerin kendi farklılıklarını çözmeleri için teşvik edin.
- Eve başka çocukları ve arkadaşları davet edin.
- Tüm kardeşleri övün.
- Onların, kendi çocuklarının en önemli ve en güçlü öğretmenleri olduklarını unutmayın.
- Kardeşleri dinleyin.
- Tüm kardeşleri aile olaylarına ve kararlarına katın.
- Engelli kardeşin mümkün olduğunca her şeyi kendisinin yapmasını isteyin.

- Her çocuğun kendine özgü nitelikleri ve aileye katkısı olduğunu unutmayın.
- Kardeşlerin stres yaşadıkları özel zamanları fark edin ve olumsuz etkileri azaltmak için plan yapın.
- İhtiyaç duyduğunuzda kardeşlere yardım etmek için profesyonellere başvurun.
- Kardeşlere etkileşimi öğretin.
- Normal aile yaşamı ve aktiviteleri için fırsatlar yaratın.
- Kardeşlerle ilgili organizasyonlara katılın. (Horne ve ark., 2006)

Engelli Kardeşi Olan Bireyler İçin Ne Yapılabilir?

Engel gruplarıyla yapılan çalışmalarda çoğunlukla engelli bireye ve anne-babaya hizmet vermek hedeflenmektedir. Engelli bireylerin kardeşleri problemleriyle çoğunlukla yalnız mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu noktada, başta aileler olmak üzere, engelli bireylerin hizmet aldıkları kurumlar ve engelli kardeşi olan bireylerin öğretmenleri ve okullarının rehberlik servisleri dikkatli olmak zorundadır.

Engelli kardeşi olan çocuklar için yapılması gereken en önemli çalışma onlara engel grupları, engellilere verilen hizmetler, eğitim teknikleri, uzmanların rolü hakkında bilgi vermek olmalıdır. Bunun için çocuk, engelli kardeşinin seansına davet edilebilir ve uzman eşliğinde kardeşiyle arasındaki iletişim üzerinde çalışılabilir. Çalışmalar bireysel yapılabileceği gibi grup çalışması olarak yapılmasının da faydalı olacağı ve çocuğun yaşadığı yalnızlık duygusunu azaltacağı düşünülmektedir.

Yapılacak bireysel ve grup çalışmalarının en önemli hedefi çocuğun engelli kardeşine ve ailesine karşı hissettiklerini açıkça paylaşabilmesidir. Yaşadığı öfkeyi, çatışmayı, korkuyu ve kaygıyı ortaya koyabilmesi ve bu duygularla nasıl başa çıkacağını öğrenebilmesi çalışmaların temel amaçlarından biridir. Ayrıca yaşadığı bu duyguların günlük yaşamda hangi alanları (aile, okul, akran ilişkileri, vs..) olumsuz yönde etkilediğini fark etmesi de yapılan çalışmaların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.

Çocuğun, empati becerisinin geliştirilmesi ise engelli kardeşinin ve ailesinin yaşadıklarını daha rahat anlayabilmesine olanak sağlayacaktır. Ayrıca aile içi iletişimin olumlu yönde değişmesine de katkıda bulunacaktır. Çocuk psikodraması, oyun terapisi, sanatla terapi kullanılacak uygun yöntemlerden birkaçıdır.

KAYNAKLAR

Atasoy, S. (2002). "Engelli (Otistik) Kardeşe Sahip Olan Bireylerin Kardeş İlişkilerinin İncelenmesi." Ege Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Bornstein, M.H., Lamb, M.E. (1988). *Developmental Psychology*. Lawrence Erlbaum Associates, London.

Horne, R. ve Ark. (2006) *Children With Disabilities: Understanding Sibling Issues*. <http://www.kidsource.com/NICHCY/sibling.issues.dis.all.3.1.html>

Gargiulo, R.M. (1985). *Working With Parents Of Exceptional Children: A Guide For Professionals*. Houghton Miffling Company, Boston. (Akt: Atasoy, S. "Engelli (Otistik) Kardeşe Sahip Olan Bireylerin Kardeş İlişkilerinin İncelenmesi." Ege Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.)

Küçüker, S. (1997). "Bilgi Verici Psikolojik Danışmanlık Programının Zihinsel Özürlü Çocukların Kardeşlerinin Özürlü İlgili Bilgi Düzeylerine Ve Özürlü Kardeşlerine Yönelik Tutumlarına Etkisi". Ankara Üniversitesi Özel Eğitim Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Ankara.

Minuchin, S. (1974). *Families And Family Therapy*. Harvard University Press.

Pirimoğlu, N. (1996) "Zihinsel Özürlü Kardeşe Sahip Olan Ve Olmayan İlkokul Çocuklarının Davranış Problemlerinin Karşılaştırılarak, Annenin Kaygı Düzeyi İle Olan İlişkisinin İncelenmesi." Ege Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

TÜRKİYE'DE OTİZM

Psk. Pelin Eraktan

Rüzgar Özel Eğitim Merkezi

Türkiye’de otizmlı çocukların özel eğitim gereksinimlerinin nasıl karşılandığıyla ilgili izlenmesi gereken aşamalardan kısaca bahsederek, bu aşamaların her biriyle ilgili farklı bir bakış açısı getirmek ve Türkiye’de yer alan uygulamaların nasıl daha iyileştirilebileceğini tartışmak istiyorum.

Bilindiği gibi Türkiye’de otizm spektrumu içinde yer alan çocukların tanılanmaları ilk önce ve çoğunlukla hastanelerin çocuk psikiyatrisi veya çocuk nörolojisi bölümlerinde çocuk psikiyatrist ve/veya nörologları tarafından yapılmaktadır. Tanılama sürecini takiben gerek görülen tıbbi değerlendirme ve tetkikler ilgili uzman tarafından yapılmakta ve çocuk özel eğitime yönlendirilmektedir. Türkiye’de otizmlı çocukların özel eğitim hizmetleri özel danışmanlık merkezleri, Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı özel özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri, yine Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı İlköğretim Okullarının bünyesinde yer alan Otistik çocuklar eğitim merkezlerinde(OÇEM) verilmektedir. Tıbbi tanılamadan sonra özel eğitim ihtiyacı belirlenen çocuk ve ailesi devlet ve üniversite hastanelerinden aldıkları tıbbi tanılamayı içeren heyet raporuyla ikamet ettikleri ilçenin Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı Rehberlik ve Araştırma Merkezleri’ne başvurarak çocuklarının Eğitsel Tanılama ve Değerlendirme Raporu’nu almaktadır. Bu rapor bir sene geçerli olup, raporda çocuğun eğitimsel ihtiyaçları belirtilmekte ve Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı olarak açılan özel özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri’nden alacakları eğitimde nasıl bir programın izlenmesi gerektiği yazılmaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı’ndan çıkan son genelgeye göre bundan sonraki dönemde Rehberlik Araştırma Merkezleri aynı zamanda çocuğun yaşına ve o süreçte sahip olduğu becerilere göre çocuğun bireysel veya grupla destek eğitim hizmetine mi yoksa oçem sınıflarına mı yönlendirileceğine karar verme yetkisine sahip olacaktır.

Burada önemle üzerinde durulması gereken nokta otizm spektrum bozukluklarının oldukça karmaşık bir yapıya sahip olduğunun unutulmamasıdır. Bu sebeple bu probleme sahip çocuklar ya da bireyler değerlendirilirken uygun değerlendirme araçlarının kullanılması, çocuğun ihtiyaçlarını belirlemekte ve doğru eğitim programlarının seçiminde büyük bir öneme sahiptir. Maalesef Türkiye’de otizm spektrum bozukluklarını değerlendirme de kullanılan etkin ve işlevsel araçlar yok denecek kadar azdır. Kullanılan değerlendirme araçları otizmlı çocuğun ihtiyaçlarına yönelik olmadığı için çoğu zaman çocuk için hazırlanan eğitim programı da yetersiz kalmaktadır.

Bu sunumda Otizmlı çocuğun bir özel eğitim ve rehabilitasyon merkezine başvurduktan sonra uzmanlar için, izlenmesi gereken yollar tartışılacaktır.

Bilindiği gibi otizmlı çocukların problem yaşadığı en önemli ve özel eğitim hizmeti için ön planda tutulması gereken gelişim alanı iletişim becerileri gelişim alanıdır. Bu önemli ve karmaşık gelişim alanının yanı sıra dil, bilişsel, sosyal beceriler gelişim alanları ve davranış problemleri olarak değerlendirilebilecek stereotipik hareketlerin gelişimi ve çevre uyaranlarına karşı çocuğun nasıl tepki gösterdiği de değerlendirilmesi gereken önemli başlıkları oluşturmaktadır. Ayrıca otizmlı çocuğun iyi bir performans gösterebilmesi için yaşadığı çevrenin, ailesinin ve okul durumunun değerlendirilmesi de gerekmektedir. Otizmlı çocuğun farklı bir ortama ya da ailesinin dışındaki bir kişiye alışması ve olumlu tepki göstermesi bazen oldukça uzun sürer. Bu yüzden çocuğun eğitimini sürdürecektir meslek elemanının çocuğa formal bir değerlendirme yapmadan önce çocukla arasındaki iletişimi nasıl kuracağıyla ilgili ön bilgiyi aileden alması çok önemlidir. Bu ön bilgi çocuğun kısa bir biçimde iletişim becerilerinin aileye sorulacak sorularla değerlendirilmesidir. Bu bilgiler eğitimcinin çocukla daha çabuk ve anlamlı iletişim kurmasını sağlayacak, yapılacak formal değerlendirme için eğitimciyle çocuk arasında bir tanışma sağlayacaktır. Burada sorgulanması gereken başlıca noktalar şunlardır:

- Çocuk ismiyle seslenildiğinde nasıl tepki vermektedir?
- Çocuk göz kontağı kurar mı? Kurarsa ne düzeyde göz kontağı kurmaktadır? Yönerge verildiğinde mi yoksa spontan olarak mı?
- İsteddiği şeyleri nasıl ifade eder?
- Oyuncaklara ilgisi ne düzeydedir? Anlamlı oyun oynar mı?

- İletişimi kendiliğinden başlatır mı?İletişim önerisine nasıl tepki verir?
- Ortak dikkati var mıdır?Biri o'na bir şey gösterdiğinde işaret edilen şeye bakıp sonra o kişiye bakar mı?
- Herhangi bir şeyi taklit eder mi?
- Ne tür oyuncakları sever?
- Sterotipik hareketleri varsa bunlar nelerdir ve bu hareketleri tetikleyen herhangi bir nesne ya da durum var mıdır?

Yukarıda belirtilen noktalar dikkatinizi çekeceği üzere otizmlili bir çocuğun iletişim becerileri üzerine odaklanmıştır.Çünkü bilindiği gibi gelişimsel problemler içerisinde iletişim alanında ciddi boyutta sorun yaşanan en önemli bozukluklar otizm spektrum bozukluklarıdır.Çocuğun bilişsel, motor, psikososyal ve öz-bakım beceri alanlarındaki gelişimiyle ilgili doğru bilgiler edinilebilmesi için eğitimsel değerlendirmeden önce iletişim becerilerinin mutlaka değerlendirilmesi ve eğitimciyle çocuk arasında pozitif anlamda bir bağın kurulması gerekmektedir.

İletişim becerileri ana hatlarıyla sorgulandıktan sonra çocuğun eğitim alacağı ortamın düzenlenmesi ve eğitimcinin bu iletişim bilgilerini kullanarak çocukla anlamlı ve çocuğun kabul göreceği şekilde iletişim kurması, O'nu uzun sürecek bir eğitim sürecine hazırlaması gerekir. Burada sadece çocuğun eğitimciye alışması değil, eğitimcinin de çocuğa alışması önemli bir gerekliliktir.Otizmlili bir çocukla çalışacak eğitimcinin otizm konusunda ayrıntılı bilgiye sahip olması ve çocuklarla kurduğu iletişim ve empati becerisinin iyi olması, çalışma motivasyonunun yüksek olması önemlidir.Profesyonel bilgi ve donanımın yeterli olması ise yukarıda sayılan özelliklerle birlikte anlamlılık kazanacaktır.Otizmlili çocukla karşılıklı bir kabul süreci yaşandıktan sonra sıra çocuğun ayrıntılı değerlendirilmesine gelmiştir.Türkiye'de otizme özgü gelişim profilini ayrıntılı bir şekilde değerlendiren test materyeli sadece bir tane vardır.

Otizmin tanımı ilk yapıldığından bu yana otizmin sebepleriyle ilgili bir çok farklı görüş tartışılmış ve tartışılmaya devam etmektedir.Son zamanlardaki tartışmalar ise genetik ve nörobiyolojik çalışmalar üzerinde yoğunlaşmaktadır.Bu alanda yapılan tıbbi araştırmaların ortaya çıkardığı bir takım tedavi yöntemlerinin yanı sıra şu ana kadar en etkili ve geçerli tedavi yönteminin eğitim olduğu düşünülmektedir.Uygulanan her türlü eğitim yönteminin bu çocukların çevresel uyumlarını ve var olan kapasiteleri içinde performans düzeylerinin en üst noktaya çıkarılması amacını taşıdığı unutulmamalıdır.

Kabul gören son bilgiler ışığında otizmin karmaşık nöro gelişimsel bir durum olduğu düşünüldüğünde bu alanda uygulanan geçerli eğitim yöntemleri davranışçı eğitim ilkeleri üzerine kurulmuştur.Yaygın olarak kullanılan eğitim yöntemlerinin başında ABA(Applied Behaviour Analysis)(Uygulamalı Davranış Analizi), TEACCH(Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children), PECS(Picture Education Communication System)(Resim değiştirme yoluyla iletişim sistemi), Sensory Integration(Duyu Bütünlemesi), DIR model(floortime)(The Developmental, Individual-difference, Relationship-based model)(Bireysel farklılıkları gözetken iletişim temelli gelişim modeli) gelmektedir.Teacch ve Pecs yöntemleri çoğunlukla otizm spektrumu içinde yer alan çocukların eğitimlerinde kullanılan, onların gelişim ve öğrenme özelliklerine göre davranışçı ilkelerle düzenlenmiş yöntemlerdir.Pecs yoğun olarak otizmlili çocukların iletişim becerilerine odaklanmış ve bu konuda çok olumlu sonuçlar doğuran bir yöntemdir.Bedenlerini ve çevrelerini algılamakta ve bunlara uygun, uyumlu tepki geliştirmekte sorun yaşadıkları ve bunların öğrenme süreçlerini de etkileyebileceği düşünülen otizmlili çocukların duyuusal bütünleme terapisinden bir çok faydalar sağlayacağı da açıktır.Çünkü bu yöntemle otizmlili çocuklar çevreden ve kendi bedenlerinden edindikleri bilgileri çok daha işlevsel ve anlamlı kullanabilmekte, bu da öğrenme süreçlerine doğrudan etki edebilmektedir.DIR model ise açılımında da belirttiği gibi bireysel farklılıklardan yola çıkarak, iletişim temelli bir gelişim modeli önermekte ve yerde oyun zamanı(floortime) adlı yöntemle desteklenen kapsamlı bir yaklaşım sunmaktadır.

Bu yöntemlerin içinden PECS modelinin otizmlili çocuklarda yöntemin ayrıntılarını sunmadan nasıl etkin bir ilerleme sağladığını birkaç örnek ve resimle anlatmak istiyorum.Özellikle bu yöntemin üzerinde durma sebebim PECS'in iletişim temelli bir yaklaşım sunmasıdır. Pecs iletişimin alt bileşenleri dikkate alınarak oluşturulmuş 6 fazdan oluşan yapılandırılmış bir öğretim yöntemidir. PECS yöntemi Normal gelişim gösteren çocukların doğduğu andan itibaren kullandıkları doğal iletişim yollarını göz önünde bulundurarak otizmlili çocuklarda iletişimin hangi

kilometre taşlarında durakladığını ya da eksiklik gösterdiğini değerlendirerek onlara gelişim özelliklerine uygun bir eğitim modeli sunmaktadır. Otizmli çocuklar PECS sayesinde iletişim kurma ve öğrenme özelliklerine uygun bir yaklaşımla sadece iletişim becerileri üzerinde değil, dikkat ve alıcı dil becerilerinde de ilerleme sağlamaktadır. İletişim becerileri gelişen otizmli çocuğun stereotipik davranışlarında ve öfke nöbetlerinde, sebepsiz ağlamalarında ve daha başka davranış problemlerinde azalma gözlenmektedir. Yöntemin her otizm tanısı almış çocukta aynı düzeyde etkili olacağı ayrı bir tartışma konusudur fakat yöntemin uygunluğu biraz sonra anlatılacağı gibi bir çok açıdan değerlendirilmelidir.

Tartışılan bütün bu yöntemlerin otizmi merkezine alan ortak bir yönleri vardır. Ancak akıllara ilk olarak şöyle bir soru gelmektedir. Madem bütün yöntemler bir şekilde otizmli çocuğa faydalı olacaktır peki “Hangi yöntem kullanılırsa daha iyi olacaktır?”. Bu sorunun sorulması çok önemlidir. Çünkü Türkiye gerçeğinden yola çıkarsak yukarıda da bahsedildiği gibi bu çocukların devlet destekli olarak aldığı eğitimin süresi diğer ülkelere göre çok azdır ve bu sürenin en verimli şekilde kullanılması gerekmektedir. Bahsedilen yöntemlerin çoğu belirli bir çalışma süresini öngörmekte ve bu çalışmaların aile ve okul tarafından da desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca bu yöntemlerin Türkiye’de kullanılabilmesi alandaki profesyonellerce yöntemlerin iyi bilinmesine ve farklı gelişen bir çocuk yetiştirmedeki kültürel, sosyal ve psikolojik yapımıza, alışkanlıklarımıza uygun hale getirilip getirilmemesine bağlıdır. Çocuğun yaşı, daha önce eğitim alıp almadığı ya da ne tür bir eğitim aldığı, çocuğun yaşı ilköğretim yaşından daha küçükse anaokuluna gidip gitmediği gibi bilgiler de çocukla çalışırken hangi yöntemin belirleneceğinde etkili olmaktadır.

Tartışılması gereken diğer önemli bir nokta da çocuğun otizminden farklı olarak ele alınması gereken bireysel özelliklerinin yapılan uygun değerlendirmenin ardından tespit edilmesidir. Otizmli çocuğun bireysel özellikleri aldığı tanıyla birlikte değerlendirilirken, çocuğun duygusal ve psikolojik gelişimi de değerlendirilmeli ve aile içindeki etkileşimi sorgulanmalıdır. Davranışlarının altında yatan sebepler araştırılırken sadece konulan tanıya bağlı kalınmamalı, çocuğun hissettikleri ve ruhsallığı unutulmamalıdır. Sonuçta otizmli çocuk da bir çocuktur ve otizm dünyası içerisinde verdiği tepkiler otizm bağlamından bağımsız olabilir. Fakat bunları ayırt etmek ve tanımlamak bazen gerçekten zor olabilir. Bu yüzden de bir çocukla çalışırken farklı profesyonellerin çocuğu farklı açılardan ele alarak değerlendirmesi ve ortaya çıkan bilgileri bütünleştirmesi çocuğa sunulacak yaklaşımlardan hangisinin daha iyi sonuç vereceğine karar verilmesinde etkili olacaktır. Burada çok basit bir örnek vermek gerekirse; otizmli bir çocuğun davranış problemi olarak nitelenen bazı davranışlarının çözülmesi bazen sadece davranış değiştirme yöntemleri kullanarak giderilemeyebilir. O zaman bu davranışın altında yatan sebeplerin farklı yöntemlerle, çocuğun içinde bulunduğu duygusal durum ve ailenin çocukla olan iletişimi değerlendirilerek giderilmesi gerekebilir.

Özetleyecek olursak; bu kadar karmaşık ve çok bilinmeyenli bir problem durumuyla karşı karşıya olduğumuza göre elimizde olan bilgileri nasıl bu çocuklar için daha işlevsel, etkin ve anlamlı hale getireceğimizi düşünmeliyiz ve tartışmalıyız.

Onları “benzer” olarak tanılayıp “benzer” tedavi programları uygulamaktansa, onların her birinin “özgün” kişiler olduğunu kabul etmek ve her birinin “kişisel gelişimsel gereksinimlerine uygun” tedavi programları uygulamak durumundayız ve uygulamaların iyi bir değerlendirmeyle zenginleşeceğini unutmamalıyız.

ÖZÜRLÜLÜĞE YURTTAŞLIK PENCERESİNDEN BİR BAKIŞ

Dr. Bülent İlik

Birey; demokratik toplum yaşamına hak ve sorumlulukları temelinde aktif olarak katılır. Bu katılımın çerçevesi bireyin mutluluğu ve çıkarlarını toplumun yararı ve çıkarları ile uyumlulaştırdığını varsaydığımız soyut toplumsal sözleşmede belirlenir.

Toplumsal sözleşmenin karşılıklı olarak içselleştirilmesi, bir arada oluşun devamını ve gelişimini de etkileyecek bir süreçtir. Toplumda yürütme erk'ini elinde bulunduranların; bireyleri, ayrımsız, özgür yurttaşlar olarak mı yada tersine, yönetimleri altındaki “şey’ler-nesneler” olarak mı algıladıkları özürlülüğe bakışlarının da temel belirleyicisi olacaktır.

Özürlü bireyi yurttaş olarak kabul eden bakış, onu haklarıyla ve sorumluluklarıyla bir bütün olarak kabul edecek ve toplumun eşit, katılımcı, kendi kendine yeterli bir üyesi olarak algılayacaktır. Özürlü bireye, ailesine ve yakın çevresine “iyilik yapma” ödevi ile sorumlu olarak değil, toplumdaki tüm bireylere yaklaşması gerektiği gibi “hak” temelli yaklaşacaktır.

Özürlü bireye tek tek ve kamu olanakları ile sunulan hizmetleri, bireyin onurunu da yok sayma pahasına afişe etmek yerine, bu hizmete gereksinim duyanların tümüne ulaşmayı doğal ve zorunlu bir görev sayacaktır. Kuşkusuz bu aynı zamanda görev sayma ve algılama sadece yönetim erk'ine ait bir sorumluluk değil, bir arada yaşamak isteyen toplumun tüm üyelerine ait bir algılama ve yaşam biçimi sorunudur.

Çağdaş toplum; bireyi ve toplumun bütününe “kul” ve “tebaa” olarak gören yönetim anlayışını reddeder, özürlü bireyi, ailesini ve tüm bireylerini “yurttaş” olarak kabul eder.

Bu temel ve bir anlamda soyut genel giriş çerçevesinde özürlü bireyin, ailesinin, toplumun farklı aktörlerinin nasıl algıladığını Türkiye özelinde incelemekte yarar görülmektedir.

İyi niyetli olduğunu varsayabileceğimiz pek çok çaba, düzenleme gündelik yaşamımıza da yansımaktadır. Türkiye Sakatlar Konfederasyonu’nun derlemesine göre özürlülük alanında 70’e yakın doğrudan veya dolaylı yasal düzenleme vardır. Vergi indiriminden, tekerlekli sandalye dağıtımına, iş olanaklarından, eğitim yardımına kadar uzanan ve toplandığı zaman hiç de küçümsenemeyecek boyutlara ulaşan bir kamusal kaynağın kullanıldığını yeni yasal düzenlemeler yapıldığını ve kurumların oluşturulduğunu söylemek olanaklıdır. Bu kamunun merkezi ve yerel yönetimleri eliyle yürütülen çalışmalarının yanına yurttaş girişimlerinin –gönüllü organizasyonlar, STK’lar- gayretli çabalarını, kampanyalarını, proje uygulama ve arayışlarını da eklemek olanaklıdır. Kısacası özellikle “kentteki özürlüler” düne göre daha görünür ve seslerini duyurur hale gelmiştir. Ancak bütün bu çabaların, yankılanan sesin nasıl bir yanıt bulduğu ve özürlü birey ve ailesinin yaşamına nasıl yansıdığı da önemlidir.

Örneğin, geçtiğimiz günlerde bir büyük kentin yetkilisi “İsveç-Türk ortak çalışması ile 233 adet simit tezgahı” dağıttıklarını gururla açıklıyordu. Yine aynı kentte yerel yönetimin yayın organında 3 Aralık’la ilgili çok duyulandırıcı!.. ifadelerle şunlar yazılıydı “3 Aralık belki bir gün diye tanımlanırken bu bir günün bile **onlar** için değerini yok sayarız”, “**Onlar**,.. engelliler merkezlerinde yer almaktan mutlu. İlk kez **onlara** ait kurulan sosyal çevreden memnun, yalnızlıktan, yada çaresizlikten uzak, diğerlerinden daha yetenekli olduklarını inatla ispatlayarak yaşıyorlar”, “...merkez engelli bireylerin sosyalleşme ihtiyaçlarını da karşılayan bir yer halini alıyor”...

Böylece uzayıp giden haberi yorumlamadan önce bir iki küçük örneği daha anımsayalım.. Bir başka büyük kentte bu sefer bir başka törende – isim, yer yazıp biz de teşhire ortak olmayalım- bir tekerlekli sandalye dağıtım töreninde kentin en yüksek yöneticisi ortopedik engelli bir çocuğumuza tekerlekli sandalye veriyor, sarılıp, fotoğraf çektiriyor ve basına “her şey özürlüler için” diyor. Bir başka kentte belediye başkanı özürlülerle “iftar yemeğinde buluşuyor”. Kocaman fotoğraflar ve yanlarında özürlü yurttaşlarımız. Kamu kaynakları ile yapılan ve süslenerek sunulan “yardımlar”.

Bunların yanına yurttaş girişimlerinin neredeyse her gün bir başkasına rastladığımız “tekerlekli sandalye ya da başka bir şey için düzenledikleri “eSeMeS” kampanyalarını da ekleyebiliriz.

Birincisi ilk haberde sık ca vurgulanan “**onlar**” tanımı haberi yazan muhabirin bakışı olarak mı algılanmalı yoksa yaygın bir toplumsal bakışın yansıması mı? Onlar özürllüler ise, diğerleri kim ve hangi nedenle onlar için tanımlamalarda “kendilerince iyiliklerde” bulunuyorlar. Onlar, özürllüler ile mi sınırlı, yoksa başka onlar da var mı?. Kadınlar, etnik ve dini kökeni çoğunluktan farklı olanlar,göçmenler,sığınmacılar, yaşam tercihleri farklı olanlar da onlar mı..Bunların hepsine onlar diyorsanız geriye kimler kalıyor. Yazıda söz edilen “çaresizlik” gerçekte kimin çaresizliği ve de “onlar” diğerlerinden daha yetenekli olduklarını inatla neden ıspat etmek için uğraşıyorlar. Diğerleri her kimse onlardan daha çok yada az yetenekli olsalar ne olur.

Bunları toplumdaki yaygın “ötekileştirmenin “ somut örneği olarak kabul edebilir miyiz?..

Kentleri ve Ülkeyi yönetenler toplumsal kontrat gereği hepimizin yarattığı değerlerden oluşan kaynakları dağıtırken, özürllü bir bireye sandalye verirken düzenledikleri törenlerle neyi yapıyor yada amaçlıyor olabilirler?. Örneğin bir ay çalışıp maaşını alan, kişinin bu hakkıdır da,özgür bir engelli bireyin,sandalye,beyaz baston yada eğitim hizmeti alması hak değil midir?.. Toplumsal kontratın en üst ve somut belgesi Anayasa’da ifadesini bulan “sosyal devlet” üstelik özürllülerin korunmasına ilişkin özel hükümlere de yer vermişken bir hak böyle mi sunulmalıdır.

Günlük yaşamımızı daha renkli kılmak için eğer hakların sunumunu bu hale getiriyorsak,örneğin kamuyu yönetenlerin ve çalışanların maaşlarını her ay böyle törenlerle sunabilir miyiz?..

Çok daha acıtıcı örneklerini verebileceğimiz bu yaklaşım aslında özürllülere bakışın da bir yansımasıdır. Literatürde sosyal dışlanma ve duygusal istismar tanımları penceresinden bu örnekleri yorumlamak ve reddetmek zorundayız. Özürllülere yurttaş ve hak temelli olmayan bu bakış,”acıma” “biz sizin için neler yapıyoruz” dayatmasını özürllü bireyin ve ailesinin karşısına çıkartmakta ve kendisine “minnet ve şükran duyulmasını” empoze etmektedir.

Küreselleşmenin vahşi ve dayatmacı ideolojik yönü toplum gündemine sürekli sosyal devletin önemini yitirdiğini,bunun yerini STK’ların alması gerektiğini,Devletin hizmet alanlarında küçültülüp,özelleştirilmesi gerektiğini ve hızla yerel yönetimlere hizmetlerin devrini pembe tablolar içinde sunmaktadır. STK’lara çok ve önemli görevler düştüğü, özel sektörün “sosyal sorumluluk projelerinin” önemi sürekli vurgulanmaktadır.

Kendi içinde doğruları da olan bu ideolojik yorumları kısaca değerlendirmeden önce,Türkiye’ye ilişkin Birleşmiş Milletler kalkınma Örgütü’nün yeni bir verisini anımsamakta yarar bulunmaktadır. Türkiye Dünyanın en büyük 17. ekonomisine sahiptir. Buna karşın yaşam kalitesine ilişkin göstergelerde 177 Ülke arasında 84. sıradadır ve reel verilerle 2005’den 2006’ya geçerken bir sıra daha gerilemiştir.

Tahmin etmek hiç güç değildir ki yaşam kalitesi göstergelerindeki olumsuzluk öncelikle toplumdaki dezavantajlı grupları daha derinden etkilemektedir. Çocuklar,özürllüler,kadınlar,yoksullar bunların başında gelmektedir. Böylesi bir ortamda sosyal devlete duyulan gereksinim azalı mı? Çoğalır mı?. Devlet bu alanlarda küçültülmeli mi,büyütülmeli mi? Çok ciddi yapısal sorunlar aşılamamışken sosyal devlet sorumluluklarını STK’lara ve özel sektörün sosyal sorumluluk projelerine devredebilir mi? 12 milyonu aşkın özürllünüz varsa ve bunların eğitimden,sağlığa,iş ve mesleki rehabilitasyondan,bakım ve toplum yaşamına aktif katılabilmeye kadar çözüm ve kaynak bekleyen sorunları varken temel sorumluluk kamuya ait değil midir?.

