

**T.C.  
SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**OMUZ BÖLGESİNDE GEÇİCİ FİZİKSEL YETERSİZLİĞİ OLAN  
BİREYLERE UYGULANACAK REKREATİF FAALİYETLERİN  
YAŞAM KALİTELERİNE VE TEDAVİ SÜRECİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Muhammed Hanzale TERLEMEZ**

**Enstitü Anabilim Dalı : REKREASYON**

**Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi İpek EROĞLU  
KOLAYIŞ**

**Haziran 2021**

**T.C.**  
**SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**OMUZ BÖLGESİNDE GEÇİCİ FİZİKSEL YETERSİZLİĞİ OLAN  
BİREYLERE UYGULANACAK REKREATİF FAALİYETLERİN  
YAŞAM KALİTELERİNE VE TEDAVİ SÜRECİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Muhammed Hanzale TERLEMEZ**

**Enstitü Anabilim Dalı : REKREASYON**

**Bu tez 30/06/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından  
oybirliği/oyçokluğu ile kabul edilmiştir.**

<b>JÜRİ</b>	<b>BAŞARI DURUMU</b>
Jüri Başkanı: Doç.Dr İpek EROĞLU KOLAYIŞ	BAŞARILI
Üye: Prof.Dr Çetin YAMAN	BAŞARILI
Üye: Doç.Dr Aynur DEMİREL	BAŞARILI

## **BEYAN**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Muhammed Hanzale TERLEMEZ

30/06/2021

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yürütölmesi sırasında terapatik rekreasyon alanında görüşlerine başvurduğum ve desteğini aldığım bölüm başkanım Prof. Dr. Çetin Yaman'a, bu süreç içerisinde yaşadığım her türlü sorunda bana yol gösteren danışmanım Dr. Öğr. Üyesi İpek Eroğlu Kolayış'e, bana hastalarıyla çalışma fırsatı veren Fzt. Emrah Tuncel'e, Fzt. Mehmet Kol'a ve Fzt. Safa Korkmaz'a, fizyoterapi alanında görüşlerine başvurduğum ve eklem hareket açıklığı ölçümleri yapmamda yardımcı olan Fzt. Nergis Turhan'a, tez düzenlenme aşamasında destek veren Türk Dili ve Edebiyatı Öğretmeni olan ablam Esra Ertunç'a, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme ve büyük veya küçük katkısı olan herkese teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	v
TABLOLAR LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
SUMMARY .....	viii

## BÖLÜM 1.

GİRİŞ .....	1
1.1. Problem Durumu .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	5
1.3. Araştırmanın Önemi .....	5
1.4. Sayıtlar.....	7
1.5. Sınırlılıklar.....	7
1.6. Tanımlar.....	7

## BÖLÜM 2.

KURAMSAL ÇERÇEVE.....	9
2.1. Rekreasyon Kavramı .....	9
2.2. Rekreasyon ve Sağlık İlişkisi .....	11
2.3. Sportif Rekreasyon ve Fiziksel Aktivite.....	14
2.4. Terapatik Rekreasyon Kavramı ve Özellikleri .....	17
2.5. Terapatik Rekreasyonun Tarihsel Gelişimi .....	18
2.6. Terapatik Rekreasyon Kullanıcıları.....	22
2.7. Terapatik Rekreasyon Uygulamaları .....	24
2.8. Terapatik Rekreasyonun Yararları.....	26
2.8.1. Psikolojik yararlar .....	26
2.8.2. Sosyal yararları .....	27
2.8.3. Fiziksel yararları .....	27
2.8.4. Bilişsel yararları.....	28
2.9. Ortopedik Omuz Rahatsızlıkları .....	29
2.9.1. Adeziv kapsülit.....	29
2.9.2. Rotator cuff sendromu .....	31

2.9.3. İmpingement sendromu .....	32
2.9.4. Bankart lezyonu .....	33
2.9.5. Slap lezyonu .....	34
2.10. Normal Eklem Hareket Açıklığı Değerlendirilmesi .....	37
2.11. Yaşam Kalitesi.....	40
2.12. Rekreasyon ve Rekreasyon Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	45

### **BÖLÜM 3.**

<b>YÖNTEM.....</b>	<b>46</b>
3.1. Araştırmanın Modeli.....	46
3.2. Evren ve Örneklem .....	46
3.3. Veri Toplama Araçları.....	48
3.3.1. Kol, omuz ve el anketi (DASH) .....	48
3.3.2. Ağrı şiddeti .....	49
3.3.3. WHOQOL-BREF .....	50
3.3.4. Eklem hareket açıklığı ölçümü .....	50
3.4. Veri toplama süreci ve verilerin analizi.....	51

### **BÖLÜM 4.**

<b>BULGULAR.....</b>	<b>60</b>
4.1. Deney Grubunun Ön Test Puan İstatistikleri ile İlgili Bulgular .....	60
4.2. Deney Grubunun Son Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular.....	60
4.3. Kontrol Grubunun Ön Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular .....	61
4.4. Kontrol Grubunun Son Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular.....	61
4.5. Deney Grubunun Ön Test-Son Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular .....	62
4.6. Kontrol Grubunun Ön Test-Son Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular .....	63
4.7. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular .....	63
4.8. Deney ve Kontrol Gruplarının Son Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular .....	64

### **BÖLÜM 5.**

<b>TARTIŞMA SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>65</b>
---	-----------

<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>73</b>
------------------------	-----------

<b>EKLER.....</b>	<b>86</b>
-------------------	-----------

## KISALTMALAR

AAHPER	: Amerikan Sağlık, Beden Eğitimi ve Rekreasyon Derneği
ATRA	: Amerikan Terapatik Rekreasyon Derneği
DASH	: Kol, Omuz, El Sorunları Anketi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EHA	: Eklem Hareket Açıklığı
EKD	: En Küçük Değer
EBD	: En Büyük Değer
IGHL	: InferiorGlenohumeralLigaman
NCTRC	: National Council for Therapeutic Recreation Certification
NEH	: Normal Eklem Hareketleri
NTRS	: NationalTherapaticRecreationSociety
SSS	: Subakromiyal Sıkışma (Impingement) Sendromu
TR	: Terapatik Rekreasyon
Ty	: Tarih yok
WHO	: World HealthOrganization
WHOQOL-BREF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Form

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Terapatik Rekreasyonun Kullanıcıları .....	22
Şekil 2.2: Rotator Manşet Yırtılması .....	31
Şekil 2.3: Bankart Lezyonu.....	34
Şekil 2.4: SLAP Lezyon Tipleri.....	35
Şekil 2.5: SLAP II Lezyonlarının Alt Tipleri (A) anterior, (B) posterior, (C) Kombine anterior-posterior. ....	36
Şekil 2.6: Kombine SLAP Tipleri.....	37
Şekil 2.7: Gonyometre .....	38
Şekil 3.1: Ağrı Şiddeti Ölçeği .....	50
Şekil 3.2: Fleksiyon ve Abduksiyon Hareketi (Önerilen).....	52
Şekil 3.3: Resim Uygulaması (Uygulanan).....	52
Şekil 3.4: Yere Eğilme Egzersizi(Önerilen).....	53
Şekil 3.5: Yerdeki Kâğıda Resim Yapma (Uygulanan).....	53
Şekil 3.6: Bantla Omuz Eklem Hareket Açıklığı Egzersizi(Önerilen) .....	54
Şekil 3.7: Uygulama Egzersizi (Uygulanan).....	54
Şekil 3.8: Elin Duvarda Hareket Ettirilmesi(Önerilen).....	55
Şekil 3.9: Duvarda Şekiller Oluşturma (Uygulanan) .....	55
Şekil 3.10: Pinpon Topu Uygulaması (Uygulanan) .....	56
Şekil 3.11: Omuz Denge Egzersizi (Önerilen).....	56
Şekil 3.12: Denge Uygulaması (Uygulanan) .....	57
Şekil 3.13: Kol Hareketi Egzersizi (Önerilen) .....	57
Şekil 3.14: İki Yana Kol Hareketi Uygulaması (Uygulanan) .....	58
Şekil 3.15: İki Kol Önde Hareket Uygulaması (Uygulanan).....	58



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: Omuz Eklemi İçin Normal Hareket Sınırları.....	40
Tablo 2.2: Yaşamanın kalitesini azaltan ve artıran durumlar .....	43
Tablo 2.3: Dünya sağlık örgütünün yaşam kalitesinin alanları.....	44
Tablo 3.1: Deney ve Kontrol Gruplarının Yaş Dağılımları .....	46
Tablo 3.2: Deney ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet Dağılımları .....	47
Tablo 3.3: Deney ve Kontrol Gruplarının Boy ve vücut ağırlığı Dağılımları.....	47
Tablo 3.4: Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Rahatsızlıkları .....	47
Tablo 4.1: Deney Grubunun Ön Test Puan İstatistikleri.....	60
Tablo 4.2: Deney Grubunun Son Test İstatistikleri .....	61
Tablo 4.3: Kontrol Grubunun Ön Test İstatistikleri.....	61
Tablo 4.4: Kontrol Grubunun Son Test İstatistikleri .....	62
Tablo 4.5: Deney Grubunun Ön Test-Son Test İstatistikleri .....	62
Tablo 4.6: Kontrol Grubunun Ön Test-Son Test İstatistikleri .....	63
Tablo 4.7: Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test İstatistikleri .....	64
Tablo 4.8: Deney ve Kontrol Gruplarının Son Test İstatistikleri.....	64

# OMUZ BÖLGESİNDE GEÇİCİ FİZİKSEL YETERSİZLİĞİ OLAN BİREYLERE UYGULANACAK REKREATİF FAALİYETLERİN YAŞAM KALİTELERİNE VE TEDAVİ SÜRECİNE ETKİSİ

## ÖZET

Bu çalışma, omuz bölgesinde geçici fiziksel yetersizliği olan bireylere uygulanacak terapatik rekreatif faaliyetlerin yaşam kalitelerine ve tedavi süreci üzerinde herhangi bir etkiye sahip olup olmadığının tespiti amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada, deneysel desenlerden olan “ön test-son test” eşleştirilmiş kontrol gruplu yarı deneysel desen yönteme başvurulmuştur. Araştırmanın örneklemini, omuz bölgesinde fiziksel yetersizliği olan 20 katılımcı oluşturmaktadır. Yaşları ve hastalık belirtileri birbirine yakın olan katılımcılar 12 deney (XYaş: 35,75±9,21 yıl) 8 kontrol (XYaş 34,88±9,52 yıl) grubu olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Deney grubunu oluşturan katılımcıların 4’ü kadın 8’i erkektir. Kontrol grubunda ise katılımcıların 3’ü kadın 5’i erkektir. Çalışmada veri toplama noktasında katılımcıların cinsiyet ve yaşlarını belirlemeye yönelik kişisel bilgi formunun yanında DASH, Ağrı Şiddeti, WHOQOL-BREF, Eklem Hareket Açıklığı Ölçümüne yer verilmiştir. Araştırmanın verilerinin çözümlenmesinde frekans dağılımları, tanımlayıcı istatistikler ve gruplar arası karşılaştırmanın yapılması amacıyla t-testi kullanılmıştır. Araştırmada fiziksel sağlık yaşam kalitesinin deney grubu için ön test değerinin 38,87 SS değerinin 5,86, son test değerinin ise 86,59 olduğu SS değerinin ise 3,75 olduğu ve ön test-son test değerlerinin birbirinden anlamlı düzeyde farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. DASH değerleri için elde edilen sonuçlarda deney grubunun ön test puanlarının 54,05 SS değerinin 3,69, son test puanlarının 13,66 SS değerinin 1,78 olduğu ve bu değerlerin anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise DASH değerlerinin ön test puanının 51,99 SS 4,19, son test puanının 31,12 SS 3,91 olduğu ve bunun da 0,05 düzeyinde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Kontrol grubunda yer alanların ön test ve son test puanlarının anlamlı düzeyde farklılaştığı ve bu farklılığın olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada deney ve kontrol gruplarının son test puanları karşılaştırıldığında tüm değişkenlerde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla terapatik rekreasyon faaliyetlerinin özel gereksinimi olan bireylerin tedavi sürecini desteklediği ve yaşam kalitelerini artırdığı belirtilebilir.

**Anahtar Kelimeler:**Fiziksel Yetersizlik, Yaşam Kalitesi, Rekreatif Faaliyetler

# **THE EFFECT OF RECREATIVE ACTIVITIES TO BE APPLIED TO INDIVIDUALS WITH TEMPORARY PHYSICAL DEFICIENCY ON THE LIFE QUALITY AND THE TREATMENT PROCESS IN THE SHOULDER AREA**

## **SUMMARY**

This study was carried out to determine whether therapeutic recreational activities applied to individuals with temporary physical disability in the shoulder area have any effect on their quality of life and treatment process.

In the study, quasi-experimental design method with paired control group "pre test-post test" which is one of the experimental designs was used. The sample of the study consists of 20 participants with physical disabilities in the shoulder area. Participants with similar age and disease symptoms were divided into 12 experimental (XY:  $35.75 \pm 9.21$  years) and 8 control (XYear  $34.88 \pm 9.52$  years) groups. 4 of the participants in the experimental group are women and 8 of them are men. In the control group, 3 of the participants are women and 5 of them are men. In the study, DASH, pain intensity, WHOQOL-BREF, Joint Range of Motion Measurement were included in addition to the personal information form aimed at determining the gender and age of the participants at the data collection point. Frequency distributions, descriptive statistics and t-test were used to make comparisons between groups in analyzing the data of the research. In the study, it was determined that the pre-test value of the physical health quality of life for the experimental group was 38.87 SD value was 5.86 and the post test value was 86.59, the SD value was 3.75, and the pre-test and post-test values were significantly different from each other. In the results obtained for the DASH values, it was determined that the pre-test scores of the experimental group were 54.05 SD and 3.69, the post-test scores were 13.66, SD values were 1.78, and these values differed significantly. In the control group, it was determined that the pre-test score of the DASH values was 51.99 SD 4.19, the post-test score was 31.12 SD 3.91, and this varied at the level of 0.05. It was determined that the pre-test and post-test scores of the control group differed significantly and this difference was positive. In the study, when the posttest scores of the experimental and control groups were compared, it was concluded that there was a significant difference in all variables. Therefore, it can be stated that therapeutic recreation activities support the treatment process of individuals with special needs and increase their quality of life.

**Keywords:** Physical Insufficiency, Quality of Life, Recreative Activities

# BÖLÜM 1. GİRİŞ

## 1.1. Problem Durumu

Tarihi süreç içerisinde gelişmelere paralel olarak farklı tanımlarda evrilen serbest zaman olgusu, bireylerin hayatlarını devam ettirebilmek için gerçekleştirdikleri zorunlu faaliyetler dışında kalan ve kişisel ilgilerine göre değerlendirdikleri süre şeklinde ifade edilmektedir (Gül, Keleş ve Uzun 2016). Torkildsen (2005) tarafından da serbest zaman, bireyin yaşamına ait işi ve fizyolojik gereksinimleri dışında kalan evre olarak belirtilmektedir. Bireylerin serbest zaman içerisinde kendi istekleri doğrultusunda katıldıkları faaliyetler, serbest zaman faaliyetleri ya da rekreatif faaliyetler olarak da ifade edilmektedir (Ragheb ve Tate, 1993). Günümüzde serbest zaman etkinlikleri yerine daha çok rekreatif etkinlikler kavramı tercih edilmektedir. Rekreatif faaliyetler, insanın yoğun çalışma hayatındaki yükünü azaltmak, monoton yaşam şeklini kırmak, beden ve ruh sağlığını yeniden kazanmak ve yapılan etkinlik sırasında aynı zamanda keyif almak amacıyla tamamen çalışma zamanı ve zorunlu ihtiyaçlar için ayrılan zaman dışında kalan bağımsız boş zaman içinde, gönüllü olarak ferdi veya grup halinde yaptığı aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (Karaküçük 2005). Başka bir tanımda rekreatif etkinlikler, fiziksel veya zihinsel yenilenme olan, aktif veya pasif olarak katılma olanağı bulunan aktiviteler olarak açıklanmaktadır (O’Sullivan, 2006). Rekreatif faaliyetlerin bireylere zihinsel rahatlama, psikolojik yenilenme, verimli zaman geçirme, stres gibi olumsuz duyguları en aza indirme, bedensel yapının korunması gibi birçok imkanı bir arada sunabildiği belirtilebilir (Torkildsen, 2010).

Okuyucu, Ramazan ve Tel’e (2006) göre rekreasyonun temel amacı, bireylerin boş zamanında kendilerini fiziksel ve ruhsal, zihinsel olarak geliştirmelerini desteklemek ve buna bağlı olarak yaşam kalitelerini artırıp yaşam doyumunu yükseltmektir. Yaşam kalitesi artan bireyin hayatındaki olaylara karşı bakış açısı da değişeceği için rekreasyonun motivasyon artırıcı yönünü de belirtmek gerekir (Ertüzün ve Karaküçük,

2014). Bu bağlamda rekreasyonun bireylerin motivasyonunu artırdığı, iç doyum sağladığı, fiziksel ve zihinsel olarak bireyleri yenilediği ve bu iyilik halinin (ruhsal, fiziksel ve zihinsel) yaşam kalitesini artırdığı belirtilebilir. Nitekim Meraki (2019) rekreatif doğa sporu yapan bireylerin, rekreatif doğa sporu yapmayan bireylere göre yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Kahveci (2020) bireylerde de stresle başa çıkma stillerinde gözlemlenen artışa paralel olarak rekreasyonun yaşam tatmini üzerine olumlu kazanımlar sağladığını belirtmektedir. Konan (2019) spor ve fiziksel aktivitenin artmasına bağlı olarak bireylerin yaşam kalitelerinin de önemli ölçüde arttığını ifade etmektedir.

Yaşam kalitesinin artırılmasında bireylerin sağlık inancının yüksek olması önem taşımaktadır. Sağlık kavramının fiziksel iyilik, manevi huzur, ruhsal ve duygusal kapasite ve sosyal etkileşim gibi boyutları kapsayan bir kavram olduğu düşünülürse bireydeki sağlık inancının rekreasyon etkinlikleriyle ilişkili olduğu ileri sürülebilir. Yılgin (2019) bireylerde sağlık inancının rekreasyon faaliyetleri sonrasında arttığını belirtmektedir. Kahraman'a (2015) göre rekreasyon yapan bireylerin yaşam tatminleri yükselmekte ve bu durum bireyleri umutsuzluğunu düşürmektedir. Bu bağlamda sağlık üzerinde rekreasyonel etkinliklerin önemli bir paya sahip olduğunu belirtmek mümkündür. Ayrıca sağlık yönüyle iyi olma hali gösteren bireylerin yaşam kalitelerinin arttığı da ifade edilebilir.

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre: İnsanların amaçlarını, isteklerini, tasalarını ve standartlarını, yaşamlarında sahip oldukları rollerini, içinde buldukları kültür ve değer yargılarına göre algılaması şeklinde açıklanmaktadır (Carter, Van Andel, ve Robb, 2003). Uzuner'e (2016) göre ise yaşam kalitesini eğitim seviyesi, aktivite, sağlık şartları, aile ve ekonomik durum gibi bileşenler belirlemektedir. Bir diğer tanımda da yaşam kalitesi fiziksel, çevresel ve ruhsal sağlık, maddi güvence, kişiye destek sağlayan aile ve arkadaşlar gibi bir takım koşullar şeklinde ifade edilmektedir (Öksüz ve Malhan, 2005). Tanımlardan hareketle yaşam kalitesi kavramının merkezinde sağlık kavramının bulunduğu ifade edilebilir. Dolayısıyla bireylerin sağlıklı olmasını engelleyen bir durum söz konusu olduğunda yaşam kalitelerinin azalacağı belirtilebilir. Söz konusu engel; kimi zaman geçici kimi zaman da kalıcı bir durum olarak yaşamı zorlaştırıp bireylerin ruh, beden ve zihin olarak tam bir iyilik hali göstermesini kısıtlayabilir. Sağlık sorunlarından kaynaklanan problemlerin en aza indirilmesi ve bireylerin yaşam kalitesinin artırılması

için rekreasyonel faaliyetlerin araç olarak kullanıldığı bildirilmektedir (Ertüzün ve Karaküçük 2014; Kılbaş, 2004; Yaman ve Arslan, 2009; Okuyucu, Ramazan ve Tel, 2006; Yılgin, 2019; Meraki, 2019; Konan, 2019; Kahveci; 2020; Kahraman, 2015).

Rekreasyonun sağlık yönüyle etkisi şu şekilde sınıflandırılmaktadır: İlki sağlıklı bireylere sunulan “koruyucu sağlık hizmetleri” diğeri ise sağlık sorunu ve engellilik durumu yaşayan bireylere sunulan “iyileştirme ve esenlik (rehabilitasyon) hizmetleri” olarak iki şekilde verilmektedir (Tütüncü, 2012). Rekreasyon aktivitelerinin obezitenin durdurulması, bağışıklığın güçlendirilmesi, kronik hastalık riskini azaltması, suç işleme oranını azaltması gibi faydaları koruyucu ve önleyici sağlık etkileri olarak belirtilebilir (Arslan, 2013). Rehabilitasyon hizmeti olarak sunulan rekreasyon etkinlikleri engelli ve hasta olan bireyler için iyileştirme amaçlı uygulanmaktadır. Bu uygulama, bireylerin sağlık sorunlarına yönelik tedavi süreci devam ederken tedaviyi destekleyici ve iyileştirici bir etki oluşturmaktadır. Diğeri bir ifadeyle yapılan rekreasyon faaliyeti, terapi amaçlı yapılan destekleyici tedavidir. Terapi, bireyin vücut fonksiyonlarında azalma olduğunda azalmaya neden olan engellerin belirlenmesi ile söz konusu engelleri ortadan kaldırmaya yönelik becerilerin geliştirilmesine dayanmaktadır (Karaküçük, 2012). Terapatik rekreasyonun bireylerin sağlık yönüyle iyileşmelerini motivasyona bağlı olarak hızlandırdığı, sosyal, psikolojik ve fiziksel olarak gelişimlerine katkı sağladığı, tedavilerini desteklediği ve yaşam kalitelerini artırdığı ifade edilmektedir (Aydın, 2018).