Baştaki örnekler yeniden dönecek olursak; örneğin bir çocuğun-engellinin tekerlekli-akülü arabaya kavuşması elbette önemlidir. Bunun için gösterilen gayretler önemlidir.STK’ların bunu toplum gündeminde diri tutması, daha çok engelli bireye ulaşılması da önemlidir. Ancak bu saptamaların hemen yanına, örneğin İstanbul’da akülü araba gereksinimi olan yurttaş sayısının kaç olduğunu, bunların tümüne araba dağıtılsa maliyetinin ne olacağını, bunu bütün Türkiye’de hak temelli olarak ve bir program dahilinde yapsak maliyetinin ne olacağını, dünyanın17. büyük ekonomisinin yurttaşlarına böyle bir hakkı, duygusal olarak ezmeden,incitmeden sunmasının çok mu zor olduğu sorularını ekleyebilir miyiz?.

Bir başka cepheden, demokratik toplumun en vazgeçilmez araçlarından birinin örgütlenme ve örgütlenmiş bireyler olduğunu,bu nedenle STK’ların yaşamsal olduğunun altını çizip; STK’lara, yani kendimize, her birimize okunduğu şekliyle esemes kampanyaları ile bu işi çözüp çözemeyeceğimizi, enerjimizin büyük kısmını buralarda harcarken.örneğin kenti ve Ülkeyi yönetenlere “yılda kaç köprülül kavşak yapacağınızı,kaçta yapacağınızı,ne zaman bitireceğinizi büyük afişlerle, törenlerle açıklıyorsunuz da, engellilere ilişkin bizim bilip, denetleyebileceğimiz,

önerip,eleştirip,gerekirse destek olacağımız yıllık,5 yıllık programlarınızı niye açıklamıyorsunuz” yada Ülkemizi yöneten siz değerli yöneticiler “bizi de ilgilendiren yasaları hazırlarken,çıkartırken görüşlerimizi neden almıyorsunuz, bugün bir uygulama başlatıp, canınız istediğinde neden kaldırılıyorsunuz, bu büyük ve güzel Ülkemizde hala özürülülerin gerçek sayısını,hangi hizmete gereksinim duyduklarını saptaya- mıyorsunuz” sorularını neden sormadığımızı,soramadığımızı sorgulamalı mıyız?

Bir adım daha öteye gidip,terör belası ile hain mayın tuzaklarında onlarca genç insanımızı kaybeder, özürülü hale gelişlerini yüreğimiz yanarak görürken,bu mayınları fütürsuzca üretip,satan, küreselleşmenin motor gücü büyük ülkelerin! sorumlularını,temsilcilerini yeterince güçlü olarak sorgulayıp,protesto ediyor muyuz. Dünya kamuoyu önünde rezil edebiliyor muyuz?.O Ülkelerdeki barışsever-aydınlık insanlarla,örgütlerle dayanışma içine girip,engelleme çabası gösterebiliyor muyuz?

Yoksa sistemin projelerle desteklenen “cici çocukları” olmak her birimize yetiyor mu?..

Yurttaş olmak zor ama onurlu bir süreç. Kimseyi ötekileştirmeden, her bireyi özgür,onurlu ve toplumun saygın bir parçası olarak yaşatmak ve yaşamaya olan inançla.

UYGULAMALI PSİKOLOJİ VE EĞİTİM HİZMETLERİ

FARKLI GELİŞENLERİN ELE ALINIŞINDA TERAPİ-EĞİTİM VE PROJELENDİRME

Uzm. Psk. Fatma Sayman

Kadıköy Belediyesi

Engelliler Danışma ve Dayanışma Merkezi

Farklı gelişen kişiler, 'normal' çoğunluğun standartlarından niteliksel ve niceliksel olarak ayrılan gelişim özellikleri gösteren kişilerdir.

Farklı gelişen kişinin eğitimi ve uygulanacak terapiler ele alındığında;

- kişinin bireysel olarak tanınması-bilinmesi(bilgilenme)
- kişiyi bireysel olarak anlama-hissetme(eşduyum) ön koşuldur.

Biz ancak;

- Kişinin bireysel özelliklerini tanırsak ve anlarsak ona uygun ortamı ve yaklaşımı oluşturabiliriz.
- Farklı kişiyi kendi standartlarımıza uydurmaya çalışmak,
- Dışardan yaptırımla davranış değişikliklerine yöneltmek,

Sadece geçici 'düzelmeler' sağlayabilir.

Kişi kendi özelliklerine uygun ortamda potansiyellerini kullanabilir, gelişebilir.

Öğrenme uygun motivasyon sayesinde,içselleşir.

Farklı kişinin kendini gerçekleştirmesi, bağımsızlaşması ve varoluşu, çoğunluğun ölçü ve taleplerine uydurulması yolu ile değil, bizzat çoğunluğun, farklı kişinin ölçü ve ihtiyaçlarına uyum sağlaması yolu ile gerçekleşir.

Entegrasyon (kaynaştırma), 'farklı olanla birlikte yaşama' anlamına gelir.

ÖZEL EĞİTİMİN AMACI NE OLMALIDIR?

- Bağımsızlaşma.
- Kendi potansiyel ve yeteneklerini gerçekleştirme.
- Sosyal olarak var olabilme, insanlar ve çevreyle iletişim kurabilme.
- Üretken olabilme.
- İnsanca yaşam..., ..mutlu olabilmek..

BU AMAÇ İÇİN NASIL BİR ÖZEL EĞİTİM?

- Çocuğa uygun ortam
- Motivasyonun daima canlı olması
- Öğrenilecek şeyin çocuğun düzey, kapasite, yetenek ve ilgilerine uygun olması
- Çocuğun giriştiği işin ödülünü, bizzat işi başararak kazanması

- Bol tekrar ve transfer
- Öğrenilenlerin içselleştirilmesini hedefleyen öğretim yöntemleri

Özetle;

Özel eğitim, farklı çocuk için, hayatının ilk günlerinden itibaren başlayan bir hayat biçimi olmalıdır...

Burada ANNE - AİLE - EV devreye giriyor.

Anne - Aile;

- özel eğitimin temel felsefesini kavramalı,
- yöntemleri öğrenebilmeli,
- ortam uygun hale getirilebilmeli.

Bunun için; anne - aile psikolojik destek almalıdır.

Çocuğun gereksindiği terapiler, (konuşma terapisi, fizyoterapi, davranış terapisi...v.b.),

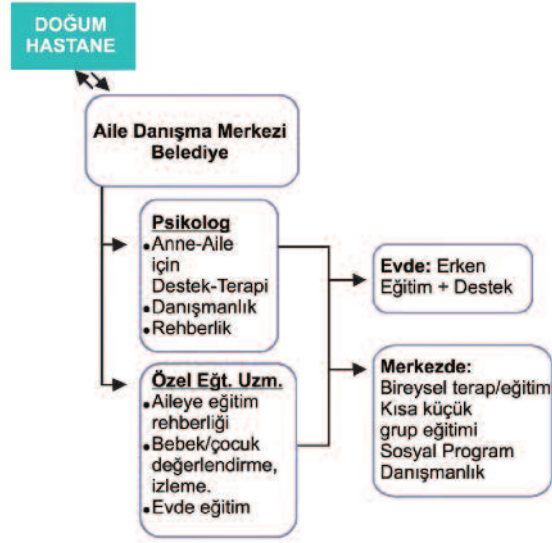
ancak ev ile eşgüdüm sağlanabilirse, işlevsel olacak ve içselleştirilebilecektir.



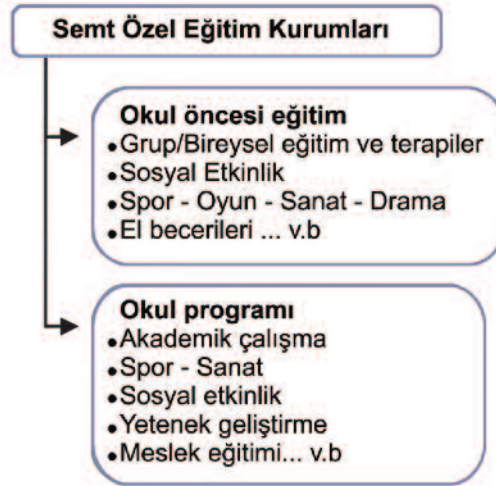
Greenspan (1992)'den aldığımız bu pramitte, evde erken eğitimin birbiri üzerinde yapılandırıan aşamaları görülüyor.

Evde erken eğitim, okullaşma ve uzaktan denetimli yetişkinli yaşam programlarının projelendirilmesi bağlamında, aşağıdaki basit şemayı öneriyoruz. Bu şema, uygun ve mütevazı maddi olanaklarla gerçekleştirilebilir. Ancak uygulamada farklı gelişenlerle eş duyum içinde olan bir zihniyet esas alınmaktadır.

I. ADIM - EVDE ERKEN EĞİTİM



II. ADIM- OKULLAŞMA



III. ADIM- GENÇLİK-YETİŞKİNLİK / YAŞAM-İŞ-UĞRAŞ

- **Semt Özel Eğitim Kurumları**
Küçük yerleşim birimleri
Uzaktan denetimli bağımsız yaşam
Evlilik...
- **İş**
Uğraş
Sosyal yaşam
Spor/sanat/doğa ... v.b uğraşları...
- **Tıbbi kontrol ve Psikolojik destek olanakları**

ÖZEL EĞİTİMDE TANI VE YÖNLENDİRME PROBLEMLERİ

ÖZEL EĞİTİMDE YÖNLENDİRME VE DEĞERLENDİRME PROBLEMLERİ

Uzm. Psk. Hülya Zambak

Uludağ Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi

Özel eğitimin; normal yaşlılarının yaralanabildiği eğitim ortamından yeterince yaralanamayan çocuklar için ne kadar önemli olduğunu hepimiz biliyoruz.

Özel eğitim imkânlarından yararlanacak olan çocukların mümkün olabildiğince **erken yaşta, doğru değerlendirilerek, doğru yönlendirilerek ve profesyonel anlayışa uygun bir ekip çalışmasıyla** eğitim imkânlarından maksimum düzeyde yararlanması gerekir.

Bunun yanı sıra aile ve toplumun bilinçlendirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Ülkemiz nüfusunun %12 sini oluşturan özürli bireylerin problemleri yalnızca kendilerinin, ailelerinin ve yakın çevrenin değil tüm toplumun ortak problemi olduğu unutulmamalıdır.

Özel eğitim ihtiyacı olan çocuklar nasıl yönlendiriliyor;

Okullarında öğretmenleri tarafından fark edilip rehberlik merkezlerine gönderiliyor.

Hastanelerin psikiyatri kliniklerine başvurduklarında özel eğitime yönlendiriliyorlar.

Farklı şikâyetlerle hastanelere başvurduklarında özellikle pediatri, KBB, çocuk nörolojisi gibi bölümlerden özel eğitim imkânlarından yararlanabileceklerini öğreniyorlar.

Başhekimliklere dilekçeyle başvuruyorlar.

Çocuk psikiyatrisine başvurduklarında önce psikiyatrik muayeneleri yapılıyor.

Gerekli kan tetkikleri, hormon testleri, EEG çekimleri ve psikometrik testleri yapılıyor.

Psikometrik değerlendirmede IQ'su belirleniyor. Gelişimine bakılıyor, uyum becerileri değerlendiriliyor ve klinik gözlemlerimiz ekleniyor.

Psikiyatrik ve psikolojik muayene sonuçları bir rapor halinde özürli kuruluşa gönderiliyor.

Bu kurulda çocuk hekimi, çocuk nörologu, çocuk psikiyatristi, KBB uzmanı gibi birçok branştan hekim bulunuyor.

15 günde bir toplanan bu sağlık kuruluna girdikten sonra çocuklara rapor veriliyor.

Verilen raporda nasıl bir eğitim alacağına karışılmıyor. Yani bireysel ya da grup vs. denmiyor, özrün oranına göre özel eğitim alması uygundur şeklinde raporlar belirleniyor.

%40 üzerinde öze sahip özel eğitim masraflarını devlet karşılıyor.

Genelde sağlık raporları tam teşekküllü üniversite hastanelerinden istenmektedir. Çünkü bu iş bir ekip çalışması gerektirmektedir.

Ekipteki herkesin görevini büyük bir titizlikle ve sorumlulukla yapması gerekir.

Çünkü her zaman sadece zihinsel engelli çocuklarla karşılaşmayız. Karşımızdaki otistik bir çocuk olabilir, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, özgül öğrenme güçlüğü olabileceği gibi işitme veya görme problemi ya da nörolojik bir problem de olabilir.

Bu nedenle psikolojik değerlendirmelerin de her özür grubuna ve çoklu öze sahip bireylere göre geliştirilmiş testler olması, uzman kişilerce uygulamaların yapılması önem taşımaktadır.

Özellikle belirtmek istediğim şeylerden biride aslında doğru olanın ZB'nün belirtilmesidir. Çünkü IQ sabit bir orandır, çocukların gelişimleri devam ettiği için yetişkin çağa gelmeden IQ üzerinden konuşmamak gerekir.

Bizim amacımız bu çocukların eğitimle değişmesi ve gelişmesidir. Bu IQ'nun da değişmesi demektir.

Erken çocukluk döneminde fiziksel, bilişsel, dil, motor, sosyal, duygusal alanlardaki gelişimin düzenli olarak izlenmesi, gelişimin hızını ölçmek açısından önemlidir.

Gelişim hızındaki duraklama veya gerileme, düzenli izlemeyle kontrol edilebilir. Saptanan bir duraklama veya geriliğe sistemli bir şekilde uygulanan gelişimsel destek ve müdahale programlarının, risk faktörlerine bağlı olumsuz etkileri en aza indirdiği araştırmalarla kanıtlanmıştır.

Özel eğitime ihtiyacı olan çocukları erken yaşta yönlendirebilirsek;

Çocuğun sosyal hayata erken uyum sağlamasını desteklemiş oluruz.

Kapasitesini en üst düzeyde kullanmasını sağlarız.

Çocukların akranları ile aralarındaki farkı azaltmaya çalışarak ileriki yaş dönemlerinde normal eğitim kurumlarına destekle de olsa devam edebilmesini sağlayabiliriz.

Çocuğa eğitimsel bir çevre sağlayarak araştırması, yaratması ya da öğrenmesi için fırsatlar yaratmanın yanı sıra, çocuğun yetersizliği dolayısıyla kendiliğinden kazanamayacağı gelişimsel becerileri öğrenmesine katkı sağlamış oluruz.

Ailelerin;

Çocuklarına karşı tutumlarının olumlu yönde değişmesine,

Bilgi ve diğer gereksinimlerinin karşılanmasına destek vermiş oluruz.

Karşılaştığımız zorlukları şöyle bir gözden geçirirsek;

Yönetmeliklerin tam olarak bilinmemesi ve uygulayıcılar arasında görüş birliğinin oluşmaması, uygulamada sorunlar ve yanlışlıklar yapılmasına neden olmaktadır.

Hastanelerde, RAM'de, Milli Eğitim'de mevzuat farklı farklı yorumlanmaktadır.

Tanı koyan tıp personelinin ayırıcı tanı ölçütleri, risk gruplarının belirlenmesi, erken özel eğitim konularında yeterli bilgilere sahip olmamaları nedeniyle aileyi yönlendirme ve destek olmada geç kalınabilmektedir.

Hastanelerde veya RAM'de her engel grubuna ve çoklu engele sahip bireylere göre uygun testler, değerlendirme materyalleri, bu test ve materyalleri uygulayacak uzman kişiler bulunmayabilmektedir.

Tanı ve değerlendirmenin belirli bir süre içerisinde tamamlanamaması eğitime başlamada zaman kaybına neden olabilmektedir.

Hastanelerde rapor verilmesi uzun vadede zamana yayılmaktadır.

RAM'lerinde eğitsel tanı için uzun vadede gün verilmektedir.

Yapılan psikolojik ve gelişimsel test uygulamaları için uzman personel, uygun ortam ya da materyal bulunmayabilmektedir.

Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde devam eden çocuklardan bazılarının raporlarının yenilenmesi sürecinde sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Eğitimle ilerlemeler sağlanmış olan bazı çocukların 70 IQ iken 75 IQ'ya çıkmaları eğitim ödeneklerinin kesilmesine ya da sınırlandırılmasına neden olabilmektedir.

Bu sorunlarla karşılaşmamak için ne gibi önlemler alabiliriz;

Engellenebilecek özür türlerinin genel tarama programlarıyla önlenebileceğini düşünürsek bu taramaların yaygınlaşmasını sağlamalıyız.

Ölçme ve değerlendirme için standartlar oluşturmalıyız. Bu standartlar hem uygulayıcılar hem de test materyallerini kapsamalıdır.

Tanı ve değerlendirmenin belli bir süre içinde yapılması karara bağlanmalı, bu süre içerisinde çocuklar eğitim hizmetinden yoksun bırakılmamalıdır.

Ailelere çocuklarının kısa sürede iyileşeceği, eğitimle “normalleşeceği” gibi gerçekçi olmayan beklentiler içerisine girerek sonuç alamayınca sık sık eğitim kurumu değiştirmelerine ve eğitim sürecini kesintiye uğratmalarına neden olmamak için sorumluluklarımızın farkında olmalıyız.

Özel eğitimle ilgili çalışan kurumlar arasında iletişim üst düzeyde olmalı, bilgiler güncelleştirilebilmeli ve ortak bir dil ve bakış belirlenmelidir.

Özel eğitim kurumlarındaki öğretmen ihtiyacının özel eğitim öğretmenlerince yapılması bu konuda gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.

Denetimler çok sıkı olmalı, bu savunmasız yavrularımız fırsatçılardan, bilgisiz ve bilinçsiz kişi ve kurumlardan korunmalıdır.

Her insanda olduğu gibi engelli çocuklar da, diğer insanlarla sosyal ilişki kurmak ve bunu sürdürmek, çevresi tarafından sevgi ve değer görmek, beğenilmek, takdir edilmek, hiç kimseye ihtiyaç duymadan ve bağımlı olmadan yaşamak istemektedirler. Bu onların en doğal hakkı olduğu gibi, toplumsal bütünlüğün ve kalkınmanın da temelidir.

Çocuklarımız içinde yaşadığı toplumun bir üyesi haline gelmeli ve kabul görmesi sağlanmalıdır.

ÖTEKİLEŞTİRME

GARİP

Ümit Eren Yurtsever

Konuşmama bir türkü ile başlamak istiyorum.Hayır Hayır kaygılanmayın türküyü ben söyleyecek değilim .bugün benim bir ÖZÜRÜM var.ÖZÜRLÜYÜM.

Türkü Aşık Mahsuni Şerife ait mekan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Kronik servisler iç bahce. İki hastam oturuyorlar özürlü olmanın acı terketilmişliğini yaşamaktalar ve ne zaman bu türkü çalsa duygusal donukluklarına rahmen ağlayarak katıldıkları bir türkü bu. Bu türkünün adı garip

GARİP

Hızlı hızlı giden yolcu

Bu mezarda bir garip var

Bak taşına acı acı

Bu mezarda bir garip var

Kurumuş yeşil otları

Toprak olmuş umutları

Gökte mavi bulutları

Bu mezarda bir garip var

İzi bile yok dünyada

Onu aramak beyhuda

Ne gezersin bu ovada

Bu mezarda bir garip var

Gökler yüksek toprak derin

Rüzgar eser serin serin

Senin olsun çiçeklerin

Bu mezarda bir garip var

Etrafı ağaç dizili

Vücudu toprak sızılı

Taşı Mahzuni yazılı

Bu mezarda bir garip var

Öteki, yani ben olmayan. Ben, ötekinin ötekisi. Birbirine muhtaç ikili bir ilişki. Ben, kendini tanımlayabilmek için önce ötekini keşfediyor. Kendini ancak, ötekinden kendine doğru hareket ederek tanımlayabiliyor. Ötekini, kendine göre eksiklikleri ya da fazlalıklarından faydalanarak fark ediyor. Kendini tanımladığı ve ötekini nesneleştirdiği anda kendisini özneleştiriyor ve merkezi kendisi olan ilişkiyi kuruyor. Bu, benin düzenlediği hiyerarşiyi oluşturuyor. Özne/ben tek başına aciz ve anlamsız. Kendi yabancısına muhtaç. Yani bizim yabancımız ötekileştirdiğimiz GARİP, GARİBAN. Ben garibi; mazlum, mağdur, zavallı ve ÖZÜRLÜ gibi çağrışımları anlamında kullanıyorum. Ben ötekini keşfediyor, nesneleştiriyor ve ötekini dışalamanın, yollarını arıyor. Ben'e göre ötekinin de ötekileri var. Böylece birbirinden bağımsız ya da içiçe, sayısız sayıda ikili ilişkiler oluşuyor. Ben, iflah olmaz bir şekilde 'öteki' arayışı içinde. Öteki, hep ben'in içinde.

Julio Cortazar'ın "Axolotl"daki kahramanı, bir su kertenkelesinin içindeki canlılıktan etkilenir. Kendi türünün

dışındaki bir “öteki”yle karşılaşmış ve ondan başka bir şey düşünemez olmuştur. Günün giderek artan zamanını, hayvanat bahçesindeki akvaryumun önünde, onu seyrederek geçirir. Beden yapısını inceler, kitaplığa gidip bu yaratık hakkında yazılanları okur ve orada, suyun içinde kımıldasızca varoluşunun ardına geçmeye, onu anlamaya başlar. Sonra, bir gün, camın karşı tarafından onu seyreden kendi yüzünü görür. Bilinci yer değiştirmiş ve dünyayı bu küçük su yaratığının gözünden görmeye başlamıştır. Bu öyküde konu edilen bu olağan dışı karşılaşma anları bir çok kişiyi etkilemiştir. Yerle bir etmek için yola çıktıkları Çin kentlerine yerleşen ve orada yaşanan Moğol atlıları, Kolomb’un gemisinden inip yeni kıtanın yerlileri arasında çoluk çocuğa karışan denizciler, maymun davranışlarını incelerken kendini sürünün bir üyesi gibi hissetmeye başlayan araştırmacılar ve daha bir çokları başka uygarlıklara ve türlere açılan kapıdan geçtiler. Orada, bir zamanlar birlikte yürüten ve sonradan evrim ya da uygarlık ağacının başka dallarına saparak yolları ayrılmış olan atalarının soyları ile karşılaştılar. Ancak, ne yazık ki, ötekiyle karşılaşma anını bir buluşma olarak yaşayan ve dünyayı ötekinin gözüyle görebilenler azınlıktaydı. Toplumu oluşturan kalabalığın böyle durumlardaki tepkisi genellikle düşmanca oldu. Biz insanların da Ötekileştirdiği Özürlülere karşıda tepkimiz düşmanca oldu çünkü her şey mükemmel bedene göre dizayn edilmişti.

Kapitalist sistemin toplumu atomize ederek, bireyi biyo-psişik bir topak olarak savunmasız kılmaya dönük çabaları günümüzde yaygınlık kazanıyor. Tanrı’nın “Habil nerede?” sorusuna karşılık, Kabil’in vermiş olduğu yanıt aslında psikososyal bakımdan bugün geldiğimiz noktayı açıklamak için tek başına yeterlidir. Bilindiği gibi Kabil Tanrı’nın bu sorusuna karşılık “Ben kardeşimin bekçisi miyim?” şeklinde cevap vermişti. Bugün de herkesin kendi benliğinin duvarları arasına sığındığı, bir diğerinin çığlığına kulaklarını tıkadığı, duyarsızlık kanallarının başka alanlara kanalize olduğu bir toplum gerçeğiyle yüz yüzeyiz. Aslında herkesin bir diğerinin kurdu olarak görüldüğü ve bu görüş açısının zihinlere iyice kazındığı bir liberal düzende insanlarda bir diğerini korumaya ve gözetmeye dönük bir zorlanım mekanizmasının olmayışı pek şaşırtıcı bir durum olmasa gerek.

Pierre Kaufmann *Psychanalyse et théorie de la culture* (1985; Psikanaliz ve Kültür Kuramı) başlıklı kitabında, ısrarla çizdiği gibi, kültürün tüm betilerinin aktarım ilişkisinde kendini kanıtladığını, yani temelini ötekiyle ilişkide bulunduğunu belirtiyor. Kaufmann bu sorulara Sigmund Freud’un yapıtından yola çıkarak yanıtlar arıyor. Freud, Fliess’e yazdığı 12 Aralık 1897 tarihli mektubunda “iç-ruhsal mitlerin neler olduğunu tasarlayabilir misin?” diye sorar. Ve şöyle sürdürür: “Bireyin, ruhsal yapısı hakkındaki o müphem algısı düşünce yanılsamaları oluşturarak dışarıya, ve geleceğe, öteye yansıtılır. Ölümsüzlük, ödüllendirilme, özürlü olma/olmama tüm ötelemeler, ruhsal içerimizin tasarımlarıdır.” Düşüncenin ilk ortaya çıkışı hukuk, sanat ve din gibi büyük kültürel kurumların gelişimi için bir öznel ana rahmi oluşturacaktır. Ötekiyle ilişkinin her karmaşık anı, farklılığın vurgulanmasını sağlar. Öteki hem gereksinimimiz için hem arzumuz için zorunludur.

İnsan yavrusu ilişkiye girdiği ‘öteki’ ve ‘ötekiler’in gözündekilerin ortalaması olmayı dil ve lisan aracılığı ile öğrenir. İlişkiye girdiğimiz ‘öteki’, kendimizi bulduğumuz, gördüğümüz ve tanıdığımız aynadır.

Kohut (1984) eşduyumun (empathy) bir gelişim çizgisi üzerinde en ilkel olandan gelişmiş olanlara doğru evrildiğini iddia eder. Eşduyum ilk önce annenin dokunmalarında, tutma ve kavramalarında, gülümsemelerinde kendini gösterir. Yüz ifadeleri ve bakışlar zaman içinde gitgide önplana çıkar. Bebek annenin kendisini izlediğini, onayladığını, cesaretlendirdiğini, sorularına yanıt verdiğini, vs. onun yüzünde izler. Annenin yüzü bebeğin baktığı bir ‘ayna’ gibidir. Bebek baktığı bu aynada kendi varlığını izler ve insanlaşma serüveninin ilk adımlarını atar. Tura’nın (1998) dediği gibi, kökeninde böyle bir ‘ayna-öteki’ yaşantısı olmayan bir yaşama ‘insani’ sıfatını veremeyiz. Olsa olsa, orada ‘tabiat’tan sözedilebilir. Bir sonraki aşama insanlaşma serüveninin en ‘ayırıcı’ ve ‘farklılaştırıcı’ adımıdır. ‘Dil’ ve ‘Lisan’ devreye girer. Dokunuşlar ve bakışlardan sonra şimdi de sözler, anneden bebeğe anlamı taşırlar. Konuşma, sözle paylaşma ve anlamı oluşturma, insani çevrenin vazgeçilmez ögesi olur.

İnsanlaşma serüveninin vazgeçilmez ögesi bu eşduyumsal ortamdır. Bebek ‘ayna-öteki’ye bakarak hem var olduğunu anlar ve özümser, hemde onun ‘göz’ünden ve ‘söz’ünden kendini görerek ve bu görüşü ve sözü, özünde varolanlar ile kaynaştırıp- içselleştirerek kişiliğini oluşturur.

Kendilik sürekliliğimiz, kişilik örgütlenmemiz ve fenomenolojik deneyimimizin dokusunu oluşturan bu etkileşim iç dünyamıza imge, simge ve semantik birimler olarak kodlanır. İç dünyamızın ham maddesi olan bu birimler her zaman bir ‘ilişkisel bağlamın’ ürünüdürler. Her imge, simge ve anlamsal içerik ötekilerin huzurunda vücut bulmuştur.

Kernberg'ün gelişim kuramında, kişilik örgütlenmesinin yapıtaşı, bir başka deyişle 'psişik atom'u şu öğelerden oluşur: Kendilik imgesi, nesne imgesi ve bu ikisini renklendiren bir dürtü ve duygulanım rengi (Kernberg, 1976).

Bu psişik atom, bebeğin 'öteki' (nesne) ile girdiği etkileşimin sonucunda oluşur. Bebek bu etkileşimi 'içe-yansıtır' (introjection). Bebek ile 'önemli öteki'nin, örneğin annenin herhangi bir etkileşimi bu psişik atomun hammaddeyi olacak katkıyı sağlamaktadır. Örneğin, bebek acıkmıştır ve gerilim içindedir. Ağlamaya başlar. Sonra anne görünür ve kendisine yaklaşır; meme verir. Bebeğin gerilimi sona erer; yavaş yavaş uykuya geçer. Bu etkileşim örneğini incelersek, 'acıkma-ağlama-doyurulma ve uykuya geçme' bağlamında, bebeğin kendisine dair bir imge oluştuğunu varsayabiliriz. Buna karşılık nesnenin (annenin veya memenin) de bir imgesi oluşur. Bu etkileşim bu iki imgeyi belli bir 'zarf' veya 'çerçeve' içine alır. Bu da o spesifik etkileşimin 'duygulanım rengi'dir. Bebek gelişimi boyunca bu tür etkileşimler sayısız kere yaşanır. Bu etkileşimler içe-yansıtıldıkça, yapısallaşmaya başlayan bir kişilik örgütlenmesinin 'tuğlaları' olurlar. Yukarıdaki örneğe dönersek, bebek yüzlerce kez acıkacak, ağlayacak ve annesi tarafından beslenecektir. Yüzlerce kez yaşanacak bu spesifik etkileşim, her seferinde bir öncekinin tıpkı-kopyası gibi olmayacak, kendilik imgesinde, nesne imgesinde veya duygulanım niteliğinde çeşitlilikler oluşacaktır. Psişik yapılanma, bu çeşitlilik arzeden etkileşimlerin 'ortalama' bir 'imgeselleşme süreci'dir. Gelişimin ileriki aşamalarında, çocuk oral bir gereksinimin gerginliğini yaşadığı anlarda, bu yapısallaşmanın etkisi altında kendi imgesi, rolü ve beklentisi; nesnenin imgesi, rolü ve beklentisi hakkında bir izlenim içinde olacaktır. Ayrıca bu izlenimler bütünü belli bir renge boyayan bir duygulanım veya duyguyu da deneyimleyecektir. Farzedelim ki, bebek tüm oral gereksinime dayalı gerginlik anlarında, ona karşı çift-uçlu duygulanımlar ile yüklü bir annenin davranışlarına maruz kalmış olsun. Bebek bazen yarım kalmış beslenme seansları, bazen ağlamalarına duyarsız kalan bir anne, bazen de suçlulukların güdülemesi ile, gereksinimi olmadığı halde beslenmesi için kendisini zorlayan bir anne ile yaşanan etkileşimleri içe-yansıtmış olsun. Böyle bir etkileşimin yapılaşması, nesne imgesini 'güven verici olmayan, ne zaman ne yapacağı belli olmayan, nefretli, vs.' kılabilir. Bu nesne ile ilişki içindeki kendilik imgesi ise 'nesne üzerinde kontrol kurmaya çalışan, korkulu, güvensiz, vs.' olabilir. Bu iki imgeyi ilişkilendiren 'duygulanım zarfı' ise 'öfke, haset, yas, vs.' olarak belirginleşebilir.

'Ben ve öteki', 'biz ve onlar', 'yerli ve yabancı'... gibi ikili yapılarda ilişki, ilişkinin her iki tarafı için de iki yönlü işliyor: İçe ve dışa doğru. Ben/biz/yerli ve öteki/onlar/yabancı tarafları, bu ilişkideki konumlarını hem kendileri için ve kendilerine doğru, hem de kendileri olmayan için ve kendilerinden dışarıya doğru kurmak ve devam ettirmek durumundadır. Özne bu ilişkideki merkezi yerini ve ötekine karşı kurduğu iktidarını haklılaştırmak için gerekçeler üretir, kendini buna ikna eder ve sürekli olarak bunu kendine tekrar eder. Ötekini kendisi için 'mutlak öteki'leştirir. Buna iman eder. Aynı şeyi ötekine karşı da yaparak, onu kendisinin ötekisi olduğuna alıştırır ve bu ilişkiyi iki taraf için de, başka türlü olmasının imkansız olduğuna inandırır. Aynı iki yönlü işleyiş öteki için de geçerli. Yani aynı mekanizma ötekinde de, içe ve dışa doğru işler. Bu ikili yapılanma, her iki taraf için de zihinsel anlamda narkotik etkisi taşır. Tarafların oluşturulmuş, kalıplaştırılmış davranışları ve beklentileri artık her iki taraf için de önceden bellidir. Kalıba sokulmuş ilişki biçimi, her iki taraf için de kabullenilmiş ise zihinsel uyusukluğu başlatır. Bu, tarafları rahatlatır, durumu meşrulaştırır.

Modern ulus devletlerin yurttaş tanımı ile günümüz dünyasında ve ülkemizde ortaya çıkan yeni kimlik tanımları ve tanınma talepleri birbirleriyle çatışabilmekte ve çoklukla da yeterli olmamaktadır. Taleplere ilişkin yasal düzenleme yapma esnekliğini göstermeyen modern ulus devlet, yurttaşları ile arasında ortaya çıkan tatminsizliğin giderilmesi zorunludur. Modern ulus devlet, kimliği resmi yurttaş kimliğine zaten uyan ve başka bir talepleri de olmayan kimi yurttaşların böylelikle, ayrıcalıklı bir konuma yükseltmiş, yurttaşları arasındaki hak ve özgürlük kullanımındaki eşitliği bazıları aleyhine bozmuş olmaktadır.

'Devlet ve yurttaş' arasındaki ikili ilişkide devletin, yurttaşları arasında bir ayrıcalık doğuran tavrı, yurttaşları arasında başka başka 'ben ve öteki' ilişkileri doğurur. Oluşan böyle bir ikili ilişkide tehlikeli olan ise; devletin taraflardan birini tutması, eşitini ötekileştiren tarafın gücünü devletten alması olacaktır. Hem içinde yer aldığı idare sistemi, hem de kendi eşiti tarafından ötekileştirilen kişi, bir anlamda garipleşmiş olmaktadır. Yani GARİBAN. Bunun giderilmesi için gerekli diğer düzenlemeler gibi kamusal alan da, yeniden tanımlanmaya ve yurttaşların birarada ve eşit olarak bulunabileceği, evrensel insani hak ve özgürlüklerini kullanabileceği bir zemin olarak düzenlenmeye muhtaçtır.

Ötekileştirdiğimiz özürülülerin ayrımcılığa karşı korunması, devletin özürülülüğün önlenmesine yönelik politikalar geliştirmesi, bakıma muhtaç özürülülere bakım güvencesi sağlanması, özürülülerin ve özürülülüğün

istismarına karşı sosyal politikalar geliştirilmesi, yeni doğacak ve doğmuş olanlarda tespiti mümkün olan özür ve hastalıklarla ilgili gerekli görülen taramaların yapılması en büyük arzum. Elbette bu, benim arzum. Ama zaten arzu, Lacan'ın belirttiği gibi hep “ötekinin arzusu” değil midir?

ÖTEKİLEŞTİRME

Dr. Murat Kemaloğlu
Antalya Ruhbilim Okulu

Beni en çok sinir eden şeylerden biri olan ötekileştirme için konuşma yapmam istendiğinde ilk önce şaşırdım, daha sonra hemen konu üzerinde üç ay süren bir tefekküre ve araştırmaya başladım. Vamık Volkan'ın Kimlik Adına Öldürmek, Dalai Lama'nın Bilim ve Maneviyatın Buluşması adlı kitapları konuya ilişkin önemli görüşleri sunan yapıtlar. Vamık Volkan ötekileştirmenin depeloma ile ana babalardan çocuklara nesilden nesile aktarıldığını, bunun özellikle kuzey Amerika ve batı Avrupa'da yaşayan ermeniler tarafından türkleri ötekileştirmede kullanıldığını ve bunun etnik kimliklerini sürdürme işlevi gördüğünü açıklamakta. Dalai Lama yüzyıllardır birbirlerini ötekileştirmiş bilim ve din arasında uzlaşma ve yakınlaşma yaratıyor.

Bugüne kadar olan tüm hayatınızı gözünüzün önünden geçirin. Kimler sizi ötekileştirmiş, siz kimleri ötekileştirmişsiniz. Boğulmakta olan insanın tüm hayatı film şeridi gibi gözünün önünden geçer. Belki boğulduğunuzu düşünürseniz tüm hayatınızın gözünüzün önünden geçmesi kolaylaşacaktır. Kadınları saç uzun aklı kısa diye ötekileştiren erkeklerden misiniz, erkekleri saç fetişisti olarak ötekileştiren kadınlardan mısınız? Gelin-kaynana, gelin-görümce, elti,kardeş,karı-koca çatışmalarını psikoterapide ele aldığımızda ötekileştirmenin ne kadar derin yaşandığını gördük. Kimlik oluşumu bakış açısının sabitlenmesiyle sonuçlanan bir süreçtir. Sürece eşlik eden bilinç dışı ego savunma mekanizmalarının en önemlileri özdeşleşme ve ötekileştirmedir. Özdeşleşmede başka insan içselleştirilerek kişinin ruhsal parçası haline gelirken,ötekileştirmede başka insan dışsallaştırılarak yabancı cisim haline gelir.Özdeşleşilenle işbirliği yapmak, arkadaşlık ve dostluk kurmak kolaydır;ötekileştirilen ise ya yok sayılır,ya da saldırganlığın ve şehvetin doyum nesnesi olarak kullanılır. Doğadan kopan insan primordiyal yalnızlık duygusu ile başa çıkmakta zorlanmış,kendisinin en gelişmiş, en evrimleşmiş varlık olduğuna inanarak narsistik yanılsama içine girmiştir. Ötekileştirme narsistik yanılsamayı besler,insanı insana ve evrene hizmet edemez hale getirir. İncinmeden ve incitmeden yaşama sanatını öğrenmek ve öğretmeye çalışmak bakış açısının sabitlenmesiyle daraltılmış farkındalık penceresini genişletecektir.Böyle bir hizmeti sunabilmesi için psikoterapinin kendi dışındaki disiplinlerle işbirliğine ihtiyacı vardır. Engellilerle yaptığım çalışmalar sırasında,"biz burada engelli görmeye tahammül edemiyoruz" diyenlerin ve onları savunanların ne kadar çok olduğunu gördüm. Çocuğu kabul edecek okul bulamayan , günlerini ve yıllarını engelli çocuğuyla yalnız geçirmiş annelerle tanıştım. Almanya'da yaşayan türk işçilerinin,Türkiye'de yaşayan eğitim düzeyi yüksek varlıklı kişilerden çok daha geniş farkındalığa sahip olduklarına şahit oldum. Eski Isparta ve Nazi Almanyası gibi engelli çocukları yok etmiş toplumlar da vardı, engellileri yok sayan toplumlar da. Narsistik yanılsamalarımızdan vaz geçip kendi içimizdeki engelleri tanımayı seçtiğimizde engellileri ile bütünleşebilmiş bir toplum olmayı başarabiliriz.

Yıllar önce Zürih'de İngiliz bir hanım bana analize gelmişti. İlk görüşmeden itibaren bu hanım beni, "Siz benim dört yaşındaki oğlumla ilişkimi mahvedeceksiniz" diye suçlamaya başlamıştı. Bu perseküsyon hezeyanının anlamı üzerinde düşünürken şu tarihi bilgi aklıma geldi. Ben bir Türk tüm, o da bir Hristiyandı. Tarihte Türkler, Hristiyanların dört beş yaşlarındaki erkek çocuklarını kaçırmış, onları devşirip asker olarak yetiştirdikten sonra ordularla anne babalarının üzerlerine saldırtmışlardı. Hristiyanlar Türkler kaçırmayı diye çocuklarının parmak ya da kulağını kesiyorlardı. Çünkü Türkler sakat çocukları kaçırmıyorlardı. Türkler ödip mitinin en yoğun yaşandığı yaşıdaki çocukları kullanarak güçlü ordular kurmayı Bizanslılardan öğrenmişlerdi. İngiliz hastama endişelerinin kökeninde bazı çözümlememiş tarihsel sorunlar olduğunu anlatarak ondan çocuklarıyla anne babalarının aralarını bozmuş atalarım adına özür diledim.

Ötekileştirmenin en keskin yaşandığı zamanlarda iki dünya savaşı yaşanmıştır. İkinci Dünya Savaşı'nın sonunda savaşı yaşayan toplumlarda engelli engelsiz ayrımı ortadan kalkmıştı, çünkü savaştan sağ çıkan herkes sakat kalmıştı. Tepenize iki atom bombası atılsa başka nasıl hissedebilirdiniz?

Ötekileştirme bilinç dışı bir savunma mekanizması olduğu için hep otomatik olarak yaşanmaya devam edecektir. Bize düşen şefkat duygusunu yok eden bu mekanizmanın farkında olmamız ve onun hayatımızı yönetmesine izin vermememizdir. İncinmeden ve incitmeden yaşama sanatı için ötekileştirmeyi derinlemesine çözümlemiş olmak gerekir.

SERBEST BİLDİRİLER

ORTA DERECEDE MENTAL RETARDASYON TANILI ÇOCUKLARDA EL BECERİLERİ İLE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİLERİ ARASI İLİŞKİ

Uzm.Fzt. Ela Tarakcı, Uzm. Fzt. Devrim Tarakcı

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO

Relationship Between Manual Dexterity And Daily Life Activities In Children Who Are Diagnosed With Moderate Mental Retardation

The study aims to examine whether there is a relationship between manual dexterity and daily life activities in children who are diagnosed with moderate mental retardation.

33 cases diagnosed as moderate mental retardation were included in the study. 17 of the cases were girls and 16 were boys. "WeeFIM" was used to measure independence levels of cases in their daily life activities. "9-hole peg test" and Displacing, One-Hand Turning and Placing sub-tests of "Minnesota manual test" were used to evaluate their hand functions. Average age of the cases were 11.9 ± 3.97 . A significant relationship was found between total score of WeeFIM test and Collecting sub-test of 9-hole peg test ($r=-0,45$ $p<0.01$), yet no significant relationship was found with Collection sub-test ($r=-0,75$ $p<0.01$). The relationship between WeeFIM total score and Placing activity score of Minnesota test ($r=-0,75$ $p<0.01$) and turning activity score was found significant ($r=-0,54$ $p<0.01$).

At the end of study, a significant relationship was found between WeeFIM test which examines self-care, sphincter control, mobility, locomotion, communication and level of independence in social communication, and manual dexterity.

Mental retardasyon; gelişim sürecinde ortaya çıkan uyumsal davranışlardaki yetersizlik ile birlikte, genel zeka fonksiyonlarında önemli derece ortalamanın altında olma şeklinde tanımlanabilir.

Genel zeka fonksiyonlarının ortalamanın altında olması", bireyin standardize edilmiş zeka testleri ile yapılan değerlendirme sonucu aldığı puanın 70 yada daha altında olma durumu olarak açıklanmaktadır

Orta derecede zeka geriliği: İq 40-49 arasında zeka bölümü olan çocuklar bu grupta yer alır. Bu çocuklarda anlama ve dil yetisi, kendine bakma işlevleri ve motor becerilerde gerilik vardır. Ancak denetimle kişisel bakımlarını yapabilirler ve karmaşık uyumun gerekmediği sosyal aktivitelere katılabilirler.

Bu çocuklarda Günlük Yaşam Becerilerinde çeşitli nedenlerle güçlükler görülebilir.

Amaç:

Çalışmanın amacı; orta düzey mental retarde olarak tanımlanan çocuklarda el becerikliliği ile günlük yaşam aktiviteleri arasında ilişki olup olmadığını incelemektir.

Gereç ve Yöntem:

- Çalışmaya orta düzey mental retardasyon tanılı 33 olgu alınmıştır.
- Olguların 17'si kız 16'sı erkektir.
- Olguların Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerini değerlendirmek için "WeeFIM" değerlendirme aracı kullanılmıştır.
- El fonksiyonlarını incelemek amacıyla ise "9 delikli peg testi" ve "Minnesota el testinin" yerinden çıkarma ve çevirip yerleştirme alt testlerinden yararlanılmıştır.

9 DELİKLİ PEG TESTİ



MİNNESOTA TESTİ

**Bulgular:**

- Olguların yaş ortalaması 11.9 ± 3.97 idi.
- WeeFIM testi toplam skoru ile 9 delikli peg testinin toplama alt testi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur $r=-0,45$ $p<0.01$ ancak yerleştirme alt testi ile anlamlı ilişki bulunmamıştır $r=-0,14$ $p>0.05$.
- WeeFIM toplam skoru ile Minnesota testinin yerleştirme aktivitesi skoru $r=-0,75$ $p<0.01$ ve çevirme aktivitesi skoru arası ilişki anlamlı düzeyde bulunmuştur $r=-0,54$ $p<0.01$.

Sonuç :

Çalışma sonucunda kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite, lokomasyon, iletişim, sosyal iletişimdeki bağımsızlık düzeyini inceleyen WeeFIM testi ile el becerileri arasında anlamlı şekilde ilişki bulunmuştur.

Tartışma:

Bu çocukların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılıklarının yetersiz el becerikliliği, el kaslarındaki kuvvetsizlik, hız, koordinasyon ve kavrama gücündeki problemler nedeniyle olduğunu ve bu çocuklarda el becerilerini geliştirerek onları günlük yaşamlarında daha bağımsız hale getirebileceğimizi düşünmekteyiz.

REFERANSLAR:

Shea, S.E., Mental Reterdation in children ages 6 to 16. Semin Pediatr Neurol. 2006. Dec ; 13 (4) : 262-70
Review

Sperle, P.A, Ottenbocher, K.J, Braun, S.L, Lane, S.J., Nochajski, S, Eguivalence reliability of the functional independence measure for children (weeFIM) administration methods. Am J. Occup Ther. 1997. Jan 51(1): 35-41

Campbell, S.K. (2005). Physical Therapy for Children. Saunders. Chicago

Creek J. (2001) Occupational Therapy and Mental Health: Principles, skills and practice.

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUK SAHİBİ OLAN ANNELERDE GÖRÜLEN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ

Uzm.Psikolog Hayriye Hacıbayramoğlu

Yıldız Çocuk Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi

Özet

Bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları “ zor ” durumlar onların tükenmişlik düzeylerini arttırabilir. Tükenmişlik, kişinin beyninin, vücudunun ve ruhunun yavaş yavaş erozyona uğramasıdır. Bu da kişinin hayatının giderek çöküşe uğraması anlamına gelir.

Bu çalışma zihinsel engelli çocuğa sahip olan annelerin tükenmişlik düzeylerinin araştırılması, bununla birlikte tükenmişlik üzerinde; eğitim, yaş, meslek sahibi olup olmama, ekonomik faktörler ve çocuğun engel düzeyiyle ilgili faktörlerin ne ölçüde etkili olduğu konusunda fikir sahibi olunması amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışma için 60 kişilik bir örneklem grubu seçilmiştir.5 soruluk bir anket ve 21 sorudan oluşan “ Beck Depresyon Ölçeği ” kullanılmıştır. Beck Depresyon ölçeğinin kullanılmasının nedeni ;

Tükenmişlik belirtileri içerisinde bulunan “ Depresif duygulanım ve huzursuzluk ” maddelerinin araştırma için daha önemli bir yer tutması

Annelerde uygulanabilecek bir tükenmişlik envanterinin bulunamaması

Depresyon puanları yüksek bulunan grubun eğitim düzeyi düşük, meslek sahibi olmayan ve çocuğunun engel durumu orta ve ağır derecede olan annelerdir.

Araştırmada bulunan 60 kişilik örneklem grubunun 32 kişisinde orta derecede depresyon ve ciddi depresyon belirtileri bulunmuştur. Depresyon puanları 14’ten yüksek çıkan kişiler bilgilendirildi ve yardım almaları gerektiği söylendi. Çalışma sonucunda aileleri çocuklarının tanıları konusunda daha çok bilgilendirmenin tükenmişlik ve depresyon eğilimi riskini azalttığını düşünmekteyiz.

Abstract

When individuals face with “ difficulties ” in their lives, these difficulties may increase their burnout level. Burnout damages individual’s mind, body and spirit and this causes erosion in one’s life.

This study is meant for investigating the mothers of intellectually challenged kids, their burnout levels, relationship between burnout levels and their age, education level, occupation, economic factors, challenge level of the kid.

60 people is chosen for a sample group. A survey which includes 5 questions are prepared. The reason why I use “ Beck Depression Measure ” is;

1. “Depressive emotions and restlessness”, which are burnout symptoms, are important issues for investigations.

2. There is no inventory which can be applied to mothers.

The findings about the group that has high depression point shows us that this group has low education level with no occupation and their children’s obstacle level is medium or high.

32 of 60 people have medium and high depression points. People who have more than 14 depression point were warned and directed to get professional help.

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ-ENGELLİ AİLELERİ İŞBİRLİĞİ İLE ENGELLİ ÖĞRENCİLERİN SERBEST ZAMANLARINDA SPORİF FAALİYETLERLE SOSYAL VE FİZİKSEL GELİŞİMLERİNİN SAĞLANMASI "ENGELLERİ SPORLA AŞALIM PROJESİ" (ESAP)

Yrd. Doç. Dr. Erkan Çalışkan (Proje Sorumlusu)

Atatürk Üniversitesi BESYO/Erzurum/TÜRKİYE

Dr. Ahmet Şirinkan (Proje Araştırmacısı)

Atatürk Üniversitesi BESYO/Erzurum/TÜRKİYE

Öğretmen: Seher Şirinkan (Proje Araştırmacısı)

Evliya Çelebi İlköğretim Okulu/Erzurum/TÜRKİYE

1.Amaç ve Gerekçe

Atatürk Üniversitesi spor tesislerinden hafta sonları yararlanarak engelli çocukların ailelerinin de katılımıyla (Besyo öğretim elamanları ve gönüllü öğrencilerin gözetiminde) :

1- Erzurum İl merkezinde bulunan engellilere eğitim veren okullardaki (Dede Korkut İşitme engelliler İlköğretim okulu, Recep Birsin Özen eğitilebilir ve öğretilebilir iş eğitimi okulu, Görme engelliler ilköğretim okulu) öğrencilerin hafta sonları (c.tesi ve Pazar) serbest zamanlarını sportif faaliyetlerle değerlendirerek sosyal ve fiziksel gelişimlerine katkı sağlamak.

2- Engelli öğrencilerin hafta içi yoğun öğretim programlarının dışında, gerek ailelerinin gerekse yatılı okuyan öğrencilerin (işitme engelliler ve görme engelliler) görevli ve nöbetçi personelin işi yükünü azaltarak performanslarına katkı sağlamak.

3- Engel gruplarına göre öğrencilerin gelişmemiş ve eksik kalan motorsal özelliklerini (kuvvet, dayanıklılık, sürat, denge, esneklik vs.) sportif çalışmalarla geliştirmek.

4- Sportif faaliyetlerle öğrencilerin sosyalleşme, iletişim, disiplin, çalıma azmi, arkadaşlık ve paylaşma gibi özelliklerini geliştirmek.

5- Engelli öğrencilerle üniversite öğrencilerinin etkinliklerle iletişimlerinin sağlamak.

6- Üniversite-halk işbirliği ile ailelerin genel ve kişisel sorunlarına çözümler getirmek, toplumun üniversiteden yararlanmalarına imkan tanımak.

7- Toplumdaki engellilerin sorunlarına, üniversitenin duyarlılığını ortaya çıkararak yardımcı olmak.

8- Engelli ailelerinin üniversiteden beklentilerine bir miktar cevap vermeye çalışmak.

9- Üniversite- toplum işbirliğiyle engelli öğrencilerin topluma çıkartılarak toplum tarafından kabullenilmelerini sağlamak.

10- Toplumsal dernek, kuruluş ve vakıflarda üniversite öğrencilerinin gönüllü olarak görev almalarını teşvik etmek.

11- Uzun kış aylarında okullarında yeterli spor alanları olmayan engellilerin üniversite spor tesislerinden yararlandırılarak inaktif bir yaşam yerine aktif bir yaşam ortamı oluşturmak.

12- İklim şartlarından dolayı yeteri derecede açık alanlardan yararlanamayıp çeşitli kalp, tansiyon, solunum obezite hastalıklarını engellilerde artmasını önlemek.

13- Besyo öğretim programında yer alan “ Engellilerde Beden Eğitimi ve Spor “ dersi için uygulama ortamı oluşturmak.

14- Besyo öğrencilerini ve diğer fakülte öğrencilerini toplumdaki engellilere karşı duyarlı hale getirerek gönüllü kuruluşlarda görev almalarını teşvik etmek.

15- Yapılan okul ziyaretlerinde görevlilerle yapılan görüşmelerde, engelli öğrencilerin özellikle hafta sonları saldırganlık, stres, sinirlilik, depresyon gibi olumsuz davranışlarının daha fazla olduğu, yapılacak sportif faaliyetlerle bunların en aza indirilmesine katkıda bulunmak.

16- Yapılacak çalışmalardan bilimsel veriler elde ederek toplumuna duyurulmasını sağlamak.

Araştırmanın kapsamı ve zamana bağlı iş planı

Araştırma Erzurum’da bulunan (Dede Korkut İşitme engelliler İlköğretim okulu, Recep Birsin Özen eğitilebilir ve öğretilebilir iş eğitimi okulu, Görme engelliler ilköğretim okulu) okulları kapsamaktadır. Bu okullarda İşitme engellilerde 140, zihinsel engellilerde 60 ve görme engellilerde ise 48 öğrenci eğitim görmektedir. Çalışmamızda bu öğrencilerin tamamına ulaşmak hedefimizdir.

- Çalışma zamanı 8 aylık, 32 hafta ve 64 gün olarak planlanmaktadır.
- Çalışmalarımızda Üniversite spor salonları ve beden eğitimi ve spor yüksek okulu dershanelerinden yararlanılmaktadır..
- Çalışmalar cumartesi ve Pazar günleri 10:00-12:00 arası 2 grup şeklinde uygulanmaktadır.
- Çalışmalar besyo’ da projede görevli öğretim elamanları ve gönüllü öğrenciler kontrolünde devam etmektedir.
- Öğrencilerin ulaşım hizmetleri için üniversitemizin ulaşım araçları kullanılmaktadır.
- Çalışmalarımızda herhangi bir hizmet alımı için ücret ödenmemekte sadece gönüllülerle devam etmektedir..

Önerilen konunun güncel ve evrensel olarak ulaşılmış noktada üreteceği ek bilgi ve/veya teknoloji

- Uygulanan sportif etkinliklerle engellilerin motorsal özelliklerini gelişimi,
- Engelli ailelerin toplumsal kaygı ve düşünceleri,
- Üniversite öğrencilerinin engelliler hakkındaki düşünceleri,
- Farklı engel gruplarında sportif eksersizlerin olumlu etkileri,
- Engellilerin sportif faaliyet sırasında teknolojik materyallerden yararlanmaları,
- Engellilerle ilgili sportif etkinliklerin toplumsal boyutları akademik boyutlarıyla incelenmekte, çalışmanın sonuçları kongre, sempozyum, gibi bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır.

Hedef: Engelli çocuklara uygulanan egzersiz programları ile onların toplumla ve kendi engel gruplarındaki arkadaşları ile bütünleşmelerini sağlamak. Bu sayede engelli bireylerin sosyal ve sağlık standartlarını normalin üzerine çıkartabilmek.

Yürütülen programlar;

Temel Hareket Eğitimi Programı: İyi planlanmış temel hareket eğitimi programı (tablo 1) ile uygun hareket etme, bir hareketten bir harekete geçiş (seri oluşturma), taklit yetisi, vücut farkındalığı, amaçlı materyal kullanımı, ve oyun becerilerinin gelişiminin yanı sıra, çocuklar duygusal ve sosyal kazanç sağlayarak diğer çocukların farkına varma, onlarla uyum içinde hareket etme ve işbirliği kurma yeteneği geliştirebilirler. Aynı zamanda temel hareket becerilerinin gelişimi, diğer vücut hareketlerine zemin hazırlamakta ve kompleks hareketlerinin kazanılmasına da yardımcı olmaktadır.

Uygulanan Hareket Eğitimi Programı ve İçeriği

Hafta	Gün	Oyunun adı	Oyunun geliştirdiği özellikler
1, 2	Pazartesi	İşitsel dikkat oyunu	dikkat ve koordinasyon
		Yönünü bul	farklı yönlere tempolu koşma becerisi
		Yüzük oyunu	dokunsal algı
		Stafet yarışı	grup ruhunu, çabukluğu ve sürati
	Çarşamba	Çömel kurtul oyunu	İşitsel algılama, dayanıklılık ve çabukluk
		Yönlere atla	Kuvvet ve reaksiyon süresi
		Eşli hareketler	postür, kuvvet ve koordinasyon
		Düdük çalma	dikkat ve işitsel uyaranların farkına varmak
	Cuma	Kahkaha oyunu	dikkat
		Nefes çalışmaları	akciğer kapasitesi ve taklit etme yetisi
		Kim bunu bilir	dikkat ve koordinasyonu
		Yürüme sekseği	Tek ayağının etkili bir biçimde kullanma ve denge
		At ve binicisi	kuvveti geliştirir
Hafta	Gün	Oyunun adı	Oyunun geliştirdiği özellikler
3, 4	Pazartesi	Aerobik-steple ısınma	müziğe uygun hareket ve ritim
		Sallanan ağaç	vücudunu kontrol edebilme ve denge
	Çarşamba	El tut –kurtul	dokunsal algı,sürat, kişiyi seçebilme ve dikkat
		Beşik salla	sırtüstü dengede durabilme ve esneklik
		İpli çalışmalar	postür, denge ve koordinasyon
		Toplu çalışmalar	kuvvet , sürat. ve dayanıklılık
	Cuma	Stafet yarışı	sürat, koordinasyon, dikkat
		Cereyan geçti	koordineli davranabilme ve işbirliği
		Zilli ip	patlayıcı kuvveti, reaksiyon süratini
		Kurt-kuzu	işitsel algı, dayanıklılık gelişimi ve eğlenebilme
'Hafta	Gün	Oyunun adı	Oyunun geliştirdiği özellikler
5, 6	Pazartesi	Geri yuvarlan	esneklik
		Pinpon topu taşıma	postür, çabukluk, koordinasyon ve dikkat
		İstasyon çalışması	kuvvet, sürat, denge
		İpte denge	postür, denge ve koordinasyon
	Çarşamba	Sıçra dokun	vücudu farklı yüksekliklere taşıyabilme ve bacak kuvveti
		Kar topu	vücudu öne doğru yuvarlayabilme ve esneklik
		Tıp oyunu	reaksiyon süratinin ve dikkatin
	Cuma	Elden ele	kuvvet ve koordinasyon
		Sıçra kurtul oyunu	bacak kuvveti, patlayıcı kuvvet, reak. sürati
		Stafet yarışı	çevrenin farkına varma ve sürat
		Pencereden gir çık	el kuvveti

Hafta	Gün	Oyunun adı	Oyunun geliştirdiği özellikler
7, 8	Pazartesi	Tahta bloklarda denge	postür ve denge
		Meyve sepeti, Fırtına-yağmur-kar	kavram, dikkat ve çabukluk
	Çarşamba	Topal köpek	bacak kuvveti ve koordinasyon
		Evden kaç	çabukluk ve sürat
		Deve-cüce oyunu	dikkat ve Çabukluk
	Cuma	Horoz döğüşü	dayanıklılık
		Yengeç yarışı	esneklik ve kuvvet
		Şap şap/rap-rap	birlikte hareket etme, ritim duygusu
		Tavşan-fok yarışı	kuvvet
Hafta	Gün	Oyunun adı	Oyunun geliştirdiği özellikler
9, 10	Pazartesi	Dönen halka	esneklik
		Çalışkan bahçıvan	kuvvet ve denge
		Sağlık topu	sürat ve koordinasyon
		Tazı gel-tazı dön	çabukluk ve dayanıklılık
	Çarşamba	Kim daha çabuk?	reaksiyon süresi
		Çürük elma	kuvvet
		Tilki dışarıya çık	dikkat ve çabukluk
	Cuma	İp atlamalı stafet	çabukluk ve koordinasyon
		Eşinle koş	birlikte hareket etme ve sürat
		Sarkaç	postür, denge ve koordinasyon
Hafta	Gün	Oyunun adı	Oyunun geliştirdiği özellikler
11, 12	Pazartesi	Engelli stafet	dikkat, kavram gelişimi ve çabukluk
		İple sıçrama	denge ve bacak kuvveti
		Zilli ip	patlayıcı kuvveti, reaksiyon süratini
	Çarşamba	Yat kalk	dayanıklılık ve çabukluk
		Numarayı bil	reaksiyon sürati
		Üstünden altından	esneklik
		Köprüden geç	denge aletinde yürüyebilme
	Cuma	Tünel yarışı	çabukluğu ve koordinasyonu
		Kurtla kuzu	dikkat, kavram ve sürat
		Kral kim ?	kuvvet
		Değirmenci çuvalı	dayanıklılık ve kuvvet
		Kafa ile top sürme	esneklik ve koordinasyon

POSTER SUNUMLARI

ENGELLİ ÖĞRENCİ DESTEK BİRİMİ ETKİNLİKLER**YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ - VAN**

Prof.Dr. Gülten Mert

Yüzüncü Yıl Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Ortopedi ve Travmatoloji AD

ÖZET

Özürlü bireye verilen değer, çağdaşlığın göstergesidir. Yapılmış ve yapılmakta olan araştırmalar hep daha iyiyi bulmak içindir. Teknolojik gelişmeler yaşam kalitesini yükseltmekte, yaşam süresini uzatmakta ve buna paralel olarak sorunlarda artmaktadır. Örneğin çağın hastalıkları olan, nedeni ve çaresi aranan AIDS ve kanser, hava ve çevre kirliliği ile artan solunum hastalıkları, enfeksiyonlar, motorlu araçların artmasıyla trafik kazaları, yaşam süresinin uzamasıyla kalp-damar-eklem hastalıkları, yakın akraba evlilikleriyle özürlü çocuk sayısında artma gibi.