Ulusal Terapatik Rekreasyon Konseyi, terapatik rekreasyonu; engelli ve hasta bireylerin fiziksel ve psikolojik yönden sağlıklı olmalarını desteklemek, yaşam kalitelerini artırmak ve günlük yaşamlarında kendilerine yetebilecek duruma gelmelerine yardımcı olmak için etkinlik temelli müdahaleleri kapsayan sistematik bir süreç şeklinde açıklamaktadır (National Council for Therapeutic Recreation Certification-NCTRC). Tanımda geçen sistematik süreç ifadesinde rekreasyonel etkinliklerin hasta ve engelli bireylerin sorunlarına yardımcı olmak için amaçlı yapılan müdahalelere işaret edilmektedir. Terapatik rekreasyon tam bir tedavi yöntemi olmayıp destekleyici tedavi özelliği taşımaktadır (Karaküçük, 2012). Bu tedavi yönteminde hasta ve engellinin aldığı sağlık tedavisinden kaynaklanan fiziksel, zihinsel ya da psikolojik olumsuz etkileri en aza indirmek amacı güdülmektedir. Terapatik rekreasyon faaliyetlerinin uygulandığı programlardan başarılı çıktılar elde edilmesi, programın kalitesi ve içeriğiyle ilgilidir. Bu bağlamda programın bireylerin ihtiyaçlarına cevap vermesi, bireyin sağlığında gözle

görünür farklılık oluşturması, sosyal, fiziksel ve ruhsal faydasının birey tarafından hissedilir olması önem taşımaktadır (Gürkan, 2003).

Bu araştırmanın amacı, omuz bölgesinde geçici fiziksel yetersizliği olan bireylere uygulanacak terapatik rekreatif faaliyetlerin yaşam kalitelerine ve tedavi sürecine etkisini belirlemektir. Amaç doğrultusunda araştırmanın ana problemi “Omuz bölgesinde geçici fiziksel yetersizliği olan bireylere uygulanacak terapatik rekreatif faaliyetlerin yaşam kalitelerine ve tedavi sürecine etkisi var mıdır?” şeklinde oluşturulmuştur.

Araştırmanın ana problemini ortaya çıkarmaya yönelik alt problemler şu şekildedir:

- Terapatik rekreasyonun geçici omuz rahatsızlığı olan bireylerin tedavi sürecine etkisi var mıdır?
- Terapatik rekreasyon, geçici omuz rahatsızlığı olan bireylerin hareket kabiliyetini artırmakta mıdır?
- Terapatik rekreasyon, geçici omuz rahatsızlığı olan bireylerin tedavi sürecini hızlandırıcı bir etki oluşturmaktadır mıdır?
- Terapatik rekreasyon, geçici omuz rahatsızlığı olan bireylerin hissettiği ağrı şiddetini azaltmakta mıdır?
- Terapatik rekreasyon sonrasında hastalık belirtileri azalmakta mıdır?
- Geçici omuz rahatsızlığı olan bireylerin fiziksel yaşam kalitesini terapatik rekreasyon etkilemekte midir?

Araştırmanın amacını ortaya çıkarmaya yönelik hazırlanan alt problemlere, teorik alt yapı oluşturulması için literatür taraması yapılarak içerik düzenlenmiştir. Çalışmanın teorik çerçevesinde ilk olarak rekreasyon kavramı tanımlanmış, rekreasyon ve sağlık arasındaki ilişki ele alınmış, terapatik rekreasyon kavramı ve özellikleri tanıtılmıştır. Terapatik rekreasyonun tarihsel gelişimi, terapatik rekreasyonun kullanıcıları, terapatik rekreasyon uygulamaları ve yararlarına yer verilmiştir. Konu kapsamında bireylerin geçici omuz rahatsızlıklarını tanımlayabilmek için ortopedik omuz rahatsızlıklarıyla ilgili literatür bilgisine yer verilmiştir. Geçici omuz rahatsızlığının ne olduğunun tam olarak açıklanabilmesi için sağlıklı bir insandaki normal eklem hareket açıklığı değerlendirmesi başlığında omuz eklemi için normal hareket sınırlarını belirten değerler detaylandırılmış, fleksiyon, abdüksiyon kavramları açıklanmıştır. Araştırmanın kuramsal kısmının son

başlığı olarak yaşam kalitesi ve rekreasyon, terapatik rekreasyonun yaşam kalitesine etkisi konuları ele alınmıştır.

Araştırmada nicel yöntemlerden olan ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel bir yöntem izlenmiştir. Örneklem grubunda deney grubu 12, kontrol grubu 8 olmak üzere toplam 20 kişi bulunmaktadır. Deney ve kontrol grubunda yer alan 20 kişi, fizyoterapi merkezlerine tedavi amaçlı devam etmekte olan geçici omuz rahatsızlıkları bulunan bireylerdir. Terapik rekreasyon etkinlikleri fizik tedavi sürecinde destekleyici tedavi olarak uygulanmıştır. Uygulama sonrasında ön test-son test sonuçları karşılaştırılarak farklılaşma olup olmadığı belirlenmiştir.

Verilerden hareketle elde edilen bulgular, sonuç kısmında değerlendirilmiş ve ulaşılan sonuçlar bağlamında öneriler hazırlanmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Terapatik rekreasyon, engelli, yaşlı ya da geçici rahatsızlıkları olan bireyler için duygusal besleyiciliği ve fiziksel anlamda iyileşmeyi destekleyen etkinliklerin planlaması amacıyla yapılmaktadır (Kement, 2014). Terapatik rekreasyon, tedavi yerine geçmeyen ancak tedaviyi desteklemek ve hastanın hissettiği ağrı şiddetini azaltıp tedavi sürecini hızlandırmak, eskiye kıyasla sağlık yönüyle belirgin bir farklılaşma oluşturmak, süreci eğlenceli hale getirip egzersiz süresini uzatmak ve tüm bunların sonucunda yaşam kalitesini artırmak gibi amaçları kapsamaktadır (Tütüncü, 2008; Karaküçük, 2012; Bor, 2018; Demirci, 2013; Iqbal ve Basset, 2008; Robertson ve Long, 2008; Kement, 2014).

Araştırmanın amacı, omuz bölgesinde geçici fiziksel yetersizliği olan bireylere uygulanacak terapatik rekreatif faaliyetlerin yaşam kalitelerine ve tedavi sürecine etkisini belirlemektir.

## **1.3. Araştırmanın Önemi**

Günümüzde iş yaşamında artan yoğunluk, bireyler üzerinde baskı ve strese neden olmakta ve duruma bağlı olarak da sosyal, psikolojik, fiziksel yönden yıpranmalar ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla birey, genel sağlık durumunu koruyamamaktadır. Sağlık, bir kişinin yalnızca biyolojik olarak değil ruhen, zihnen, bedenlen ve sosyal açıdan tam bir iyi olma hali sergilemesidir (Carter, Van Andel, ve Robb, 2003). Birey sağlık yönünden



tam bir iyilik hali ortaya koyamadığı zaman bu durum yaşam kalitesini etkilemekte ve düşürmektedir (Aydın, 2018). Bu bağlamda bireyin sağlıklı olması yaşam kalitesini artırmaktadır denilebilir.

Bireylerin iyi olma halini engelleyen etkenlerin ortadan kaldırılması ya da azaltılması için programlanmış serbest zaman etkinliklerine katılması günümüzde yeni yaşam tarzı olarak tavsiye edilmektedir (Gül, 2014). Serbest ve boş zaman etkinliği rekreasyon kavramıyla karşılanmaktadır. Nitekim rekreasyon, basit manada boş zaman ve serbest zamanda yapılan etkinlikler olarak açıklanmaktadır. Ancak kavramın kapsamı bu şekilde dar bir çerçeveye sınırlandırılmayarak kavrama yönelik daha geniş bir perspektif oluşturulmuştur. Rekreasyonun aynı anda fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal yarar sağlıyor olması kavramın alanını genişletmiştir (Arslan, 2013). Rekreasyonun bireye ve toplum hayatına sağlamış olduğu fayda ve oluşturduğu değer, rehabilite edici yönü, etkinliklerin tedavi sürecinde destek amacıyla düzenlenmesi fikrinin zemini hazırlamıştır (Shank ve Coyle, 2002). Dolayısıyla terapatik rekreasyon özel amaçlı klinik hizmeti olarak benimsenmiştir (Sevil, 2015). Bireyin ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenen terapatik rekreasyon programları, tedavi süreciyle birlikte devam edilen destekleyici bir tedavi yöntemidir. Terapatik rekreasyon etkinliklerine katılan bireylerde sağlık yönüyle iyileşmenin belirginleştiği, tedavi sürecinin hızlandığı, motivasyonun arttığı, bireylerin ruhen daha iyi hissettiği, yaşam kalitelerinin arttığı araştırmalarda sonuç olarak elde edilmiştir (Caldwell, 2005; Ertüzün, 2016; Sevil, 2015; Patlar, Bayazıt, Uçar, Dolu ve Tuncil, 2018; Karaküçük, 2012; Arslan, 2013; Gürkan, 2003; Aydın, 2018; Carter, Van Andel, & Robb, 2003; Austin & Crawford, 2001; Tütüncü, 2012; Austin, 2004; Walker ve Pearman 2009; Punnett ve Thurber 1993; Briery ve Rabian 1999; Shank ve Coyle 2002; Watson vd. 2010; Çetiner, 2020; Uzun Dönmez, 2019; Aydın ve Tütüncü, 2018; Bor, 2018).

Bu araştırma, etkisi daha önceki çalışmalarla ortaya konulan terapatik rekreasyonun omuz bölgesinde geçici fiziksel yetersizliği olan bireylerin tedavi sürecine ve yaşam kalitelerine etkisinin olup olmadığını irdelemektedir. Alana yönelik tarama yapıldığında geçici omuz rahatsızlığı olan bireylerin tedavi sürecine ve yaşam kalitelerinin artmasına terapatik rekreasyon etkinliklerinin etkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu araştırma yeni ve farklı olması yönüyle önem taşımaktadır. Ayrıca ön test-son test yarı deneysel desende yapılan bu çalışmada, deney grubunun kontrol grubuna

kıyasla fark edilir bir iyileşme sonucu ortaya koyması, terapatik rekreasyon faaliyetlerine ilişkin farkındalık oluşturması yönüyle de önemlidir. Ayrıca alanda yapılan araştırmaların sonuçlarıyla çalışmada elde edilen sonuçların kıyaslanması açısından araştırma, önem taşımaktadır.

#### **1.4. Sayıtlar**

- Araştırmanın örneklem grubunun evreni temsil edeceği varsayılmıştır.
- Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının araştırmanın amacını ölçmeye yönelik seçilen doğru veri toplama araçları olduğu düşünülmektedir.
- Katılımcıların yaşam tatminini belirlemeye yönelik sorulan anket sorularına içtenlikle cevap verdikleri varsayılmıştır.

#### **1.5. Sınırlılıklar**

Bu araştırma 2020 yılında Sakarya il merkezinde özel bir fizik tedavi merkezine devam eden ve geçici omuz rahatsızlıkları olan 20 katılımcıyla sınırlandırılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları DASH (Kol, Omuz, El Sorunları Anketi), Eklem Hareket Açıklığı Ölçümü, Ağrı Şiddeti Ölçeği, WHOQOL-BREF (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Form) ölçeği ile sınırlandırılmıştır.

#### **1.6. Tanımlar**

**Sağlık:** Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık kavramını yalnızca hasta ve sakat olmamak değil, kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinde olması şeklinde tanımlamaktadır (Carter, Van Andel, ve Robb, 2003).

**Rekreasyon:** Bireyin ağır iş temposu, tekdüze hayat tarzı ya da kötü çevre şartlarından dolayı tehlikeye girmiş olan beden ve ruh sağlığını tekrar kazanmak ve yaşamdan keyif alabilmek amacıyla, işi ve temel gereksinimlerine ayırmış olduğu süre haricinde kalan boş vaktinde, gönüllü olarak bireysel veya grup halinde gerçekleştirdiği faaliyetleri ifade etmektedir (Karaküçük, 2005).

**Terapatik Rekreasyon:** Engelli ve hasta insanların bedensel ve psikolojik açıdan sağlıklı kalmalarını desteklemek, yaşam kalitelerini artırmak ve günlük yaşamlarında kendilerine

yetebilecek duruma gelmelerine yardımcı olmak için etkinlik temelli müdahaleleri kapsayan sistematik bir süreçtir (National Council for Therapeutic Recreation Certification-NCTRC).

Yaşam Kalitesi: Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, insanların amaçlarını, isteklerini, tasalarını ve hayat standartlarını, yaşamlarında sahip oldukları rollerini, içinde buldukları kültür ve değer yargılarına göre algılaması şeklinde açıklanmaktadır(Carter, Van Andel, ve Robb, 2003).



## BÖLÜM 2. KURAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. Rekreasyon Kavramı

İnsanoğlunun tarih sahnesine çıktığı ilkel dönemlerden coğrafi keşiflere, sanayi devriminden günümüz küreselleşmesine kadar dünya tarihinde büyük değişimler yaşanmamıştır. Bu köklü değişimlere rağmen insanoğlunun hayatında standart olan, değişmeyen uygulamalar da vardır. Bunlar hayatını sürdürebilme adına bir iş sahibi olma, uyku ve hayatsal bedenî gereksinimlerdir. Bu üç temel ihtiyaç dışında kalan zaman insanlar tarafından “boş vakit” olarak kabul edilmektedir. Bireylerin bu boş vakitlerini değerlendirmek için yapacağı her türlü aktiviteye “rekreasyon” denilmektedir (Bayer, 1992).

Rekreasyon; ferdin kendi fitratına uygun olan ve gerçekleştirmekten keyif aldığı sosyal, kültürel ve sportif aktivitelere kendi isteğiyle katıldığı, yaşamakta olduğu tekdüze hayatın sıkıcılığından kurtulduğu ve diğer bireylerle iletişim sağlayarak sosyalleştiği, temel olarak ödül niteliği gösteren fakat kâr amacı düşünmeyen, doğası gereği sosyal nitelik taşıyan faaliyetlerdir (Butcher, 1997).

Zaman bir birey için doğumla başlayıp ölümle nihayete eren bir süreç olmakla birlikte, bu süreçte onu yıpratıcı olaylar zinciri şeklinde de karşımıza çıkmaktadır. Buna karşın çalışma zamanının dışında kalan boş vakit ise kişinin öz benliği için bir şeyler yapması şeklinde tanımlanmaktadır. Zaman ile boş vakit kavramları birbirine zıt kavramlardır. Boş vakit ferdin güç tazelemesi, yenilenmesi ve yeniden yaşama sevinciyle dolması anlamlarına gelmektedir (Soyer ve Can 2003). Boş vakitlerde yapılan faaliyetlerle kişiler iş hayatına daha enerjik katılmakta ve bedensel ve zihinsel açıdan canlanmaktadır (Soyer ve Can 2003). Boş vakit ile boş vakti doğru değerlendirme aynı şey değildir. Boş vakit, bireyin hayatta kalmak için mecburen yaptığı işlerden uzaklaşıp sadece kendisi ve istekleri için kullanabileceği özel bir zamanı ifade etmektedir (Bucher 1974).

Toplumsal yapıda bireyler, çalışma zamanlarına verdikleri değer kadar bu boş zamanlarına da değer vermektedirler. Verilen bu değer ölçüsünde boş zamanın kullanımına yönelik olarak “rekreasyon” kavramı ortaya çıkmıştır. Genel anlamda oldukça önemli görülen bazı dönemler olarak ortaya konan rekreasyon, zamanla daha da geliştirilerek çok zengin bir yelpazeye yayılmıştır (Soyer ve Can 2003).

Rekreasyon ifadesi, ferdin fitratına uygun olarak ve gerçekleştirirken zevk alacağı bir faaliyete katılmasından dolayı monoton bir yaşam döngüsünden kurtulma, bedenen ve zihnen canlanma ve başkalarıyla irtibat kurarak sosyal hayata katılma şeklinde açıklanabilir (Mirzeoğlu 2003). Bayer’e göre rekreasyon, bireyi yaşama bağlayan eğlendirici, dinlendirici, meşgul edici faaliyetler ya da bireyin bu faaliyetlere katılmak suretiyle bedenen ve ruhen bir canlılık elde etmesidir (Bekdemir, 2011). Alanda yer alan farklı tanımlardan hareketle rekreasyon şu şekilde tanımlanabilir: İnsanların günlük yaşamda mutlaka bulunmaları ve iş yapmaları gereken mecburi zaman dilimleri dışında, bu mecburi zamandan geriye kalan stresi atma ve bir anlamda zihnen ve bedenen yenilenme amacıyla yeme-içme, uyuma vb. bütün fizyolojik ihtiyaçlar dışında uygulanan her tür etken, edilgen ve ettirgen faaliyetler bütünüdür. Bunun yanında ferdin ne tür bir rekreatif aktiviteye katılacağı kendisine kalmış olmakla birlikte, bir takım dış unsurların kişileri farklı rekreatif aktiviteleri denemeye ittiği söylenebilir (Karaküçük 1997).

Rekreatif düzeyde gerçekleştirilen faaliyetler, insanların öz benliklerine, ilişkilerine ve toplumsal adaptasyonlarına olumlu yönde etki ettiği gibi günlük yaşamlarındaki birçok sıkıntıdan kurtulmalarını ve kendilerini geliştirmelerini de sağlamaktadır (Şener, Terzioğlu ve Karabulut, 2007). Ayrıca bu tür faaliyetler bireyin gençlik döneminde yeteneklerini daha da geliştirmesini sağlamaktadır. Ayrıca belli yaşın üzerine çıkmış kişiler açısından huzurlu bir sosyal ortam meydana getirmenin yanında, gündelik hayatın koşuşturmacaları içinde boğulan ve bunalan yetişkin bireyler yönünden de etkin bir dinlenme ve canlanabilme fırsatı yaratmaktadır (Orel ve Yavuz, 2003).

Günümüz koşullarında kültür ve refah düzeyinin bir göstergesi olarak değerlendirilen rekreatif faaliyetler bu yönüyle daha bir anlam kazanmaktadır. Bireylerin boş zamanlarını değerlendirmek için birçok faaliyette bulunmakla birlikte, bunlar içerisinde belki de en sık yapılanı sportif etkinliklerdir. Bu anlamda sportif etkinlikler günümüzde kültürel ve sosyal yaşamda giderek daha önemli hale gelmiştir. Gelişmiş toplumlara

bakıldığında insanların boş zamanlarını değerlendirme adına daha çok sportif etkinliklere dahil oldukları görülmektedir.

Boş zamanlarının değerlendirilmesi noktasında spor insanlara geniş bir hareket imkanı sağlamaktadır. Rekreasyon, sportif aktivitelerin toplum tarafından bilinmesi, yaygın hale gelmesi ve spor alanında başarı kazanılmasına da ciddi oranda etki etmektedir. Bu nedenle rekreasyon bireylerin temel ihtiyaçları arasında sayılmaktadır (Güngörmüş ve diğ., 2006). Üniversite öğrenimi bireylerin hayatında, uzun yıllar devam edecek davranış biçimlerinin şekillendiği en önemli süreç olarak görülmektedir. Bu süreçte kazanılacak her olumlu davranış kişiyi mutlu ederken, atılan her bir adım da, ona ileriye dönük zenginlikler katmaktadır. Bundan dolayı rekreasyon kavramı, üniversitelere gelen öğrencilerin öğreniminin bir parçası ve boş vakitlerini değerlendirme eğitimi olarak oldukça önem arz etmektedir (Ergül 2008).

Öğrenciler günümüzde eğitim yaşamlarının önemli bir bölümünü sınıflarda geçirmek durumunda kalmaktadır. Bu nedenle öğrencilerin yoğunluğunu ve yorgunluğunu azaltıcı nitelikte rekreatif faaliyetlere yer verilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda gerçekleştirilecek etkinlikler okul hayatının bir parçası haline getirilip öğrencilerin hem eğlenmesine hem de dinlenmesine imkân sağlayabilecektir (Çamlıyer 1991).

Bireylerin yaşantısında en önemli hususların başında sağlık gelmektedir. Birey sağlığı doğrudan devlet güvencesi altındadır. Doktorların insanlara hayatlarını daha dinç geçirmeleri ve daha genç kalabilmelerini sağlamak için bir takım önerileri bulunmaktadır. Bu önerilerden ilki organların tamamının maksimum oranda hareket etmesinin sağlanmasıdır. Tüm bedeni hareket ettirebilme gücüne sahip en önemli faaliyet de spordur. Spor yapılırken sporun çeşidi, yapıldığı zaman aralığı, bireyin yaşı önemlidir ancak hepsinden önemlisi sporun bilinçli yapılmasıdır. Sportif faaliyetlerde bulunmak kişilere fiziksel, ruhsal, toplumsal ve başka pek çok yönden olumlu etki etmektedir. Yapılan sportif faaliyetler hangi yaş ve zamanda yapılırsa yapılsın, hangi tür ve nitelikte olursa olsun bir eğitim gerektirmektedir (Çamlıyer 1991).