Ülkede yaşayan ve rehabilitasyona gereksinimi olan % 12.29 oranındaki engellinin sorunlarına eğilmek, çözüm aramak ve bulmak, toplumu bilinçlendirmek için çalışmalar yapılmaktadır. Üniversite olarak, engelsiz yaşam için Van Yüzüncü Yıl Üniversite kampüsünde, eğitim alan engelli öğrenci ve çalışan personele yardımcı olması için, çevre düzenleme, mimari engelleri belirleme planlaması, öğrencilere tıbbi tedavi, gerekli cihaz, ders çalışmada yardımcı personel temini, kısmi zamanlı iş gibi etkinlikler belirtildi ve öneriler açıklandı.

ACTIVITIES OF THE DISABLED STUDENTS SUPPORT UNIT**YÜZÜNCÜ YIL UNIVERSITY – VAN / TURKEY**

Associate Professor. Gülten Mert

Orthopedics & Traumatology Clinic. Medicine Fac. Yüzüncü Yıl University

ABSTRACT

The value of disabled person is on indicator of the contemporary. The researchers that were conducted and are being conducted are always for finding the better. Technological developments raise of the quality of life, extend life span and matters that result from these increase for example, AIDS, cancer, respiratory diseases, (increased in environmental pollution) traffic accidents, (increased in motor vehicles) cardiovascular and joint diseases, (extended life span) disabled children (increased in close relative marriages). Some researches are on the way for determining the problems of the disabled persons (12.29 % of the general population), finding solutions and making the society conscious of the disability. The activities like the environmental arrangement, planing for determining the architectural barriers, medical treatment, providing the necessary equipments, ensuring assistant personel for their homeworks and finding part-time jobs are being done in campus of the YY University. Some suggestions about this topic were explained.

Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tarafından üniversitelere gönderilen 26.6.2006 tarih ve 3690 sayılı yazının amacı; YÖK bünyesinde özürlü yüksek öğrenim öğrencilerinin akademik, idari, fiziksel, psikolojik, barınma ve sosyal gereksinimlerini tespit etmek, gerekenleri belirleyip, planlamak, uygulamak, geliştirmek ve sonuçları değerlendirmek üzere Mediko-Sosyal Merkezi (MSM)ne, diğer adıyla Sağlık Kültür Spor Daire Başkanlığı (SKSDB)na bağlı Engelli Öğrenci Destek Birimi oluşturmaktır 1.

2006 yılındaki Rektör Yardımcısı tarafından gönüllülük esası dikkate alınarak seçilen ve birçok branşta hizmet veren toplam 8 akademik görevli ile, ilk toplantı Ekim 2006'da yapılmış ve "Engelli Öğrenci Destek Birimi" (EÖDB) kurulmuştur.

Not: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından belirlenen kelimeler, farklı manada kullanıldığı halde, Türkiye'nin resmi televizyon kanallarında engelli veya özürlü kelimesi aynı manada kullanıldığı için biz de kullandık 2.

1982 yılında kurulan Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp, Veteriner, Ziraat, Fen-Edebiyat, İktisat, Mühendislik-Mimarlık, Eğitim, İlahiyat, Güzel Sanatlar ile 9 fakülte, Van Meslek, Sağlık, Sağlık Hizmetleri, İlahiyat Yüksek Okulları, kazalardaki Erciş, Gevaş, Özalp ve Hakkari, Başkale ve Yüksekova Meslek Yüksek Okulları ile toplam 10 yüksek okul, hizmet vermektedir. Bitlis Eren ve Muş Alparslan Üniversiteleri yeni kurulduğu için, bazı yüksek okullar üniversiteden ayrılmıştır.

Yüzüncü Yıl Üniversitesi web sitesi aracılığı ile öğrencilere "EÖDB" ile ilgili tanıtım ve bilgilendirme çalışmaları yapıldı 3. Tüm fakülte, yüksek okul müdürlüklerine gönderilen yazılar sonucu ve iletişimle aldığımız bilgilere göre engelli öğrencinin 19 olduğu, cevap alınamayan yerlerle beraber bu sayının, değişebileceği tahmin edilmektedir.

Her ay yapılan toplantılardan ayrı olarak, öğrencilerin tanışması ve kaynaşması gayesiyle sosyal tesislerde toplanıldı. Öğrencilerin sorunları ve beklentilerine göre çözüm önerileri geliştirildi ve uygulanabilir olanlar SKSDB tarafından gerçekleştirildi.

Görme engelli bir öğrenciye ders dışı zamanlarda destek olması için, SKSDB tarafından kısmi zamanlı öğrenci çalıştırma bütçesinden öğrenci görevlendirildi. Ayrıca ders takibi için, ses kayıt cihazı alınarak destek sağlandı.

İşitme ve konuşma kaybı olan bir öğrenci Kulak Burun Boğaz doktoruna muayene ettirilerek, işitme cihazı gereksinimi SKSDB tarafından giderildi ve ders takibindeki sorun çözümlendi.

9 ortopedik engelli öğrenciden koltuk değneği, ilaç kullanan mevcut olup diğerleri, yardım almadan mobilize olmaktadır.

Özürlü 5 öğrenciye, kısmi zamanlı öğrenci çalıştırma projesi kapsamında iş olanağı sağlandı.

Bir toplantıya Kütüphane Daire Başkanı davet edilerek, görme engelli öğrencilere "Braille alfabesi" ile yazılı yayın ve döküman önerisi yapıldı 4.

Van Bedensel Engelliler Derneği Başkanı ve üyeleri de bir toplantıya davet edilerek, mimari sorunların çözümünde birlikte hareket etme kararı alındı.

Engelsiz ODTÜ koordinatörlüğünce Mayıs ayında düzenlenen "Engelli Üniversite Öğrencileri Destek Sistemleri İngiltere-Türkiye" konulu toplantıya EÖDB üyesi, Yrd. Doç. Dr. A. Zeki Ünal katılarak bilgiler aktardı ve OTDÜ ile ortak çalışmalar yapılması planlandı.

5378 sayılı Özürlüler kanunu ve bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılması hakkında kanun çalışmaları sırasında, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığınca ayrı bir bütçe ayrıldığı ve gerekli hazırlıklarla başvurulduğunda, çalışmalar yapılacağı bildirilmişti. EÖDB üyeleri, Mimar Yrd. Doç. Dr. Sedat Bekiroğlu ve Psikolog Mevlüt İş'in ortak çalışması ile kampüs binalarında ve çevrede, özürlü öğrenciler için, mimari düzenleme planlaması yapıldı.

Bu planlamada Mediko-Sosyal Merkezi, Kütüphane ve Kültür Merkezinde, binaya ait ulaşım yolları üzerinde yer alan merdivenlerle birlikte rampaların düzenlenerek girişin sağlanması ve içeride sirkülasyonun sağlanabilmesi için asansör yapımı,

Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı, Yemekhane ve Çayhanede bina girişine %6 meyilli rampanın düzenlenmesi,

Bilgi işlem merkezindeki mevcut rampanın iyileştirilmesi,

Kampus içerisinde ulaşımı ve dolaşımı sağlayan kaldırımların ve tretuvarların uygun yükseklikte ve eğimde olması, ayrıca görme engelliler için rampa başlamadan önce zemin malzemesindeki doku değişikliği ile özürlü bireye bilgi aktarımının sağlanması gerektiği belirtildi (Tablo-1). YYÜ kampus binalarında ve çevresinde, mimari düzenleme planlaması

Rampalar ve asansörlerde seviyeler arasındaki kaçınılmaz farklılıklar rampalar oluşturularak veya kaldırma ve

merdiven çıkma düzenleri, asansörler yerleştirilerek aşılabılır. Özürlülerin özel donanımlardan veya girişlerden geçmesi gerekiyorsa, bunlar işaret levhalarıyla açıkça belirtilmelidir. Kampus alanı üzerinde yeri, tasarımı ile yapılacak ve özürlü bireylere de hizmet verecek genel kullanıma ait, tuvaletlerin yapılması uygundur 5. (Tablo 2-6). Rampa, asansör ve tuvalet.

- Özürlülerin her ortamda kullandığı lavabo, tuvalet, kapı, merdivenin belirli özellikleri olmalıdır. Örneğin:
- Eşiksiz, dışarı açılan, ikinci barı olan ve çarpmaya karşı metal kaplamalı kapı,
- Tekerlekli sandalyenin lavabo altına girebilmesi ve aynanın, göz hizasında olması için, ayarlı olması,
- Tekerlekli sandalyedeki özürünün destek barları ile tuvalette hareket edebilmesi,
- Merdiven basamakları 90 derece ve yetişkin insanın adım yüksekliğinde olması, basamaklarda boşluk veya çıkıntı olmaması,
- Merdivende iki taraflı tırabzan, 8-10 basamakta sahanlık, rampada en fazla %6 eğim olması gerekmektedir 5-8. (Tablo 7-15).

Özürlü bireyler, insanoğlunun mekanik beceri ve deneyimi sayesinde motorlu araç kullanma olanağını elde etmişlerdir 9. Yabancı ülkelerdeki bu olanak, ülkelerarası sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel ilişkiler sayesinde, 1973 yılında çıkartılan bir kanun ile, yurdumuzda da özel tertibatlı otomobil ithali izni başlamış ve devam etmektedir 10. 2000 yılında Mert'in yaptığı araştırmada Türkiye'de otomobil kullanan özürlü sayısı 561 kadın, 6333 erkek toplam 6894'dür 11.

Trafikte özürllüler, özel tertibatlı imal tadil veya teçhiz edilmiş motorlu otomobili, H sınıfı sürücü belgesi ile kullanmaktadırlar 12. İş kazası ile kolu amputé edilen ve araba kullanma tutkusu olan bir olgu, özel kararname ile sürücü belgesi alan engelli bireyi öğrenerek, kendisi de bu kararnameden faydalanmış ve otomobiline bazı ilaveler yaptırarak, 1988 yılına kadar tek kolu ile kullanmıştır 13.

Engelli öğrencilerin yaşadıkları şehirde karşılaştıkları mimari engelleri iyileştirmek gayesiyle, EÖDB üyeleri olarak bir alışveriş merkezi ziyaret edildi, öneride bulunuldu. Alışveriş merkezi yetkilisi, girişe yakın bir yerde engelli amblemli park levhası koyarak, H sınıfı sürücü belgesi ile adaptasyonlu motorlu araç kullanan engelliye park yeri hazırladığı, toplumu bilinçlendirmeye gayret gösterdiği için, teşekkür edildi.

Bağımsız olarak hareket etmelerinde yardımcı olması, her engelli grubunu temsil etmesi için seçilen sembol, (ICTA) Uluslar arası yerleşim, ulaşım ve teknik yardım komitesi tarafından resmi işaret olarak kabul edilmiştir. Bu belirleyici sembol panoları (park, tuvalet, lavabo, rampa, postane, asansör) özürllüler için giriş yönlerini takip etmede önemlidir6. (Tablo 16-27).

Özürlüler, sağlıklı insanlar gibi aktif olamadıkları için, bilinmeden yapılan mimari engellerde zorluk çekmekte, sosyal yaşamdan uzaklaşmaktadır. Bina girişindeki bir engel ile merdiven, asansöre binebilmek için birkaç basamak, aynı manadadır ve engelli toplumdaki uzak kalmaya mahkumdur 9. Toplumu bilinçlendirmek için EÖDB üyeleri toplantı sonrası, tekerlekli sandalyedeki arkadaşları ile şehirdeki bir restorana gittiklerinde, meyilli yol olmadığı için girişde zorlandıkları restoran yetkilisine gösterildi ve bilgi verilerek meyilli yol yaptırması için söz alındı.

Özürlülerle ilgili hukuki düzenlemeler birçok yasada, özel olarak yürürlüğe giren yasada vardır. Fakat en önemli hususun özel madde veya hüküm olarak 'Anayasa'da yer almış olmasıdır. Üç ana konu içinde özel bir hüküm ile düzenlenmiştir. Bunlar, eğitim hakkı, çalışma hakkı, sosyal güvenlik hakkıdır 14.

Özürlülerin, kendilerine tanınan çeşitli haklardan yararlanabilmeleri için;

a-Sağlık kurulu raporu almaları gerekir.

b-Anayasa'ya göre ilköğretim özürllüler için de zorunludur ve özel eğitime tabi tutulur.

c-Nüfus cüzdanında "özürllülük bilgisi" yer alırsa, yerel yönetimler tarafından belirtilen kolaylıklardan faydalanır. Bunlar, TCDD seyahatinde % 20, THY seyahatinde %30 indirim, bazı cep telefonlarında indirimli

görüŖme, milli park, tiyatro, müze, spor yarışmalarından ücretsiz yararlanma, bazı belediyelerin iç hat otobüs, vapur seferlerinden ücretsiz veya indirimden faydalanmadır. İstenilen belgelerle başvurulduğunda ücretsiz olarak iş kurumu, halk eğitim, çıraklık eğitim, özel dersane, belediyeler, bazı dernekler, vakıflar meslek kursları düzenlemektedir. Engelliler de memur olarak 657 sayılı kanuna göre, işçi olarak 4857 sayılı kanunun 30. maddesine göre % 3 oranında özürlü çalıştırma maddesine göre çalışabilir. Gelir vergisi, özel tüketim vergisi, motorlu taşıt vergisi, katma değer vergisi, gümrük vergisi ve emlak vergisinden muaftır. Sosyal güvenlik kuruluşlarından faydalanamayan özürllüler, 3816 sayılı kanundan faydalanarak yeşil kart, alabilir, 2022 sayılı kanun çerçevesinde 65 yaşını doldurmuş güçsüz kimsesize maaş, özürlü olup muhtaç olanlara da 1976 yılından itibaren aylık verilmektedir 14.

Özürlülük, sadece birey ve ailesinde değil, toplumda da ciddi sosyal, ekonomik, fiziksel, psikolojik nedenlerle multifaktöriyel bir sorun olmaktadır. Özürlülerin sosyal uyumunu kolaylaştıracak biçimde eğitimi ve değiştirilmesi, rehabilitasyonun asıl amaçlarındandır.

Egzersiz tedavide kullanımı yanı sıra sportif etkinliklerin de sosyal uyumda, özgüvende, fiziksel gelişiminde rolü bilinmektedir ve elit (olimpik) sporu, klüp sporu, kitle sporu ve rekreasyonel (hobi) aktiviteler olarak ayrılmaktadır. Engelliler spor federasyonu işitme, görme, bedensel ve zihinsel engelliler gruplarının farklı veya aynı, toplam 22 spor dalında hizmet vermektedir 15.

Mert'in 1997 yılında Erzurum'da görme engellilerle yaptığı araştırmada, 113 görme engelinin 45 (% 39.9)nun eğitimsiz olduğu belirtilmiştir 16. Özellikle üniversitede yüksek öğrenimde görme engelli öğrencilerin olması, ailelerin eğitime ne kadar önem verdiklerinin bir göstergesidir.

Ülkemizde özürllülük nedenleri konusunda yapılan araştırmalardan, Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu verilerine göre, 9 görme, 26 işitme, 8 eğitilebilir, 3 öğretilebilir özürllüler okulunda toplam 6203 öğrencinin 767'si (% 12.3) yakın akraba evliliği sonucu özürllüdür 14. Üniversitede, görme engelli öğrencinin ağabeyi de görme engelli, işitme engelli öğrencinin her ikisinin de kardeşi işitme engellidir ve aileler akraba evliliği yapmıştır. Görülüyor ki en önemli özürllülük nedenlerinden birisi, yakın akraba evlilikleridir ve gelişmekte olan ülkemizde yıllardır devam etmektedir.

ÖNERİLER

- Ulusal ve uluslararası üniversitelerle özürllü öğrencilerin yararına işbirliği,
- Web sitesinin aktif olması,
- EÖDB'nin birebir görüşmelerle sorunların çözümüne katkısı,
- Spor etkinlikleri,
- Verilen kanuni hakların öğrenilmesi,
- Hissi değil mantıksal çözüm,
- Eğitime bilinçli yaklaşarak sağlıklı aile, ve nesil yetiştirilmesi,
- Yakın akraba evliliği yapma zorunluluğunda, mutlaka 'genetik' kontrol,
- Genç nesil olarak başarılarının devamıdır.

İLAVE BİLGİLER:

*2006-2007 öğretim yılında 'Engelli Öğrenci Destek Birimi' nde hizmet veren üyeler:

Prof. Dr . Ayşe Yüksel	Rektör Yardımcısı
Prof. Dr. Gülten Mert	Tıp Fakültesi
Yrd. Doç. Dr. Erol Kisli	Tıp Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. A. Zeki Ünal	Fen Edebiyat Fakültesi
Yrd. Doç. Dr. Sedat Bekiroğlu	Mühendislik-Mimarlık Fakültesi
Öğ. Gör. Songül Gündoğdu Kıran	Tıp Fakültesi
Öğ. Gör. Hatice Çelikel	Fen Edebiyat Fakültesi
Mevlüt İş	Mediko-Sosyal.

2007-2008 öğretim yılında ‘Engelli Öğrenci Destek Birimi’ nde hizmet verecek üyeler:

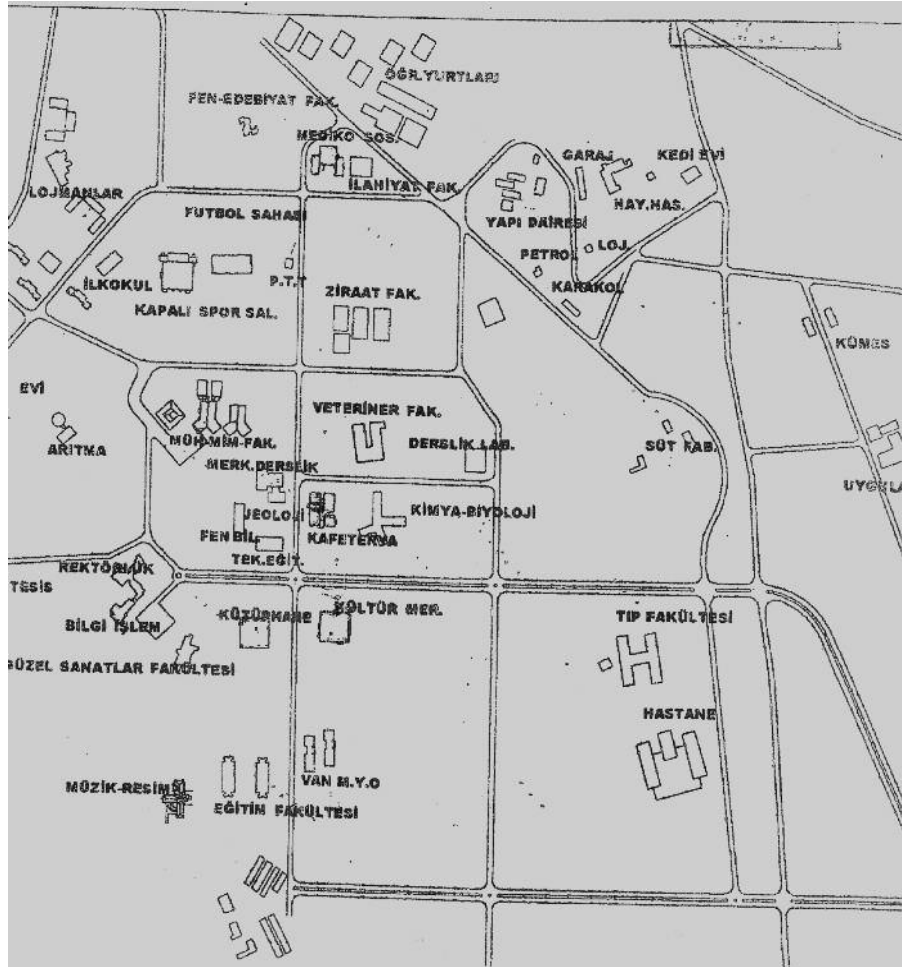
Prof. Dr. Hülya Özdemir	Rektör Yardımcısı.
Selahattin Kıran	Sağlık Kültür Spor Daire Başkanı.

Mevlüt İş Üniversiteden ve EÖDB’den ayrılmıştır.

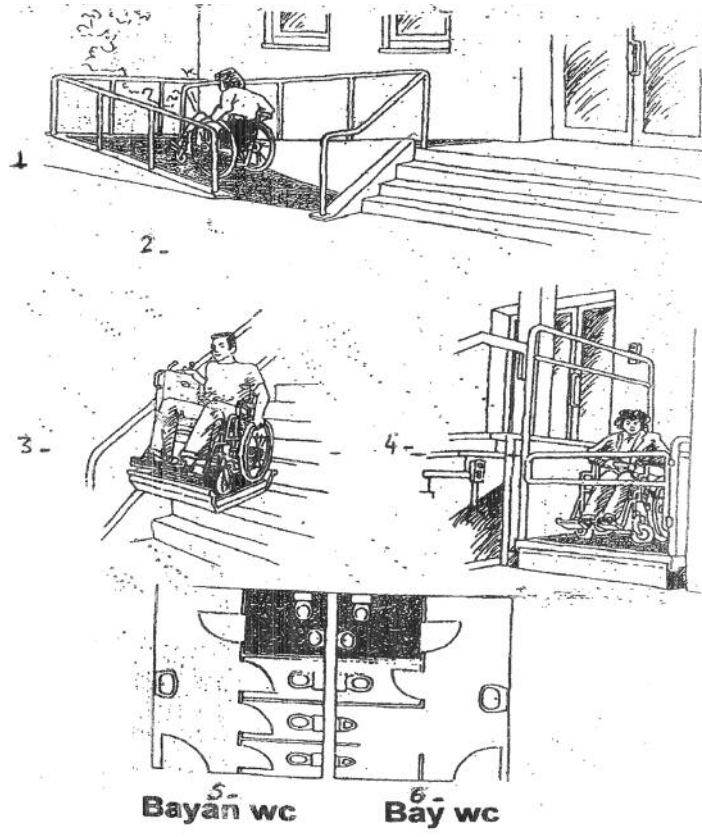
Diğer üyeler hizmete devam etmektedirler.

EÖDB üyesi Songül Gündoğdu Kıran tarafından yapılan görüşmelerle, Engelsiz ODTÜ Koordinatörü Claire Özel’in AB-Leonardo da Vinci programı hakkında bilgi aktarması için üniversiteye davet edilmiştir.

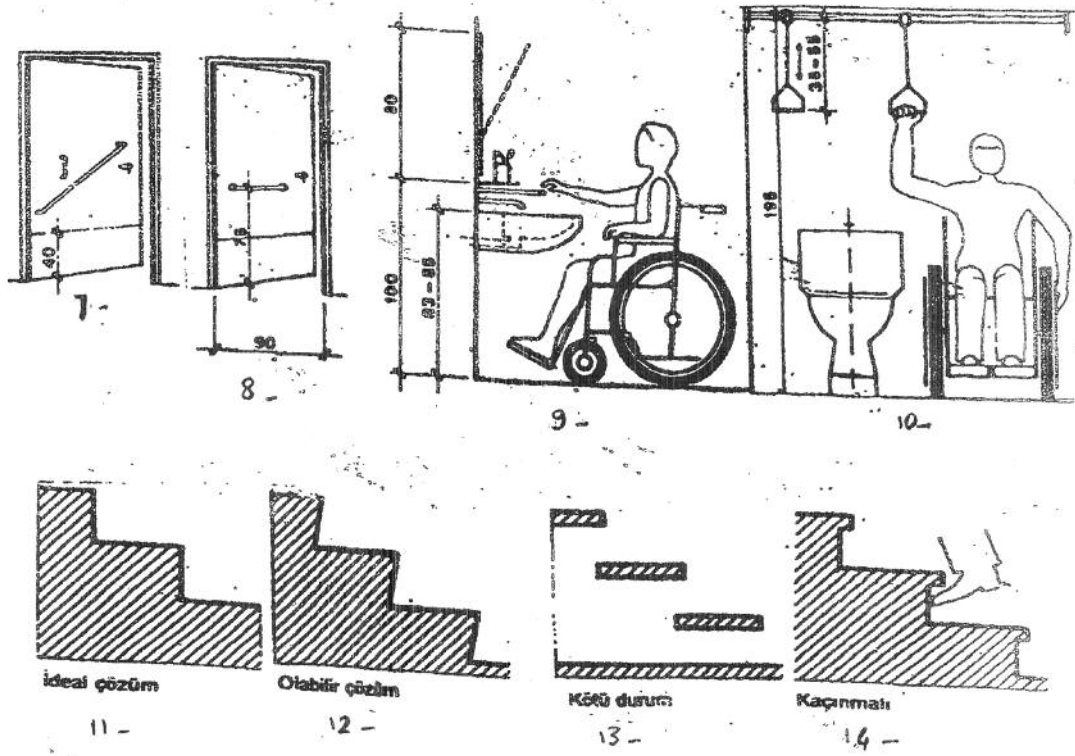
EÖDB salonu açılışı yapılarak resmi davetlilere, üniversite öğretim üyelerine, dernek başkanlarına, engelli öğrenci ve ailelerine, basına bilgi verilmiştir.



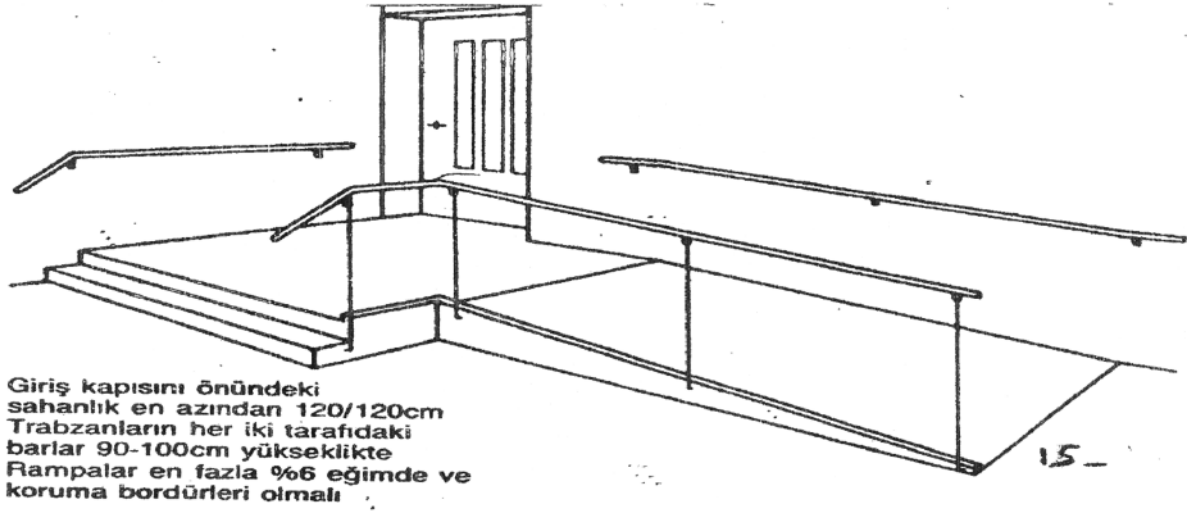
Tablo 1



Tablo 2-6



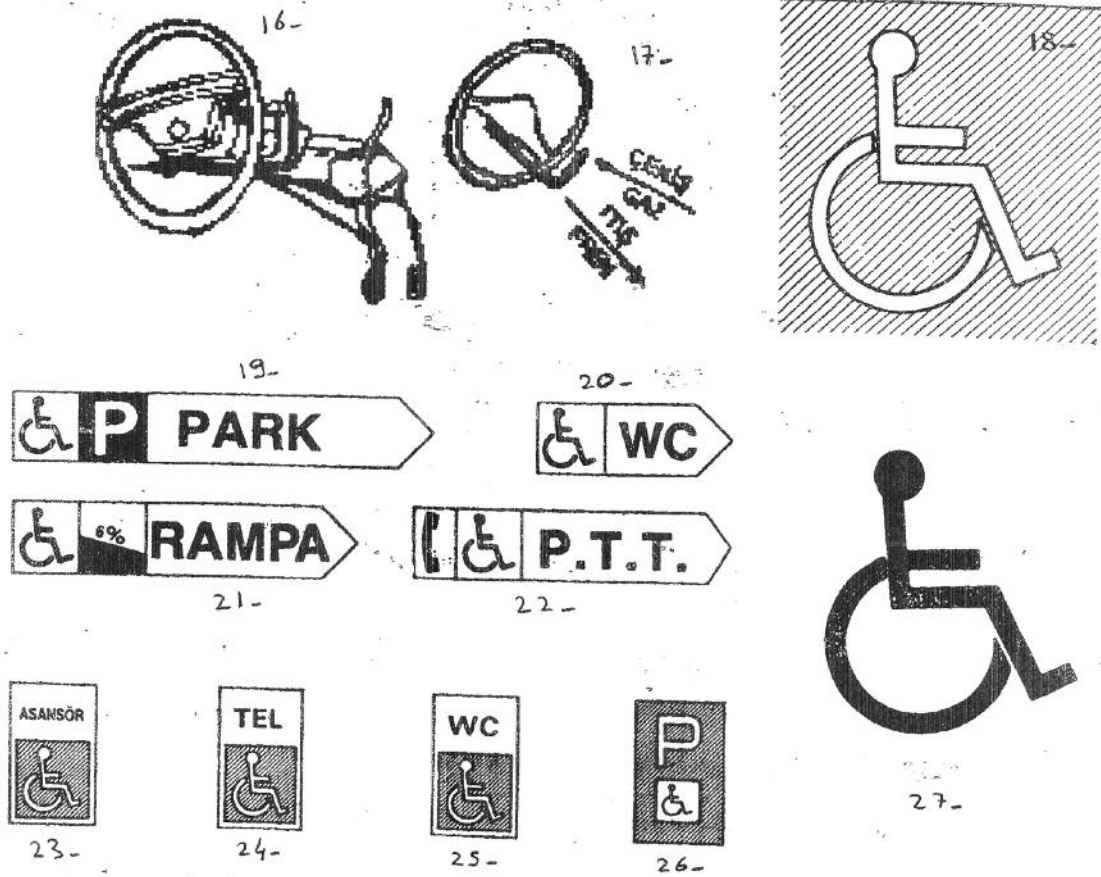
Tablo 7-14



KAYNAKLAR

Tablo 15

1. 26.6.2006 tarihli 3690 sayılı YÖK yazısı.