## **2.2. Rekreasyon ve Sağlık İlişkisi**

Küreselleşme ve kentleşme ile birlikte ortaya çıkan olumsuz çevresel koşullar, teknolojinin artması, yaygınlaşan otomasyon sistemleri ve tüm bunlara bağlı olarak

değişen yaşam koşulları, bedensel güce dayalı işlerdeki azalma ve beraberinde gelen hareketsiz yaşam tarzı günümüz insanının birçok sağlık problemi yaşamasına neden olmaktadır. Hızlı kentleşme ve artan nüfus, büyük çoğunluğu kent merkezlerinde yaşayan insanların arzuladığı nitelikli sağlık hizmetlerini almalarının da önüne geçmektedir.

Hızlı kentsel nüfus artışı, orantısız yapılaşma ve buna bağlı olarak betonun artıp yeşilin azalması, insanların doğayla olan bağlarını büyük oranda zayıflatmış ve bireylerin gündelik yaşamlarında daha stresli, sinirli, kaygılı ve öfkeli olmalarına neden olmuştur (Yayla ve Güven, 2019). Bireylerde sıklıkla görülmeye başlayan kaygı, stres ve öfke durumları farklı sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir.

Psikolojik problemler, yorgunluk, stres, genç suçluluğu ve bunların beraberinde artan toplumsal problemler hem bireyi hem de toplumun genel yapısını olumsuz etkilemektedir. Dünyada birçok etkene bağlı olarak değişen durumlar, beraberinde çok sayıda farklı sağlık probleminin de ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu anlamda günümüz insanının baş etmek zorunda olduğu sağlık sorunları artmakta ve bu sağlık sorunları etkisini her geçen gün daha fazla hissettirmektedir. Bu sağlık sorunları yalnızca biyolojik bir sorun olarak görülmemesi gereken bir durumdur. Bu sağlık sorunları kişinin insanlarla iletişimini, üretkenliğini ve çevresi ile uyumunu etkileyen sosyal ve psikolojik olumsuzluklar olarak ele alındığında olumsuzlukların üstesinden gelmek adına doğru bir teşhis ortaya koyulmuş olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık, "Sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda bireyin fiziken, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olması durumudur" (Carter, Van Andel ve Robb, 2003). Bu tanım toplum tarafından genel kabul gören "hastalığın biyolojik bir süreç" olduğu yanılsamasını ortadan kaldırmaktadır. Bu anlamda hastalık yalnızca hücre ve dokulardaki anormal yapısal değişiklikler ile ortaya çıkan biyolojik bir süreç değil, bireysel ve çevresel nedenlerden de doğabilecek sosyal ve kültürel bir olgudur (Gürkan, 2003). Bu nedenle tedavi için uygulanan tıbbi yöntemler; iyileştirme ve esenlik uygulamaları olarak ifade edilen rekreasyonel terapi ile desteklenmelidir.

Beslenme ile sağlık arasında nasıl ki pozitif bir ilişki varsa benzer şekilde boş zamanlarda yapılan aktiviteler ile sağlığın arasında da bir ilişki vardır. Eski tıp bilginleri sağlığı koruyucu öğretilerinde beslenmenin yanı sıra egzersiz ve aktivitelerden söz etmektedir.

Örneğin Yunan mitolojisinde sağlık ve tıp bilimi tanrısı olan Asklepios'un sağlığı koruyucu öğütleri arasında az yemek yemek ve şaraptan uzak durmanın dışında yürüyüşler yapmak, masaj yaptırmak ve araba gezintileri yapmak bulunmaktadır. Onun adına ve hastane amaçlı yapılan tapınaklarda hamam, jimnastik salonu, misafirhane, stadyum ve tiyatro gibi bölümlerin yer alması bu yerlerde katılan aktivitelerin sağlığı geliştirici yönünü ortaya koymaktadır (Gürkan, 2003).

Hipokrat da benzer şekilde beslenme ve idman olarak ifade ettiği fiziksel aktivitenin sağlık ile doğrudan ilişkili olduğunu ifade etmekte ve sağlıklı bir yaşam için yürüyüş ve çok sayıda beden hareketleri yapılmasını önermektedir. Ona göre idmanda veya beslenmede bir yetersizlik olduğunda bedenin hastalanacağını belirtmektedir (Baysal, 1989). Türk hekimlerinden İbni Sina da sağlıklı yaşamın temeli olarak dinlenme, dengeli beslenme ve egzersizi göstermektedir. Egzersizleri oyun şeklinde yapılan ile iradi ve tedavi egzersizleri olarak sınıflandırmaktadır (Sarıalp, 1990). Bu örnekler rekreasyon faaliyetleri ile sağlık arasındaki ilişkinin çok eski dönemlere dayandığını göstermektedir.

Rekreasyon temel olarak bireylerin boş zamanlarını doğru değerlendirmelerini ve boş zamanlarında katıldıkları etkinlikler sayesinde ruhen ve bedenen yenilenmelerini amaçlamaktadır. Rekreasyonun sağlığa olan etkisi "koruyucu sağlık hizmetleri" ve "iyileştirme ve esenlik (rehabilitasyon) hizmetleri" şeklinde iki kısımda değerlendirilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri sağlıklı bireylere sunulurken; iyileştirme ve esenlik hizmetleri ise engelli ve sağlık sorunları olan kişilere sunulmaktadır (Tütüncü, 2012).

Koruyucu ve önleyici sağlık etkileri kapsamında, rekreasyon aktivitelerinin obezitenin durdurulması, bağışıklık sistemini güçlendirmek, suçu önleme ve azaltma, kronik hastalık riskini azaltmak gibi yararlarını değerlendirmek mümkündür (Arslan, 2013). Ayrıca rehabilite amaçlı olarak engelli ve hasta olan bireylere uygulanan rekreasyon etkinlikleri, aynı zamanda iyileştirme amaçlı uygulanan hizmetlerdendir. İlkinde sağlık sorunları ortaya çıkmadan önleyici bir amaç dışında ise sağlık sorunlarından sonra ortaya çıkan, tedavi esnasında uygulanan tedaviyi destekleyici ve iyileştirici bir etki söz konusudur. Rekreasyon faaliyetlerinin sağlamış olduğu bu faydalar dışında toplumsal, psikolojik, zihinsel ve fiziksel yararlar da sağlayabilmektedir (Arslan, 2013). Rekreasyon faaliyetlerinin birey ve topluma sunmuş olduğu bu fayda ve oluşturduğu değer, rehabilite



amaçlı rekreasyon etkinliklerinin özel eğitim ve tedavi programlarında yer almasını sağlamıştır.

### **2.3. Sportif Rekreasyon ve Fiziksel Aktivite**

Sporun serbest zaman ve rekreasyon faaliyetleri açısından toplumsal kaynaşma noktasında önemli bir gücü bulunmaktadır. Yapılacak çeşitli etkinliklere katılım sağlanarak gerek sosyalleşme gerekse sosyal etkileşim desteklenip geliştirilebilir. Bireyin sosyal ilişkiler kurabilme yeteneğini ve sosyal gelişimini özellikle fiziksel etkinliklere katılım olumlu yönde etkilemektedir (Reppucci, 1995).

Sportif faaliyetler bir anlamda sosyal öğrenmenin ilk olarak gerçekleştiği yerlerdir denilebilir. Bu yönüyle birçok insanın ilgisini çekmekte ve peşinden gitmesini sağlamaktadır. Spor aynı zamanda sağlıklı bireyler ortaya çıkarmak için de etkili bir yöntemdir. Bu anlamda hem ruhen hem de bedenen sağlıklı olabilmek için spor yapılması son derece önemlidir. Sağlıklı yaşamın sürdürülmesi, bireysel ve toplumsal barışın sağlanması için de spor çok gereklidir (Yetim 2000).

Sporun bu derece önemli oluşu ulusal ya da uluslararası düzeyde gerçekleştirilen tüm sportif etkinliklerin zamanla yerlerini rekreatif spor etkinliklerine bırakmalarını sağlamıştır. Özellikle sosyal etkinlikler bireylerin insani değerlerini oldukça fazla etkilemeye başlamış durumdadır (Tezcan, 1982).

Spor, bireylere kendine güven kazandırarak özellikle gençlerin zaman zaman yaşamış oldukları olumsuz tecrübelerin etkisini de azaltmaktadır. Böylelikle sportif rekreasyon genç bireylerin, doğru orantılı olarak da yaşadıkları toplumun refah düzeyini önemli düzeyde etkileyen bir araç haline gelmektedir (Feinstein, John & Kathryn, 2006). Sportif rekreasyon yalnızca fiziksel yönden değil aynı zamanda psikolojik yönden de kişiye pozitif bir etki sağlayabilmektedir.

Spor, serbest zamanı kullanma noktasında, çeşitlilik ve ilgi çekicilik yönüyle önemli bir konumdadır. Spor serbest zamanı değerlendirirken aynı zamanda sportif başarılar elde edilmesinde ve sporun toplumsal yaygınlaşmasında önemli bir rol üstlenmiştir. Spor aynı zamanda bireylerin rekreatif ihtiyaçlarını karşılamada da önemli bir hareket alanı sağlamaktadır. Spor bu görevleri genel olarak sağlık için spor ya da herkes için spor vb. etkinlikler çerçevesinde yerine getirmektedir (Karaküçük, 1997).

Rekreasyon faaliyetleri içerisinde spor ve fiziksel aktiviteye dayalı oyunlar bu alanın büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu, bireylerin yaşantısındaki spor ve egzersizin önemi çerçevesinde gerçekleşmektedir (Ferrell ve Lundegren, 1999).

İnsanlar serbest zamanlarında genellikle sportif faaliyetlere katılmayı tercih etmektedirler. Bu oranın yüksek oluşu genel olarak sporun toplumsal ve bireysel özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte sportif etkinliklere katılım sağlayan bireylerin; her yaş ve cinsiyette, bireyin zevk ve beklentilerine cevap verebilecek tercih imkânı ve çalışma rahatlığı sağladığı söylenebilir. Sportif etkinliklere katılım; toplumsal sağlığı kazandıran, sosyal bütünleşmeyi sağlayan ve sosyal etkileşimi artıran bir durumdur. Bu tür etkinliklerin sanatsal ve kültürel yönden de bir değeri vardır (Karaküçük, 1992).

Sporun rekreatif bir etkinlik olarak yoğun bir şekilde tercih edilmesi farklı sosyal kurum ve birimleri bu alanda etkinlikler düzenlemeye sevk etmektedir. Bu çerçevede yerel ve ulusal düzeyde resmi kurum ve kuruluşlar, dernekler, spor kulüpleri, okullar ve sivil toplum kuruluşları çeşitli müsabaka ve yarışma özelliği taşımayan rekreatif amaçlı sportif faaliyetler organize etmeye çalışmaktadırlar. Bu planlamalarla birlikte jogging, rafting ve trekking gibi yeni ve farklı spor dalları bu faaliyetlerde gündeme gelmeye başlamış ve böylelikle sporun bu yeni dallarının insanlara tanıtımının yapılmasına ve yaygınlaşmasına önemli bir katkı sağlamıştır. Rekreasyon için gerçekleştirilen bu tür organizasyon ve kampanyalar, gün geçtikçe daha fazla tercih edilirken, bir taraftan sportif faaliyetlerin bireylerin gündelik yaşantısının bir parçası haline gelmesine katkı sağlamakta, diğer taraftan da ortak heyecan, hobi, ilgi ve eğilimlerin paylaşıldığı ortamlar yaratılarak bireyleri ötekileştirmekten kurtarmaktadır. Bununla birlikte kişiler üzerinde hoşgörü, gelişmiş sosyal ilişkiler ve sosyal uyum yaratmaktadır (Özbay, 2004).

Rekreasyonel sportif etkinlikler, olgunluk becerilerini geliştirmeye yönelik etki sağlayan, adil olmayı ve kurallara uymayı, saldırgan olmamayı ve daha az iddiacı olmayı gerektiren etkinliklerdir. Rekreatif amaçlı gerçekleştirilen fiziksel etkinlikler, kişilerin başarı ve başarısızlık noktasında yeni arayışlar içinde olmaları, yeni beceriler öğrenmeleri, sorun çözme becerilerini geliştirmeleri, daha çok öz saygı geliştirebilmeleri, risk alma ve sorunlarıyla başa çıkma yetenekleri kazandırması yönünden büyük imkânlar sunmaktadır (Yaman & Arslan, 2009).

Fiziksel aktivite ise dinlenme esnasında, vücut kasları tarafından harcanan enerji miktarının artmasını ve daha fazla enerji harcanmasını sağlayan vücut hareketlerinin tamamına denilmektedir (Vural, 2010). Günümüz toplumlarında fiziksel aktivite, spor ve egzersiz terimleri birbirlerinden farklı kavramlar olmalarına karşın, genel olarak birbirinin yerlerine kullanılmaktadır (Caspersen ve diğ., 2000; Fişne, 2009).

Sportif faaliyetler, belirli normlarla yönetilen, kişisel ya da grup halinde gerçekleştirilen, belli kuralları olan, bireyler arasında bir yarış içeren ve rakibe karşı üstün gelme amacı güden fiziksel aktivitelerdir (Haskell& Kiernan, 2000). Spor, Avrupa toplumunda rekabet ile birlikte dağcılık ve yürüyüş gibi rekreasyonel faaliyetleri içerirken; Kuzey Amerika'da sadece rekabet içermektedir (Zorba, 2005).

Egzersiz ise vücutta bir ya da birden çok unsurun fonksiyonunu fazlaştırmak amacıyla tekrar ederek ve fiziki yapının uygunluğunun sağlanması için planlanarak yapılan hareketler olarak tanımlanmaktadır (Caspersen& Powell, 1985; Pate, 1993). İlgili literatürde, fiziksel aktivitenin bir alt başlığı olarak egzersize yer verilmektedir. Bu anlamda spor, oyun, egzersiz ve çeşitli aktivite programları gibi gün içerisinde gerçekleştirilen faaliyetlerin fiziksel aktivite olarak kabul edildiği görülmektedir (Karaca, 1998). İnsanlar iş yaşamlarının dışında kalan zamanlarda genellikle bu tür sportif etkinliklere zaman ayırmaktadır. İş yaşamı dışında kalan tüm aktiviteler serbest zaman fiziksel aktivitesi olarak nitelendirilmektedir. Bu serbest zaman fiziksel aktiviteler genel olarak üçe ayrılmaktadır:

- Formunu korumak amacıyla gerçekleştirilen spor, oyun ve egzersiz yapılması
- Bisiklet kullanılması, merdivenlerden çıkılması ve yürüyüş yapılması
- Rekreasyon faaliyetleri, araba yıkanması, ev ve bahçe işleriyle uğraşılması vb. (Karaca, 1998).

Fiziksel aktivitelerden en uygun olanları da yürüme, koşma, oturup kalkma, zıplama, bisiklete binme, yüzme, el-kol ve bacakları çalıştırma egzersizleri gibi bedenin temel hareketlerinin hepsini ya da bir kısmını içine alan çeşitli dallardaki sporlar ile egzersiz, dans, oyun ve günlük olarak gerçekleştirilen bütün hareketlerdir (Sağlık Bakanlığı; Sağlık Müdürlüğü, 2011).

## 2.4. Terapatik Rekreasyon Kavramı ve Özellikleri

Terapatik rekreasyon (TR), rekreasyonun kendi içerisinde yer alan özel bir hizmet alanıdır ve genel anlamda kişilerin hayat kalitesini yükseltmede, rekreasyon ile tedavi yöntemini kullanan bir hizmet alanıdır. Bir başka ifadeyle terapatik rekreasyon, yaşam tatminine etki eden ve boş zamanlarda gerçekleştirilen faaliyetlerin bir alışkanlığa dönüşmesini sağlayan fonksiyonel bir hizmet türüdür (Rothwell ve Piaat, 2006:243).

Rekreasyonda genel anlamda kişiye yönelik bir zorlama söz konusu olmayıp bir gönüllülük ön plana çıkarılsa da çoğu zaman durum bu şekilde olmamaktadır. İnsanlar genel olarak çevresinde bulunan insanların yapmış olduğu aktivitelerden etkilenmekte ve kendisi de yapmaya başlamaktadır (Kraus, 1998: 50).

Rekreasyon, boş zaman, tedavi ve terapi gibi kavramları bir çatı altında toplayan terapatik rekreasyon; bireylere yaşam kalitesini iyileştirme ve bağımsız bir yaşam şekli oluşturma adına hizmet vermeye çalışan bir alandır. Bu noktada terapi, özel konumda bulunan bireylerin boş zaman faaliyetlerine katılım ve bir netice elde etmede gerekli kazanımların yerine getirilmesi için bir stratejidir (Austin, 2013).

Terapatik rekreasyon uygulanma şekline göre ise duygusal, zihinsel veya fiziksel problem yaşayan bireylere profesyonel uzmanlar eşliğinde ve çeşitli aktiviteler aracılığıyla, tıbbi anlamda onay almış tedavi maksatlı uygulanan bir yöntemdir (Dustin, 2000:79). Bu yöntemle kişinin yaşam stiline ve kimliğine, olumlu bir değişim üretme ve katma amaçlanmaktadır. Bu anlamda birçok terapatik boş zaman aktiviteleriyle bireyin ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan davranış değişimine, toparlanmasına ve iyileşmesine odaklanılmaktadır (Bunt ve diğ., 2008).

Terapatik rekreasyon; amaç, kullanılan yöntem ve ilkeler bakımından bazı özellikler taşımaktadır. İlgili literatürde terapatik rekreasyonun başlıca özellikleri arasında şunlar sıralanmaktadır (Karaküçük, 2008; Carter ve Van Andel, 2011; Göbel, 2016):

- Terapatik rekreasyon aktiviteleri özellikle engellilerle ilgili birçok olumlu amacın gerçekleştirilebilmesi için oluşturulmuş rekreasyon aktivitelerinden oluşmaktadır.
- Bu tür aktiviteler özel olarak rehabilitasyona yönelik ayrılan ve engelli bireylerin boş zaman aktivitelerinin dışında kalan zamanlarda yapılmaktadır.

- Bu tür aktiviteler engelli bireylerin boş zamanlarını neşeli geçirmelerinin yanı sıra özellikle bu tür bireyleri rehabilite etme amacına yönelik uygulamalardır.
- Terapatik rekreasyon aktiviteleri engelli bireyler dışında suç işlemeye meyilli bireylerin toplumla bütünleşmeleri, madde bağımlısı bireylerin rehabilitasyonu, cezaevinden çıkmış tutukluların topluma entegrasyonu, mahkumlar, genç ve yetişkin suçluların rehabilitesi için de kullanılmaktadır.
- Rekreasyon etkinliklerinden ampute bireylere özel olarak uygulananlar da terapatik rekreasyon kapsamında değerlendirilmektedir.
- Aktivite seçiminde mümkün mertebe katılımcıların kendilerini daha rahat hissedebilecekleri etkinlikler tercih edilmektedir.
- Aktiviteleri alanında uzman kişiler uygulamaktadır. bu uzman kişilerin temel amaçları söz konusu aktivitelere katılan kişilerin sağlıklarını geliştirmektir.

Bu tür aktivitelerden olumlu sonuçlar elde edilebilmesi için etkinlikleri uygulayan uzman kişilerin hem teorik hem de pratik anlamda bilgi düzeylerinin yüksek olmalıdır (Austin, 2013).

Sonuç olarak Terapatik rekreasyon yalnızca hastalıkları iyileştirme veya sağlık odaklı bir yaklaşım değil, aynı zaman da bireyin sürdürdüğü yaşamına tam ve bağımsız olarak katılabilmesini ve duygusal, sosyal, bilişsel ve fiziksel gelişimi de sağlamaktadır. Terapatik rekreasyon bu yönüyle bireyin yaşantısına bir anlam ve amaç katmaktadır. Çünkü duygular, beden ve zihin birbirleri ile uyum halinde ve ilişki içerisindeyler. İşlevsel anlamda bunlardan herhangi birinin bozukluğu doğal olarak diğerlerini de etkilemektedir (Dustin, 2000).

## **2.5. Terapatik Rekreasyonun Tarihsel Gelişimi**

Kültürel antropologlar terapatik rekreasyon konusunda tarihte günümüzdekine benzer ilk uygulamaların Antik Çağ'da olduğunu belirtmektedirler. Söz konusu dönemde uygulanan yöntemlerden bir kısmı şu şekildedir (Austin ve Crawford, 2001):

- Mısır kültüründe hastalıkların tedavisinde sembolik ayinler, konser ve dans kullanılmıştır.
- Tıpta sanatsal aktivite kullanımı Yunan kültüründe Hipokrat'tan itibaren görülmektedir. Bu amaca uygun olarak sanatoryumlar, tiyatrolar, stadyumlar ve

kütüphaneler inşa edilirken, zihinsel engellilere yönelik olarak müzikle birlikte jimnastik figürleri ve dans kullanılmaya başlamıştır.

- Roma kültüründe beden ve akıl sağlığına yönelik olarak çeşitli oyunlar geliştirildiği görülmektedir. Oluşturulan yeni hastane sistemiyle tarihte ilk olarak evde tedavi hizmetleri başlatılmış, egzersiz ve diyetin önemi üzerinde durulmuş, seyirci ve sirk aktiviteleri kullanılarak sosyal sapkınlıklar engellenmeye çalışılmıştır.
- Çin kültüründe kişilerin zihinsel tedavilerinde farklı tekniklerle önemli yol alınmış, yaşlılara yönelik T'ai Chi gibi derin nefes alma egzersiz teknikleri geliştirilmiştir. (Chiang ve diğ., 2009).

Terapatik rekreasyon tarihsel süreçte ilk olarak 1700'lerin sonu ile 1800'lerin başında Amerikalı tıpçıların çalışmaları neticesinde ortaya çıkmış ve aynı dönemde Avrupa'da tıbbi uygulamalarda kullanılmaya başlamıştır. Avrupa'da ilk kez uygulayan isimler ise İngiliz William Tuke (1732-1822) ve Fransız Phillipe Pinel (1745-1826) olmuştur. Her ne kadar birbirlerinden bağımsız çalışsalar da fikirleri ve uyguladıkları programlar aynı olmuştur (O'Morrow ve Reynolds, 1985).

1800'lerin başında termal kaplıcalar ve spa aracılığıyla tedavi Avrupa'da terapatik rekreasyonun yeni ve farklı bir kullanım alanı haline gelmiştir. Köklü bir medikal rekreasyon olarak kullanılmaya başlanan bu yeni uygulamalar boş zamanları değerlendirme açısından topluma yerleşmiş ve günümüzde de yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Termal ve medikal spa kullanımındaki artış boş zamanları değerlendirmeye yönelik hizmet ve programların da çeşitlenmesini sağlamıştır (Robertson ve Long, 2008).

1850'li yıllarda Kırım Savaşı esnasında İngilizlere ait bir hastanede hemşire olarak görev yapan Florence Nightingale, terapatik rekreasyonun gelişimin de rol oynayan bir başka isimdir. Nightingale, askerleri; endişe, korku ve sıkıntılarından uzaklaştırma adına hastane içerisinde onların kitap okumalarına, çeşitli oyunlar oynamalarına, tiyatro ve müzik yapmalarına imkan sunan bir kafeterya kurmuş ve hastanede bulunduğu zamanın önemli bir bölümünü rekreasyon programlarının gelişimi için harcamıştır. Nightingale'in bu çabaları I. ve II. Dünya Savaşı yıllarında Amerika'da terapatik rekreasyonun önemli görülmesini ve ilerlemesini sağlamıştır (Austin ve Crawford, 2001). 1800'lerin sonuna

doğru Avrupa ve Amerika da rekreasyon ve boş zaman programları kullanılarak gerçekleştirilen insan yaklaşımı tedavi yöntemleri yoğun olarak kullanılmaya başlamıştır (Robertson ve Long, 2008).

Amerika'da 1900'lerin başlarına kadar psikiyatrik tedaviler açısından dinlenme ve boş zaman kurlerinin önemli olduğu ve rekreasyonun özellikle akıl sağlığı açısından son derece faydalı olduğu vurgulanmıştır. Boş zaman faaliyetleri içinde yer alan fiziksel aktivitelerin de söz konusu tedavileri destekleyici bir etki sağladığı genel kabul gören bir yaklaşım olmuştur. (Dieser ve diğ., 2004).

Osmanlıda da Sultan II. Bayezid'in 1488 yılında açtığı külliye'nin Darüşşifa bölümü dönemin en önemli sağlık merkezlerinden biri olmuştur. Zamanla ruh hastalıklarına yönelik hizmet sunmaya başlayan şifahane, kendisine getirilen hastalara dönemin tıbbi ilaç ve uygulamalarının yanı sıra çeşitli meşguliyetler, güzel kokular, müzik ve su sesi kullanılarak tedavi edilmeye çalışılmıştır (Robertso ve Long, 2008). Bu kurum 1850'den sonra sadece ruh hastalarına yönelik hizmet veren bir kuruma dönüşmüştür. Burada oluşturulan özel programlarla ihtiyacı olan bireylere boş zaman odaklı toplumsal eğitimler sunulmuştur. Bu oluşumun etkisiyle birlikte gazi ve çocuklara yönelik rekreasyonel aktiviteleri içeren kamplar düzenlenmiştir (Dieser ve diğ., 2004).

1900'lerden itibaren rekreasyonel aktiviteler özellikle sağlık alanında daha çok kullanılmaya başlamıştır. Bu dönemde yazılan eserlerde de bu kavrama yönelik tanımlamalar yer almaya başlamıştır. Terapatik rekreasyon Davis ve Dunton tarafından 1936'da yazılmış olan "Principles and Practice of Recreational Therapy" adlı eserde zihinsel, duygusal ve motor tedavi amaçlı gerçekleştirilen anlamlılık, isteklilik ve özgürlük içeren, duygusal besleyiciliği olan ve eğlenceli etkinliklerin uygulanması olarak ifade edilmiştir (Kement, 2014).

Terapatik rekreasyonun başlangıç noktasını toplumsal sosyal programlar ve tıbbi uygulamalar oluşturmaktadır. Daha sonraki dönemlerde gelişen profesyonel ve örgütsel hareketliliklerle birlikte terapatik rekreasyon alanında gelişmeler hızlanmıştır. Terapatik rekreasyon II. Dünya Savaşı bittiğinde ise bir meslek ve bir uzmanlık alanı haline gelmeye başlamıştır (Daly ve Kunstler, 2006).

1950 sonrası terapatik rekreasyon ile ilgili gelişmelerin daha da bir hız kazandığı görülmektedir. Öyle ki 1952'de "Amerikan Sağlık, Beden Eğitimi ve Rekreasyon

Derneğinde (AAHPER) bulunan rekreasyon bölümü içerisinde B.E. Phillips ve bir grup uzman tarafından terapatik rekreasyon bölümü kurulmuştur. 1966-1984 yılları arasında kapsayan süreçte ise bu alanın profesyonelleşmesi ile ilgili ciddi çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Bu anlamda bir taraftan alana özgü mevzuatlar oluşturulurken, diğer taraftan sertifika onaylı özel uzmanları yetiştirilmeye başlanmıştır (Daly ve Kunstler, 2006). Kavram, Vietnam savaşı sonrası 1970'li yıllarda savaş gazilerinin günlük yaşama adapte olabilmeleri amacıyla kullanılmıştır (Çetinkaya, 2011). Bu dönemde boş zaman ve rekreasyon bir terapi tekniği olarak felsefede de benimsenmeye başlamıştır. Bunun bir sonucu olarak da terapatik rekreasyon kavramsal olarak kullanılmaya başlamıştır.

Terapatik rekreasyon felsefesinin oluşturulmasına yönelik farklı görüşler vardır. Buna göre terapatik rekreasyonun toplumsal boyutta sosyal açılardan da insanlara faydalı olabileceği veya yalnızca tedavide ve sağlık alanında kullanılması gerektiği konuları ön plana çıkmaktadır. 1980'lerin sonunda NTRS ve ATRA (Amerikan Terapatik Rekreasyon Derneği) kuruluşları terapatik rekreasyon felsefesinin oluşumunda yaşanan karışıklıkları gidermek için teorik çalışmalar yapmışlardır (Austin ve Crawford, 2001). Bu kuruluşlardan NationalTherapeuticRecreationSociety (NTRS) terapatik rekreasyonu, *engelli hastalar ve çok yaşlı bireylerin hayat standartlarını yükseltmek, eğlenmek, sağlıklı kalmalarını sağlamak ve başkalarına ihtiyaç duymadan yaşamalarına yardımcı olmak için alternatif tedavi, eğitim ve eğlence-oyun programlarını kullanmak şeklinde tanımlamıştır* (Çetinkaya, 2011). ATRA'ta göre ise terapatik rekreasyonun rekreasyon hizmetleri ve tedavi olmak üzere iki fonksiyonu vardır. Kavrama yönelik olarak kalitatif ve kantitatif araştırmalar neticesinde terapatik rekreasyonun fiziksel, bilişsel, sosyal ve psikolojik, iyi olma ve sağlıkla ilgili etkilerinin olduğu belirlenmiş ve faydalarına dikkat çekilmiştir (Robertson ve Long, 2008).

Bu gelişmeler çerçevesinde terapatik rekreasyon rekreasyonel kaynaklar kullanılarak eğlenme ve dinlenme aracılığıyla hasta veya engelli bireylerin problemlerini hafifletmek veya tamamen ortadan kaldırmak için onlara yardımcı olmak amaçlı müdahale programlarının uygulamaya konulmasını ifade etmektedir. Ayrıca terapatik rekreasyon, bir uzman ya da profesyonel tarafından yönetilen engelli ya da hasta kişilerin ihtiyaçlarını gidermek için özel olarak ortaya konulan hizmetler için de kullanılmaktadır (Kraus, 1985).



## 2.6. Terapatik Rekreasyon Kullanıcıları

Terapatik rekreasyon uygulaması, ruhsal ve fiziksel bozuklukları olan bireyleri tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır. Yani bireyler doğumla başlayıp yaşlılığa kadar geçen geniş zaman diliminde oluşan rahatsızlıkların önemli bir bölümünün yaşlılık döneminde ortaya çıkması ile hayata bakışları değişen yaşlıların tekrar yaşama uyum sağlamalarında etkili olmaktadır. Terapatik rekreasyon uygulamaları içerisinde hem özel duruma sahip kişilerin kaybettiği fonksiyonlarının tedavisi ve iyileştirilmesi, hem de sağlıklı bireylerin sağlıklarının korunması yer almaktadır. Terapatik rekreasyonda problemlerin çözümünde herhangi bir kısıtlama veya sınırlama bulunmamaktadır (Mobily ve Mac Neil, 2002). Terapatik rekreasyon bir kişinin mevcut beceri ve ilgilerinin geliştirilmesinin yanı sıra toplum içerisinde saygın bir yer edinmesine ve günlük yaşamda yeni bilgi ve beceriler kazanmasına katkı sağlamaktadır (Bor, 2018).

Terapatik rekreasyonun kullanıcıları genel anlamda yaşlılar olarak ifade edilmekle birlikte aslında oldukça geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Şekil 2.1’de terapatik rekreasyonun kullanıcıları gösterilmiştir.



Şekil 2.1: Terapatik Rekreasyonun Kullanıcıları

Şekilde de görüldüğü üzere terapatik rekreasyonun kullanıcıları olarak yaşlılar, sıra dışı olaylardan kaynaklı yaşadıklarıyla baş etmeye çalışanlar, yardıma ihtiyacı olanlar, pediatrik (çocuk, ergen, genç) grupta yer alan bireyler, bağımlı kişiler, fiziksel/zihinsel açıdan hasta kişiler ifade edilmektedir.

Bağımlılar grubunu yeme-içme, tütün, uyuşturucu ve alkol bağımlılıkları oluştururken, günümüzde teknolojinin ilerlemesine paralel olarak sıklıkla görülmeye başlanan internet ve sosyal medya bağımlıları da bu gruba girmektedir.

Fiziksel, zihinsel, bedensel hastalar grubunda doğuştan veya kaza ya da bir hastalık neticesinde bedensel engelli olan hastalar; akut, AIDS, kanser veya kronik hastalıklar ile dementia, Alzheimer, downsendorumu ve otizm gibi zihinsel hastalıkları bulunanlar yer almaktadır.

Çocuk, ergen ve genç bireyler grubunda dikkat eksikliği ve hiperaktivite yaşayan çocuklar ile ergenlik ve gençlik sürecinde bireysel kimlik bunalımı, bulimia, anoreksiya, özgüven problemi, arkadaş gruplarından soyutlanma ve başarısızlık gibi yaşanan çeşitli sendromlarla başa çıkmaya çalışan kişiler yer almaktadır.

Yardıma muhtaç kişiler grubunda yoksullar, evsizler vb. çeşitli kişi veya kurumların yardımı ile yaşayabilen kişiler yer almaktadır (Sevil, 2015).

Yaşamın üstesinden gelmeye çalışanlar grubunda ise erken yaşta anne olanlar, mahkûmlar, şiddete maruz kalanlar, göçmen ve mülteciler, kasırga, deprem, sel gibi doğal afetlere veya savaşa maruz kalanlar ve bunların ardından yaşama uyum problemi yaşayan kişiler yer almaktadır.

Terapatik rekreasyonun kullanıcıları arasında son ve en kapsamlı grup olarak ise yaşlılar yer almaktadır. Yaşlılar genel olarak üç grupta incelenmektedir. Bunlardan ilk grupta geçirdiği bazı hastalıklar sebebiyle yatağa bağımlı yaşayan ve bu nedenle başkalarının bakımına muhtaç yaşlılar yer almaktadır. Yaşamının önemli bir bölümünü sağlıklı, ayakta ve kimseye ihtiyacı olmadan geçiren bir bireyin bir anda yatağa ve başkalarına mahkûm olması onu psikolojik anlamda da yıpratmaktadır. Bu süreçte söz konusu kişilerin tekrar eski sağlığına kavuşma adına bazı terapatik aktivitelere katılabilmektedir. İkinci grup yaşlılarda ise akut veya süreğen rahatsızlıklar yaşayanlar yer almaktadır. Bu tür kişiler de bu hastalıkları kabullenmeyi öğrenmek ve yaşlılık dönemlerini daha rahat ve sorunsuz geçirebilmek için terapatik aktivitelere katılabilmektedir. Üçüncü ve son grupta ise emeklilik gibi yeni bir yaşam evresine geçmiş bireyler ile herhangi bir rahatsızlığı bulunmamakla birlikte yaşa bağlı olarak psiko/sosyal ve duygusal uyum sorunu yaşayan yaşlılar yer almaktadır.

Yaşlı bireylerin aktivitelere katılımları daha çok yaşadığı yere yakın alanlarda bulunan aile ve arkadaşlarla sohbet etme, televizyon izleme, bahçe ve bitkilerle ilgilenme, kitap okuma vb. şekildedir. Ayrıca dans, spor dersleri, açık hava eğlence etkinlikleri ve spor gibi daha aktif katılım gerektiren etkinlikler de söz konusu olabilmektedir. Özellikle emeklilik kulüp veya dernekleri yaşlılıkta rekreasyon konusunda önemli seçenekler sunabilmektedir (Kraus, 1998).

Yaşlılık dönemlerinde özellikle emeklilik süreci ile birlikte geniş bir boş zamana sahip olmaları yaşlılarda yeni bir yaşam biçiminin oluşmasına neden olabilmektedir. Söz konusu döneme yönelik yapılan çalışmalarda boş zaman aktivitelerine katılım düzeyi, başarılı yaşlanmanın ve yaşlılıkta yaşam doyumunun belirleyicileri olarak gösterilmektedir. Araştırmalardan elde edilen bulgular boş zamanın yaşlanma üzerindeki olumlu etkisini ve yaşlılar arasındaki faydasını göstermektedir (Vega ve Toscano, 2018).

## **2.7. Terapatik Rekreasyon Uygulamaları**

Terapatik rekreasyon, kendine özgü yaklaşım kalıpları ve tanımı olan ve farklı rekreasyon aktiviteleri içerisinde yer alan bir uygulama alanıdır. Bu alan, özel gereksinimi olan bireylerin yardım amaçlı müdahaleler veya deneyimsel aktivitelerle yaşam kalitesini, fonksiyonel kapasiteleri ve sağlık durumunu daha iyi hale getirmek ve geliştirmek için yapılan rekreasyon aktiviteleridir (Carter ve diğ., 2003).2

Terapatik rekreasyon aktiviteleri tarihte ilk olarak Kırım Savaşı esnasında savaştan olumsuz etkilenen askerlere yönelik olarak hemşire Florence Nightingale tarafından uygulanmıştır. Bu uygulamalardan elde edilen terapatik anlamdaki olumlu sonuçlar, benzer uygulamaların Amerika'da Birinci ve İkinci Dünya Savaşlarında daha çok önemsenmesini ve geliştirilmesini sağlamıştır (Austin ve Crawford, 2001). Daha sonraları Amerika'daki yoğun göç olayları ve beraberinde getirdiği toplumsal sorunlar terapatik rekreasyonun kitlesel yaklaşımını desteklemiş, bu durum daha sonraları terapatik rekreasyon yaklaşımlarının bireysel ve kitlesel odaklı olarak çeşitlenmesini sağlamıştır. Bireysel ya da toplumsal sağlamış olduğu yararlar bakımından terapatik rekreasyon boş zaman aktivitelerinin sağlıkla ilişkisini ortaya koymaktadır (Sevil, 2015). Terapatik rekreasyon kuramsal bir bakış açısı ile bir anlamda boş zamanlarda yapılan aktivitelerin yararlarının sağlıkla ilişkili boyutudur (Ertüzün, 2016).

Terapatik rekreasyon programlarında çok çeşitli aktivite türleri kullanılmaktadır. Bu kaynağı oluşturan aktivite grupları içerisinde bireyi rehabilite özelliği olan her türlü spor, sanat, müzik, oyun, drama, dans ve hayvanlar ile ilgili aktiviteler yer almaktadır. Aktiviteler belirlenirken bireyin yaş, cinsiyet, kültür ve engel durumu göz önünde bulundurulmalıdır.

Terapatik rekreasyon programları kişinin sağlık sorununa ve ihtiyacına göre bireye özgü düzenlenen ve temel amacı bireyin sağlık fonksiyon yeteneklerini ve yaşam kalitesini artırmak olan uygulamalardır (Karaküçük, 2012). Sosyal yönden sağladığı katkılar bakımından rekreatif etkinliklerin kaynaştırma projesi kapsamında, engelli öğrencilerle diğer öğrencilerin birbirlerini tanımalarına ve yakın arkadaşlık kurmalarına imkân tanıdığını söylemek mümkündür (Patlar, Bayazıt, Uçar, Dolu ve Tuncil, 2018). Bu tür aktivitelere katılım bireyin sosyal anlamda içinde bulunduğu topluma dâhil olmasını sağlayarak yerini korumasını ve sosyalleşmesini sağlamakta ve bireyler arası arkadaşlık ilişkilerini güçlendirmektedir (Caldwell, 2005). Hastane ve klinik ortamların boğuculuğundan kurtularak kendini daha iyi hissetmekte, ayrıca sürekli alınan ilaçlar varsa yan etkilerini azaltmaya yardımcı olmaktadır. Birey hastalık ve engel durumu nedeniyle yapamayacağını düşündüğü birçok aktiviteyi bu programlar sayesinde gerçekleştirerek, kullanılabilir eğlence ve rekreasyon kaynaklarının farkına varmaktadır. Böylelikle öz güven duygusu da artmaktadır (Karaküçük, 2012).

Terapatik rekreasyon aktiviteleri içerisinde özellikle çocuk hastalar için oyun aktiviteleri önemli bir yer tutmaktadır. Oyunun yaşı olmasa da çocuk için oyun yetişkinlere göre çok daha önemlidir. Çocuğun hastaneye yatması ile birlikte kesintiye uğrayan oyun aktiviteleri ve çocukta anksiyete, kontrol kaybı, kızgınlık, öfke vb. duyguların oluşmasına sebep olabilmektedir. Çocuğun rahatlaması ve adaptasyonu adına hastanelerde oyun etkinlikleri düzenlenebilmektedir. Oyun içerikli aktiviteler bir taraftan çocuğun rahatlamasını ve oyalanmasını sağlarken diğer taraftan da çocuğa özgürce duygularını ifade edebileceği bir ortam sağlamaktadır (Kıran, Çalık ve Esenay, 2013). Oyun aktiviteleri bu yönüyle hem hastalık ve engel durumunu azaltmak hem de çocuğun kendini doğru ifade etmesini sağlayarak sorunun doğru teşhis edilmesine katkı sağlamaktadır.

Terapatik rekreasyon programlarından amaçlanan faydaların elde edilebilmesi programın kalitesi ve içeriğine bağlıdır. Bu noktada hizmetlerin bireylerin ihtiyaçlarına göre oluşturulması ve sunulan etkinliklerin sağladığı ruhsal, fiziksel ve sosyal faydaların bireyde hissedilebilir olması şeklinde iki faktör ön plana çıkmaktadır (Gürkan, 2003).

Boş zamanlarını iyi değerlendirmeyen bireylerde silah taşıma ve kullanma, madde kullanımı, yıkıcı-bozucu davranışlar vb. riskli davranışlardan sıklıkla görülebilirken, boş zamanlarını doğru değerlendiren bireyler terapatik rekreasyon etkinlikleri sayesinde bu davranışlardan uzaklaşmaktadır (Arslan, 2013). Rekreatif etkinliklerin hükümlülerin karamsarlıklarını ve kaygı düzeylerini azalttıkları ve onların rahatlamalarında faydalı olduğu söylenmektedir. Aynı zamanda hem kendi aralarındaki hem de idare ile olan iletişimlerine katkı sağladığı görülmektedir (Başaran, 2015).

Sonuç olarak terapatik rekreasyon yalnızca hastalıkları iyileştirme veya sağlık odaklı tanımları kapsayan bir yolu değildir. Terapatik rekreasyon bireyin sürdürdüğü yaşamına tam ve bağımsız olarak katılabilmesini ve duygusal, sosyal, bilişsel ve fiziksel gelişimini sağlamaktadır. Terapatik rekreasyon bu yönüyle bireylerin yaşantısına bir amaç ve anlam katmaktadır (WHOQOL, 1998; Dustin, 2000).

## **2.8. Terapatik Rekreasyonun Yararları**

Terapatik rekreasyonun bireye olana temel faydası sağlık noktasındadır. Buna karşın ilgili literatürde terapatik rekreasyonun yararları “psikolojik yararlar”, “sosyal yararlar”, “bilişsel yararlar” ve “fiziksel yararlar” olmak üzere dört temel gruba ayrılmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde terapatik rekreasyonun söz konusu bu faydalarına değinilecektir.

### **2.8.1. Psikolojik yararlar**

Terapatik rekreasyon ortaya koyduğu “uygulamalar” ile psikolojik anlamda özel durumu olan bireylerin birbirleriyle olumlu ilişkiler kurup, yaşama adapte olmasına ve hayata olumlu bakmasına, önünde engel olarak gördüğü hususları aşım, onlarla savaşmasına ve hayatın doğal akışında karşılaştığı sorunlarla başa çıkmasına yardımcı olmaktadır (Sevil, 2015). Boş zaman etkinliklerine düzenli olarak katılım stres ile başa çıkmayı kolaylaştırmakta, bireyin yaşamın olumsuzluklarına karşı oluşan anksiyete ve stres

durumunu azaltıp, depresyondan uzak kalmalarını sağlamakta, böylelikle fiziksel ve psikolojik sağlığı pozitif yönde etkilemektedir (Sevil, 2015).