2. Wagstaff S. The Use of the international classification of impairment, disabilities and handicaps in rehabilitation. Physiotherapy. 1982; 7: 233-234.

3. Ünal A. Z. eodb.yyu.edu.tr web sitesi, 1.11.2007.
4. İçli T, Taş A. Görme Engelliler Hakkında Görenler İçin Rehber. Hilmi Usta Matbaacılık. Kazım Karabekir Cad.41/17, İskitler/Ankara, 2006: 3-8.
5. Bekiroğlu S. Herkes İçin Ulaşılabilirlik Seminer Notları. Omurilik Felçleri Der. Yay. I. Basım Temmuz 2001. İstanbul. ISBN 975-93477-1-7.
6. Turgut, M. (Çev): Mimari Engellerin Kaldırılması İçin Rehber. BEGV. Yay. 1989: 26-56.
7. Okamoto GA, Phillips TJ. Architectural barriers. Physical Medicine and Rehabilitation. Tokyo W.B Saunders Comp, 1984: 89-91.
8. Mert G. Özürlülerin Yaşam Aktivitelerinde Mimari Engeller. Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni. 1991:23; (4): 445-449.
9. Okamoto GA, Phillips TJ. Driving an Automobile Physical Medicine and Rehabilitation. Tokyo. W.B Saunders Comp, 1984: 92- 95.
10. Türedi N. Malullere Mahsus Özel Tertibatlı Araçlara Uygulanacak Usul Ve Esaslara Ait Yönetmelik, 1989.
11. Mert G. Disabled People With Automobiles In Turkey. SBAD. 2000: 11: 23: 171-182.
12. Mert G. H Sınıfı Sürücü Belgesi İle Otomobil Kullanma. Sendrom. 1992: 4(11): 24-27.
13. Mert G, Keskin D. Omuz Amputasyonu İle Otomobil Kullanma. VII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı. 1999: 177-180.
14. Sakatlara Yönelik Hizmetler Raporu. Sakatları Koruma Vakfı. 2001: 34-60.
15. Gür A. Özürlülerin Sosyal Yaşama Uyum Süreçlerinde Sportif Etkinliklerinin Rolü. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Yay. 16.2001, Ankara.
16. Mert G. Erzurum Altı Nokta Körler Derneği Ve Mesleki Rehabilitasyon. Fizyoterapi-Rehabilitasyon 1997: 8; (5): 20-26.

ÖZEL EĞİTİM ALAN ÇOCUKLARDA DAVRANIŞ PROBLEMLERİ SIKLIĞI

Z.E.Ö Mercan Mutlu, Uzm. Fzt. Ela Tarakcı, Uzm. Psk. Hayriye Hacıbayramoğlu
Yıldız Çocuk Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi

Amaç: Bu çalışma özel eğitimde, çocukların uygun olmayan davranışlarının araştırılması, bununla birlikte olumsuz davranış üzerinde; zihinsel engelli çocuğun tanı grubu ile ilgili faktörlerin ne ölçüde etkili olduğu konusunda fikir sahibi olunması amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma için 122 kişilik bir örneklem grubu seçilmiştir. 41 maddeden oluşan “ uygun olmayan davranış kontrol listesi “ kullanılmıştır. Kontrol listesi kendi içinde 5 gruba ayrılmıştır. Bu gruplar;

- A- Grubu: Düzen bozucu davranışlar.
- B- Grubu: Araç- gereçlere zarar verici davranışlar
- C- Grubu: Sosyal uyumu bozan davranışlar
- D- Grubu: Kendine zarar veren davranışlar
- E- Grubu: Çevreye zarar verici davranışlar

Araştırmada bulunan 3 engel grubu;

- Eğitilebilir grubu
- Öğretililebilir grubu
- Otistik grubu

Bulgular: Bu araştırma sonucunda, uygun olmayan davranış puanlarının şu değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir.

1- Yapılan araştırma bulgularına göre, öğretilebilir grubun düzen bozucu davranış puanları, eğitilebilir ve otistik gruplarından daha yüksek bulunmuştur.

2- Yapılan araştırma bulgularına göre, otistik grubun araç-gereçlere zarar verici davranış puanları, öğretilebilir ve eğitilebilir gruplarından daha yüksek bulunmuştur.

3- Yapılan araştırma bulgularına göre, öğretilebilir grubun sosyal uyumu bozan davranış puanları, eğitilebilir ve otistik gruplarından daha yüksek çıkmıştır.

4- Yapılan araştırma bulgularına göre, kendine zarar verme davranışı puanlarının engel grupları üzerinde farklılaşmadığı görülmektedir.

5- Yapılan araştırma bulgularına göre, öğretilebilir grubun çevreye zarar verici davranış puanları, eğitilebilir ve otistik gruplarından daha yüksek çıkmıştır.

Tartışma: Literatürde otistik olgularda davranış problemleriyle daha sık karşılaşıldığı yönünde çalışmalar olsa da biz çalışmamızda öğretilebilir çocuklarda daha fazla davranış problemlerine rastladık. Sonuç olarak özel eğitime ihtiyacı olan tüm çocuklarda davranış problemlerine rastlanabileceği ve eğitimde buna önem verilmesi gerektiği konusu ortaya çıkmıştır.

FREQUENCY OF BEHAVIOURAL PROBLEMS OF CHILDREN RECEIVING SPECIAL EDUCATION

S. E. T. Mercan Mutlu, Pt. Fzt. Ela Tarakcı, Sp. Psyc. Hayriye Hacıbayramoğlu
Yıldız Çocuk Special Education and Rehabilitation Center

Purpose: This study was performed with the aim to search inappropriate behaviors of children in special education, and also to have an idea about to what extent the factors related to the diagnostic group of the mentally retarded child are influential on negative behaviour.

Materials and method: A sampling group of 122 persons was chosen for this study. A "problem behaviour checklist" consisting of 41 articles was used. The checklist was divided into 5 groups. These are as follows:

- A- Group: Disruptive behaviors
- B- Group: Behaviors mutilating tools& devices
- C- Group: Behaviors disrupting social harmony
- D- Group: Self-mutilating behaviors
- E- Group: Behaviors disrupting environment

3 retardation groups in the study;

- Educable group
- Trainable group
- Autistic group

Findings: As a result of this study, it is observed that problem behavior scores tend to vary in statistically significant level according to the following variables.

1- According to findings of the study carried out, disruptive behavior scores of the trainable group were found to be higher than those of educable and autistic groups.

2- According to findings of the study carried out, scores of the autistic group related to behaviors mutilating tools-devices were found to be higher than those of educable and autistic groups.

3- According to findings of the study carried out, scores of the trainable group related to behaviors disrupting social harmony were found to be higher than those of educable and autistic groups.

4- According to findings of the study carried out, self-mutilating behavior scores were not likely to vary among retardation groups.

5- According to findings of the study carried out, scores of the trainable group related to behaviors disrupting environment were found to be higher than those of educable and autistic groups.

Discussion: Although there are studies putting forward that behavior problems are more frequently encountered in autistic cases, we encountered more frequent behavior problems in trainable children during our study. In conclusion, the issue has come out that behavior problems can be encountered in all children who are in need of special education, and this must be taken into consideration in education.

BÖLÜM II

ÖZÜRLÜLERE İLİŞKİN HUKUKİ DÜZENLEMELER

ÖZÜRLÜ BİREYLERE SOSYOLOJİK BAKIŞ

Doç. Dr. Esra Burcu

Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü

Sosyolojik bakış açısı, bir sosyal olguya ki hemen hepimizi ilgilendiren bir duruma yönelik sistemli, metodik, kurama dayalı açıklamaları kapsamaktadır. Bu bilimsel açıklamalar o topluma ait durumu betimleyebilir ve/veya analitik olarak durumun diğer olgularla ilişkilerini sergileyebilir. Bu anlamda toplumu, bizleri ilgilendiren herhangi bir durum karşısında sosyolojik perspektifi geliştirmek, o olgunun bugününe ve geleceğine ilişkin etkilenimleri ortaya koymak açısından önem arz etmektedir.

Bu bağlamda- ki bu önemin farkına bizlerden çok daha önce varan- Batı’da özürlülük olgusuna ve/veya özürlü olmaya ilişkin tartışmalar iki ana gövdede 1960’ların sonunda şekillenmeye başlamıştır. Bu iki temel bakış aslında birbirlerinden farklı kutuplarda gözükse ve birbirlerini eleştirseler de aslında gelişimlerini birbirlerine bağlı olarak oluşturmuşlardır.

Bu yaklaşımlardan biri “medikal model yaklaşımı”, diğeri “sosyal model yaklaşımı”dır.

Medikal model yaklaşımının temel kabulleri;

- özürlülük olgusunu medikal alanın modeli olarak incelemek,
- özürlülüğe ilişkin tüm tanımlamaları medikal bilgiler çerçevesinde vermektir.

Daha açık bir ifadeyle, geleneksel-bireyci medikal modelde, öncelikle hastalık ve sakatlığın tıbbi açıklanması üzerinde durulmuştur. Bu yaklaşımda özürlü bireylerin yaşam alanlarında karşı karşıya kaldıkları sosyal ve çevresel engellemelerle, onların dışlanmalarıyla, politikleşmeleri ve organizasyonlarıyla ilgilenilmemiştir. Özürlülük “normal beden anatomisine ve işleyişine aykırı olma” ya da bunun dışında olma olarak tanımlanmıştır. Bu geleneksel-bireyci modelden zaman içinde sosyal-medikal modele doğru bir kayma olmuş ve bu modelde hastalığın ve/veya sakatlığın toplumsal sonuçlarıyla yavaş yavaş ilgilenilmiş ve özellikle “stigma” “damgalanma” üzerinde durulmaya başlanılmıştır.

Sosyal model çerçevesinde yapılan özürlülük tanımı medikal modelin tek yönlü (tıbbi alana dayalı) tanımından uzaktır ve sosyal anlam çerçevesinde ele alınmıştır. Buna göre sosyal anlamda özürlülük, aktivite sınırlılığının yarattığı avantajsız durumu yaşayan bireylerin çağdaş sosyal organizasyonlar tarafından göz ardı edilmesi ya da çok az dikkate değer görülmesiyle, bu insanların sosyal hayatın içine girmelerinde, sosyal aktivitelerini sürdürmelerinde gerekli katılımlardan uzak tutulması durumudur. Bu tanımlamadan da anlaşıldığı üzere özürlü bireyleri anlamada artık sosyal faktörler öne çıkarılmıştır.

Sosyal model Avrupa ve Amerika kanadıyla ikiye ayrılabilir. Avrupa kanadı yukarıda verildiği gibi daha çok özürlü bireylerin sosyal organizasyonu, örgütlenmesi üzerinde odaklanmıştır.

Medikal modelden sosyal modele geçişte Avrupa’daki gelişmelerin yanı sıra Amerika’da da 1970’lerin başında bazı gelişmelerin yaşandığı görülmektedir. Amerika’da özürlülük araştırmaları daha çok sosyo-politik bir yaklaşım çerçevesinde şekillenmiştir. Bu yaklaşım daha çok, bağımsız sosyal yaşam, refah devleti, etiketlenme, işlevsel olma, güç, özürlülüğün meşrulaşması, sosyal inşa gibi bazı kavramlar üzerinde durarak gelişme göstermiştir. Bu anlamda Amerika’da özürlülüğe ilişkin sosyal modelde özürlülüğün sosyal kurgulanmasında çevresel faktörlerin önemi vurgulanmaktadır. Bu yaklaşımda bio-fiziksel faktörler kadar çevresel faktörlerin özürlü insanın bağımsız yaşama kapasitesini belirlemektedir. Amerika’da gelişen bu sosyal model yaklaşımı 1980’lerden sonra sosyo-tarihsel perspektifte şekillenmiştir. Özellikle kapitalist sistemin beraberinde getirdiği iş ve ihtiyaçların dengelenmesinde kaynakların dağılımı problemi üzerinde durularak, özürlü bireylerin iş alanlarındaki problemleri ön planda ele alınmaya başlanmıştır. Yine batı toplumlarının tarihsel analizini yapanlar özürlülüğün sosyal inşasında insan hizmet endüstrisinin olağanüstü büyümesinin gizli bir fonksiyonu olarak bağımlılığın yaratıldığını

kabul etmişlerdir. Bu yaklaşıma göre insanlığa yönelik hizmet endüstrisinin gizil işlevi, özürlü bireyler gibi diğerlerine göre daha az güvenli bir ortamda olanların bağımlılığını yaratmak ve sürdürmektir. Bu eleştirilerin ışığı altında 1990'lı yıllarda özürlülüğe medikal şartlarla, politik ve azınlık grup mantığıyla ve sosyal sapma odağı ile bakmanın yerine artık özürlülüğe iş/görev olarak bakılması gerektiği düşünülmeye başlanmıştır. Zamanla fiziksel, biyo-fiziksel ve kültürel çevrenin sakatlığa ilişkin ne tür sosyal tepkilere yol açtığı tartışılmaya başlanmıştır. Amerika'da özürlülüğe ilişkin bakış toplumun sosyal, ekonomik geleceğine ilişkin oluşabilecek problemlerin önüne geçebilmek amacıyla özürlülüğün yeniden hemen herkes tarafından kabul edilen sosyal tanımına doğru bir sosyal inşalaştırılmaya ihtiyaç duyulduğunu kabul etme yönündedir.

Kısa bir tarihçesi verilen özürlülük gerçekliğine ilişkin sosyolojik söylemlerde, öncelikle tüm gerçekliğin tıp penceresinden görüldüğü, sakatlığı "normal" insan biyolojisine aykırı (organ yokluğu, işlev eksikliği/yokluğu) durumlar olarak gören medikal söylem, daha sonra özürlülük hareketlerinin ve organizasyonlarının politik temelde faaliyete geçmesi ile yakından ilgilenen ve bu dinamizmin temeline özürlü bireylerin sosyal engellemelerle sistematik mücadelesini koyan sosyal söylem olarak iki baskın ama birbirleriyle mücadele eden tartışmalarda şekillendiği görülmüştür.

Tüm bu tartışmalar ortaya ne koymuştur diye sorulduğunda aslında "özürlü olmaya" ilişkin tanımlamayı ya da "özürlü kimliğine" ilişkin değişimi ortaya koymuş denilebilir. Bu değişim ne yönlüdür diye düşünüldüğünde ise değişimin, sakatlıktan —(ben sakatımdan) özürlülüğe (ben özürlülüğüme) doğru olduğu söylenebilir. Daha açık bir ifadeyle, bu değişim "özürlü olmanın dikkat çekiciliğinden" "özürlü olmanın normalliliğine" doğrudur ya da "özürlü olmanın bağımlılık özelliğinden / anormal görülme özelliğinden" "özürlü olma durumuyla gurur duyma/farklılıklarla barışık olmaya" doğru bir değişimi, göstermektedir. Bu durum özürlü olmadan onunla gurur duyulan kolektif kutlamalara doğru olan dönüşümdür. Peki Batı artık bu tür bir dönüşümü yaşamışken biz ülke olarak bu değişimin neresindeyiz?

Türkiye özürlü bireylerine ilişkin bilimsel araştırmalara ve bu temelde gelişecek hukuksal, siyasal, ekonomik, sosyal ve kültürel düzenlemelere oldukça geç ulaşmıştır. Bu konudaki çabaları halen devam etmektedir. Batıdaki özürlü bireylerin sosyal engellemelere karşı kendilerinin yaptıkları sistemli mücadeleler özürlülüğe ilişkin bilimsel bakışın da gelişmesine neden olurken, Türkiye'de oldukça gecikmeli olarak gelişen ve sistemli mücadeleleri içermeyen ama yine de özürlülük fenomenini az da olsa canlandıran bir kıpırdanmanın 1990'lı yıllara rastladığını görmekteyiz. Türkiye'de özürlülük hareketlerine özürlü bireylerin kendileri tarafından ivme kazandırılması 2000'li yıllarda henüz çok ses getirmemekle ve uygulama alanlarına henüz çok fazla yansımamakla birlikte söz konusudur.

Ancak yine de bu özürlülüğe ilişkin alt yapı oluşumunun Türkiye'de özürlülüğe ilişkin devlet politikalarının Cumhuriyet döneminden itibaren şekillenmeye başladığı söylenebilir.

Türkiye'de Cumhuriyet dönemiyle başlangıcı yapılan özellikle özürlü çocukların eğitime ilişkin ilgilenmeler ile 1950'lerde hem devlet kurumlarınca hem de sivil toplum kuruluşlarınca önemsenmeye başlanan özürlü bireyler, 1960'lı yıllardan itibaren "toplumsal konumları" noktasında dikkat çekmiştir. 1970'lerde özürlü bireylerin ekonomik durumları iş yaşamlarına katılımlarına ilişkin tartışmalar, 1980'lerde kalkınma planlarında ve anayasada özürlülere ilişkin politikalar oluşturulmaya başlanmış, özürlülük tanımı yapılmış, 1990'larda özürlü bireylerin sorunlarına ilişkin araştırmalar yapılmaya başlanmış, kurumsallaşmaya gidilmiştir, -örneğin 1997 de Özürllüler İdaresi Başkanlığı- kurulmuş ve 1999 da Birinci Özürllüler Şurası gerçekleştirilmiştir-. 2000'li yıllarda özellikle Türkiye'nin Avrupa Birliğine girme girişimlerinin hız kazanmasıyla özürlü bireylere ilişkin düzenlemeler daha ciddi ve sistemli ele alınmaya başlanmıştır. Özürllük konusunda mevcut yetersiz altyapı ve kurumsallaşmayı sağlamak amacıyla, öncelikle özürllülerin sosyal hakları insan hakları çerçevesinde daha dikkate değer bulunmaya başlanmış ve bu çerçevede sivil inisiyatif, özürllü dostu sosyal politikaya önem veren bir gelişme çizgisinde yer alınmaya başlanmıştır. Bu durum en çok özürllü odaklı sosyal hizmetlerde kendini göstermekte ve akademik çalışmalara hız kazandırmaktadır.

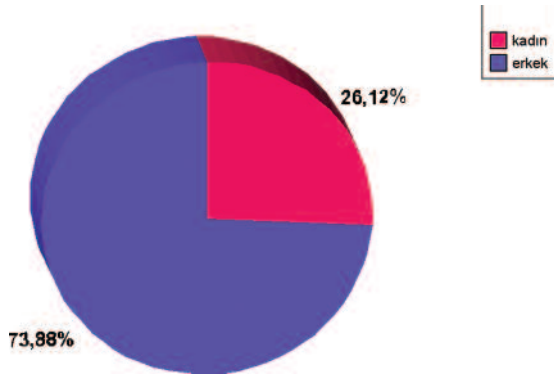
Tüm bu gelişmeler sevindirici olmakla beraber, özürlü bireylere ilişkin bilimsel veri tabanının oluşturulmasına ilişkin akademik çalışmaların hala yetersiz olduğu dikkat çekicidir. Türkiye’de, Avrupa ve Amerika’nın aksine özürlü nüfusun betimsel özelliklerine ilişkin ciddi kapsamlı istatistikler bulunmamaktadır. Türkiye’de özürlü nüfusa ilişkin sistematik bilgiyi içeren kapsamlı bir istatistikî veri 2000 yılındaki Genel Nüfus Sayımında gözükmemektedir. Bunun dışında 2002 yılında Türkiye İstatistik Kurumu ve Başbakanlık Özürllüler İdaresi işbirliği ile gerçekleştirilen Türkiye Özürllüler Araştırması özürlü nüfusun genel özelliklerini sergilemiştir. Bu durum kendi uzmanlık alanıma yani sosyoloji alanındaki çalışmalarda da kendini göstermektedir. Özellikle özürlü bireylere ilişkin sosyolojik, psikolojik araştırmalar sorunların tespiti ve uygun politikaların şekillenmesi yasal düzenlemelerin yapılabilmesi için çok önemli gözükmemektedir.

Bu bağlamda bir sosyolog olarak yaklaşık 10 senedir özürlü bireylere ilişkin araştırmalar yapıyorum. Bugün özellikle hukuksal düzenlemelerin yapılmasında sosyolojik verinin önemli olduğu bilinciyle burada 2004 yılında başlayıp 2006 yılında tamamlanan, Türkiye’nin tüm coğrafi bölgelerinden seçilen ve adreslere dernekler aracılığıyla ulaşılan toplam 1321 görme ve bedensel engelli bireylerle yapmış olduğum araştırmamın sonuçlarından bahsedeceğim. Türkiye’de özürlü Birey Olma: Temel Sosyolojik Özellikleri ve Sorunları Üzerine Bir Araştırma başlıklı araştırmanın temel amacı biraz önce belirttiğim Türkiye’deki konuya ilişkin bilimsel veri tabanına katkı sağlamak olmuştur. Ayrıca ülkede yaşayan özürlü bireylere ilişkin stratejilerin belirlenmesine bu verilerden faydalanılması umutlarımız arasındadır.

Araştırma Ankara, Kırıkkale, İstanbul, İzmir, Sakarya, Adana, Mersin, Mardin/Nusaybin, Amasya’da 263 görme, 1058 bedensel engelli bireylerle gerçekleştirilmiştir. Bu örneklem üzerinden Türkiye’de özürlü bireylerin sosyolojik profili şöyle özetlenebilir:

ÖZÜRLÜ BİREYLERİN SOSYOLOJİK PROFİLİ

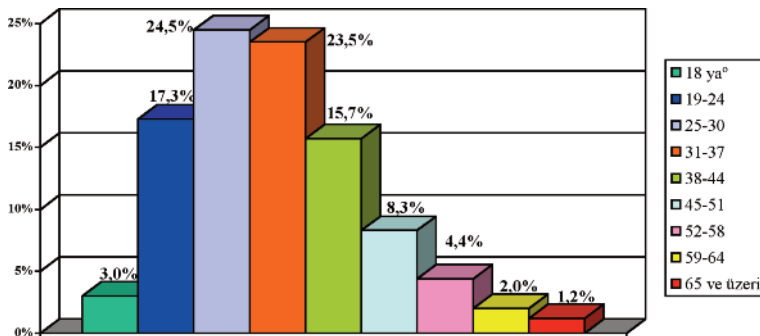
Cinsiyet



Araştırmaya katılan özürlü bireylerin %73.88’ini erkekler, %26.12’sini kadınlar oluşturmaktadır.

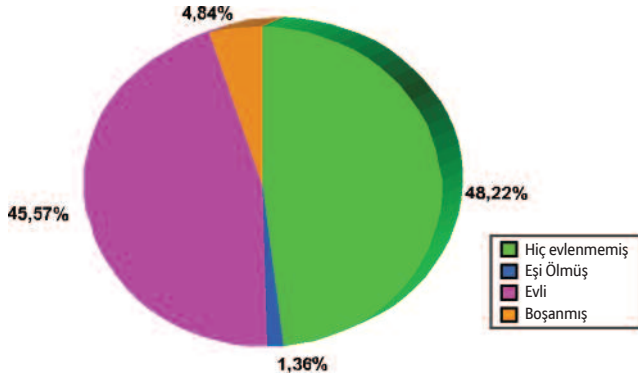
Yaş

Araştırmaya katılan özürlü bireylerin yaşlarının- grafikte de görüldüğü gibi- oldukça genç olduğu anlaşılmaktadır. Çoğunluk 25-37 yaş grubu içindedir (%48).



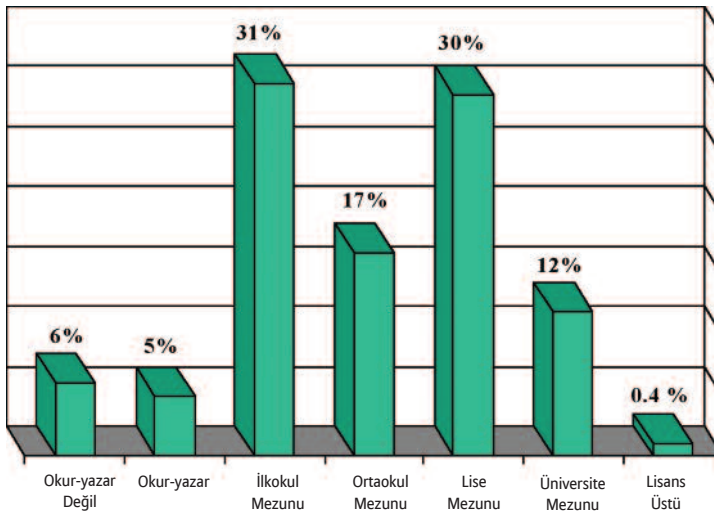
[%23.5’i 31-37, %24.5’i 25-30, %17.3’ü 19-24, %15.7’si 38-44, %8.3’ü 45-51, %4.4’ü 52-58, %2’si 59-64 yaş arasında, %3’ü 18 yaşında ve %1.2’i ise 65 yaş ve üzerindedir.]

Medeni Durum



Grafikten de anlaşıldığı üzere, araştırma grubunu oluşturan görme ve bedensel/ fiziksel özürllülerin %48.22'si hiç evlenmemiş, %45.57'si evli, %4.84'ü boşanmış ve %1.36'sının eşi ölmüştür.

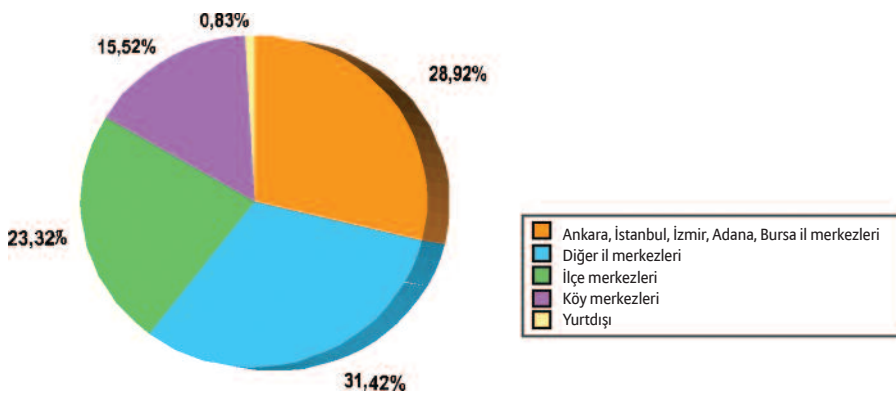
Eğitim Durumu



Özürlü bireylerin eğitim düzeyi düşüktür. Grubun çoğunluğu ilkokul mezunudur (%31) [%31'i ilkokul, %30'u lise, %17'si ortaokul, %12'si üniversite mezunudur. Kalanların ise %6'sı okur-yazar değil, %5'i okur- yazar ancak herhangi bir okul mezunu olmayan ve %0.4'ü ise lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir.]

Diğer taraftan cinsiyete göre bir karşılaştırma yapıldığında da, özürllü erkeklerin eğitim düzeyi özürllü kadınlardan daha yüksek gözükmemektedir.

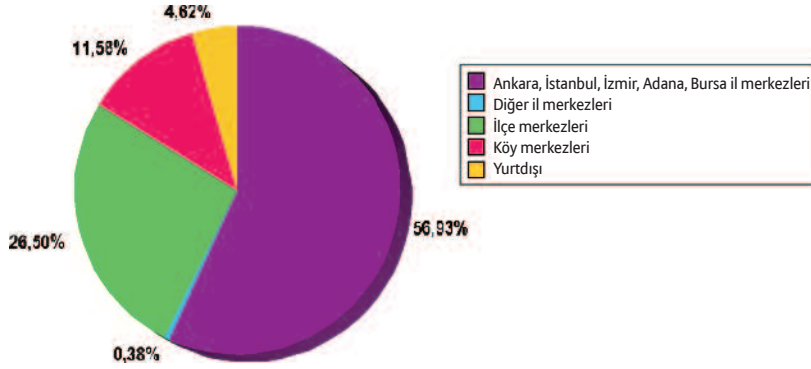
Doğum Yeri



Grafikten de anlaşıldığı üzere, araştırma grubunun %28.92'si Ankara, İstanbul, İzmir, Adana ve Bursa il merkezlerinde, %31.42'si diğer il merkezlerinde, %23.32'si ilçe merkezlerinde, %15.52'si köy merkezlerinde ve %0.83'ü ise yurt dışında doğmuştur. [Diğer il merkezlerinde doğduğunu belirten 415 görme ve bedensel özürllü içinde ise Amasya (%3), Kırıkkale (%2.8) ve Mersin (%2.5) de doğanların oranı en yüksektir.]