### **2.8.2. Sosyal yararları**

Sosyal beceriler, uygunsuz davranışları azalttığı gibi kişiler arası etkileşimi, birlikte çalışmayı ve sosyalleşmeyi de artırmaktadır (Daly ve diğ., 2006). Aynı zamanda özel durumu olan bireylere boş zaman deneyimleri, toplumsal yaşamın bir parçası olma, kendini tanımaya yardım etme, arkadaşlıklarını geliştirme ve var olan ve yeni kazanabileceği becerilerini öğrenme imkânı vermektedir (Dattilo ve Schleien, 1994).

İyi olmaya etki eden sosyal içerik, bireyin yaşamına önemli bir yön vermektedir. Bireyin bu yönünü zenginleştirme adına, boş zaman etkinliklerine katılım bireye birçok fırsatlar sunmaktadır. Öyle ki birey, bu etkinlikler sayesinde kendi yetenek ve becerilerinden yararlanma, dayanışma, iş birliği ve takım çalışması imkânı bulmanın yanı sıra sosyal etkileşim becerileri uygulayarak stresi kontrol edebilme ve sosyal iletişim kurma ve sürdürülebilir yeteneğini geliştirebilmektedir (Phan, 2011).

Sosyal destek toplumda öz yeterlilik, toplumsal tatmin ve birlikte yaşam duygularını yoğunlaştırmaktadır. Ayrıca arkadaşlık bağlarını güçlendirerek yalnız kalma duygusundan kurtulmayı ve paylaşım ve etkileşim içerisinde olmayı sağlamakta ve bireysel saygınlığı, kendi kendini savunmayı ve kendine güven duymayı geliştirmektedir (Austin ve Crawford, 2001)

### **2.8.3. Fiziksel yararları**

Günlük yaşamda boş zamanları değerlendirme adına gerçekleştirilen fiziksel aktiviteler, bir taraftan kişinin fiziksel fonksiyonelliğini artırırken diğer taraftan birey üzerinde hareketsiz yaşamın olumsuzluklarını azaltmakta ve bazı fizyolojik hastalık ve rahatsızlıkları yavaşlatabilmekte veya düzeltebilmektedir (Lynn ve diğ., 2008). Koroner kalp hastalığının ve kardiovasküler hastalıkların görülme sıklığı ile fiziksel boş zaman aktivitelerine katılım arasında pozitif bir ilişki vardır. Özellikle yaşlı kişilerde yapılan düzenli yürüyüşlerin bu kişilere pozitif yönde destek sağladığı ve kardiorespiratuar uygunluğu geliştirdiği belirlenmiştir. Araştırmacılara göre yaşla ilişkili fiziksel engelliliği fiziksel boş zaman aktivitelerine katılım engelleyebilmektedir (Caldweel, 2005).

Sağlık durumundaki problemlerin giderilmesinde fiziksel fonksiyonel kapasitenin gelişimi etken bir rol üstlenmektedir. Böylelikle yaşam kalitesine önemli bir katkı sağladığı gibi psikolojik olarak iyi olmayı da güçlendirmektedir. Olumlu duygular ve pozitif ruh hali, vücudun bağışıklık sisteminde koruma sağlayan B ve T hücrelerinin etkinliğini artırmaktadır. Böylelikle vücuda zarar verebilecek birçok organizmaya karşı savunma kapasitesini geliştirerek immün sisteminin güçlenmesini sağlamaktadır.

Boş vakit faaliyetleri olarak bilinen insanların beceri ve marifetlerine göre katılım gösterdiği ve motivasyonlarını artırdığı bedensel aktiviteler, kişilerin ruhsal yönden de olumlu bir şekilde hayata bakmalarını sağlamaktadır (Carruthers ve Hodd, 2007). Bununla beraber ferdin boş vakitlerini fiziksel aktivitelerle değerlendirmesi, bedenin sağlıklı bir fizyoloji kazanmasında ciddi yararlar sağlamaktadır.

Düzenli fiziksel aktivitelere katılım akciğer hastalıkları, romatizma, obezite, osteoporoz ve diğer kronik hastalıklara karşı koruyucu önlem olabildiği gibi düzelmesini de sağlayabilmektedir. Ayrıca kardiovasküler risk faktörü ve buna dayalı rahatsızlıkların azalmasında da faydalı olmaktadır (Lynn ve diğ., 2008).

Terapatik rekreasyon fizyolojik faydaların yanında kassal güç, hareketlilik kabiliyeti, esneklik, kemik yoğunluğu vb. sağlık göstergelerini artırmaktadır. Depresyon, kaygı, öfke ve sinir gibi olumsuz duygu durumlarından uzaklaştırdığı gibi uyuşturucu, alkol, sigara vb. kötü yaşam stili alışkanlıklarından da uzaklaştırmaktadır. Ayrıca kişiye kendine güven, kendini denetleyebilmek, bağımsızlık algısı ve özgürlük gibi olumlu hislerin kazanılmasında da yardımcı olmaktadır. Bu anlamda kişinin yaşam kalitesi ve yaşam tatmini algısına katkı sağladığı gibi genel sağlık durumunu iyileştirmek ve geliştirmektedir (Stumbo ve Peterson, 2010). Bunlara ek olarak solunum ve dolaşım rahatsızlıkları riskini ve fiziksel engelli kalma riskini azaltmaktadır. Enerjik ve dinç olmayı sağlamada ve genel sağlığı iyileştirme, esnek, dayanıklı ve güçlü bir görünüm elde etmede de etkili olmaktadır (Leitner ve Leitner, 2004).

#### **2.8.4. Bilişsel yararları**

Kişilerin kavrama, anlama, öğrenme ve bilgi gibi bilişsel yeteneklerini kullanabilmek ve günlük yaşamdaki bütün kavram ve olaylara olan ilgisini en ideal seviyede tutmak oldukça önemli fonksiyonel bir özellik olabilmektedir. Bilişsel yetenekler iyi ve sağlıklı

olmada bütün kişilerin yaşamsal süreçlerinde önemli bir işlev olurken, koşulları farklı kişiler için de yaşam sürecine uyum sağlamada oldukça etkili olabilmektedir.

Terapatik rekreasyon bu anlamda kişide konsantrasyon, dikkat dağınıklığı, unutkanlık, odaklanma, oryantasyon bozukluğu, karıştırma vb. bilişsel becerilerin yetersiz kalması durumunda birçok boş zaman aktivitesi ile destek olmaktadır (Daly ve diğ., 2006).

Manoux ve Ark (2003) tarafından yapılan bir çalışmada bilişsel fonksiyon ile boş zaman aktivitelerine katılım arasında pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir. Özellikle kültürel olgu içeren ziyaretler, gezi ve seyahatler, kitap okuma ve informal kültürel bilgileri öğrenmeyi içeren boş zaman aktivitelerine yönelik yapılan araştırmada boş zaman katılımının toplumsal ve sosyal katılımı desteklediği ve bireysel gelişimi etkilediği belirlenmiştir. Bunun yanı sıra bilişsel gelişimin sosyal katılımı güçlendirdiğine dair çok sayıda görüş de bulunmaktadır (akt. Caldweel, 2005).

Önce yapılan yorumlara da dayanarak, terapatik rekreasyon hizmetinin kişinin sağlığını güçlendirme konusunda potansiyel bir etki sağladığı ve yaşam sürecinde iyi olmaya etkisinin olduğu kabul edilmiştir. Kişinin sağlığının korunması ve güçlenmesinde ve sosyal, zihinsel, psikolojik ve fiziksel durumundaki olumsuzluk veya rahatsızlıkların engellenmesinde boş zaman aktivitelerinin önemli bir katkısının olduğu yapılan araştırmalarda ifade edilmektedir (Wilhite ve diğ., 1999). Kişi kendi yaşamı içerisinde sağlığını artırma ya da geliştirme ile duygusal, zihinsel, fiziksel vb. kaynaklarında (fonksiyonel kapasite) yaşadığı değişimin farkındalığında alışkanlık ve davranışlarını değiştirip topluma ve yaşama uyum sağlama önemli bir ihtiyaç haline gelmektedir (Baltes ve Baltes, 1990).

## **2.9. Ortopedik Omuz Rahatsızlıkları**

Ortopedik omuz rahatsızlıkları arasında adeziv kapsülit, rotator cuff sendromu, impingement sendromu, bankart lezyonu, slap lezyonu yer almaktadır.

### **2.9.1. Adeziv kapsülit**

Adeziv kapsülit aktif ve pasif omuz eklem hareketlerinde glenohumeral eklemden osteopeni haricinde bir görüntüleme bulgusu olmaksızın fonksiyonel kısıtlılık ile seyreden bir durumdur. Etiyolojisi tam bilinmemekle birlikte sekonder ve primer olarak



iki kategoride incelenmektedir (Zuckerman & Rokito, 2011). “Primer (idiopatik) Adeziv Kapsülit” en sık rastlanan ve anjiogenez ve sinovit gibi inflamasyon kaynaklı mekanizmalar neticesinde eklem kapsülünün kalınlaştığı ve kontraktüre gittiği düşünülen olgulardır (Ozkan ve diğ., 2012). “Sekonder Adeziv Kapsülit” bilinen intrinsik, ekstrinsik faktörler veya sistemik hastalıkların glenohumeral eklemde kısıtlılığa neden olduğu patolojiler sonucunda gelişir. Toplumda görülme sıklığı %2-5 arasındadır ve en sık 40-65 yaş aralığında görülmektedir. Cinsiyet olarak ise erkeklere kıyasla kadınlarda 2-4 kat daha fazla görülmektedir (Bruce, George & Matthew, 2015).

2000 yılında Hannafin ve Chiaia tarafından yapılan sınıflamaya göre adezivkapsülit dört evreye ayrılmıştır:

- **Birinci Evre (Başlangıç Fazı):** Gece ağrısı başlar, aktif ve pasif omuz eklem hareketlerinde ağrı vardır. Histolojik olarak hipertrofik, hipervaskülersinovit ve normal kapsüler yapı görülür. Bu evre 0-3 ay kadar sürer.
- **İkinci Evre (Donma Fazı):** Gece ağrısı şiddetlenir, ağrı tüm EHA (Eklem Hareket Açıklığı) boyunca mevcuttur ve tüm yönlerde ilerleyici EHA kaybı oluşur. Histolojik olarak hipervasküler, hipertrofiksinovit ve kapsülerfibroplazi mevcuttur. Bu evre 3-9 ay kadar sürer.
- **Üçüncü Evre (Donuk Faz):** Omuz hareketleri ile olan ağrıda belirgin azalma vardır, ağrı genellikle EHA sonunda hissedilir ve tüm yönlerde EHA belirgin kısıtlılık mevcuttur. Histolojik olarak hipertrofi veya hipervaskülaritesi olmayan ince sinovyal tabaka ve yoğun fibrotikkapsülerskar dokusu görülür. Bu evre 9-15 ay kadar sürer.
- **Dördüncü Evrede (Çözülme Fazı):** Minimal ağrı mevcuttur ve EHA progresif düzleme saptanır. Histolojik olarak tam oturmuş adezyon mevcuttur. Bu evre 15-24 ay kadar sürer (Hannafin& Chiaia, 2000.).

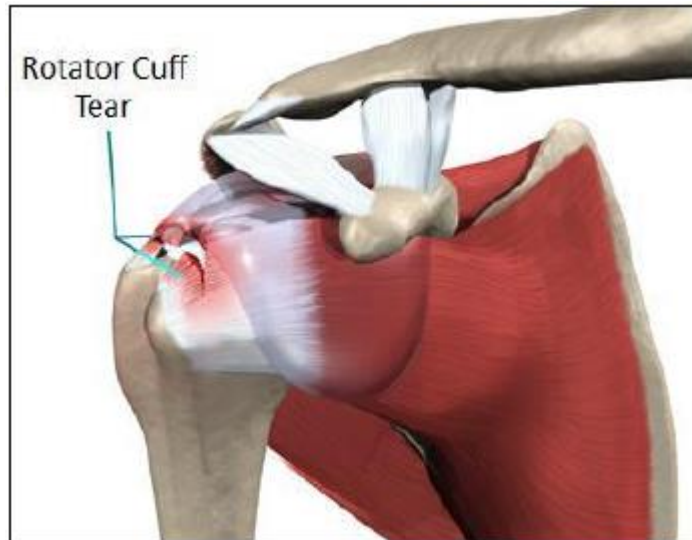
Tanı için özel bir muayene testi yoktur. Düz grafide osteopeni dışında başka bulgu beklenmemektedir. Düz grafi kalsifik tendinit ve glenohumeral artrit gibi patolojileri ekarte etmek için istenebilir (Kelley ve diğ., 2013). Artrografi tanı için altın standarttır. Artrografide eklem kapasitesinin <7 mm, aksiller ve subskapular reseslerin dolmaması, kapsüller yüzeylerde düzensizlik görülmesi adeziv kapsülit için tipik bulgulardır (Jamshid, 2009).

Hastaların büyük çoğunluğu konservatif tedaviye yanıt verir ancak rehabilitasyon programının ağırlı olması bireylerin programa tam olarak uyumunu zorlaştırmaktadır. Ağrı ve spazmı azaltmak için rehabilitasyon programı öncesi intraartiküler enjeksiyonlar veya supraskapular sinir bloğu uygulanabilmektedir.

Ağrı kontrolünden sonra EHA, germe, güçlendirme ve mobilizasyon manevraları eklem hareketliliğini arttırmak ve fonksiyonelliği iyileştirmek için uygulanır (Kılıç ve diğ., 2015). Fizik tedavi ile yanıt alınamayan inatçı vakalarda supraskapular sinir bloğunun etkinliği daha önce yapılan çalışmalarla ispatlanmıştır (Swapnil, Anil & Shefali, 2016). Erken dönemde ağrı kontrolü açısından çoklu enjeksiyonların tekli enjeksiyonlardan daha etkin olduğu gösterilmiştir (Mortada, 2017).

### 2.9.2. Rotator cuff sendromu

Rotator cuff yırtıkları, yaşa bağlı olmaksızın düşmelerle veya aşırı omuz hareketleri ile meydana gelmektedir. Omuz üzerine düşme neticesinde akut kompleks yırtıklar oluşabilirken, gergin kol üzerine düşme neticesinde ise hiper abduksiyon yaralanmaları oluşabilmektedir. Yırtıklar nedeniyle üst kolda güçsüzlük görülebilmektedir. Özellikle 40 yaş sonrasında omuz dislokasyonlarının daha fazla olduğu görülmektedir (Host 1995). Rotator omuz yırtılması örneği Şekil 2. 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2.2: Rotator Manşet Yırtılması

Omuz ağrısının sık görülen nedenlerinden biri de rotator cuff yırtıklarıdır. Codman tarafından 400 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada omuz ağrısına en sık sebep olan dört faktörün donuk omuz, kalsifiye tendon, supraspinatusun kısmi yırtığı ve supraspinatusun tam yırtığı olarak belirlenmiştir. Rotator manşet lezyonlarını ise tam longitudinal yırtıklar, eklem kavitesi ile subakromiyal bursanın ilişkili olduğu yırtıklar, kapsülün ve rotator manşetin tüm katlarının yırtığa katıldığı yırtıklar ve rotator manşetin tüm katlarını içermeyen kısmi yırtıklar olarak sınıflandırmıştır. Günümüzde rotator cuff yırtıkları yırtığın derecesi ve derinliğine göre kısmi ve tam kat; yırtığın şekline göre masif, ters L-şeklinde, L-şeklinde, hilal şeklinde ve transvers lineer şeklinde; etiyojisine göre dejeneratif ve travmatik; büyüklüğüne göre küçük, orta, büyük ve masif; oluş zamanına göre ise akut, subakut, kronik ve eski olarak sınıflandırılmaktadır (Fukuda, 1983; Cofield & Lanzer, 1985).

### **2.9.3. İmpingement sendromu**

“Subakromiyal Sıkışma (Impingement) Sendromu” (SSS); Humerus başı ile üzerinde bulunan korakoid, korakoakromiyalligament ve akromiyon çıkıntının oluşturduğu korakoakromiyal ark arasında bulunan yumuşak dokuların, subakromiyal bursa ve supraspinatustendonunun sıkışması neticesinde meydana gelmektedir. Subakromiyal aralığın daralmasına sebep olan fonksiyonel ve yapısal nedenler SSS'ye neden olmaktadır. Akromionun değişik şekilleri, osteofitler, rotator manşon ve skapular kasların bozulmuş kinematiği, kapsüler kalınlık, kötü postür, geniş bir korakoid çıkıntı ve aşırı kullanım subakromial aralığı daraltma suretiyle sıkışmalara sebep olabilmektedir. Kolun tekrar eden abduksiyon ve elevasyonu bu kısımda relatifhipovaskülarite oluşturmak suretiyle tendinit ve inflamasyon oluşturmaktadır (Frieman ve diğ., 1994). Subakromial sıkışma sendromu sekonder (nonstenotik) ya da primer (stenotik) olabilmektedir. Primerimpingementin sebebinin tekrarlamalı ve aşırı subakromial yüklenme esnasında subakromiyal dokulara uygulanan tekrarlayan mikrotravmalar olduğu belirtilmektedir. Primer SSS yaşanan hastalarda, posterior kapsül gerginliği ve omuz rotator manşet kaslarının zayıflığı da görülmüştür.

Sekonder SSS, daha çok baş hizasından yukarda yapılması gereken aktiviteleri içeren sporları yapan atletlerde görülmektedir. Sekonder SSS etyolojisinde, hipermobilete ya da gizli glenohumeralinstabilite düşünülmektedir. Yaygın klinik bulgulardan sekonder SSS

ile ilişkilendirilenler, dış rotator ve omuz abduktör kaslarının dayanıklılığının azalması, iç rotatorların güçsüzlüğü ve dış rotasyonda aşırı hareket aralığıdır (Wolin ve diğ., 1997). Neer, SSS'li olguların spektrumunda patolojik bulgulara, muhtemelen yaralanmaya neden olan aktivite tipine ve yaşa göre üç klinikopatolojik evre tanımlamıştır. Akut ve kronik tendinitten başlayan bu evreler, komplet ve parsiyelrüptüre ilerlemektedir. Neer' in sınıflandırması şu şekildedir (Seeger, 1988):

Evre 1: Rotator manşette hemoraji ve ödemle karakterizedir ve genel olarak genç bireylerde görülmektedir.

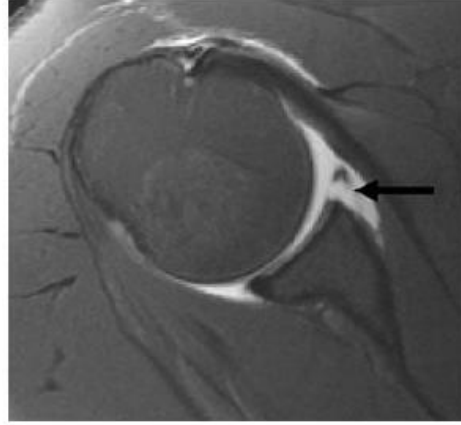
Evre 2: Tendinit ve fibrozis. Geri dönebilir değişiklikler bulunur ve 1 ve 2'de radyografik bulgular yoktur.

Evre 3: Rotator manşetin komplet veya parsiyelrüptürü olan bu evre genellikle yaşlı bireylerde görülmektedir. Genellikle büyük tüberküle fazlalık veya anteriorakromiyal dikenle birliktedir.

#### **2.9.4. Bankart lezyonu**

İlk kez bir omuz çıkığı yaşandığında genel olarak büyük travma oluşturmaktadır. Bu ilk çıkık sonrası gerekli ve yeterli düzeyde bir tedavi görülmemiş ise ikinci ve üçüncü kez çıkık yaşanması çok daha kolay olabilmektedir. Eğer ilk omuz çıkığı 20'li yaşların altında yaşanmış ise tekrarlanma oranı %80'in üzerinde olmaktadır. Bir omuz çıkığının tekrar yaşanmasına bankart lezyonu denmektedir (Url-3).

Bankart lezyonu Inferior Glenohumeral Ligaman'ın (IGHL) anterior bandı ile anteroinferior kapsülünün glenoidden ayrılmasıyla ortaya çıkmaktadır (Şekil 2.3). Bu ayrılmanın etkileri yalnızca anteroinferior bölümünde de olabilir, kapsülolabral lezyonun superiora doğru ilerlemesinden kaynaklı anterosuperior labrum ile biceps yapışma noktasında da görülebilir.



Şekil 2.3: Bankart Lezyonu

Anterior omuz instabilitesinin görüldüğü yerlerin %97'lik kısmında bankart lezyonu da görülmektedir. Yapılan çalışmalarda izole anterior yumuşak doku bankart lezyonundan dolayı laksitede artış meydana geldiği ancak reküren omuz çıkığı oluşturmadığı bildirilmiştir. Omuz çıkığının tekrarlamasının nedeni olarak bankart lezyonuna eşlik eden kapsülogamentöz yapılar yanından bazı patolojilerin olması gerektiği gösterilmiştir (Burkart ve Debski, 2002).

Bankart lezyonları “travmatik çıkıklar”, “atravmatik çıkıklar” ve “istemli çıkıklar” olmak üzere üç çeşit görülmektedir.

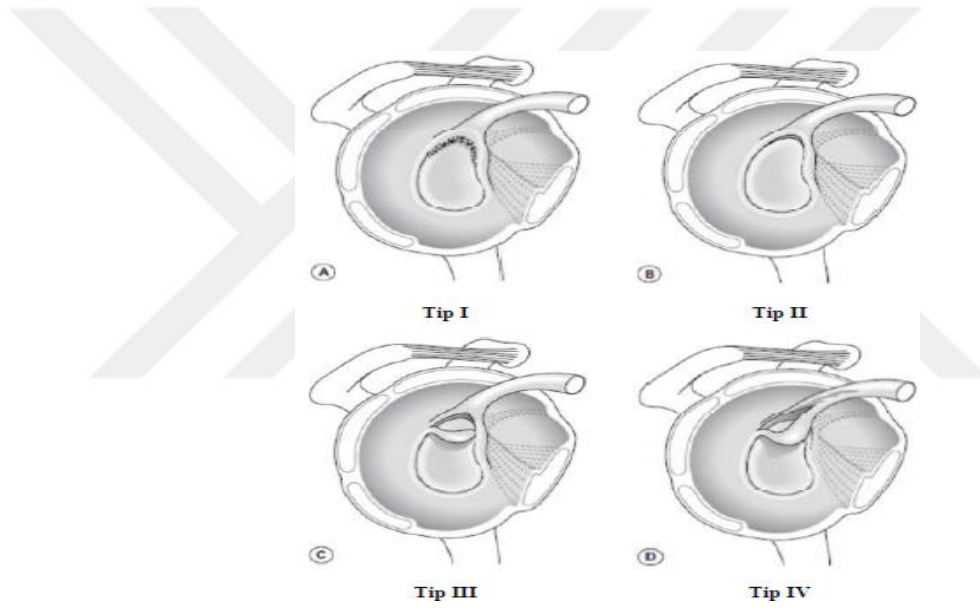
Travmatik çıkıklar trafik kazası, çarpma veya ilk kez düşme gibi önemli bir travma neticesinde oluşmakta ve labrum denilen omuz destek kıkırdağında yırtık ile görülmektedir. Atravmatik çıkıklar ise genellikle iki omuzda birden görülen atravmatik çıkıklar, günlük hareketler esnasındaki zorlamalarla oluşmaktadır. Bu tarzdaki çıkıkları tedavi etmek için ilk olarak fizik tedavi kullanılmaktadır. Bu tür omuz çıkığı yaşayan hastaların omuzları kolaylıkla yeniden çıkmakta ve tekrar girmektedir. Şayet fizik tedavi etkili olmazsa cerrahi yöntemler denenmektedir. İstemli çıkıklarda ise omuzlar doğrudan hastanın kendisi tarafından çıkarılıp yerleştirilebilmektedir. Fakat hastaların bundan kaçınması ve mutlaka tedavi olması gerekmektedir. Fizik tedavinin yanı sıra cerrahi müdahaleler de yapılabilmektedir (Url-3)

### **2.9.5. Slap lezyonu**

Omuz patolojilerinin tanı ve tedavisi için Artroskopi kullanımının yaygınlaşması, farklı patolojik tanıları da tespit etmeyi sağlamıştır. Yeni tanı olarak tespit edilen lezyonların

büyük bir kısmının bisepstendonu uzun başındaki insersiyosun bitişiğinde bulunan süperiorlabrum yırtıklarından meydana geldiği görülmektedir. Glenoidin üst kadrantlarında görülen labrum yırtıklarından ilk kez tespit edenler 1985 yılında Andrews ve arkadaşları olmuştur. SLAP tamirini de ilk defa gerçekleştiren 1990 yılında Snyder olmuştur. Bunu süperiorlabrumun bisepsankoru ile beraber anteriordenposteriora doğru tutunma bölgesinden ayrılması şeklinde tanımlamışlardır (Andrews, Carson & McLeod, 1985).

SLAP lezyonlarının sınıflandırılmasında morfolojik paternine bakılmıştır. İlk kez 1990 yılında Snyder ve arkadaşları labrumun patolojik değişimlere göre SLAP lezyonlarını 4 gruba ayırmışlardır (Andrews, Carson & McLeod, 1985). (Şekil 2.4).



Şekil 2.4: SLAP Lezyon Tipleri

**Tip I:** Bu tip lezyonlarda bir yırtanma ve süperiorlabrumu bulunan belirgin dejeneratif görünüm vardır. Bisepstendonunun yapışma yeri sağlam olduğu gibi labrumglenoide sıkıca tutunmuştur. Dejeneratif bir süreçteki ilk aşamayı oluşturan bu lezyon, daha çok orta yaş ve üstü kişilerde kendini göstermektedir. Nadiren klinik semptomlar da gösterebilmektedir.

**Tip II:** Tip I lezyonlardaki gibi labrumda yırtanmalar görülmektedir. Süperiorglenoidtüberkülden ayrılan bisepstendonu Tip II lezyonlarını diğer tiplerden ayıran en belirgin bulgulardır. Biseps-labral kompleks instabil durumdadır. Yapılan araştırma verilerine göre SLAP II görülme sıklığı %21-70 olarak bulunmuştur (Kampa &

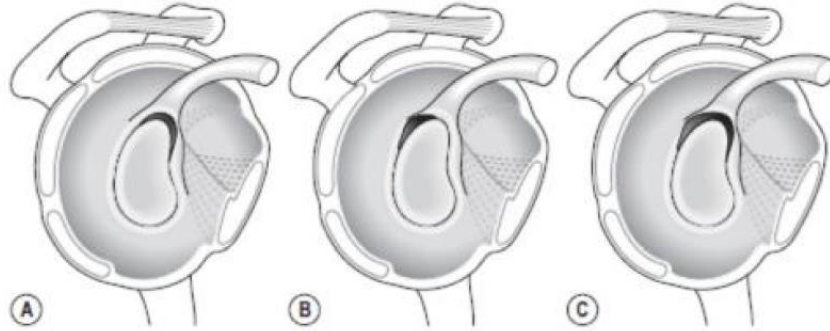
Clasper, 2005; Snyder, Banas & Karzel, 1995). Tip II SLAP lezyonlarının biseptendonunsuperiorlabrumunanterior kısmından, posterior bölümünden ya da 2 kısımdan da ayrılmasına bağlı olarak 3 alt tipi bulunmaktadır (Nam & Snyder, 2003; Kim ve diğ., 2003)

Orta glenohumeralligamanınsüperiorlabruma yukarıda yapışması, instabiliteye ne kadar etki bakımından çok dikkatli ele alınmalıdır.

**Tip III:** Meniskoid tipte olan süperiorlabrumun kova sapına benzer yapıda yırtılma yapmasıdır. Biseptendonu bağlantısının sağlam olduğu görülmektedir. Dizdeki kova sapına benzer yapı, yırtık benzeri fiziksel semptomlara neden olmaktadır.

**Tip IV:** Yırtık kova sapı olup, biseptendonuna kadar ilerleme göstermektedir.

%21-70 arası görülme sıklığı ile en sık görülen SLAP lezyon tipi SLAP II'dir. SLAP II'nin üç ayrı alt tipi daha vardır. (Şekil 2.5).



Şekil 2.5: SLAP II Lezyonlarının Alt Tipleri (A) anterior, (B) posterior, (C) Kombine anterior-posterior.

Bireyde bazen bir veya birden fazla SLAP lezyon kombinasyonu izlenebilmektedir. SLAP II ve SLAP IV birlikteliği en sık izlenen kombinasyonlardır. Diğer kombinasyonlar Şekil 2.6'da gösterilmiştir.



**Tip V**

**Tip VI**

**Tip VII**

Şekil 2.6: Kombine SLAP Tipleri

**Tip V:** SLAP II ve anterior inferior Bankart lezyonu vardır.

**Tip VI:** Labrum instabildir flap tarzı yırtık ankora ilerler.

**Tip VII:** Bisepsankorsüperioru ayrılarak anteriordanIGHL'e doğru ilerler.

## 2.10. Normal Eklem Hareket Açıklığı Değerlendirilmesi

İkinci Dünya Savaşı sonrasında askerlerin sakatlık derecelerini belirlemek ve buna bağlı olarak emekliye ayrılmalarına karar vermek için sistematik bir değerlendirme yöntemine ihtiyaç duyulmuştur. İlgili dönemden başlamak üzere günümüze kadar hatasız bir ölçüm yöntemi belirleyebilmek için birçok gonyometre ve ölçüm yöntemi geliştirilmiştir.

Gonyometrik ölçüm, klinikte normal eklem hareketlerinin (NEH) değerlendirilmesi noktasında objektif olarak kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem ile eklem hareket sınırının değerlendirilmesinin yanı sıra tedavi programına karar vermek, tedavinin etkinliğini belirlemek ve fonksiyonel kapasiteyi saptamak mümkündür. Her eklemden rahatlıkla kullanılabilen, taşınması kolay, basit ve dayanıklı bir alet olan gonyometreninelektrogonyometre, gravite grafik ve universal klinik gibi birçok tipi vardır. Başlangıç pozisyonu, gonyometrenin tipi, doğru yerleştirilmesi ve ölçüm yapılan eklem stabilizasyonu gonyometrik ölçümlerde son derece önemli özelliklerdir.

Gonyometrik ölçüm:

- Normal eklem hareketlerinin sınırının kazanılması için gereken tedavi programlarına ışık tutar.
- Uygulanan tedavi yönteminin etkinliğini sağlar.



- Uygulanan çeşitli tedavi yöntemlerinin karşılaştırılması noktasında fizyoterapistlere çeşitli imkânlar sunar.
- Hasta ile ilgili doktora verilen bilgilerde objektif bir kaynaktır.
- Hastaya iyileştirdiğini objektif bir şekilde göstermektedir. Bu yönüyle hastaya psikolojik destek de sağlamaktadır.
- Fazla sayıda olması durumunda her hastanın mevcut durumunun hatırlanmasını sağlamaktadır.
- Tedavinin başka bir fizyoterapistte devredilmesi durumunda devredilen hasta ile ilgili yeni fizyoterapistin gerekli bilgileri edinmesini kolaylaştırmaktadır.
- Kişinin normal eklem hareketleri pasif ya da aktif hareketlerle değerlendirilebilmektedir. Gonyometrik ölçümde pasif hareket ile kıyaslandığında daha geniş bir sınıra sahip olmasına karşın aktif hareketler daha sık kullanılmaktadır.

Kullanım pratikliği nedeniyle üniversal gonyometre daha çok kliniklerde tercih edilmektedir. İki kolu ve 180'lik veya 360'lık kadranı bulunan gonyometrenin kolları, ölçümü yapılan eklemin büyüklüğü çerçevesinde farklı boyutlarda olabilmektedir. Şekil 2.7'de gonyometre örnekleri gösterilmiştir.



Şekil 2.7: Gonyometre

Gonyometrik ölçümün sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için gonyometrenin kolları arasındaki dönüş, eklemin kollarıyla uyumlu olarak yerleştirilmeli ve tanımlanan düzlem içerisinde hareketin, kompensasyon olmadan gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Gülhan ve Turay, 2009).

Ölçüm Kuralları şu şekildedir:

- Hastanın kendini rahat hissedeceği bir pozisyon oluşturulmalı ve hasta düzgün bir şekilde yatırılmalı, ekstremitelerinin hareket ettirilmesi sırasında hareketin değişmemesi için dikkatli davranılmalıdır.
- Ölçümler yapılmadan önce uygulamayla ilgili hasta bilgilendirilmeli ve hareket hastaya anlatılmalı, anlatım yeterli gelmediğinde de hareket gösterilerek hastanın hareketi düzgün yapması için gereken tedbirler alınmalıdır.
- Anatomik pozisyon dikkate alınarak tüm eklemler yerleştirilir. Ayarlanan bu pozisyonu “sıfır başlangıç pozisyonu” kabul etmek gerekir. Tüm eklem hareketleri başlangıç pozisyonu olan 0’dan 180 maksimuma kadar çıkabilen bir hareket sınırı içinde değerlendirilmektedir. Fakat sıfır başlangıç pozisyonu, rotasyonel hareketler için “midrotasyon” pozisyonu ya da “orta pozisyon” kabul edilmektedir.
- Hasta uygun pozisyonu aldığı anda ölçüm gerçekleştirilecek ekstremitelere birkaç defa hareket ettirilerek eklemin hareket eksenini tespit edilmelidir.
- Gonyometre genel olarak eklemin lateraline yerleştirilir.
- Ekstremitenin hareket etmeyen kısmına gonyometrenin sabit kolu, ekstremitede hareketi yapacak bölgeye ise hareketli kolu paralel bir şekilde yerleştirilmelidir.
- Hareketler ölçüm esnasında bilateral simetrik yaptırılırsa kesinlik, koordinasyon ve denge yönünden oldukça faydalı olmaktadır.
- Gonyometrenin pivot noktası ölçüm boyunca hareketin asıl eksenini üzerinde bulunmalıdır.
- Ölçüm yapılırken hastanın gonyometreyle temasının olmamasına dikkat edilmesi önemlidir. Temas olduğunda gonyometre kayacağı için hastanın hareketi tamamlaması mümkün olmaz. Aynı zamanda yapılan ölçümlerde hata oluşur ve ölçüm ortalama 5 fazla okunur.
- Fizyoterapist, ölçüm yaparken aleti olabildiğince sabit tutmalıdır. Bunu yapabilmek için kolunu sabitleyerek destek alabilir.
- NEH derecesinin her iki yön için maksimum değer olarak ölçülmesinin ardından asıl NEH derecesi hesaplanır.
- ‘0’ pozisyon olarak başlangıç kabul edilir ve her iki yön için hareket ettirilebilen eklemlerin hareketlerinde ulaşılan maksimum dereceler hesaplanarak NEH değeri oluşturulur.

- Sağlıklı bir gonyometrik ölçüm için işlemin 2-3 defa tekrar edilmesi gerekmektedir. Ayrıca bu süreçte hastanın çok yorulmamasına da dikkat edilmelidir.
- Daha sonra karşılaştırma yapılabilmesi için sağlam ekstremiteler hareketlerinin de kaydedilmesi gerekmektedir.

Araştırmacılara göre kolumnavertebralis ile alt ve üst ekstremitelerin normal eklem hareket sınırları farklı derecelerde. Bu noktada Kapanji, Hoppenfeld, “Amerikan Ortopedik Cerrahlar Derneği” ve Kendall’ın derecelendirmeleri ön plana çıkmaktadır. Tablo 2.1’de bu derecelendirmeler gösterilmiştir. Bunlar içerisinde en sık kullanılan derecelendirmeler “Amerikan Ortopedik Cerrahlar Derneği” ile Kendall’ın ortaya koydukları değerlerdir (Gülhan ve Turay, 2009).

Tablo 2.1: Omuz Eklemi İçin Normal Hareket Sınırları

HAREKET	AMERİKAN ORT.CER.DE.R	KENDAL McCREARY	HOPPENFELD	KAPANJİ
Fleksiyon	0-180 derece	0-180 derece	0-90 derece	0-180 derece
Ekstansiyon	0-160 derece	0-45 derece	0-45 derece	0-50 derece
Abduksiyon	0-180 derece	0-180 derece	0-180 derece	0-180 derece
İç Rotasyon	0-70 derece	0-70-80 derece	0-55 derece	0-95 derece
Dış Rotasyon	0-90 derece	0-90 derece	0-45 derece	0-80 derece

**Kaynak:** Tepe, 2012

## 2.11. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi farklı kişiler tarafından benzer koşullarda farklı idrak edilebilecek bir kavramdır. Bu nedenle birçok bilim insanı yaşam kalitesinin bireyin bakış açısından en iyi şekilde açıklanabileceğini ön görmektedir (Andereck ve Nyaupane, 2010). Yaşam kalitesi kavramı, tarihte ilk olarak Thorndike tarafından 1939 yılında “sosyal çevrenin kişiye yansıyan tepkisi” şeklinde tanımlanmıştır.

Literatürde “yaşam kalitesi”ne yönelik çok sayıda tanım bulunmakla birlikte bunlar genel olarak “yaşam kalitesi” kavramının kullanıldığı alana göre farklılık arz etmektedir. Genel

evrensel bir tanımı bulunmayan yaşam kalitesi, en genel anlamıyla “yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk” şeklinde ifade edilmektedir. Bununla birlikte yaşam kalitesi, kişilerin değerler sistemi ve kültürel yaşam içerisinde, kendi buldukları durumları algılama şeklidir. Yaşam kalitesi kavramında kişilerin fiziksel fonksiyonları, inançları, çevreyle etkileşimleri, aile içinde ve dışında sahip oldukları sosyal ilişkileri, fiziksel fonksiyonları ve psikolojik durumları da yer almaktadır (Örs, 2018). Literatürdeki yaşam kalitesi tanımlarından bir kısmı şu şekildedir (Güven, 2016):

Andrews ve Withey’e göre yaşam kalitesi, sosyal ilişkilerdeki doyumdur. Shin ve Johnson’a göre yaşam kalitesi kişinin ihtiyaç duyduğu kaynaklara sahip olma durumu ve sahip olunan kaynakların sosyal karşılaştırmalarla kıyaslanarak yeterliliğinin belirlenmesi, bireysel gelişim imkânlarından yararlanması, etkinliklere katılması ve isteklerini gerçekleştirmesidir. Havighurst, yaşam kalitesini, bireyin hayatına yönelik öznel görüşlerini kapsayan iç etkenlerle sosyal ilişkiler ve sosyal etkinlikler benzeri davranışlardan ölçülebilir özellikte olan davranışları kapsayan dışsal etkenlerin bir arada olması şeklinde ifade etmektedir. Dalkey ve Rourke, yaşam kalitesinin bireyin iyi olma hali, yaşam doyumunu hissetme veya tam tersi olarak yaşam doyumsuzluğu, mutsuzluğu veya mutluluğu olarak tanımlamışlardır.

Yaşam kalitesi, bireylerin buldukları çevreye, kültürel değerlere ve yaşam şartlarına göre farklılık arz etmektedir. Kişilerin gereksinimlerinin ve beklentilerinin yerine getirilmesi, tam mutlu olma haline ulaşabilme isteğini ortaya çıkarabilmektedir. Bu sebeple yaşam kalitesi sağlık, sosyal, ekonomik ve eğitim gibi birçok alandan etkilenebilmektedir. Yaşam kalitesinin farklı şekillerde tanımlamalarının yapıldığı gözlemlenmektedir. Bireylerin yaşam farklılıklarına göre tanımlamalarda da değişikliklerin olduğu göze çarpmaktadır. Genel itibariyle ise yaşam kalitesi “yaşam doyumunu, gereksinim, beklenti ve isteklerle ilişkili bir biçimde bireylerin yaşadıkları toplumu ve değer yapılarının algılama biçimleri” olarak tanımlanmaktadır (Karavelioğlu, 2018).

Bireylere sağlıklı yaşamaya elverişli yaşam koşullarının hazırlanması, barınma, beslenme ihtiyaçlarının iyi şekilde karşılanması için olanak oluşturulması, beden ve ruh olarak kendilerini iyi hissedecekleri alanlar yaratılması, ait oldukları çevre ve toplum için yararlı işler yapabilmelerini mümkün kılan fırsatlar verilmesi yaşam kalitesini açıklamaktadır.

Ayrıca bireysel olarak yaşamdan keyif alma, doyum sağlama ve mutlu olma gibi duygular da yaşam kalitesini ifade etmektedir (Koçak, 2018). Yaşam kalitesinin, kişinin kendine ait en önemli hedeflerini, gereksinimlerini ve arzularını yerine getirme hakkındaki öznel değerlendirmelerini ifade etmektir (Dolnicar vd., 2012). Yaşam kalitesi, ortamın sosyal, fiziksel ve mekânsal yönden ele alarak bu üç olguyu birlikte değerlendirebilmektedir. Bu durum bir düşünme biçimi olarak yaşam kalitesinin yalnızca objektif kriterlerle değil, aynı zamanda sübjektif kriterlerle de bağlantılı olduğunu göstermektedir (Kamp, vd. 2003). Yaşam kalitesi hem nesnel hem de öznel olarak düşünmenin önemi çeşitli çalışmalarda incelenerek ortaya çıkarılmıştır. İnsanlar yaşamdaki kalitelerini, kültür ve değer sistemi ile birlikte beklentilerine, amaçlarına, kaygılarına ve standartlarına göre algılar. Yaşam kalitesi bireyin psikolojik durumu, fiziksel sağlığı, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve çevrelerinin vurgulayan özellikleriyle olan bağları ile karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavram olmaktadır (Spiers ve Walker, 2008).

Yaşam kalitesi Veenhoven tarafından “yaşam şansı-yaşam sonuçları ve dışsal nitelikler-içsel nitelikler çaprazlaması ile yaşanabilir çevre, kişinin yaşam kabiliyeti, yaşam yararı ve yaşam değeri” olmak üzere dördü bir grup halinde incelenmiştir. Çevre temizliği, iyi konut, özgürlük, eşitlik, ekonomik refah vb. kavramlar yaşanabilir çevreyi meydana getirmektedir. Bireyin yaşam kabiliyetini bedensel ve psikolojik sağlığı sağlamaktadır. Yaşamın faydasını iyi bir birey olmak ve ahlaklı bir hayat meydana getirirken, yaşamın değerini kişinin yaşadığı hayatta kıymet bilmesi meydana getirmektedir (Akpınar, 2018). Bireyin günlük yaşantısı içerisinde yaşam kalitesini artıran ve azaltan bazı durumlar vardır. Bunlar Tablo 2.2’de gösterilmiştir.