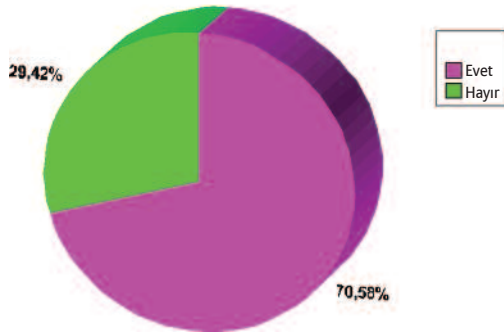
Yaşamın En Çok Geçirildiği Yer

Araştırma grubuna bu yaşlarına kadar yaşamlarını en çok nerede geçirdikleri sorulduğunda, %56.93'ünün Ankara, İstanbul, İzmir, Adana ve Bursa il merkezlerinde, %26.50'sinin diğer il merkezlerinde, %11.58'inin ilçe merkezlerinde, %4.62'sinin köy merkezlerinde ve %0.38'inin ise yurt dışında yaşamlarını geçirdikleri tespit edilmiştir.



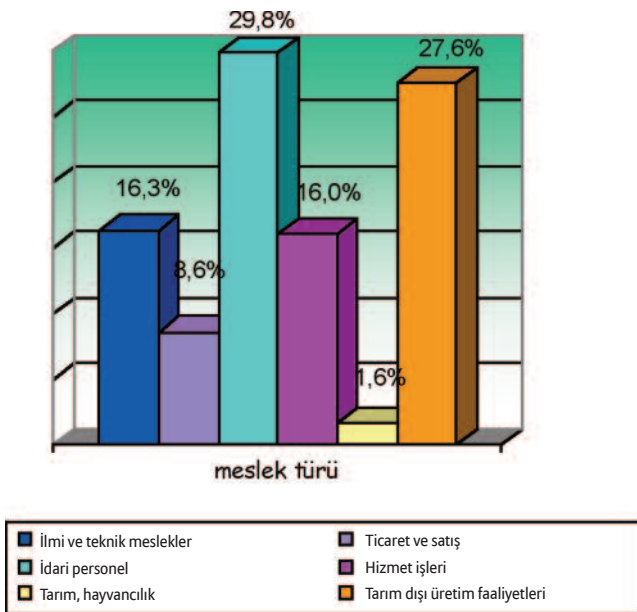
Doğum yeri ve yaşamın en çok geçirildiği yer grafiklerine dikkat edildiğinde araştırma grubumuza dahil olan özürlü grubun genellikle doğdukları bölgelerde ömürlerini sürdürdükleri anlaşılmaktadır.

Özürlü Bireylerin Bir Mesleğe Sahip Olma Durumu



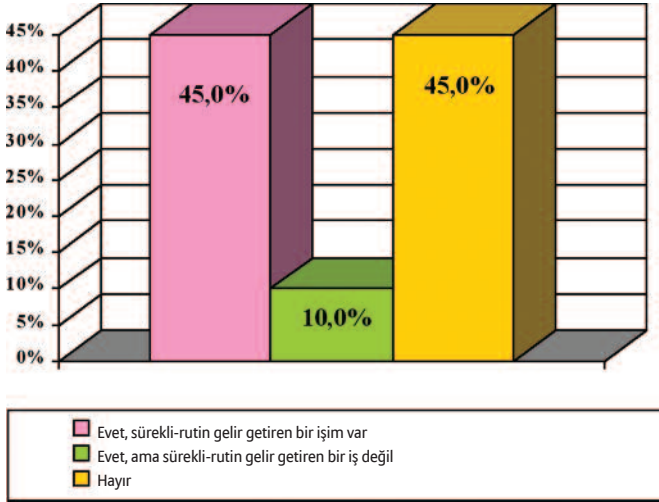
Özürlü bireylerin büyük bir oranı meslek sahibi olduklarını belirtmişlerdir (%70.58). Mesleğe sahip araştırma grubu içinde görme özürlü bireylerin oranı (%20.1) bedensel özürlü bireylere (%79.9) göre daha düşüktür. Bir mesleğe sahip olanların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında da, mesleği olan kadın özürülülerin oranı (%19.7), mesleği olan erkek özürülülere (%80.3) göre daha düşüktür.

Özürlü Bireylerin Meslek Türü



Mesleklere göre dağılım incelendiğinde ise, birinci sırayı %29.8'lik bir oranla "idari personel v.b." almakta, ikinci sırada yakın bir oranla (%27.6) "tarım dışı üretim faaliyetlerinde çalışanlar" gelmektedir. Üçüncü ve dördüncü sıraları yakın oranlarla "ilmi ve teknik meslekler, serbest meslek sahipleri" (%16.3) ile "hizmet sektöründe çalışanlar" (%16) almaktadır. Bunu %8.6 ile "ticaret ve satış meslek grubunda olanlar" ve %1.6 ile de "tarımcı, hayvancı meslek grubunda olanlar" takip etmektedir. Meslek sahibi olan araştırma grubunun toplam içinde sahip oldukları meslekler ile özürülük türleri birlikte değerlendirildiğinde, hem görme özürlü bireylerin (%5.1) ve hem de bedensel/ fiziksel özürlü bireylerin (%24.7) "idari personel vb." meslek grubunda yoğunlukla yer aldığı görülmüştür. Özürlü bireyler arasında, kadın özürülülerin, idari personel ve benzeri (%8.8) meslek grubunda, erkek özürülülerin ise (%23) tarım dışı üretim faaliyetlerindeki meslek gruplarında yoğunlaştıkları görülmektedir.

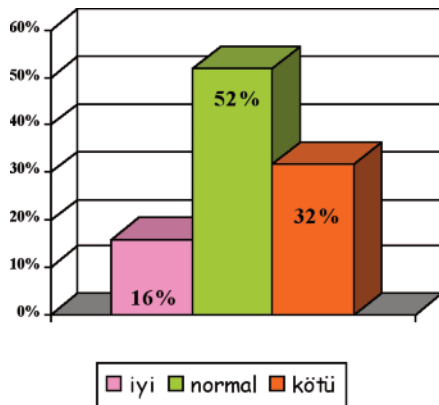
Özürlü Bireylerin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu



Özürlü bireylerin arasında meslek sahiplerinin oranı (%71) yüksek olmasına rağmen, düzenli gelir getiren bir işte çalışanlar (%45) ile çalışmayanların oranı (%45) aynıdır. Bu grubun %10'u ise, düzenli gelir getiren bir işte çalışmadığını ifade etmiştir. Özürlü bireyler arasında gelir getiren bir işe sahip olma ile özürlülük türü birlikte değerlendirildiğinde, sürekli rutin gelir getiren bir işe sahip olanlar arasında bedensel/ fiziksel özürlü olan bireylerin oranı (%83.5) görme özürlü bireylere (%16.5) göre yüksektir. Özürlü bireylerin cinsiyetleri ile gelir getiren bir işte çalışma durumları birlikte incelendiğinde ise, toplamda grubun sürekli/ rutin gelir getiren bir işi olduğunu belirten erkek özürlülerin oranı (%34.8) kadın özürlülerin oranından (%10.2) yüksektir. [Çalışan ama sürekli/ rutin gelir getiren bir işi olmayan erkek özürlülerin oranı (%8.8) da yine kadın özürlülerden (%1.1) daha yüksektir.]

Özürlü bireyler arasında herhangi bir gelir getiren işe sahip olmayanlar geçimlerini daha çok aile desteği ile sağlamaktadırlar (%43.6). İkinci sırada devlet desteğiyle geçinenler (%34.6), üçüncü sırada ise, hem aile hem de devlet desteğiyle geçinenler gelmektedir (%16.1).

Özürlü Bireylerin Kendilerini Algıladıkları Sosyo-Ekonomik Düzey



Özürlü bireyler sosyo-ekonomik durumlarını üç çerçevede tanımlamışlardır. Normal, iyi ve kötü. Bu tanımlamaya göre kendilerinin ekonomik durumlarını normal görenlerin oranı en yüksektir (%52). Onlar %32'i ile "kötü" ve %16'ı ile de "iyi" olarak ekonomik düzeylerini tanımlamışlardır.

ÖZÜRLÜ BİREY OLARAK YAŞAMANIN GETİRDİĞİ SORUNLAR

1. SOSYAL İLİŞKİLER

- Anne-baba ile olan ilişkiler
- Kardeş ile olan ilişkiler
- Eş ile olan ilişkiler
- Çocuk ile olan ilişkiler
- Arkadaş ile olan ilişkiler

Özürlü Olma ve Anne-Baba İle Olan İlişkiler

Özürlü bireylerin % 65.6'sı, durumlarından dolayı kendi anne-babalarıyla aralarında herhangi bir sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Buna karşılık grubun % 29.4'ü anne-babasıyla çeşitli sorunlar yaşamışlardır.

- Anne-Baba İle Yaşanan En Önemli Sorunların Sıralanması (ilk üç)
- Bana güvenmemeleri/aşırı ilgi göstermeleri/aşırı korumacılık(1)
- Geleceğime ilişkin belirsizliklerden dolayı anne/babamın üzülmesi(2)
- Beni kabullenememeleri/anlayamamaları(3)

“..... ailem misafir gelince beni odaya kilitliyor, ses çıkarmama izin vermiyor; yemek, su vermiyor...”

(Katılımcı 317: İzmir)

“Babam tamamen dışladı beni. Doktora engelli çocuğum olacağına ölse daha iyiydi dediğini duydum. Topluma benimle çıkmıyor. Benim nasıl engelli çocuğum olur kompleksini aşamadı....”

(Katılımcı 612: İstanbul)

Özürlü Olma ve Kardeşlerle İlişkiler

- Özürlü olmanın kardeşlerle olan ilişkilerde sorun yaratmadığını belirtenler à %84
- Özürlü olmanın kardeşlerle olan ilişkilerde sorun yaşadıklarını belirtenler à %16

Özürlü bireyler kardeşleriyle yaşanan sorunlarını daha çok kardeşlerinin kendileriyle ilgili sorumlulukları almak istememelerine ve kendilerinden utanmalarına bağlamaktadırlar.

“...arkadaşlarının yanında o benim kardeşim diyemiyor, biliyorum, utanıyor...”

(Katılımcı 109:Ankara)

Özürlü Olma ve Eş İle İlişkiler

- Özürlü olmalarından dolayı eşleriyle problemler yaşamadıklarını belirtenler à %88
- Özürlü olmalarından dolayı eşleriyle herhangi bir problem yaşadıklarını belirtenler à %12
- Eşleri İle Yaşanan En Önemli Sorunların Sıralanması (ilk üç)
- Bazı konularda eşine sürekli ihtiyaç duyuyor olmanın eş ile arasında sorun yarattığı(1)
- Eşinin kendisini kabullenmekte zaman zaman zorluk çekmesi(2)
- Evliliğe ilişkin görev ve sorumlulukları yerine getirememesi(3)

Özürlü Olma ve Çocuklarla Olan İlişkiler

- Özürlü olmalarından dolayı çocuklarıyla problemler yaşamadıklarını belirtenler à %86.4
- Özürlü olmalarından dolayı çocuklarıyla bir problem yaşadıklarını belirtenler à %13.6

Çocukları İle Yaşanan En Önemli Sorunların Sıralanması (ilk üç)

- Durumlarının çocuklarını utandırması(1)
- Çocuklarının acıması(2)
- Çocuklarıyla yeterince ilgilenememe(3)

Özürlü Olma ve Arkadaşlık Kurma/Sürdürme

• Kız ya da erkek arkadaş edinmekte başka bir ifadeyle cinsiyet fark etmeksizin arkadaşlık kurmada/sürdürmede bir sorun/ güçlük yaşamadığını belirtenler à %84.3

- Arkadaşlık kurmakta zorlandığını belirtenler à %15.7

Arkadaşlık Kurmada/ Sürdürmede Yaşanan En Önemli Sorunların Sıralanması (ilk üç)

- Çekinme, kendine güvenmeme, beğenileceğini düşünmeme(1)
- Dışlanma/kabullenilmeme(2)
- Özürlü olmanın getirdiği hareket kısıtlılığına bağlı olarak arkadaş edinme olanaklarını yakalayamama(3)

2. İŞ YERİ VE EĞİTİM

- İş yeri
- Eğitim

Özürlü Olma ve İş yeri

Araştırma gözlemi çerçevesinde özürlü bireylerin,

> Gelirlerinden memnun olmadıkları,

> İş ve meslek edinme problemleri yaşadıkları tespit edilmiştir.

Çalışan özürlü bireylerin işyerlerinde karşılaştıkları en önemli sorunların sıralanması (ilk üç)

- İş ortamının ya da işe ulaşımın fiziki olarak uygun şartlara sahip olmaması(1)
- İş ortamında bulunan diğer kişilerin kendisini kabullenememesi(2)
- İşverenin kendisinden verim alamayacağını düşünmesi(3)

Özürlü Olma ve Eğitim Olanakları

Eğitim olanaklarını yakalayabilme açısından düşünceler değerlendirildiğinde;

> Özürlü bireyler toplumda özürlü olmayan bireylere göre eğitim olanaklarından yeterince faydalanamadıklarını, diğer bireyler gibi eşit bir şekilde yararlanamadıklarını belirtmişlerdir.

“Özürlü okulu olmamalı tüm okulların ortak kullanılması lazım, soyutlanmamalı. İnsanların engellilerin durumunu öğrenmesi için aynı okullarda okutulmalı...”

(Katılımcı 137:Ankara)

“En azından okullarda çocuklara haftada 2 saat özürlüler konusunda dersler verilebilir. İngilizce, Fransızca varsa bu da olmalı. Küçükten başlamalısınız eğitime...”

(Katılımcı 1101:Mersin)

3. SPOR VE SOSYO-KÜLTÜREL ETKİNLİKLER

- Spor
- Sosyo-kültürel etkinlikler

Özürlü Olma ve Spor Etkinliklerine Katılma

- Spor aktivitelerine katılmada güçlük yaşadığını belirtenler: %49.5
- Bu konuda herhangi bir güçlük yaşamadığını belirtenler: %50.5

Bireyler spor yapabilme imkanlarının ve kendilerine sunulan olanakların kısıtlı olduğunu belirtmişlerdir.

Özürlü Olma ve Sosyal-Kültürel Etkinliklere Katılma

- Sinema, tiyatro, konser gibi etkinliklere katılmada güçlük yaşamadığını belirtenler: %61.2
- Bu konuda herhangi bir güçlük yaşadığını belirtenler: %38.8

Bireyler sosyal-kültürel etkinlik imkanları ve kendilerine sunulan olanakları kısıtlı bulmaktadırlar. Bu tür etkinliklere katılanlar fiziksel yapılanmalara ilişkin önemli sorunlar (ses düzeni, salon içi oturma, ulaşım, tekerlekli sandalyenin geçebileceği genişlikte kapılar, rampa düzeni, özürlü bireylere öncelikli lobiler gibi) yaşadığını da ifade etmişlerdir.

4. MEKANSAL-ÇEVRESEL DÜZENLEMELER

Mekansal ve çevresel düzenlemeler

Araştırma sürecince yapılan gözlemlerde özürlü bireylerin en önemli sıkıntıları; mekansal/ çevresel düzenlemelere ilişkin olduğu tespit edilmiştir.

- > toplu taşıma araçlarına binme ve inmede,
- > merkezlerde sesli-görsel işaretlerin bulunmaması,
- > kaldırımların yüksekliği,
- > merdiven ve kaldırım yanında tekerlekli sandalyelerin geçebileceği rampaların olmaması/ yetersizliği/ eğiminin standart dışı olması,
- > binalarda uygun geçişlerin bulunmaması.

5. ÖZÜRLÜ OLMANIN YAŞAMDA EN ÇOK NEYİ KISITLADIĞI

Özürlü olmanın yaşamda en çok neyi kısıtladığının önem sırasına göre sıralanması (ilk üç)

- Görsel/ bedensel aktivitelere ilişkin özgürlüklerini(1)
- İş bulma ve meslek sahibi olma imkanlarını(2)
- Toplumsal yaşama ilişkin alanlara katılma fırsatlarını(3)

6. BAKIŞ AÇISI

- Toplumun özürlü bireye bakış açısı
- Özürlü bireylerin kendilerine ilişkin bakış açısı

Özürlü Bireylere Göre Toplumun Kendilerine İlişkin Bakış Açısı

Özürlü bireyler toplumda kendilerine yönelik tanımlamaları aşağıdaki sıralamada belirtmişlerdir:

> acınılan kişiler/ toplumda acınacak insanlar(1)

> dışlanılan/kabul görmeyen insanlar(2)

> alay edilen, küçümsenen insanlar(3)

> güvenilmeyen insanlar(4)

“Bazı insanlar yanımdan geçerken ‘çok şükür’ diyorlar. Bazıları da çocuğuna; ‘yaramazlık yaparsan bu abi gibi olursun’ diyor...”

(Katılımcı 467: İzmir)

“Bana çarpmak üzere olan bir otobüs şoförü ‘Senin neyine vurayım ki, Allah vurmuş zaten’ dedi... Herkes aşağılıyor bizi...”

(Katılımcı 629:İstanbul)

“ Beni bakışlar rahatsız ediyor. Israrlı bakışlar oluyor. Benim bacağımın anatomisini çıkarıyor neredeyse. Bu bakış açısından ciddi rahatsızım...”

(Katılımcı 704: İstanbul)

“Bize hep dilenci gözüyle bakıyorlar... ... bana sen dilenci değil misin dediler. O yüzden fazla toplumun içine girmek istemiyorum...”

(Katılımcı 824: İstanbul).

Özürlü Bireylerin Kendilerine İlişkin Bakış Açısı

Özürlü bireyler kendilerini beş kategoride tanımlamaktadırlar:

- 1- Özürlü olmayı diğer insanlara göre üstün bir özellik olarak tanımlayanlar,
- 2- Kendini özürlü olarak kabul etmeyip, diğerlerinden farklı olduğunu düşünmeyen ve bu anlamda kendisiyle barışık olan bireyler olarak tanımlayanlar,
- 3- Özürlü olmayı kabullenip bu anlamda kendisiyle barışık olan bireyler olarak tanımlayanlar,
- 4- Özürlü olmanın getirdiği zorlukların farkında olan, diğer insanlardan farklı olduğunu düşünen ancak yine de daha kötü durumdakilere göre “haline şükreden” bireyler olarak tanımlayanlar,
- 5- Özürlü olmanın yarattığı sorunlarla baş edemeyen, yetersiz ve umutsuz bireyler olarak tanımlayanlar.

7. DEVLET HİZMETLERİ

Özürlü Bireylerin Devlet Desteğini Yeterli Bulma Durumları

- Devletin kendilerine yönelik sunduğu her tür desteği yeterli bulmadıklarını belirtenler %81.5
- Devletin kendilerine yönelik sunduğu her tür desteği yeterli bulduklarını belirtenler %18.5

Devletten beklenen/en önemli kabul edilen hizmetler (ilk üç)

- İş imkanlarının yaratılması ve çoğaltılması(1)
- Eğitim konusunda verilecek hizmetlerin artırılması/ özürlü bireylere yönelik olarak verilecek eğitimin ve/ veya özel eğitimin yaygınlaştırılması(2)
- Devletten maddi (para) destek almak ya da verilen özürlü maaşının/ para desteğinin artırılması(3)

ÖZÜRLÜ BİREY VE GELECEĞE İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ

Özürlü Bireylerin Geleceklerine İlişkin Düşünceleri

Özürlü Bireylerin Geleceklerine Yönelik Olarak Gördükleri En Önemli Sorunların Sıralanması (ilk üç)

• Yaşlılıkla birlikte engellerinin artması ve bu durumun kendilerini daha muhtaç konuma getirebileceği kaygısı(1)

• İş/ meslek edinme ve meslekte ilerleme konusunda sorunlar yaşayabileceklerini kaygısı(2)

• Ekonomik ve sosyal güvenliklerine ilişkin problemler yaşabilme kaygısı(3)

Özürlü Bireylerin Gelecekte Ulaşmak İstedikleri Hedeflerin Sıralanması (ilk üç)

• İş ve meslek edinmek/ meslekte ilerlemek(1)

• Çocuklarına iyi bir gelecek ve eğitim olanağı sağlamak(2)

• Başkalarına muhtaç olmadan yaşamak(3)

> hedefe ulaşma inançları güçlü olanlar: %58.3

hedefe ulaşma inançları kısmen güçlü olanlar: %25.4

hedefe ulaşma inançları olmayanlar: %10

herhangi bir fikre sahip olmayanlar %6.4

SONUCA DAİR

Türkiye’de yaşayan özürlü bireylerin yaklaşık 7-8 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu bireyler doğrudan ilişkide bulundukları aileleriyle birlikte düşünüldüğünde, “özürlülük” konusu yaklaşık 25-30 milyon kişiyi öncelikli olarak ilgilendirmektedir.

Bu çerçevede araştırma sonucunun da gösterdiği gibi, var olan gerçeklik, Türkiye’de özürlü bireyler ve /veya çevreleri toplumda doğrudan ya da dolaylı olarak çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Varolan bu sorunlardan dolayı Türkiye’de, özellikle özürlü bireyler ve aileleri için yaşamlarını kaliteli olarak sürdürmek oldukça güç görmektedir.

Türkiye’de özürlü bireyler için eğitim, iş, meslek, gelir imkanlarının, sportif, sosyal ve kültürel etkinliklerinin, teknolojik gelişme olanaklarının, çevresel düzenlemelerin ve buna ilişkin hizmetlerin geliştirilmesi onların yaşam kalitelerini yükseltecektir. Diğer taraftan da özürlü bireylere yönelik bakış açısının hem diğerleri hem de kendilerinde değişmesi yönünde bilinçlendirmeler gerekmektedir.

Özürlü bireylerin bağımsız davranışlarını geliştirebilmesi, diğerleriyle daha yoğun etkileşime girebilmesi ve daha sorunsuz bir hayat yaşayabilmesi için araştırma sonucunun ortaya koyduğu gibi acınan, aşagılanan, işe yaramaz görülen, reddedilen, bağımlı tanımlamalarından artık işe yarayan, yaratıcı, üretici, yetenekli, bağımsız ve farklılıklarla barışık tanımlamalarına geçilmesi önemli görmektedir.

Bu geçişin sağlanabilmesinde şüphesiz yine araştırma sonuçlarıncı da desteklendiği gibi; özürlü bireylerin sosyal yaşamlarındaki çevresel/ mekansal/ fiziksel, ekonomik, yasal ve siyasi engellerin kaldırılması yönünde düzenlemeler yapılmalıdır.

Bu noktada öncelikle özürlü nüfusa yönelik geliştirilecek politikaların, stratejilerin, düzenlemelerin temeline konuya ilişkin yapılan bilimsel araştırma verilerinin konulması gerekmektedir. Bu tür bir ele alış özürlülüğün sosyal model çerçevesinde oluşturulmasını sağlayacaktır.

Tüm bu değerlendirmeler ışığında, diğerleriyle birlikte yaşayan ve bu birliktelikte, sosyal yalnızlık, sosyal izolasyon, ayrımcılık, marjinalleştirme riskleriyle yoğun karşılaşabilme olasılığı içinde bulunan özürlü bireyler için ve hatta toplumda “potansiyel özürlü olma” olasılığıyla karşı karşıya olan diğer bireyler için öncelikle;

- Yaşamın her alanında fırsat eşitliğinin ve eşit muamelenin sağlanması,
- Sosyal yaşamda özürlü bireylerin, üretici ve yaratıcı yanlarıyla diğerleri tarafından içselleştirilmesini sağlayacak bilinçlendirici çalışmaların yapılması, aile, okul ve medyanın desteğinin alınması ve özürlülük politikalarının bu çerçevede oluşturulması,
- Özürlü bireylere ilişkin tüm çabalarda devlet desteği kadar sivil toplum kuruluşlarının da etkin rol almasının sağlanması,
- Özürlü bireylere maddi ihtiyaçlarının (erişebilir konut, araç-gereç gibi) yanı sıra sportif, sosyal ve kültürel etkinliklere katılmalarını sağlayacak/ kolaylaştıracak imkanların oluşturulması ve bu yönde sunulan hizmetlerin kaliteli ve iyi organize edilmesi,
- Özürlü bireylere yönelik yasal düzenlemelerin şekillendirilme sürecinde, özürlü bireylerin yaşam kalitesi, diğer bir ifadesiyle memnuniyeti ile toplumsal değişme şartlarına göre değişen ihtiyaçlarına dikkat çekilmesi,
- Özürlü bireylere ilişkin varolan ayrımcılığın ve dışlanmanın kaynağının toplumsal olarak yaratıldığı düşünüldüğünde, toplumsal tarafların bu konuda bilgilendirilmesi, etkileşimi azaltıcı tüm engellerin ortadan kaldırılması yönünde çaba gösterilmesi, böylece, “acıma, dışlama, küçümseme” yerine “yeteneğin, yaratıcılığın, üreticiliğin” alması,
- Özürlü bireylerin, kendilerine ilişkin “toplumda işe yaramazım” şeklindeki olumsuz değerlendirmelerinin yerini “özürlü olmak işe yaramazlık değildir, özürlüyüm ancak bağımsızım, üreticiyim, kendime ve ilişkilerimi sürdürdüğüm diğerleri için yeterim” düşüncesinin/ tanımlamasının almasını sağlayacak bilinçlendirmenin ve bunun oluşumunu kolaylaştırıcı alt yapının şekillendirilmesi,
- İstihdam olanaklarının artırılması, gelir düzeylerinin yükseltilmesi, işletmelerde/ işyerlerinde eşit muamele görme politikasının yerleştirilmesi ve denetlenmesi, özürlülük kadrolarından faydalananların özürlülük türü ve derecesine ilişkin denetlemenin daha ciddi yapılması, özürlülük maaşının yükseltilmesi, her türlü bürokratik işlemlerin daha kısa ve kolay yoldan yapılarak bir yandan emek ve zaman tasarrufunun sağlanması öte yandan da toplumda özürlü bireye verilen önemin/ değerın vurgulanması gerekliliği göz ardı edilmemelidir

SON SÖZ

Toplumsal yaşam içinde kadın, erkek ya da yaşlı, genç olmak kadar doğal/ kaçınılmaz bir farklılıktır özürlü olmak ya da olmamak. Bu noktada önemli olan varolan farklı oluşun sosyal farklılık haline getirilmemesidir.

“ BİZLER ASLINDA İNSANLARIN AYNASI GİBİYİZDİR... ÇÜNKÜ BİRGÜN ONLAR DA BİZLER GİBİ OLABİLİRLER... ONA GÖRE YAŞAMALI VE ÖZÜRLÜ İNSANLARA BU DOĞRULTUDA BAKMALIYIZ...”

(Katılımcı 984, Adana)

ÖZÜRLÜ HAKLARI KAPSAMINDA İDARENİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Prof.Dr.Turan Yıldırım

Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

“Üç Aralık Dünya Özürlüler Günü Kutlandı” Bu ifade,2006 senesinde,Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı internet sitesinde yer almaktaydı.

Başbakanlık bünyesindeki bir idari birimin yukarıdaki ifadesi önemlidir.Çünkü,insan hakkı veya daha doğrusu insan kavramı yerine başka kavramlar kullanılmaya başlandığında,yılda bir gün veya bir hafta hatırlamakla yetiniliyor.Örnekleme gerekirse:Hasta hakları,çocuk hakları,kadın hakları ve nihayet özürlü hakları.Özene ve korunmaya muhtaç insanlar için pozitif ayrımcılığı vurgulayan,imkan sağlayan kavramlar kullanılması uygun olabilir;ama bu uygulama, insanların yılda belli günler veya haftalarda anma şekline dönüştüğünde, amaçtan uzaklaşmaktadır.Bu konuda verilebilecek en güzel veya acı örnek,Devlet Memuru olmak için açılan sınavlarda özürlüler için ayrı sınav yapılması ve ayrı özürlü kontenjanı ayrılmasıdır.Görev için yeterli niteliği taşıdığı halde özürlü olduğundan bahisle sınava alınmayan bireyler,özürlüler için açılacak sınavı beklemek zorunda bırakılmakta;ancak bu sınav açılmadığı için mağdur edilmektedir.

Yukarıda açıklanan gerekçeyle,özürlü hakkı veya idarenin özürlülerle ilgili yükümlülükleri yerine insan hakkı ve idarenin insan onuruna yaraşır hayat koşulları sağlama yükümlülüğünden söz etmek daha uygun olacaktır. Ayrıca şu hususun da not edilmesi gerekiyor:Herkes kaza,hastalık... vb sebeplerle.5378 sayılı (Özürlüler Kanunu) Kanunda tanımlanan özürlü statüsüne girebilir.Bilindiği üzere Kanun Özürlüyü şu şekilde tanımlamaktadır: Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duysal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi.

I-Anayasal esaslar

Özürlüler veya daha doğru söyleyişle insanlar bakımından Devletin,idarenin ilk yükümlülüğü,Anayasanın başlangıcında yer almaktadır:Başlangıca göre: Her Türk Vatandaşı Anayasadaki temel hak ve hürriyetlerden eşitlik ve sosyal adalet gereklerince yararlanarak milli kültür,medeniyet ve hukuk düzeni içinde onurlu bir hayat sürdürme,maddi ve manevi varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisine doğuştan sahiptir.Anayasa,idareyi yurttaşlara,onurlu bir hayat sürdürmek görevi yüklemektedir.

Benzer yönde bir diğer hüküm ise Anayasanın 5.maddesinde bulunmaktadır.5.maddeye göre Devlet kişilerin ve toplumun refah,huzur ve mutluluğunu sağlamakla görevlidir.Ayrıca madde Devlete,kişinin temel hak ve hürriyetlerini,sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal,ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmak ve insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak görevini de vermektedir.