Tablo 2.2: Yaşamın kalitesini azaltan ve artıran durumlar

Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar	Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar
<ul style="list-style-type: none"><li>• Temel gereksinimlerin karşılanmaması</li><li>• Beden imgesinin değişmesi</li><li>• Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği</li><li>• Kronik yorgunluk, bitkinlik</li><li>• Seksüel fonksiyonlarda bozulma</li><li>• Gelecek ile ilgili kaygılar</li><li>• Destek sistemlerindeki yetersizlik</li><li>• Akut ya da kronik sağlık sorunları</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ekonomik ve sosyal güvence içinde olmak</li><li>• Güven içinde yaşamak</li><li>• Rahatlık ve gereken konfora sahip olmak</li><li>• Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olmak</li><li>• Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olmak</li><li>• Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin olmak</li><li>• İtibar görmek</li><li>• Otonomisi olmak</li><li>• Mahremiyetine değer verilmek</li><li>• Kendini ifade edebilmek</li><li>• Fonksiyonel olarak yeterli olmak</li><li>• Özgün bir birey olarak algılanmak</li><li>• Huzur içinde olmak</li></ul>

**Kaynak:**(Koçak, 2019)

Yaşam kalitesinin tespitinde kişinin sosyokültürel durumu, inançları, emosyonel durumu, kişisel durumu ve sorunlarıyla başa çıkma yolları temel etmenler olarak ele alınmaktadır (Kara, 2015).

Dünya sağlık örgütünün yaşam kalitesinin alanları ise Tablo 2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 2.3: Dünya sağlık örgütünün yaşam kalitesinin alanları

<b>Fiziksel sağlık</b>	- Ağrı, rahatsızlık - Enerji, halsizlik, yorgunluk - Uyku, dinlenme	<b>Sosyal ilişkiler</b>	- Kişisel ilişkiler - Sosyal destek - Seksüel aktivite
<b>Ruhsal durum</b>	- Pozitif düşünceler - Düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon - Beden imajı ve dış görünüş - Negatif düşünceler	<b>Çevresel özellikler</b>	- Fiziksel güvenlik - Ev çevresi - Finansal kaynaklar - Sağlık ve sosyal bakıma ulaşabilme ve kalite - Yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı - Fiziksel çevre (Hava kirliliği, gürültü, trafik)
<b>Maneviyat ile ilgili özellikler</b>	- Ruhsal/dinsel /kişisel inançlar	<b>Bağımsızlık düzeyi</b>	- Hareket edebilme - Günlük yaşam aktiviteleri - İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma - Çalışma kapasitesi

**Kaynak:** Kara, 2015

İnsanlar boş zaman etkinlikleri sayesinde bilgi dağarcıklarını ve yeteneklerini geliştirebilmekte, birbirleriyle sosyal ilişkiler kurarak pozitif duygular hissetmektedirler. Benzer boş zaman etkinliklerine katılmak, etkinlik sırasında diğer bireylerle etkileşimlerden kaynaklı olumlu ruhsal sağlık sonuçları nedeniyle önemli bir yere sahiptir (Ayhan, 2017). Bu anlamda boş zaman etkinliklerine gereken önem verildiği sürece ve artan sıklıkta bu tür etkinliklere katılınması durumunda kişilerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik olumlu neticeler doğurmaktadır.

Boş zaman etkinliklerinin katılımında yaşam kalitesine katkılarını şu şekilde özetlemek mümkündür (Ayhan, 2017):

- Kültürel açıdan anlam oluşturma,
- Duygular ve sağlık açısından iyi olma,
- Sosyal ve kültürel bağlantılar,
- Anlamlı yaşam arayışına katkıda bulunma,
- Sosyal aktivitelerle iyi oluş sağlama,
- İnsan gücü ve direncini artırma,
- İnsanlığın gelişimine katkıda bulunmaktadır.

## 2.12. Rekreasyon ve Rekreasyon Terapisinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Terapi hastaya uygulanan tedavi sürecinde gerçekleştirilen rehabilitasyon faaliyetleridir. Buna göre rekreasyon terapilerinin temelini yetersizlik veya hastalık halinde olan kişilere, boş zamanlarında tedavilerine destek amacıyla uygulanan rehabilitasyon amaçlı rekreasyon ve esenlik hizmetleri oluşturmaktadır. Çeşitli kısıtı, bedensel veya zihinsel engeli olan kişilere, rekreasyon terapistleri tarafından yaşamlarını mümkün mertebe kendi başlarına sürdürebilmelerini sağlamak, belirli gelişmeler kazandırmak ve kısıtları kaldırmak amacıyla dinlenme, istirahat, oyun ve özellikle hareket merkezli uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Rekreasyon terapistleri bu yönleri ile engelli kişilerin fiziksel ve sosyo-kültürel gelişimlerine doğrudan katkıda bulunmaktadır (Dülgerbaki, 2006). Genel olarak rekreasyon terapistleri terapiyi, rekreasyon eğitimiyle birleştirerek kişiyi rehabilite etmek, bireylerin yeteneklerini ve ilgi alanlarını çeşitlendirerek faydalı olmak ve hedef kişinin engelini her alanda mümkün mertebe en aza indirerek günlük hayata hazırlamak üzerinde çalışmaktadırlar (Kozan 2006; Pala 2006):

Rekreasyon terapileri sürekli takip gerektiren, kronik hastalığı olan ve uzun süreli hastanede tedavi gören hastaların tedavilerine destek olmak ve moral motivasyonlarını güçlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Tüm bu aktivitelerin öncelikli amacı engelli bireyin başkasına muhtaç olmadan bağımsız bir yaşam stiline uyum sağlayabilmesidir. Başta hastaneler olmak üzere rekreasyon terapileri turizm işletmelerinde, toplum ruh sağlığı merkezlerinde, rehabilitasyon merkezlerinde, kliniklerde ve huzur evlerinde de oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bu anlamda rekreasyon terapisinde uzmanlaşmak isteyen bireylerin, sağlıkla ilgili bilgisel altyapısının kuvvetli olması gerekmektedir (Tütüncü, 2012).



## BÖLÜM 3. YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, deneysel yöntemle gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dâhil edilen deney ve kontrol grubundaki sayı, kontrol için gereken önlemler ve bağımsız değişkeni oluşturan gruplarla gerçekleştirilen gözlemlerde zaman unsuru dikkate alınmıştır (Campbell ve Stanley, 1996). Araştırmanın deney grubunda etkisi incelenen bağımsız değişken, rekreatif faaliyetlerdir. Kontrol grubunda ise, yaşam kalitesi ve tedavi süreci izlenmiştir.

### 3.2. Evren ve Örneklem

Çalışma evrenini özel fizyoterapi merkezine ortopedik omuz rahatsızlığı sebebiyle başvuran hastalar oluştururken, örneklemini bu hastaların içinden çalışmaya katılmaya gönüllü 20 hasta oluşturmaktadır. Araştırmada 20 hastanın 12'si deney, 8'i kontrol grubu olarak yerini almıştır. Seçilen hastaların hiçbirinde, tedavi süreci uzunluğundan dolayı 2.9.1'de belirtilen AdezivKapsülit rahatsızlığına yer verilmemiştir. Deney ve kontrol grubunda ki hastaların hiçbirinde egzersiz kısıtlaması bulunmamaktadır. Deney ve kontrol grupları oluşturulurken hastaların yaşları, hastalık belirtileri birbirine yakın olacak şekilde gruplandırılmıştır.

Deney ve kontrol gruplarının yaş dağılımları Tablo 3,1'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1: Deney ve Kontrol Gruplarının Yaş Dağılımları

	Deney Grubu	Kontrol Grubu
n	12	8
X	35,75	34,88
SS	9,214	9,523
EKD	23	21
EBD	51	47

Deney ve kontrol gruplarının yaşlarına yönelik elde edilen sonuçlarda, deney grubunun yaş ortalamasının 35,75, kontrol grubunun ise 34,88 olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve kontrol grubunun cinsiyet dağılımları Tablo 3,2’ gösterilmiştir.

Tablo 3.2: Deney ve Kontrol Gruplarının Cinsiyet Dağılımları

	Deney Grubu	Kontrol Grubu
Kadın	4	3
Erkek	8	5

Deney ve kontrol grubundakilerden 4’ünün kadın, 8’inin erkek; kontrol grubundakilerin ise 3’ünün kadın, 5’inin erkek olduğu görülmektedir.

Deney ve kontrol gruplarının boy ve vücut ağırlığı dağılımları Tablo 3,3’te gösterilmiştir.

Tablo 3.3: Deney ve Kontrol Gruplarının Boy ve vücut ağırlığı Dağılımları

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Boy	Vücut Ağırlığı	Boy	Vücut Ağırlığı
n	12	12	8	8
X	174,58	77,58	175,75	79
SS	8,959	11,164	8,876	7,290
EKD	161	59	164	68
EBD	184	92	188	88

Deney ve kontrol grubunun boy ortalamasının hesaplamasında deney grubunun boy ortalaması 174,58; kontrol grubunun boy ortalaması 175,75 olarak belirlenmiştir. Deney grubunun vücut ağırlığı ortalaması 77,58; kontrol grubunun vücut ağırlığı ortalaması 79 olarak hesaplanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin rahatsızlıklarıyla ilgili bilgiler Tablo 3.4’te gösterilmiştir.

Tablo 3.4: Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Rahatsızlıkları

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Rotator Cuf Sendromu	2	6	1	3
İmpingent Sendromu	1		1	1
Slap Lezyonu ( Slap II )	1	1		1
Bankart Lezyonu	1		1	

Tabloda, deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin rahatsızlıkları belirtilmiştir. Tabloya göre; deney grubunda RotatorCuf Sendromu rahatsızlığı olan 6 erkek katılımcı, 2 kadın katılımcı bulunmaktadır. İmpingent Sendromu bulunan erkek katılımcı sayısı 1 iken bu rahatsızlığı taşıyan kadın katılımcı bulunmamaktadır. Slap Lezyonu (Slap II) rahatsızlığı olan 1 kadın, 1 erkek katılımcı vardır. Bankart Lezyonu ise deney grubunda

1 kadın katılımcıda vardır. Kontrol grubuna bakıldığında RotatorCuf Sendromu rahatsızlığı olan 3 erkek, 1 kadın katılımcı olduğu tablodan anlaşılmaktadır. İmpingent Sendromu rahatsızlığı ise kontrol grubunda 1 kadın ve 1 erkek katılımcıda vardır. Slap Lezyonu (Slap II) yalnızca 1 erkek katılımcıda vardır. Bankart Lezyonu rahatsızlığı 1 kadın katılımcıda mevcuttur.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada verilerin toplanması noktasında anket yöntemine başvurulmuştur. Anketler çalışmaya katılanlara elden ulaştırılmıştır. Katılımcıların çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair katılımcılardan ve fizyoterapistlerden imza alınmıştır. Anket içerisinde katılımcıları tanımlayıcı soruların yanında DASH, Ağrı Şiddeti, WHOQOL-BREF, Eklem Hareket Açıklığı Ölçümü yer almaktadır. WHOQOL-BREF anketi uygulamasında hastalara anket içerisinde yer alan 7 soruluk fiziksel sağlık alt parametresi soruları yöneltilmiş olup diğer kısımları boş bırakmaları söylenmiştir. Yaşam kalitesi veri sonuçları fiziksel sağlığın yaşam kalitelerine etkisiyle sınırlandırılmıştır. Çalışmada ağrının şiddetinin tespitinde katılımcılara ağrının şiddetini gösteren bir skala gösterilmiştir. Skala üzerinde günlük yaşantısında genel olarak hissettiği ağrıyı ölçek üzerinde ifade etmesi istenmiştir. Omuz Bölgesi Eklem Hareket açıklığı ölçümünde hastalar yatarken omuz fleksiyon ve omuz abduksiyon hareketleri örnek olarak gösterilmiş ve bu hareketleri yapabildikleri seviyeye kadar yapmaları söylenmiştir ve bu esnada ölçümler alınmıştır. Yani hastaların aktif Eklem Hareket Açıklığı Ölçümü alınmıştır. Abduksiyon hareketi ölçümünde avuç içi aşağı ve avuç içi yukarı döndürülerek ölçüm alınmıştır. Bu teknikle açı 180derece max değere ulaşabilir hale gelmiştir. Ölçümlerde farklılık olmaması adına tüm hastaların ölçümünü tek fizyoterapist yapmıştır.

#### **3.3.1. Kol, omuz ve el anketi (DASH)**

Tüm üst ekstremitenin işlevini ölçen ve gönüllülük esasına göre kodlama yapılan spor ve müzisyen modülünü kapsayan bir ankettir. Ortaya çıkan semptomlar ve rutin yaşam etkinliklerine yönelik hazırlanan otuz maddeden oluşmaktadır. Anketin tamamlanmasında geçen süre yaklaşık 5-7 dakikadır. Anketle ilgili puanlama kolaylığının orta derecede olduğu belirtilebilir. Anket sonucunda 100 puana ulaşılmaktadır. Yüksek

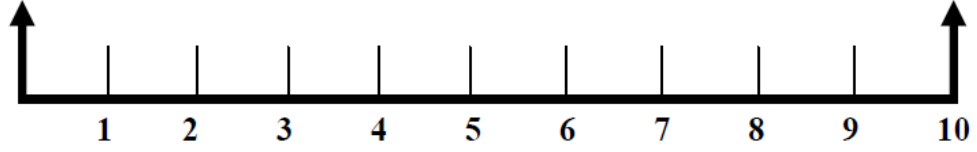
puanların hesaplanması bireyde daha fazla özür olduğunu göstermektedir (Ayhan, Ünal ve Yakut, 2010).

Kol, omuz ve el anketiyle ilgili güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ayhan, Ünal ve Yakut, (2010) tarafından yapılmıştır. Çalışmalarında test ve tekrar-test güvenilirliğe “IntraclassCorrelationCoefficient” (ICC), iç tutarlılığa ise Cronbach alfa değeri ile bakılmıştır. Basit omuz testinin (BOT) test-tekrar test güvenilirliği ve iç tutarlılığı iyi düzeyde bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği, ICC=0.743 (%95 güven aralığı: 0.610-0.835) olarak belirlenmiştir. BOT’un iç tutarlılığı, test için Cronbach alfa=0.726, tekrar test için Cronbach alfa=0.754 olarak hesaplanmıştır (Ayhan, Ünal ve Yakut, 2010).

BOT’un geçerliliği ise yapısal ve ölçütsel geçerlilik olarak ele alınmıştır. Yapısal geçerlik için BOT ile diğer ölçümler arasındaki ilişki incelenmiştir. Kas kuvveti ( $r=0.440$ ), ANEH( $r=0.452$ ) ve ağrı ( $r=0.436$ ) ölçümleri ile BOT arasında iyi düzeyde ilişki tespit edilmiştir. BOT ve DASH’ın ilişkisini incelemek amacıyla ölçütsel geçerliğe bakılmış ve BOT ve DASH arasında iyi düzeyde bir ilişki belirlenmiştir ( $r=0.538$ ).

### **3.3.2. Ağrı şiddeti**

Araştırmanın deney ve kontrol grubunu oluşturan bireyler, geçici rahatsızlıklara sahip oldukları için hissettikleri ağrının şiddetinin belirlenmesi gerekmektedir. Deney ve kontrol grubunda bulunan kişilerin ağrıyla yalnızca var ya da yok şeklinde ifade etmesi yeterli görülmediği için ağrının değerlendirilmesinde uygun ölçme aracının kullanılması önem arz etmektedir. Dolayısıyla Visual Analog Skala (VAS) Değerlendirmesi uygun ölçek olarak belirlenmiştir. Visual Analog Skala (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela ağrı için bir uca hiç ağrı yok, diğer uca çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Daha sonra araştırmacı cetvelle ölçümünü yapar. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir.



Şekil 3.1: Ağrı Şiddeti Ölçeği

**Kaynak:** Akbay, t.y. Visual Analog Skala (VAS) Değerlendirmesi.

Testin uygulandığı çizginin yatay veya dikey olmasından, uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir. Testin kısa süre aralıkları ile tekrarı sonrası verilen cevaplarda anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuç, testin geçerliliğini göstermektedir. Testin çok uzun bir süredir kullanılıyor olması da testin güvenli olduğuna işaret eder (Akbay, t.y. Visual Analog Skala (VAS) Değerlendirmesi).

### 3.3.3. WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 kullanılarak toplanan verilerden türetilmiştir. Yaşam kalitesiyle ilgili dört alan için puanlar hesaplanmıştır: fiziksel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre. Aynı zamanda genel yaşam kalitesi ve genel yaşam kalitesi ile ilgili bir sağlık yönünü de içerir. Yaşam kalitesiyle ilgili dört alana yönelik yapılan hesaplamada yüksek oranda puanlara ulaşılmıştır (0-89 veya üzeri). Hesaplamaya göre geçerlik düzeyi yüksektir. Test tekrar test sonuçlarına göre de güvenilirlik hesaplanmış ve hesaplamalar sonrasında anketin geçerliği ve güvenilirliği yüksek bulunarak yaşam kalitesinin kısa bir değerlendirilmesini gerektiren çalışmalarda yararlı olacağı yönünde görüş bildirilmiştir. Fiziksel sağlığın yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi için fiziksel sağlık alt parametresi 7 sorudan oluşan WHOQOL-BREF ölçeği kullanılmıştır. (WHOQOL Group, 1998).

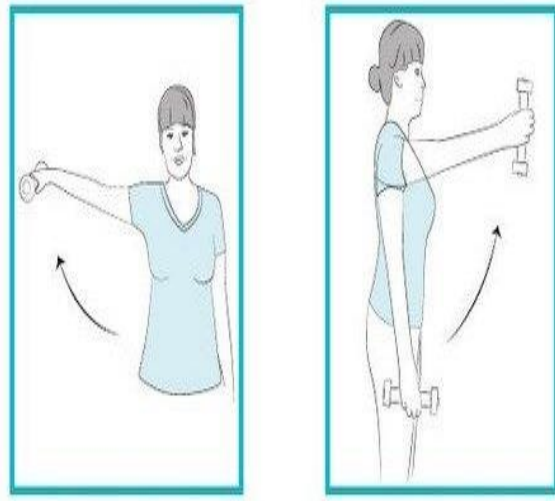
### 3.3.4. Eklem hareket açıklığı ölçümü

Sağlıkla ilgili herhangi bir özür olup olmadığının tespit edilmesinde, özrün anatomik ve fonksiyonel anlamda değerlendirilmesi için eklem hareket açıklığı ölçümleri yapılmaktadır (Clapper ve Wolf, 1988'den akt. Keleş vd., 2016). Eklem Hareket Açıklığının (EHA) belirlenmesi; ölçüm yapılan kişi için belli bir tanı oluşturulması, fonksiyonel limitasyonun tespit edilmesi, tedavi sürecinin yakından izlenmesi ya da

tedavi neticesinde gelinen noktanın açık bir şekilde belirtilmesi yönünden klinisyenlere yardımcı olur (Kolber ve Hanney, 2012). Bundan dolayı klinik ve bilimsel çalışmalarda, ölçüm yapılan mezura, elektrogonyometre, kinematik verilerin değerlendirildiği hareket analiz sistemleri ölçüm yöntemleri olarak tercih edilmektedir. Kolay bir şekilde elde edebilir ve maliyeti düşük olduğu için kullanılan ve birçok eklem ölçümünün yapılmasını mümkün kılan evrensel gonyometre, klinikte yararlanılan oldukça yaygın bir yöntemdir (Keleş vd., 2016). Dolayısıyla araştırmada da eklem hareket ölçümünde gonyometre yönteminden yararlanılmıştır. Araştırmamız da Kendall'ın ortaya koyduğu ölçüm parametreleri değerlendirilmiştir.

#### **3.4. Veri toplama süreci ve verilerin analizi**

Araştırmada verilerin elde edilmesi için haftada 6 seanstan toplamda 30 seans olarak planlanan fizik tedavi sürecine dahil olan örneklem grubundan, deney grubuna fizik tedavi seansından sonra ek olarak toplam beş hafta boyunca haftada 4 seans ort. 45 dk. süren müzikli ve oyun içerikli rekreatif faaliyetler uygulanmıştır. Çalışma ilk haftada bireylere yüz yüze anlatılmış rekreasyon kavramı ve terapik rekreasyon kavramları açıklanmıştır. Fizik tedavi alan bireylerin hiçbirine risk faktöründen dolayı ilk hafta egzersiz yaptırılmamıştır. Uzman eşliğinde egzersiz yapılması uygun görülen ilk hastaya 6.seans sonrası; son hastaya ise 9.seans sonrası araştırmacı tarafından planlanan rekreatif faaliyetler, fizyoterapi tedavisi sonrasında uygulanmıştır. Kontrol Grubunda (8 kişi) normal bir fizik tedavi süreci izlemiştir. Kontrol grubunda yer alan bireylere hastalığı daha hızlı atlatabilmeleri için fizyoterapistler egzersizler önermişlerdir. Bu egzersizlerin uygulamasında kontrol grubundaki bireyler kendi başlarına hareket etmişlerdir. Bu hareketlerin uygulanmasında araştırmacı deney grubundaki hastalara eşlik edip hareketlerin doğru tekrar sayısı ve doğru yöntemlerle yapılmasına yardımcı olmuştur. Deney grubuna yönelik planan terapatik rekreasyon faaliyetleriyle ilgili resimler ve fizyoterapistin önerdiği egzersiz hareketiyle ilgili şekiller aşağıda verilmiştir.