Bu noktada sosyal devlet ilkesine de değinmek gerekmektedir.

Sosyal devlet,hukuk devletinin ileri aşamasıdır.Ancak.Anayasanın 2.maddesindeki sıralama izlendiği için,önce sosyal devlet kavramı incelenecektir.Çok kısa tanımıyla sosyal devlet,toplumdaki güçsüzleri güçlüler karşısında koruyarak gerçek eşitliği,yani sosyal adaleti ve toplumsal dengelyi sağlamakla yükümlü devlettir.

Sosyal devletin,hukuk devletinin ileri aşaması olması şu anlama gelmektedir:Hukuk devleti,bireylerin özgürlüğünü amaç edinen bir devlet sistemi olarak kabul edilir.Sosyal devlet ise,ekonomik,sosyal fiziksel yönden güçsüz oldukları için hak ve hürriyetleri kullanamayacak durumda olanların,özgürlüklerden yararlanmalarını,insan onuruna yakışır düzeyde yaşamalarını sağlamaktadır.Anayasanın Başlangıcında açıklanan,doğuştan onurlu bir hayat sürdürme,maddi ve manevi varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisinin kullanılmasına Devlet, sosyal adalet gereklerince imkan sağlamakla yükümlüdür.Sosyal devlet,Batı Demokrasisinin özgürlükçülüğüne eşitçiliği katma çabalarıyla gelişmiştir.Ondokuzuncu yüzyılın bireyci ve liberal anlayışı,insanı soyut bir varlık,felsefi bir kurgu konusu olarak ele alıyordu.İnsanın toplum içinde karşılaştığı çeşitli durumların yarattığı gereksinim ve zorlukları dikkate almayan bu anlayışa göre devlet,kişilere tanınan yapmak ya da yapmamak hakkına saygı

duyacak, onu çiğnemeyecek, sadece denetlemekle yetinecektir.¹ Böyle olunca hukuk devleti ilkesinin asli amacı, egemenlik veya egemenliği kullananlara karşı klasik kişi hak ve özgürlüklerini korumak, egemenliği sınırlamak olarak belirlemiştir.² Hukuk devleti, bireylerin özgürlüğünü amaç edinirken, sosyal devlet, insanların ve toplumun refahını, sosyal adaleti, sosyal güvenliğini amaçlamaktadır. Sosyal devlet ilkesi, sosyal adaletin, toplumsal dengenin sağlanması için devletin müdahalesini gerektirir. Ancak şunu unutmamak gerekir, sosyal devlet ve hukuk devleti ilkelerini birbirinden ayırmak mümkün değildir. Sosyal devlet aynı zamanda hukuk devleti olmalıdır. Günümüzde, sosyal güvenlik ve sosyal adalet olmaksızın kişiliğin korunmasından ve özgürlüğünden söz edilemez. Bu nedenledir ki Anayasa, devletin sosyal bir hukuk devleti olduğunu belirtmektedir.

Anayasa Mahkemesi, de bu düşünüşle sosyal devleti hukuk devletiyle birlikte ele almaktadır: “Sosyal devlet tamlamasının, Anayasanın başlangıç kısmının sekizinci paragrafında açıklanan, doğuştan sahip olunan onurlu bir hayat sürdürme, maddi ve manevi varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisinin kullanılmasının devletin sosyal adalet gereklerince olanak sağlama yükümlülüğünü anlattığı anımsanırsa, sosyal devletin hukuk devletinin ileri bir aşaması olduğu anlaşılır. Anayasa, sosyal ve ekonomik haklar ve ödevler konusunda devleti öncelikle görevlendirmiştir. Sosyal devletin daha önce yapılan kısa tanımı, hukuk devleti tanımıyla birlikte ele alınınca sosyal hukuk devletinin gerekleri açıklanmış olur. Toplumsal gereklere ve toplum yararına öncelik veren, güçsüzü güçlüye karşı koruyarak toplumsal dayanışmayı üstün düzeyde gerçekleştirip dengeyi kuran devletin, hukuk içinde kalarak ve hukuka özenle uyarak yasal düzenlemeler yapması, barış ve mutluluğu sağlaması özlenen en çağdaş görünümüdür.”

Sosyal devletin tanımına baktığımızda, sosyal devletin şu özellikleri taşıması gerektiğini görüyoruz:

Güçsüzleri, güçlülere karşı korumak: Sosyal devlet anlayışını doğuran temel gelişmelerden birisi sanayi toplumuyla birlikte, ekonomik dengesizliklerin, çalışan-işveren çatışmalarının toplumsal barışı bozmasıdır. Ekonomik bakımdan güçsüz olanları korumak, sosyal devletin başta gelen görevlerinden biri olmuştur. Sosyal devlet, emek-sermaye ilişkilerini dengeli olarak düzenler, özel girişimin de güvenlik ve kararlılık içinde çalışmasını sağlar. Ayrıca çalışanların insanca yaşaması için sosyal, ekonomik ve mali önlemler almakla yükümlüdür. Anayasa, özel girişim özgürlüğünü tanımış (m.48.); çalışanların hayat seviyesini yükseltmeyi, çalışanları korumayı, işsizliği önlemeyi, çalışma barışının sağlanmasını Devletin görevleri arasında saymıştır (m.49.). Ayrıca Anayasanın 50. Maddesine göre, kimse yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar, çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar. 50. madde, çalışanların dinlenme hakkına sahip olduklarını da belirtmektedir. İşçilerin sendika ve grev hakları, ekonomik güçsüzlüğü dengeleyici mekanizmalardır. Bu arada Devlet memurları ve diğer kamu görevlilerinin, Devlet gücü karşısında korunmalarının da sosyal devlet ilkesinin gereği olduğunu unutmamak gerekir.

Güçsüzlük sadece ekonomik güçsüzlük olarak anlaşılmamalıdır. Yaşlıların, gençlerin, çocukların, özürlülerin, öğrencilerin ve kadınların korunması, sosyal devletin görevlerindendir. Anayasa, ailenin huzur ve refahının sağlanması, ananın ve çocuğun korunması için gerekli önlemlerin alınmasını öngörmektedir (m.41.). Devlet maddi imkanlardan yoksun öğrencileri, özürlüleri nedeniyle özel eğitime ihtiyacı olanları eğitmekle, yükümlüdür (m.42.). Ayrıca gençleri, yaşlıları, özürlüleri, korunmaya muhtaç çocukları korumak, şehitlerin dul ve yetimlerini, malül ve gazileri insanca yaşatmak devletin görevidir (m.61.). Anayasa, herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu hüküm altına almıştır (M.60.). Bu hak, Devlete, insanların yaşlılık, sakatlık, hastalık gibi durumlarda güvende olmalarını sağlama yükümlülüğünü getirmektedir. Tüketicilerin korunması da sosyal devlet ilkesinin bir diğer gereğidir. Anayasa, ekonomik, sosyal ve kültürel kalkınmanın planlanmasını (m.166); para, kredi, sermaye, mal ve hizmet piyasalarının düzenli işlemlerini sağlamayı, tekelleşmeyi önlemeyi (m.167); tüketicilerin, esnaf ve sanatkarların korunmasını (m.172), kooperatifçiliğin gelişmesini sağlamayı (m.171.) devlete görev olarak düzenlemiştir.

Sosyal adaleti ve toplumsal dengeyi sağlamak: Yukarıda bahsedilen, güçsüzü korumak görevine bağlı olarak sosyal adalet ve toplumsal denge, bir başka söyleyişle gerçek eşitlik sağlanacaktır.

Özgürlüklerin gerçekleşmesi için maddi olanak sağlamak: Bireylere özgürlüklerin tanınması, özgürlüklerin kullanılması için her zaman yeterli olmamaktadır. Örneğin eğitim öğrenim hakkını kullanabilmek, ekonomik güç

1- Sarıca, M., 100. Soruda Siyasi Düşünce Tarihi, İstanbul., s.206.

2- Bilgen, P., İdare Hukuku Ders Notları, İstanbul, 1995, s.43.

gerektirir. Sosyal devlet,kişi hak ve hürriyetlerinin kullanılması için gereken maddi ve manevi koşulları sağlamalıdır.³ Anayasa'nın 5. Maddesine göre, devlet,kişinin temel hak ve hürriyetlerini,sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan,siyasal,ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya,insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmalıdır.

Hukuka uygun davranmak: Sosyal devletin var olabileceği ve gelişeceği ortam hukuk devletidir.Toplumsal denge kurulurken,hukuk sınırları içinde kalınmalı,hukuka özenle uyulmalıdır.

II-5378 sayılı Kanun hükümleri

Özürlü hakları kanunu olarak da adlandırılan 2005 tarihli,5378 sayılı Kanun,yukarıda yer verilen Anayasa kurallarının uygulanmasına yönelik hükümler içermektedir.Özürlülere ilişkin hizmetlerin ya da idarenin yükümlülüklerinin temel esasları Kanunda şöyle belirtilmiştir(.m.4):

a) Devlet, insan onur ve haysiyetinin dokunulmazlığı temelinde, özürlülerin ve özürlülüğün her tür istismarına karşı sosyal politikalar geliştirir. Özürlüler aleyhine ayrımcılık yapılamaz; ayrımcılıkla mücadele özürlülere yönelik politikaların temel esastır.

b) Özürlülere yönelik olarak alınacak kararlarda ve verilecek hizmetlerde özürlülerin, ailelerinin ve gönüllü kuruluşların katılımı sağlanır.

c) Özürlülere yönelik hizmetlerin sunumunda aile bütünlüğünün korunması esastır.

d) Kurum ve kuruluşlarca özürlülere yönelik mevzuat düzenlemelerinde Özürlüler İdaresi Başkanlığının görüşünün alınması zorunludur.

Kanun uygulama esaslarını düzenledikten sonra bir çok temel hizmete de yer vermektedir.Başka çalışmaların konularına girmemek için aşağıda bazı örnekler alınacaktır.

5378 sayılı Kanunla idareye verilen önemli bir yükümlülük, bakım hizmeti sunmaktır.Kanunun 6.maddesine göre,özürlü kişilerin yaşamlarını öncelikle bulundukları ortamda sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmesi, toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek ve üretken hâle gelebilecek şekilde bakım ve rehabilitasyonlarının yapılması, bunlardan ihtiyacı olanların geçici veya sürekli bakım altına alınması veya bunlara evde bakım hizmeti sunulması esastır.

Özürlülere yönelik bakım hizmetlerini, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğünden ruhsat alan gerçek ve tüzel kişiler ile kamu kurum ve kuruluşları verebilecektir.Kanun,bakım hizmetlerinin sunumunda kişinin biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının da dikkate alınmasını emretmektedir(m.8). Bakım hizmetleri, evde bakım veya kurum bakımı modelleriyle sunulabilir. Öncelikle kişinin sosyal ve fiziksel çevresinden ayrılmaksızın hizmetin sunulması esas alınır.

Bakıma muhtaç özürlülere sunulacak bakım hizmetinin karşılığı olarak,ücret ödenecektir.Bu tutar,iki aylık net asgari ücretten fazla olamaz.

Kanunla düzenlenen bir diğer önemli hizmet,rehabilitasyondur(.m.10.). Rehabilitasyon hizmetleri toplumsal hayata katılım ve eşitlik temelinde özürlülerin bireysel ve toplumsal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak verilir. Rehabilitasyon kararının alınması, plânlanması, yürütülmesi, sonlandırılması dahil her aşamasında özürlü ve ailesinin aktif ve etkili katılımı esastır.Rehabilitasyonun her alanında ihtiyaç duyulan personelin yetiştirilmesine yönelik eğitim programları geliştirilir ve bu personelin istihdamı için gerekli önlemler alınır.

Bireylerin sağlıklı yaşamları için gerekli olan erken tanı ve koruyucu hizmetler de Kanunda yer almaktadır.11.maddeye göre:Yeni doğan, erken çocukluk ve çocukluğun her dönemi fiziksel, işitsel, duyuşsal, sosyal, ruhsal ve zihinsel gelişimlerinin izlenmesi, genetik geçişli ve özürlülüğe neden olabilecek hastalıkların erken teşhis edilmesinin sağlanması, özürlülüğün önlenmesi, var olan özrün şiddetinin olabilecek en düşük seviyeye çekilmesi ve ilerlemesinin durdurulmasına ilişkin çalışmalar Sağlık Bakanlığınca planlanır ve yürütülür.

3- Gözübüyük, A.Ş., Anayasa Hukuku,Ankara, 1997, s.151.

Eğitim ve istihdam hizmetleri başka bildirilerde ele alınacağı için değinilmeyecektir. Ancak, Devlet Memurluğuna girişte düzeltilmesi gerek bir hususa işaret edilecektir. 5378 sayılı Kanun, Devlet Memurları Kanununun 53. maddesini şu şekilde değiştirmiştir:

“Özürlülerin Devlet memurluğuna alınmaları:

Mevzuata uygun olmak kaydıyla; özürlülerin mesleklerine uygun münhal kadrolara atanması, mesleklerini icra veya infaza yardımcı araç ve gerecin kurumlarınca temin edilmesi esastır. Özürlülerin Devlet memurluğuna alınma şartları ile hangi işlerde çalıştırılacakları, mesleklerini icra ve infazda hangi yardımcı araç ve gereçlerin kurumlarınca temin edileceği, zihinsel özürlülerin hangi görevlere atanmasında asgari eğitim şartından istisna edileceği hususları Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve Devlet Personel Başkanlığınca müştereken hazırlanacak yönetmelikle düzenlenir.”

Yapılan bu değişiklik, özürlüler için ayrı sınav açılmasını düzenleyen 50. madde kuralı karşısında, özürlülere bir avantaj sağlamamaktadır. Çünkü 50. maddeye göre: Özürlüler için sınavlar, özürlü kontenjanı açık olan kurum ve kuruluşlarca ilk defa Devlet memuru olarak atanacaklar için açılan sınavla eş zamanlı, böyle bir sınava ihtiyaç duyulmamışsa, özürlü kontenjanı açığı bulunduğu sürece ayrı zamanlı olmak üzere özürlü grupları ve ulaşılabilirlikleri gözönüne alınarak yapılır. Özürlüler için sınavlar, özürlü grupları dikkate alınarak sınav sorusu hazırlamak ve değerlendirmek üzere özel sınav kurulu teşkil edilerek ayrı yapılır.

Özürlü kontenjanı ve ayrı sınav koşulu, özürlülerin yapabilecekleri görevler için açılan sınavlara girmelerini engellediği sürece, 53. maddedeki değişiklik anlam ifade etmeyecektir. Bu sebeple, Devlet memurları Kanunundaki özürlüler için sınav koşulunu, sadece özürlülerin girebileceği görevlerle sınırlamak gerekmektedir. Açılan kadrolarda çalışabilecek özellikleri taşıyanların özürlü olmaları gerekçe gösterilerek ayrı sınava alınmaları, 53. maddedeki değişikliğin amacıyla bağdaşmayacaktır.

5378 sayılı Kanun yakınları özürlü olan memurlar için atama kolaylığı da getirmektedir. Kanunun 21. maddesiyle 657 sayılı Kanuna eklenen (ek 39. madde) maddeye göre: “Devlet memurlarının, hayatını başkasının yardım veya bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede özürlü olduğu sağlık kurulu raporu ile tespit edilen eşi, çocukları ile kardeşlerinin, memuriyet mahalli dışında resmî veya özel eğitim ve öğretim kuruluşlarında eğitim ve öğretim yapacaklarının özel eğitim değerlendirme kurulu tarafından belgelendirilmesi hâlinde, ilgilinin talebi üzerine eğitim ve öğretim kuruluşlarının bulunduğu il veya ilçe sınırları dahilinde kurumunda bulunan durumuna uygun boş bir kadroya ataması yapılır.”

III-Yerel yönetimlerin görevleri

Sosyal devlet ilkesi, yerel yönetimlere özürlülerin insan onuruna yakışır düzeyde yaşamalarını sağlama görevi vermektedir. Yerel yönetimlerin görevlerini özürlülerin durumuna uygun yöntemlerle sunmaları zorunluluğu, Belediye ve İl Özel İdaresi Kanunlarında vurgulanmaktadır.

IV-Talep ve dava hakkı

Yukarıda sayılan görevler, idare tarafından yerine getirilmediği takdirde, bireylerin bu görevlerin ifasını talep hakları bulunmaktadır. İdareye yapılan başvurudan sonuç alınamadığı takdirde, idari yargı mercilerinde açılacak iptal ve tam yargı davaları yoluyla idarenin hukuka uygun davranması sağlanabilecektir.

CEZA HUKUKUNDA ENGELLİLER

Doç.Dr. Hamide Zafer

Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza ve Ceza Usul Hukuku

I. Giriş

Engelliler de ceza adalet sistemi içerisinde fail, mağdur veya ceza muhakemesine yardımcı süje örneğın tanık, bilirkişi olarak yer alabilirler.

Adalet sistemi, bireyler üzerinde baskı oluşturan bir mekanizmadır. Bu mekanizmanın içinde engelli olmak demek, bu sistemin yarattığı zorlukları diğer kişilerden daha ağır hissetmek demektir.

Örneğın, yetkinin kötüye kullanılması söz konusu olmasa bile gözaltı biriminde geçirilen yirmidört saat engellinin durumunun kötüleşmesine neden olabilir. Bu halde CMK m.141-144 hükümlerine göre tazminat istenmesi mümkün olmayacaktır. Elkonulan eşyanın veya diğer malvarlığı değerlerinin korunması için gerekli tedbirlerin alınmaması veya amaç dışı kullanılmaması ya da zamanında geri verilmemesinden doğan zararların tazmini CMK hükümlerine göre mümkünken gözaltı biriminin koşullarından kaynaklanan zararların öngörülmemiş olması bir eksiklik gibi gözükmemektedir. İdare hukukunun esaslarına göre bu halde uğranılan zararın tazmini söz konusu olabilir. Belirtelim ki, özür lünün içinde bulunduğu durumdan faydalınarak alınan ifadeler de yasak sorgu yöntemleri kapsamında değerlendirilebilir (CMK m.148) ¹.

Yine örneğın bir engelli, bir suçtan dolayı hüküm giydiğinde, cezaevi koşullarının onun engellilik haline uygun olmaması nedeniyle, ceza bastırıcı etkisini bu kişi üzerinde daha fazla hissettirecektir. Mevzuatımızda, koşullu salıverme hükümlerinde ceza evinde geçirilmesi gereken zorunlu süreler tespit edilirken engellilik hali dikkate alınmamıştır. Bu nedenle bir engelli, ıslah olmasına, cezanın etkisini daha yoğun hissetmesine rağmen diğer kişiler gibi belirli süreleri cezaevinde geçirmek zorunda kalacaktır. Çünkü, Yasa özür lülük halini dikkate almadan kaleme alınmıştır.

Aynı şekilde örneğın adli binalarının özür lülere uygun dizayn edilmemiş olması onların fail, mağdur veya tanık olarak sistemde yerlerini almalarını zorlaştırmaktadır.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin işkence yasağı başlığını taşıyan 3. maddesine göre, “hiç kimse işkenceye, insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamele veya cezaya tabi tutulamaz”. Bireyin vücut bütünlüğünü, insanlık onurunu koruyan bu hüküm, devlete üç tür yükümlülük yüklemektedir: Birinci yükümlülük, devletin (devlet adına faaliyette bulunan kamu görevlilerinin) kimseyi, işkenceye, insanlık dışı veya aşağılayıcı muameleye veya cezaya tabi tutmama yükümlülüğü (negatif yükümlülük). İkinci yükümlülük, devletin, bireylerin üçüncü maddede yasaklanan eylemlerin mağduru olmasını önleyici önlemler alma yükümlülüğü (pozitif yükümlülük). Üçüncü yükümlük ise devletin, işkence, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele yapan kişileri etkin bir şekilde soruşturma ve kovuşturma yükümlülüğüdür².

Devlet makamları, pozitif yükümlülüğün gereğı olarak, zayıf durumda olanlara karşı üçüncü kişilerden kaynaklanan tehlikeyi biliyor veya bilmesi gerekiyorsa gerekli koruyucu önlemleri almak zorundadır³.

Anayasa'ya göre de, sakatlar, güvenlik bakımından özel olarak korunması gereken kişilerdendir. Devletin, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alma görevi vardır (Ay m.61/2). Ceza adalet sistemindeki işleyiş de sosyal hayata dahildir ve devletin engellilerin hayatını kolaylaştıracak tedbir alma yükümlülüğü bu alanda da geçerlidir.

Engellilik halinin özelliklerine göre, adli sistemin engellilere uygun hale getirilmemesi, devletin onur kırıcı muameleyi pozitif olarak önleme yükümlülüğünün ve dolayısıyla AİHS m.3'ün ihlali sayılabilir.

1- Bak.N.Centel/H.Zafer, Ceza Muhakemesi Hukuku, İstanbul 2006, 223.

2- O.Doğru, İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi Hukukunda İşkence ve Kötü Muamele Yasağı, İstanbul 2006, 2.

3- D.Tezcan/M.R.Erdem/O.Sancaktar, Türkiye'nin İnsan Hakları Sorunu, Ankara 2004, 247; Doğru, İşkence ve Kötü Muamele Yasağı, 140-141.

7.7.2005 tarihinde yürürlüğe giren 1.7.2005 gün ve 5378 sayılı Özürlüler Kanunu'nun amacı da, "özürlülüğün önlenmesi, özürlülerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümü ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri alarak topluma katılımlarını sağlamak ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmak" olarak belirlenmiştir (Özürlüler K. m.1)⁴. Ancak belirtelim ki, Özürlüler Yasası da özürlülerin ceza adalet sistemindeki yerini iyileştirici tedbir almayı özel bir amaç olarak benimsememiştir.

Ben konuşmamda sizlere ceza mevzuatında hangi kurumlarda özürlülük halinin dikkate alınarak düzenleme yapıldığını ortaya koymaya çalışacağım.

Ancak belirtmeliyim ki, ceza mevzuatında engelli/özürlü kavramı tanımlanmamış olup kavram birliği de bulunmamaktadır.

Örneğin, Ceza Muhakemesi Yasası'nda engelli (CMK m.202/2), malûl (CMK m.90, 211, 234/2,3) kavramları kullanılmıştır. Buna karşılık Ceza Yasası'nda doğrudan engelli veya malul kavramı kullanılmamış bunun yerine - beden ve ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişilerden, - işlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılayamayan yeteneği gelişmemiş olan kişilerden, -fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derece azalmış olan kişilerden yani kusur yeteneği olmayan kişilerden ayrıca, ruhî veya fizik güçsüzlüğü olan kişilerden, malûllerden (özürlülerden-ayrımcılık TCK m.122) söz edilmiştir. Örneğin bazı hükümlerin gerekçesinde, malul kavramları ile ruhî veya fizik güçsüzlük kavramları yan yana kullanılmıştır. Bu durum, malullükle ruhî veya fizik güçsüzlüğün birbirinden farklı olduğunu akla getiriyor. Sonuç olarak ceza mevzuatında kavramlar rast gele kullanılmıştır.

Ceza yasasında akıl hastalığı kusur ehliyetini etkileyen bir hal olarak düzenlenmiştir. Kusur ehliyeti ile ilgili hükümler ceza hukukunun en önemli hükümlerindendir. Ancak bu hükümlerin engellilerle ilgili olup olmadığını tespit etmek için engelli ve hasta kavramının tanımına ihtiyaç vardır.

7.7.2005 tarihinde yürürlüğe giren 1.7.2005 gün ve 5378 sayılı Özürlüler Kanunu'nda özürlü, "Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi" olarak tanımlanmıştır (m.3/a).

Özürlülük halinde, bir organ veya organizma bir daha geri dönüşümü olmayacak şekilde fonksiyonunu yitirmekte veya fonksiyonunu çeşitli derecelerde kaybetmektedir.

Özürlülük doğuştan olabileceği gibi sonradan da meydana gelebilir. Özellikle sonradan meydana gelen özürlülük bir hastalık sonucunda olabileceği gibi bir kaza sonucunda da gerçekleşebilir. Hastalık bir özürlülük hali değildir. Bu nedenle hastalık hali ile özürlülük kavramının farklarının ortaya konulması gerekir.

Hastalık halinde de bir organizma veya organda işlevsel bozukluklar söz konusudur. Ancak bu bozukluk daimi bir nitelik almamıştır. Organda işlevsel bozukluğu yaratan neden hastalık olarak adlandırılmaktadır. Organ veya organizmadaki bozukluğa neden olan hastalığın teşhis ve tedavisi diğer bir söyleyişle organ veya organizmanın eski haline döndürülmesi mümkündür. Hastalığın yarattığı harabiyet geri döndürülemez bir seviyeye ulaştığında ve hastalık nedeniyle fonksiyon bozukluğu daimi bir nitelik aldığı anda engellilik hali söz konusu olmaktadır⁵.

Özürlülük, her halde, bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerin kaybedilmiş olması nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimleri karşılama güçlüğüne doğmasına neden olur. Buna karşılık, hastalık da bu sonuçları yaratabilirse de bu her zaman söz konusu olmayabilir.

4- 1 Temmuz 2005 gün ve 5378 sayılı "Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun", RG 7.7.2005, No.25868.

5- Tedavisi imkansız olan sürekli hastalık halinin de malûllük sayılması gerektiği hakkında bak.S.Dönmezer/S.Erman, Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku II, İstanbul 1997, 1984, dn.120.

Özgürlü kabul edilmenin iki koşulu vardır: 1) Daimi ve çeşitli derecelerde fonksiyon kaybı, 2) bu fonksiyon kaybının toplumsal yaşama uyum sağlama, günlük gereksinimleri karşılama güçlüğü yaratması.

Kanaatimce, kişinin zihinsel, ruhsal, duysal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde etkileyen, daimi nitelik arzeden ve günlük hayatı zorlaştıran bazı akıl hastalıklarına sahip olan kişileri engelli olarak görmek ve Ceza Yasası'nın kusur ehliyeti ile ilgili hükümlerinin engellilerle ilgili olduğunu söylemek hatalı olmayacaktır.

II. Ceza Hukukunda Fail Olarak Engelliler

1. Engelliliğin kusur ehliyetine etkisi

Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükümlenir (TCK m.32/1). Haklarında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastaları, yüksek güvenlik sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar (TCK m.57/1). Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığının belirtilmesi üzerine mahkeme veya hakim kararıyla serbest bırakılabilir (TCK m.57/2).

Önemli derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmibeş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir (TCK m.32/2). Yaptırımın infaz kurumunda ceza olarak mı yoksa sağlık kurumunda güvenlik tedbiri olarak mı yerine getirileceğine, kişinin yerleştirildiği yüksek güvenlikli sağlık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine, mahkeme kararıyla karar verilir (TCK m.57/6).

Ceza sorumluluk yaşı sağır ve dilsizlik halinde, sağlıklı kişilerinkinden daha yüksek olarak belirlenmiştir. Örneğin, fiilin işlendiği sırada onbeş yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizlerin ceza sorumluluğu yoktur. Bu yaş sınırı sağlıklı çocuklarda oniki olarak belirlenmiştir. Aynı şekilde, onbeş-yirmibir yaş arasındaki sağır ve dilsizlerin kusur ehliyetinin var olduğu kabul edilmekle beraber, bu kişilere işledikleri suçun cezası Yasa'da belirtilen oranlarda indirilerek uygulanır (TCK m.33). Sağlıklı çocuklara ilişkin indirimler oniki-onsekiz yaş arasında uygulanmaktadır (TCK m.31/2).

2. Dolaylı faillik

Yukarıda da belirtildiği üzere, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye (tam akıl hastalarına) ceza verilmez.

Kusur yeteneği bulunmayan (tam akıl hastasını) böyle bir kişiyi bir suçun işlenmesinde araç olarak kullanan kişi, akıl hastasının işlediği suçun failiymişçesine, diğer bir söyleyişle, dolaylı fail sıfatıyla onun işlediği suçtan sorumlu olur. Ayrıca, kusur yeteneği olmayan bir kişiyi suçta araç olarak kullandığı için, cezası da üçte birden yarısına kadar artırılır (TCK m.37).

3. Cumhurbaşkanı'nın af yetkisi

Cumhurbaşkanı, sürekli hastalık, sakatlık ve kocama sebebi ile belirli kişilerin cezalarının hafifletme veya kaldırma yetkisine sahiptir (Ay m.104/25). Anayasa ile Cumhurbaşkanı'na kişisel özel af çıkarma yetkisi verilmiştir.

III. Ceza Hukukunda Mağdur Olarak Engelliler

Türk Ceza Yasası'nda, suçun engellilere karşı işlenmesi, bu kişilerin kendilerini savunmalarındaki güçlük nedeniyle belirli suçlar bakımından suçu ve dolayısıyla cezayı ağırlaştıran bir neden olarak kabul edilmiştir.

1. Kasten insan öldürme suçunun mağduru olarak özürllüler

Türk Ceza Yasası'nın 81 ve 84 maddeleri arasında kasten insan öldürme suçu düzenlenmiştir. Basit kasten insan öldürme suçunun, kural olarak özürllü olmayan bir kişiye karşı işlenmesi halinde cezası müebbet haptir (TCK m.81). Bu suçun, çocuğa ya da beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı, işlenmesi halinde, fail ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılır (TCK m.82/1-e).

Kasten insan öldürme suçunun çocuğa ya da beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi, bu suçun nitelikli (ağır) hali olarak öngörölmüştür. Hükmün gerekçesine göre, suçun çocuk veya ileri yaşlı, hastalığı, malûllüğü (sakatlığı) veya ruhî veya fizik güçsüzlüğü nedeniyle kendini korumaktan aciz bir kimseye karşı işlenmesinin suçun ve dolayısıyla cezanın ağırlaştırıcı sebebi olarak kabul edilmesinin nedeni, hem bu hallerde faildeki ahlaki kötölüğün çok yoğun olması hem de failin fiili kolayca işleyebilmesidir. Fail, fiilini bu kişilere karşı bir dirençle karşılaşmadan işleme imkânına sahiptir. Bu durum suçun daha vahim sayılmasını gerektirmiştir⁶.

İşlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan veya ortadan kaldırılan kişileri intihara sevk edenlerle cebir veya tehdit kullanmak suretiyle kişileri intihara mecbur edenler de kasten insan öldürmeden sorumludurlar (TCK m.84/4).

2. Kasten yaralama suçunun mağduru olarak engelliler

Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, kural olarak bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kural olarak yaralama fiilinin mağdur üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması halinde suçun takibi mağdurun şikâyetine bağlıdır.

Ancak, kasten yaralama suçunun beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi halinde, yaralamanın etkileri basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek şekilde olsa dahi suç şikâyet şartı aranmaksızın adli makamlarca re'sen takip edilir. Ayrıca yaralama fiilinin bu kişilere karşı işlenmiş olması nedeniyle ceza yarı oranında artırılır (TCK m.86).

Kasten yaralama fiili neticesinde kişinin engelli duruma gelmesi hali de cezayı arttıran diğer bir neden olarak öngörölmüştür. Kasten yaralama fiili mağdurun; duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına, /konuşmasında sürekli zorluğa, /yüzünde sabit ize, ... neden olmuşsa, ceza, bir kat artırılır. (TCK m.87/1).

Kasten yaralama fiili, mağdurun; iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine, /duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine, /konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına, /yüzünün sürekli değişikliğine, neden olmuşsa, ceza, iki kat artırılır (TCK m.87/2).

Belirtelim ki, yaralama fiili neticesinde organlarda meydana gelen yetenek kaybı, kişinin günlük hayatını etkileyecek düzeye gelmiş ise yaralama fiilinden bir engellilik halinin doğduğu söylenebilecektir.

3. İşkence ve eziyet suçlarının mağduru olarak özürllüler

Türk Ceza Yasası'nın 94. maddesinde işkence, 96 maddesinde eziyet suçu tanımlanmıştır.

Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açacak davranışları gerçekleştiren (işkence yapan) kamu görevlisi işkence suçundan dolayı üç yıldan oniki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. İşkencenin çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı işlenmesi halinde kamu görevlisi sekiz yıldan obeş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılabilir (TCK m.94).

İşkence neticesinde kişinin engelli duruma gelmesi hali cezayı arttıran bir diğer neden olarak görölmüştür. İşkence fiilleri, mağdurun; duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına, /konuşmasında sürekli zorluğa, /yüzünde sabit ize, ... neden olmuşsa, ceza, yarı oranında artırılır (TCK m.95/1).

6- 5237 sayılı TCK m.82/1-e Gerekçe.

İşkence fiilleri, mağdurun; iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine, /duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine, /konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına, /yüzünün sürekli değişikliğine, neden olmuşsa, ceza, bir kat artırılır (TCK m.95/2).

Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı eziyet fiillerinde bulunan fail hakkında, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına karar verilebilir (TCK m.96).

Eziyet fiillerinin kişiyi özürlü hale getirmesinde cezanın arttırılmasının öngörülmemesi bir eksikliktir.

4. Cinsel saldırı suçunun mağduru olarak engelliler

765 sayılı Türk Ceza Yasası döneminde, ırza tasaddi ve ırza tecavüz olarak adlandırılan cinsel suçlar 5237 sayılı Türk Ceza Yasası'nda cinsel saldırı suçunun çeşitleri olarak cinsel saldırı adı altında 102. maddede düzenlenmiştir.

Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlal cinsel saldırı teşkil eder ve fail, mağdurun şikâyeti üzerine, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (TCK m.102/1).

Cinsel saldırının, vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle işlenmesi durumunda, yani ırza tecavüz sözkonusu olduğunda fail hakkında yedi yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına karar verilebilir. Bu suç, adli makamlarca re'sen takip edilir. Ancak mağdurun eş olması halinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır (TCK m.102/2) .

Gerek ırza tasaddi gerekse ırza tecavüz şeklinde gerçekleşen cinsel saldırı suçunun, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi halinde verilen cezalar yarı oranında artırılır (TCK m.102/3-a)

Ayrıca suç sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması halinde, on yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur (TCK m.102/5).

5. Kişi hürriyetinden yoksun kılma suçunun mağduru olarak engelliler

Türk Ceza Yasası'nın 109. maddesinde kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçu tanımlanmış ve yaptırıma bağlanmıştır. Bu hükme göre, bir kimseyi hukuka aykırı olarak bir yere gitmek veya bir yerde kalmak hürriyetinden yoksun bırakan kişiye, bir yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir.

Bu suçun, çocuğa ya da beden veya ruh bakımından kendini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza bir kat artırılır (TCK m.109/3-f).

6. Ayrımcılık suçunun mağduru olarak özürlüler

Türk Ceza Yasası'nın 122. maddesinde ayrımcılık suçu cezalandırılmıştır. Bu hükme göre, “kişiler arasında dil, ırk, renk, cinsiyet, özürlülük, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım yaparak; / a) bir taşınır veya taşınmaz malın satılmasını, devrini veya bir hizmetin icrasını veya hizmetten yararlanılmasını engelleyen veya kişinin işe alınmasını veya alınmamasını yukarıda sayılan hallerden birine bağlayan, / b) besin maddelerini vermeyen veya kamuya arz edilmiş bir hizmeti yapmayı reddeden, / c) kişinin olağan bir ekonomik etkinlikte bulunmasını engelleyen, /kimse hakkında altı aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası verilir.

5237 sayılı Türk Ceza Yasası'nın 1 Haziran 2005 günü yürürlüğe giren metninde, ayrımcılığa esas olan özellikler sadece “dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebepler” olarak belirlenmişti. Yasa'nın bu formilasyonu Anayasa'nın kanun önünde eşitlik ile ilgili hükmünün (m.10) bir tekrarı niteliğindeydi. Anayasa'da da herkesin, bu sebeplerle ayırım gözetilmeden kanun önünde eşit olduğu anayasal bir ilke olarak ortaya konulmuştu.

Özürlüler Kanunu'un 41. maddesiyle Türk Ceza Yasası'nın 122. maddesine *özürlüler* ibaresi eklenmiştir⁷. Özürlüler Kanunu'ndaki özürlülerin tanımı bu maddenin uygulanması bakımından önem taşıyacaktır.

Örneğin, bir engellinin engelinin hiç bir şekilde işin niteliğini etkilemeyecek olmasına rağmen engelli işe almayan kişi ayrımcılık suçunu işlemiş olacaktır. Örneğin bacaklarından engelli bir bilgisayar mühendisinin, bir fabrikanın bilgisayar servisinde masa başında çalışmak için yaptığı başvurunun engelinden dolayı reddedilmesi halinde bu suç oluşacaktır.

7. Suçu bildirmeme suçunun mağduru olarak engelliler

Türk Ceza Yasası'nın 278. maddesinde, suçu bildirmeme suçu tanımlanmıştır. Bu hükme göre, işlenmekte olan bir suç veya işlenmiş olmakla birlikte, sebebiyet verdiği neticelerin sınırlandırılması halen mümkün bulunan bir suç yetkili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

İşlenmekte olan veya işlenmiş olan suçun mağdurunun onbeş yaşını bitirmemiş bir çocuk, bedensel veya ruhsal bakımdan özürlü olan ya da hamileliği nedeniyle kendisini savunamayacak durumda bulunan kimse olması halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılır (TCK m.278/3).

Bu hüküm "... özürlü" olan ifadesine yer vermesi bakımından önemlidir. Diğer suçlarda, özürlü ifadesi yerine, "beden veya ruh bakımından kendini savunamayacak durumda bulunan kişi" ifadesi kullanılmıştır.

8. Engellilere ayrılmış park yerlerinin ihlali

2981 sayılı Trafik Kanunu'nun 61/o maddesine göre, özürülülerin araçları için ayrılmış park yerlerinin ihlali halinde para cezası iki kat arttırılır⁸.

IV. Ceza Muhakemesinde Engelliler

1. Şüpheli veya sanık olan engellilere özgü muhakeme kuralları

Şüpheli veya sanık, ... sağır veya dilsiz veya kendisini savunamayacak derecede malûl (sakat) olur ve bir müdafii de bulunmazsa istemi aranmaksızın kendisine Baro'dan bir zorunlu bir müdafii görevlendirilir (CMK m.150/2). Engelliler için zorunlu müdafiiin sözkonusu olabilmesi için onun engellilik halinin savunmasını engelleyecek nitelikte olması gerekir. Engelli şüpheli veya sanığın bu müdafii kabul etmemesi mümkün değildir. Kanaatimce, yasada yer verilen sağır veya dilsizlik hali de bir engellilik halidir. Yasakoyucu bu hale yasada açıkça yer vererek bu haldeki engellinin kendisini savunamayacağını kesin olarak önceden kabul etmiştir.

Zorunlu müdafiiin ücreti, önce Adalet Bakanlığı bütçesinde bu amaçla yer alan ödenekten ödenir. Zorunlu müdafii ödenen ücret yargılama giderlerinden sayılır⁹ ve mahkûmiyet halinde hükümlü tarafından üstlenilir.

2. Mağdur olan engellilere özgü muhakeme kuralları

5271 sayılı Ceza Muhakemesi Yasası'yla engelli mağdurlar için zorunlu vekillik kurumu getirilmiştir. Suçun mağduru, onsekiz yaşını doldurmamış, sağır veya dilsiz ya da meramını ifade edemeyecek derecede malûl olur ve bir vekili de bulunmazsa, istemi aranmaksızın Baro'dan bir vekil görevlendirilir (CMK m.234/2). Zorunlu vekilden yararlanma hakkı diğer haklarının yanı sıra, suçun mağdurları ile şikâyetçi engelliye anlatılıp açıklanmak ve bu husus tutanağa yazılmak zorundadır (CMK m.234/3).

Takibi şikâyet koşuluna bağlı olan suçlarda kural olarak fail, mağdurun şikâyeti üzerine yakalanabilir. Ancak çocuklara, beden veya akıl hastası, malûllük veya güçsüzlükleri nedeniyle kendilerini idareden aciz bulunanlara karşı işlenen suçüstü hallerinde kişinin yakalanması şikâyete bağlı değildir (CMK m.90/3).

3. Şüpheli/sanık veya mağdur olan engellilere özgü ortak muhakeme kuralları

Engelli olan sanık veya mağdur, engeli yüzünden duruşmadaki iddia ve savunmaları anlayamayacak durumda ise duruşmadaki iddia ve savunmaya ilişkin esaslı noktalar, bilirkişi olarak görevlendirilecek bir engelli öğretmeni tarafından anlayabilecekleri biçimde anlatılır (CMK m.202/2).

7- 1.7.2005 gün ve 5378 sayılı "Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (Özürlüler Kanunu)"un 41. maddesiyle madde metnine özürülüler ibaresi eklenmiştir. RG 7.7.2005, No.25868.

8- 5378 sayılı Özürlüler Kanunu m.31 ile eklenmiştir. RG 7.7.2005, No.25868.

9- 6.12.2006 gün ve 5560 sayılı Çeşitli Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Kanun ile değişik 5320 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun Yürürlük ve Uygulama Şekli Hakkında Kanun m.13. RG 19.12.2006, No.26381.

Bu madde hükümleri, soruşturma evresinde dinlenen şüpheli, mağdur veya tanıklar hakkında da uygulanır. Bu evrede tercüman, sulh ceza hakimi veya Cumhuriyet savcısı tarafından atanır (CMK m.202/3).

Engelli olan şüpheli, sanık, mağdur için görevlendirilen tercümanın giderleri, yargılama gideri sayılmaz ve bu giderler Devlet Hazinesince karşılanır (CMK m.324/5).

4. Tanık olan engellilere özgü muhakeme kuralları

Soruşturma evresinde veya duruşmada dinlenen engelli tanıklar için de bir engelli öğretmen tercüman olarak görevlendirilir. Tanık için görevlendirilen tercümanın giderleri, yargılama gideri sayılmaz ve bu giderler Devlet Hazinesince karşılanır (CMK m.324/5).

Tanıklar kural olarak yeminle dinlenir (CMK m.54). Ceza Muhakemesi Yasası'nda yeminin şekli belirtilmiştir. Tanıkların yemini belirli bir metnin yüksek sesle söylenmesi şeklinde gerçekleştirilir (CMK m.55). Okuma ve yazma bilen sağır veya dilsiz tanıklar, yemin biçimini yazarak ve imzalarını koyarak yemin ederler. Okuma ve yazma bilmeyen sağır veya dilsiz tanıklar, işaretlerinden anlayan bir tercüman aracılığıyla ve işaretle yemin ederler (CMK m.56).

Hastalık veya malûllük veya giderilmesi olanağı bulunmayan başka bir nedenle bir tanık veya bilirkişinin uzun ve önceden bilinmeyen bir zaman için duruşmada hazır bulunmasının olanaklı bulunmayacağı anlaşılırsa, mahkeme onun bir naiple veya istinabe yoluyla dinlenmesine karar verebilir (CMK m.180/1).

Kural olarak yargılama aşamasında duruşmada sözlülük esastır. Tanık, sanık ve bilirkişilerin doğrudan doğruya yargılamayı yapan hakim tarafından dinlenmesi gerekir. Soruşturma evresinde yapılan dinleme sonucunda tutulan tutanaklar, yine kural olarak duruşmada okunmazlar. Duruşmanın sözlülük ve doğrudan doğruyalığının istisnaları Ceza Muhakemesi Yasası'nda gösterilmiştir. Yasa'ya göre, tanık veya sanığın suç ortağının duruşmada hazır bulunması, hastalık, malûllük veya giderilmesi olanağı bulunmayan başka bir nedenle belli olmayan bir süre için olanaklı değilse bu kişilerin dinlenmesi yerine daha önce yapılan dinleme sırasında düzenlenmiş tutanaklar ile kendilerinin yazmış olduğu belgeler okunabilir (CMK m.211/1-b).

ÖZEL EĞİTİM VE HUKUK ALANI KONU VE KONUŞMACILARI

ÖZEL EĞİTİME DİSİPLİNLERARASI BAKIŞ

ÖZEL EĞİTİMİN TARİHÇESİ VE TÜRKİYE'DEKİ DURUMU, GELECEĞE YÖNELİK ÖNERİLER

Doç. Dr. Yıldız Güven	“Özel Eğitimin Dünyadaki Tarihi Gelişimi”
Prof. Dr. Adnan Kulaksızoğlu	“Özel Eğitimin Türkiye’deki Tarihçesi”
Doç. Dr. Binyamin Birkan	“Dünden Bugüne Otizmli Çocukların Eğitimi”
Yrd. Doç. Dr. Yeşim Fazlıoğlu	“Erken Çocukluk Eğitiminin Tarihçesi ve Önemi”

ÖZÜRLÜLER KANUNUN YÜKSEKÖĞRETİM KURUMLARINA YANSIMASI VE ÜNİVERSİTELERDEN ÖRNEKLER

Prof. Dr. Ayşegül Ataman	“Yüksek Öğrenimdeki Engelli Öğrencilerin Karşılaştığı Sorunlar Engellilere Sağlanan Eğitim Önlemleri”
Claire Özel	“Engelli Öğrenci Destek Birimlerine Doğru”
Elzi Menda	“Sabancı Üniversitesi’nde Engelli Öğrenci Desteği”
Yrd.Doç. Dr. Z.Hande Sart	“Özürlüler Kanunu Çerçevesinde Yükseköğretim Kurumları: Boğaziçi Üniversitesi ve Engellilik”
Uzm. Öğretmen Engin Yılmaz	“Görme Engelliler Teknoloji Merkezi’nde yapılan çalışmalar, Sesli Betimleme Projesi”

ÖZEL EĞİTİMDE MESLEK EDİNME

Doç.Dr. Esra Akı	“Özel Eğitimde İş ve Uğraşı Tedavisi “
Yrd .Doç. Dr. Ali Kitiş	“Mesleki Rehabilitasyonda Değerlendirme”
Öğr.Gör. Tuna Şahsuvaroğlu	“Ülkemizde Zihinsel Öğrenme Yetersizliği Olan Çocuklara İş ve Meslek Eğitimi Veren Okullara İlişkin Bir Durum Saptaması ve Öneriler”

ENGELLİ ÇOCUĞUN EĞİTİMİNDE FİZYOTERAPİ-REHABİLİTASYON

Prof. Dr. Ayşe Livanelioğlu	“Milli Eğitim Bakanlığı Özel Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Fizyoterapinin Rolü - Sorun ve Öneriler”
Uzm.Fzt. Ela Tarakçı	“Özel Eğitimde Fizyoterapistin Çalışma Alanı, Sorumlulukları, Çocuğa, Aileye Yaklaşım Modelleri “
Yrd .Doç. Dr. Feryal Subaşı	“Zihinsel Engelli Çocuklarda Sağlık Eğitimi ve Farkındalığın Arttırılması”

FORUM: ÖZÜRLÜ, AİLE, ÇEVRE İLİŞKİSİNDE DİPSİZLİK

Yrd .Doç. Dr. Nevin Eracar – Kln.Psk. Cafer Çataloluk

ENGELLİ ÇOCUKLARDA FİZİKSEL AKTİVİTE

Prof.Dr. Nilgün Gürses	“Engelli Çocuklarda Fiziksel Aktivite: Fiziksel Aktiviteyi Engelleyen Kardiyopulmoner Durumlar”
Prof. Dr. Uğur Cavlak	“Engelli Çocuklarda Fiziksel Uygunluğun Değerlendirilmesi: Brockport Fiziksel Uygunluk Test Bataryası”
Yrd.Doç.Dr. İpek Yeldan	“Engellilerde Postür ve Adaptasyonları”
Prof. Dr. Serap İnal	“Özür, Engellilik ve Spor”
Dr. Bilge Başakçı Çalık	“Görme Engelliler İlköğretim Okulu Fizyoterapi Ünitesi Çalışma Prensipleri ve Faaliyetleri”

ÖZEL EĞİTİMDE ENGELLİLER SPORU

Dr. Peter Voigt	“Adapted Watersports -Canoeing And Rowing In Different Fields Of Mental And Physical Handicaps. Adaptations To Boats And Equipment” Projects At The German Sport University, Cologne”
------------------------	--

ÖZÜRLÜ BİREY VE ÇEVRE İLE İLİŞKİLERİ

Doç. Dr. Behiye Alyanak	“Özürlü Çocuk ve Aile”
Nalan İster	“Özürlü Çocuk ve Anaokulu Uyum Çalışması”

BEYİN VE ÖZEL EĞİTİM

Uzm. Dr.Bülent Madi	“Beyin Nasıl Çalışır? Özel Eğitimci, Ne Kadarını Bilmek Zorunda?”
Uzm. Fzt. Feride Bilir	“Riskli Yenidoğanda Nöro-Gelişimsel Yaklaşım”

DİL BOZUKLUĞU - ÖĞRENME BOZUKLUĞU

Doç. Dr. Pınar Ege	“Dil Gecikmesinden Öğrenme Sorunlarına”
Prof. Dr. Barış Korkmaz	“Dil Bozukluklarından Öğrenme Bozukluklarına: Nörobiyolojik Temeller”

DAVETLİ KONUŞMACILAR “ LANGUAGE AND LEARNING PROBLEMS”

Dr. Maryshia Nash	“Language and Literacy Difficulties in Children:Descriptions and Relationships“
Maria Beesems	“Theory, Diagnostics and Treatment of Developmental Dysphasia Introduction to the Tan-Söderbergh method”
Caroline Rendle	“Speech and Language Therapy Approaches to Children With Physical and Learning Disabilities (e.g. Children With Cerebral Palsy and /or Cognitive Delay)
Dawn Arthur	“Speech and Language Therapy in Autism”

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ

DK Uzm. Ayşegül Turan	“Zihinsel Engelli Çocukların Dilsel Özellikleri”
DKT. Gayem Köprücü	“Afazide Dil ve Konuşma Terapisi”
DKT. Serkan Bengisu	“Akıcılık Bozuklukları”
Uzm.Ody. Çiğdem Ergül	“Gelişimsel Dil Bozuklukları”

ÖZÜRLÜLÜK YARATAN NÖROLOJİK VE ORTOPEDİK HASTALIKLARDA FİZYOTERAPİSTİN ROLÜ

Prof. Dr. Ferda Dokuztuğ Üçsular	“İnmeli Hastaların Rehabilitasyonunda Fizyoterapistin Rolü”
Dr.Fzt. Fatma Karantay Mutluay	“Multipl Skleroz Rehabilitasyonu”
Prof. Dr. Uğur Cavlak	“Spinal Kord Yaralanmalarının Tedavisinde Fizyoterapistin Rolü”
Doç. Dr. Kadriye Armutlu	“Parkinson ve Rehabilitasyonu”
Prof. Dr. Ayşe Karaduman	“Nöromusküler Hastalıklarda Fizyoterapi Rehabilitasyon”
Doç. Dr. Mintaze Kerem Günel	“Serebral Paralizli Çocuklar”
Dr.Fzt. Semiramis Özyılmaz	“Sekresyon Atımında Güçlük Yaşayan Çocukların Rehabilitasyonunda Fizyoterapistin Rolü”
Dr.Fzt. Rengin Demir	“Solunum Kas Güçsüzlüğü Olan Çocukların Rehabilitasyonunda Fizyoterapistin Rolü”
Prof. Dr. Filiz Can	“Özürlülük Yaratan Ortopedik Hastalıklarda Fizyoterapistin Yaklaşımı”
Prof. Dr. Yener Temelli - Dr.Fzt. Ekin Akalan	“Yürüme Analizi”
Prof. Dr. Yavuz Yakut	“Mobilitate Yardımcı Cihazlar”

ÖZEL UYGULAMALAR

Doç. Dr. E.Handan Tüzün	“Özürlülüğün Değerlendirilmesi ve Bağımsızlığı Arttıran Araç Gereçlerin Seçimi”
Doç. Dr. Gonca Bumin	“Duyu İntegrasyonu”
Prof. Dr. Arzu Razak Özdiñler	“Mesleki Rehabilitasyon ve Ergoterapi”
Doç. Dr. Mehtap Malkoç	“Yoğun Bakım Hastasında Fizyoterapi-Rehabilitasyon”

DAVETLİ KONUŞMACI

Drs. Catharina Anna Verschoor	“Diagnostics and (Occupational)Therapy of Development Dyspraxia”
--------------------------------------	--

İŞARET DİLİ

Dr. Cenker Ilıcalı	“İşitme Kaybı Konusunda Doğru Bilgilendirilmenin Önemi Ve Eğitimde Model Seçimine Etkisi”
Prof. Dr. Gönül Akçamete	“İşitme Yetersizliği Olan Çocukların Eğitiminde Neredeyiz?”
Prof. Dr. A. Sumru Özsoy	“İşitme Engelliler ve Okuryazarlık”
Prof. Dr. Richard Lytle	“One Size (methodology), Does Not Fit All People”

YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUKLARDA ÖZEL EĞİTİM

Yrd. Doç. Dr. Yeşim Fazlıoğlu	“Sensori Entegrasyon”
Yrd.doç. Dr. Alev Girli	“Otizm Dost Bir Yaklaşım: TEACCH”
Uzm.Psk. Senem Eke Yıldız	“Otizm ve Kardeşler / Kardeşleri Fark Etmek”

OTİZMDE BİR MODEL ÖNERİSİ

Psk. Pelin Eraktan – Uzm.Psk. Ertan Görgü	“Türkiye’de Otizm”
Davetli Konuşmacı Dr.Bülent İlik	“Özürlülüğe Yurttaşlık Penceresinden Bir Bakış”

ÖZEL EĞİTİME ALTERNATİF BAKIŞ ve UYGULAMALAR

Yrd.Doç. Dr. Nevin Eracar	“Özel Eğitimde Yeniden Yapılanma ve Sanatla Terapi”
Dr. Murat Kemaloğlu	“Yunustan Gelen Şifa”

UYGULAMALI PSİKOLOJİ ve EĞİTİM HİZMETLERİ

Yrd.Doç. Dr. Nevin Eracar	“Gelişimsel Projede Ailenin Yeri ve Katılımı”
Uzm.Psk. Fatma Sayman	“Farklı Gelişenlerin Ele Alınışında Terapi-Eğitim ve Projelendirme”
Psk.Dan. Burak İsmanur	“Gelişimsel Projede İlişki Dinamikleri”
Psk.Dan. Zeynep Tanyeri	“Gelişimsel Programın İçerik ve Biçimi”

ÖZEL EĞİTİMDE TANI VE YÖNLENDİRME PROBLEMLERİ

Uzm. Dr. Pınar Vural	“Özel Eğitim Kararı ve Sonrası”
Uzm.Psk. Hülya Zambak	“Özel Eğitimde Yönlendirme ve Değerlendirme Problemleri”
Uzm.Eğt. Vefa Demirkıran	“Özel Eğitim Uygulama Kurumları, Teorik ve Pratik Problemler”
Psk. Aysun Gökdemir	“Karar Sürecinde Bir Durak : Rehberlik Araştırma Merkezi”

ÖTEKİLEŞTİRME

Psk. Nilhan Eser	“Eğitim Kurumlarında Ötekileştirme ve Ayrımcılık”
Kln.Psk. Cafer Çataloluk	“Kurum Çocukları ve Ötekileştirme”
Psk.Dan. Ümit Eren Yurtsever	“Garip”
Dr. Murat Kemaloğlu	“Ötekileştirme”

SERBEST BİLDİRİLER

Yrd.Doç.Dr.Erkan Çalışkan, Okt.Ahmet Şirinkan	“Engelleri Sporla Aşalım Projesi (ESAP)”
Fzt.Ela Tarakçı	“Orta Derecede Mental Retardasyon Tanılı Çocuklarda El Becerileri ile Günlük Yaşam Aktiviteleri Arası İlişki”
Psk. Hayriye Hacıbayramoğlu	“Zihinsel Engelli Çocuk Sahibi Olan Annelerde Görülen Tükenmişlik Düzeyi”

POSTER SUNUMLARI**Prof. Dr. Gülten Mert**

“Engelli Öğrenci Destek Birimi- Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi”

Mercan Mutlu

“Özel Eğitim Alan Çocuklarda Davranış Problemi Sıklığı”

ÇALIŞTAYLAR**Öğr.Gör. Oktay Taymaz Sarı**

“Öz Bakım Becerileri ve Günlük Yaşam Becerileri Kazandırma”

Öğr.Gör. Aydan Aydın

“Davranış Sorunları ile Baş Etme”

Yrd .Doç. Dr. Nur Akçin

“Zihin Engellilerin Performans Düzeyinin Belirlenmesi”

Katılımcılar:Özel Eğitim Öğretmenleri

Öğr.Gör. Menekşe Karaoğlu

“ Sınıf Düzenleme Konusunda 3-6 yaş Öğrencilerine Çalışan Öğretmenler”

Prof. Dr. Bilsen Sirmen

”Hasta Taşıma Tekniklerini”

Dr. Richard Lytle

İngiltere’de Dil ve Konuşma Terapisi

Dr. Nevin Eracar/ F. Sayman/

“Farklı Gelişenlerle Çalışan Uzmanlar İçin Yaratıcılık Eğitimi

Z. Tanyeri/ B. İsmanur

Art Terapi-Psikodrama ve Sosyodrama”

Dr.Maryshia Nash, Caroline Rendle, Dawn Arthur**Prof.Dr. Arzu Özdiñler,**

“Engellilerin Mesleki Eğitiminde Japonya Modeli”

Yrd.Doç.Dr. İpek Yeldan**ÖZÜRLÜLERE İLİŞKİN HUKUKİ DÜZENLEMELER****Doç.Dr. Pervin Somer**

“Özürlülüğe Kavramsal Yaklaşım”

Yrd.Doç.Dr. İlçin Gönenc

“Özürlü Haklarının Gelişiminde Atılan Adımlar”

Doç.Dr. Esra Burcu

“Sosyolojik Bakış Açısında Özürlülüğün Değerlendirilmesi”

Prof.Dr. Abdullah Dinçkol

”Hukuk-Etik Bağlamında Özürlüler”

Prof.Dr. Bihterin Dinçkol

“İnsan Hakları ve Anayasa Hukuku Açısından Özürlü Hakları”

Arş. Gör. Ali Soysüren

“Uluslararası Hukuk ve Özürlüler”

Prof. Dr. Turan Yıldırım

“Özürlülere İlişkin Düzenlemeler Bağlamında İdarenin Yükümlülükleri”

Doç. Dr. Hamide Zafer

“Ceza Hukukunda Engelliler”

Prof. Dr. Nihal Saban

“Vergi Hukuku Alanında Özürlülere İlişkin Yasal Düzenlemeler”

Doç. Dr. Pervin Somer

“Özel Eğitim Yönetmeliği Çerçevesinde Özürlülerin Eğitim Hakkı”

Av. Gökhan Küçük

“Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinden Karar Örnekleri ve Özürlüler”

Prof. Dr.Mustafa Dural

“Medeni Hukukta Özürlüler”

Yrd.Doç. Dr. Talat Canbolat

“İş Hukukunda Özürlülere İlişkin Düzenlemeler”

Doç. Dr. Nurşen Caniklioglu

“Sosyal Güvenlik Hukukunda Özürlülere İlişkin Düzenlemeler”

DESTEKLEYEN SİVİL TOPLUM KURULUŞLARI

ASANSÖR VE YÜRÜYEN MERDİVEN SANAYİCİLERİ DERNEĞİ

BEDENSEL ENGELLİLERLE DAYANIŞMA DERNEĞİ

ÇOCUK FİZİYOTERAPİSTLERİ DERNEĞİ

DISABLED PEOPLES' INTERNATIONAL

GÖRME ÖZÜRLÜLER DERNEĞİ

KAS HASTALIKLARI DERNEĞİ

OMURİLİK HASTALIKLARI DERNEĞİ

TÜRK EPİLEPSİ İLE SAVAŞ DERNEĞİ

TÜRKİYE FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON DERNEĞİ

TÜRKİYE ÖZÜRLÜLER EĞİTİM VE DAYANIŞMA VAKFI

TÜRKİYE SPASTİK ÇOCUKLAR VAKFI

TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ

TÜRK NÖROŞİRURJİ DERNEĞİ

TÜRK ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ BİRLİĞİ DERNEĞİ

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ



ÖZÜRLÜLER VAKFI

www.ozurlulervakfi.org.tr
info@ozurlulervakfi.org.tr