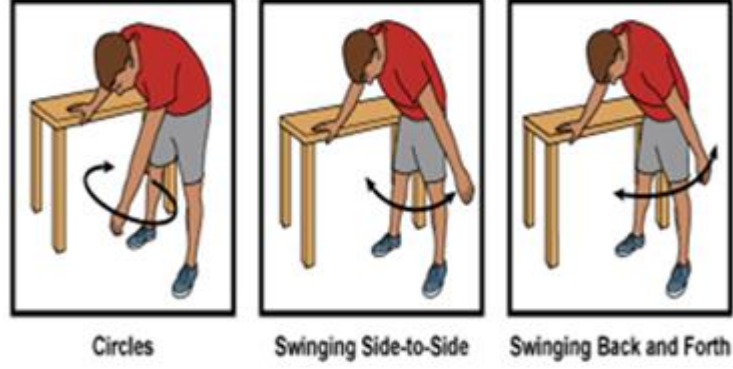
Şekil 3.2: Fleksiyon ve Abduksiyon Hareketi (Önerilen)



Şekil 3.3: Resim Uygulaması (Uygulanan)

Yukarıdaki şekillerde fizik tedavi uzmanı tarafından önerilen hareket ve araştırma kapsamında planan rekreasyon etkinliği görülmektedir. Egzersiz ve uygulama etkinliğinin amacı, fleksiyon ve abduksiyon açılarının geliştirilmesine katkı sağlamaktır. Şekil 3.3’de gösterilen uygulamada hasta,0,5 litre su şişesine bağlı fırçayla duvarda asılı kâğıda resim çizmeye çalışmaktadır ve kişi, bu faaliyeti ağır hissettiği seviyede bırakmaktadır.

## Pendulum Exercises



Şekil 3.4: Yere Eğilme Egzersizi(Önerilen)



Şekil 3.5: Yerdeki Kâğıda Resim Yapma (Uygulanan)

Şekilde uygulanan hareket egzersizi, omuzda normal sarkaç hareketinin yapılmasıdır. Hastalık başlangıç seviyesinde olan hastalara kolaylıkla uygulanabilir bir egzersizdir. Uygulanan rekreatif faaliyette hastalara ağırlığa bağlı bir şişeden boya akıtılarak hareketli dairesel şekiller oluşturmaları söylenmiştir.





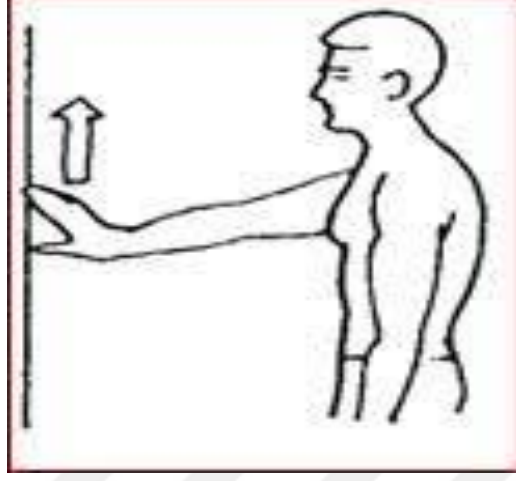
Şekil 3.6: Bantla Omuz Eklem Hareket Açıklığı Egzersizi(Önerilen)



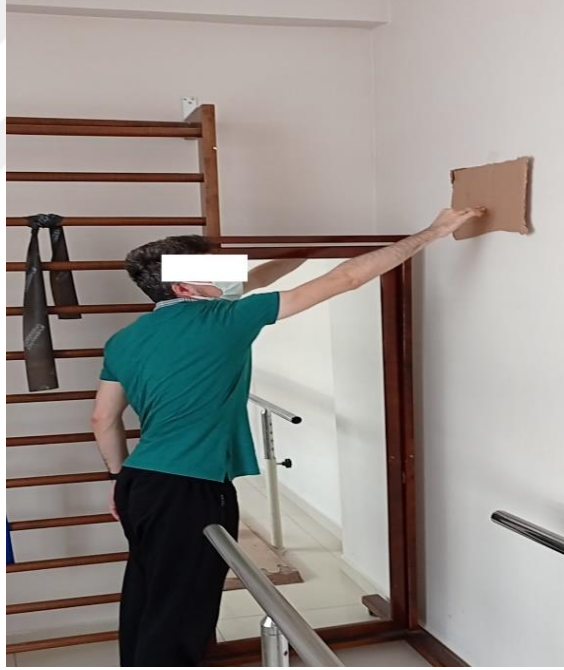
Şekil 3.7: Uygulama Egzersizi (Uygulanan)

Bu çalışmada eklem hareket açıklığının artırılması amaçlanmaktadır. Eklem hareket açıklığını genişletmek amacıyla deney grubundaki hastaların tamamına yo-yo aleti verilmiş ve evde, iş yerinde, hastanede, her ortamda uygulamada gösterildiği şekilde hareket yapması tavsiye edilmiştir. Çalışma kolay uygulama ve her ortamda uygulanabilir olmasıyla kolaylık sağlamaktadır ve hastaların görüşleri neticesinde çokça ilgi görmüş ve

her ortama uygun şekilde uygulanmıştır. Hastalar gelişim gösterdikçe yo-yo aletine ağırlıklı direç bağlanmış çalışmalar o şekilde devam etmiştir.



Şekil 3.8: Elin Duvarda Hareket Ettirilmesi(Önerilen)



Şekil 3.9: Duvarda Şekiller Oluşturma (Uygulanan)



Şekil 3.10: Pinpon Topu Uygulaması (Uygulanan)

Şekil 3.8’de önerilen egzersiz ile eklem hareket açıklığı geliştirilmeye çalışılmaktadır. Elin duvarda hareket ettirilmesini sağlayarak eklem hareket açıklığı geliştirilmektedir. Bu egzersizi rekreatif etkinlik olarak yapmak için raket ve pinpon topu kullanılmıştır. Hastadan kolunu belli bir açıyla kullanarak pinpon topunu havalandırması istenmiştir. Bu uygulama da diğer uygulamalar gibi araştırmacı tarafından yönetilmiştir. Resimde görülen diğer uygulamada ise belli bir uzaklık sağlanacak şekilde hasta konumlandırılarak kartona yerleştirilen kürdanlarla şekiller oluşturmak, bulmaca çözmek, xox oyunu oynamak gibi faaliyetler yapılmıştır.



Şekil 3.11: Omuz Denge Egzersizi (Önerilen)



Şekil 3.12: Denge Uygulaması (Uygulanan)

Bu egzersizle hastanın sakat olmayan omzundan destek alarak sakat olan omzunun eklem hareket açıklığını artırması hedeflenmiştir. Yukarı aşağı hareketler yaparak bu çalışma yapılmaktadır. Hastalar, fizyoterapiye başladığı ilk haftalarda omzun üstüne kollarını kaldıramadıkları için omuz altı seviyelerde bu çalışma yaptırılmıştır ve yandaki şekilde tahtanın üzerinde duran bilyeyi düşürmeden belli bir mesafeyi yürüyerek tamamlama uygulaması görülmektedir. Bununla beraber bir parkur oluşturulmuş ve o parkur müzik eşliğinde ritmik hareketli bir şekilde uygulanmıştır.



Şekil 3.13: Kol Hareketi Egzersizi (Önerilen)



Şekil 3.14: İki Yana Kol Hareketi Uygulaması (Uygulanan)



Şekil 3.15: İki Kol Önde Hareket Uygulaması (Uygulanan)

Bu uygulamada 0,5 litre pet şişe içerisinde doldurulmuş fasulye taş vb. malzemelerle ritim yaparak iki kolun belli açıyla hareket ettirilmesi hedeflenmiştir. Uygulama sırasında etkinliği zevkli hale getirmek için müzik eşliğinde çalışılmıştır. Hareket ağırlığı seviyesi uyandırdığında bırakılmıştır. Etkinliklerle gelişim sağlandıkça uygulamada kullanılan materyal ağırlığı arttırılmıştır. Yapılan rekreasyon etkinliğinin hastalığın her aşamasında uygulanması mümkündür.

Deney grubunda yer alan kişilerin tedavisi ve hareket kabiliyetleri farklılık gösterdiği için kas gruplarının çalışma prensipleri ve kişisel farklılıklar dikkate alınarak etkinlikler yapılmıştır. Etkinliklerin hangi gün yapıldığı ve sürecin nasıl ilerlediğiyle ilgili terapötik rekreasyon planı EK 1.'de sunulmuştur. Faaliyetler planlanırken katılımcıların ilgi alanları sorulmuş ve ilgi duyduğu alanlar ve rahatsızlıklarından dolayı oluşabilecek risk faktörleri dikkate alınarak hastalığını riske atmayacak hareketler ve egzersizler, fizyoterapist uzman görüşünde rekreatif faaliyetlere dönüştürülmüştür. Günlük faaliyetler ağrı hissi uyandırdığı seviyede sonlandırılmıştır. Bir seans süresi kontrol grubunda bir saat iken deney grubunda faaliyetlerle birlikte ortalama bir saat kırk beş dakikaya çıkmıştır. Ayrıca araştırmacı deney grubundaki bireylere evde kendi başlarına yapabilecekleri faaliyetlerde önermiş ve takibini yapmıştır.

Araştırmada, eklem hareket açıklığında omuz bölgesinin en geniş açıyla yaptığı temel 2 hareketin ölçümü fizyoterapi uzmanı tarafından yeterli bir ölçüm olacağı görüşü alınmış ve bu görüş dahilinde kararlaştırılmıştır. Karar aşamasında omuz bölgesinin en geniş açıyla yaptığı hareketler değişkenlerin daha iyi incelenmesi adına seçilmiştir.

Çalışmada elde edilen verilerin çözümlenmesinde frekans dağılımları, tanımlayıcı istatistikler ve gruplar arası karşılaştırılmanın yapılması amacıyla wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi ve MannWhitney U testi kullanılmış ve anlamlılık düzeyi, 0,05 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların çalışma süresince değişkenler üzerinden gösterdikleri değişim  $\% \Delta = (\text{SonTest} - \text{Öntest}) / \text{Öntest} * 100$  formülüyle hesaplanmıştır.

## BÖLÜM 4. BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında, anket uygulamasına katılanların ön test ve son testten aldıkları puanlara yönelik elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Ayrıca katılımcıların ön test ve son test puanlarının anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine yönelik bulgulara da yer verilmiştir.

### 4.1. Deney Grubunun Ön Test Puan İstatistikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 4.1’de deney grubuna ait ön test puan istatistikleri yer almaktadır.

Tablo 4.1: Deney Grubunun Ön Test Puan İstatistikleri

	N	X	SS	Min	Max
WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık yaşam kalitesi (%)	12	39,87	5,86	28,57	46,42
DASH	12	54,05	3,69	48,25	60,75
VAS AĞRI SKALASI (0-10)	12	6,15	1,95	2,50	8,80
OMUZ FLEKSIYON (Derece)	12	77,75	10,32	60,00	98,00
OMUZ ABDUKSIYON (Derece)	12	76,25	10,45	58,00	95,00

Deney grubunda yer alanların ön test sonucunda ölçeklerden aldıkları puanlara yönelik elde edilen sonuçlarda WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık yaşam kalitesi puanının 39,87 olduğu ve minimum değer 28,57, maksimum değer ise 46,42 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların DASH puanlarının 54,050 VAS AĞRI SKALASI (0-10) puanlarının 6,15 OMUZ FLEKSIYON (Derece) puanlarının 77,75 ve son olarak OMUZ ABDUKSIYON (Derece) puanlarının 76,25 olduğu tespit edilmiştir.

### 4.2. Deney Grubunun Son Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular

Deney grubunun son test puan istatistikleri Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2: Deneş Grubunun Son Test İstatistikleri

	N	X	SS	Min	Max
WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık yaşam kalitesi (%)	12	86,59	3,75	78,57	92,85
DASH	12	13,66	1,78	10,75	16,25
VAS AğRI SKALASI (0-10)	12	1,04	,76	,00	2,10
OMUZ FLEKSIYON (Derece)	12	162,75	8,52	145,00	172,00
OMUZ ABDUKSIYON (Derece)	12	159,41	10,37	139,00	171,00

Deneş grubunda yer alanların son test sonucunda ölçeklerden aldıkları puanlara yönelik elde edilen sonuçlarda WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık yaşam kalitesi puanının 86,59 olduğu ve minimum değerin 78,57 maksimum değerin ise 92,85 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların DASH puanlarının 13,66 VAS AğRI SKALASI (0-10) puanlarının 1,04 OMUZ FLEKSIYON (Derece) puanlarının 162,75 ve son olarak OMUZ ABDUKSIYON (Derece) puanlarının 159,41 olduğu tespit edilmiştir.

#### 4.3. Kontrol Grubunun Ön Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular

Kontrol grubunun ön test puan istatistikleri ile ilgili bulgular Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Kontrol Grubunun Ön Test İstatistikleri

	N	X	SS	Min	Max
WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık yaşam kalitesi (%)	8	37,49	7,14	28,57	50,00
DASH	8	51,99	4,19	46,50	56,75
VAS AğRI SKALASI (0-10)	8	6,48	1,35	4,60	9,40
OMUZ FLEKSIYON (Derece)	8	81,25	10,03	67,00	95,00
OMUZ ABDUKSIYON (Derece)	8	78,87	8,95	68,00	92,00

Kontrol grubunda yer alanların ön test sonucunda ölçeklerden aldıkları puanlara yönelik elde edilen sonuçlarda WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık yaşam kalitesi puanının 37,49 olduğu ve minimum değerin 28,58 maksimum değerin ise 50,00 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların DASH puanlarının 51,99 VAS AğRI SKALASI (0-10) puanlarının 6,48 omuz fleksiyon (Derece) puanlarının 81,25 ve son olarak omuz abduksiyon (Derece) puanlarının 78,87 olduğu tespit edilmiştir.

#### 4.4. Kontrol Grubunun Son Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular

Kontrol grubuna ait son test puan istatistikleri Tablo 4.4'te gösterilmiştir.



Tablo 4.4: Kontrol Grubunun Son Test İstatistikleri

	N	X	SS	Min	Max
WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık yaşam kalitesi (%)	8	63,83	2,97	60,71	67,85
DASH	8	31,12	3,91	26,50	36,00
VAS AĞRI SKALASI (0-10)	8	2,50	,91	1,10	4,20
OMUZ FLEKSİYON (Derece)	8	145,75	12,49	130,00	168,00
OMUZ ABDUKSİYON (Derece)	8	142,12	12,67	124,00	164,00

Kontrol grubunda yer alanların son test sonucunda ölçeklerden aldıkları puanlara yönelik elde edilen sonuçlarda WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık yaşam kalitesi puanının 63,83 olduğu ve minimum değer 60,71 maksimum değer ise 67,85 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların DASH puanlarının 31,12 VAS AĞRI SKALASI (0-10) puanlarının 2,50 omuz fleksiyon (Derece) puanlarının 145,75 ve son olarak omuz abduksiyon (Derece) puanlarının 142,12 olduğu tespit edilmiştir.

#### 4.5. Deney Grubunun Ön Test-Son Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular

Deney grubundaki hastaların uygulama öncesinde yapılan ölçümleriyle ilgili ön test istatistikleri ile uygulama sonrasında yapılan ölçümler sonucunda aldıkları son test puanları ve yüzdelik değişim oranları Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5: Deney Grubunun Ön Test-Son Test İstatistikleri

	Test	N	X	SS	% değişim	t-test
WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık yaşam kalitesi (%)	Ön test	12	39,87	5,86	117,18	,000*
	Son test	12	86,59	3,75		
DASH	Ön test	12	54,05	3,69	-74,73	,000*
	Son test	12	13,66	1,78		
VAS AĞRI SKALASI (0-10)	Ön test	12	6,15	1,95	-83,09	,000*
	Son test	12	1,04	,76		
OMUZ FLEKSİYON (Derece)	Ön test	12	77,75	10,32	109,33	,000*
	Son test	12	162,75	8,52		
OMUZ ABDUKSİYON (Derece)	Ön test	12	76,25	10,45	109,06	,000*
	Son test	12	159,41	10,37		

\*p<0,05

Tabloya göre ön test ve son test puanları tüm değişkenlerde anlamlı yönde farklılaşma oluşturmuştur. Deney grubunda bulunan katılımcıların ön test puanlarına göre yaşam kalitesi 39,87 iken son test puanının 86,59 olarak hesaplandığı ve bu doğrultuda %117,18 oranında değişim gerçekleştiği tespit edilmiştir. Omuz fleksiyon (derece) ön test puanı 77,75 iken son test puanı 162,75 olarak hesaplanmış olup %109,33 oranında değişim olduğu; omuz abduksiyon (derece) ön test puanı 76,25 iken son test puanı 159,41 olarak

hesaplanmış olup aradaki değişimin %109,06 olduğu belirlenmiştir. Deney grubu DASH ön test puanının 54,05 son test puanının 13,66 olarak hesaplanmış olup %-74,73 oranında hastanın özür durumunda azalma olduğu belirlenmiştir; VAS AĞRI SKALASI (0-10) ön test puanının 6,15 iken son test puanının 1,04 olduğu belirlenmiş, ağrı şiddetinin %-83,09 oranında azaldığı tespit edilmiştir. Buna göre DASH ve VAS AĞRI SKALASI (0-10) puanlarında negatif yönde bir etki görüldüğü belirtilebilir.

#### 4.6. Kontrol Grubunun Ön Test-Son Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular

Kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test istatistikleri Tablo 4.6’da gösterilmiştir.

Tablo 4.6: Kontrol Grubunun Ön Test-Son Test İstatistikleri

	Test	N	X	SS	% değişim	t-test
WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık yaşam kalitesi (%)	Ön test	8	37,49	7,14	70,26	,000*
	Son test	8	63,83	2,97		
DASH	Ön test	8	51,99	4,19	-40,14	,000*
	Son test	8	31,12	3,91		
VAS AĞRI SKALASI (0-10)	Ön test	8	6,48	1,35	-61,42	,000*
	Son test	8	2,50	,91		
OMUZ FLEKSİYON (Derece)	Ön test	8	81,25	10,03	79,39	,000*
	Son test	8	145,75	12,49		
OMUZ ABDUKSİYON (Derece)	Ön test	8	78,87	8,95	80,2	,000*
	Son test	8	142,12	12,67		

\*p<0,05

Kontrol grubunun yaşam kalitesi ön test puanı 37,49, son test 63,83 olarak hesaplanmış olup değişim oranının %70,26 olduğu belirlenmiştir. Omuz fleksiyon (derece) ön test 81,25, son test 145,75 ölçümleri arasındaki değişimin %79,39 olduğu; omuz abduksiyon (derece) ön test puanı 78,87, son test 142,12 arasındaki değişimin ise %80,02 olduğu belirlenmiştir. DASH ön test puanları 51,99 iken son test 31,12 olarak hesaplanmış iki test arasındaki değişimin %-40,14 oranında olduğu belirlenmiştir. VAS AĞRI SKALASI (0-10) ön test puanı 6,48 iken son test puanları 2,50 olarak hesaplanmış olup iki test arasındaki farkın oranının-%61,42 olduğu belirlenmiştir.

#### 4.7. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test istatistikleri Tablo 4.7’de gösterilmiştir

Tablo 4.7: Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test İstatistikleri

	Grup	N	X	SS	t-test
WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık yaşam kalitesi (%)	Deney Grubu	12	39,87	5,86	,425
	Kontrol Grubu	8	37,49	7,14	
DASH	Deney Grubu	12	54,05	3,69	,263
	Kontrol Grubu	8	51,99	4,19	
VAS AĞRI SKALASI (0-10)	Deney Grubu	12	6,15	1,95	,678
	Kontrol Grubu	8	6,48	1,35	
OMUZ FLEKSİYON (Derece)	Deney Grubu	12	77,75	10,32	,462
	Kontrol Grubu	8	81,25	10,03	
OMUZ ABDUKSİYON (Derece)	Deney Grubu	12	76,25	10,45	,568
	Kontrol Grubu	8	78,87	8,95	

Deney ve kontrol gruplarının ön test sonucunda aldıkları puanların karşılaştırılmasında 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlar, deney ve kontrol grubundakilerin ölçeklerden alınan puanlar bağlamında ön test puanlarının birbirine yakın olduğunu göstermektedir.

#### 4.8. Deney ve Kontrol Gruplarının Son Test İstatistikleri ile İlgili Bulgular

Deney ve kontrol grubunda bulunan hastaların son test istatistikleri ile bulgular Tablo 4.8'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8: Deney ve Kontrol Gruplarının Son Test İstatistikleri

	Grup	N	X	SS	t-test
WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık yaşam kalitesi (%)	Deney Grubu	12	86,59	3,75	,000
	Kontrol Grubu	8	63,83	2,97	
DASH	Deney Grubu	12	13,66	1,78	,000
	Kontrol Grubu	8	31,12	3,91	
VAS AĞRI SKALASI (0-10)	Deney Grubu	12	1,04	,76	,000
	Kontrol Grubu	8	2,50	,91	
OMUZ FLEKSİYON (Derece)	Deney Grubu	12	162,75	8,52	,000
	Kontrol Grubu	8	145,75	12,49	
OMUZ ABDUKSİYON (Derece)	Deney Grubu	12	159,41	10,37	,000
	Kontrol Grubu	8	142,12	12,67	

Deney ve kontrol gruplarının son test sonucunda aldıkları puanların karşılaştırılmasında tüm değişkenlerde 0,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılıkta, deney grubunda yer alanların yaşam kalitesi, omuz fleksiyon (derece) ve omuz abduksiyon (derece) puanlarının kontrol grubundakilerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın, kontrol grubunda yer alanların DASH ve VAS AĞRI SKALASI (0-10) puanlarının deney grubundakilerden yüksek olduğu tespit edilmiştir.

## BÖLÜM 5. TARTIŞMA SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık rekreasyonu içerisinde geçen terapötik rekreasyon, iyileştirme ve tedavi amaçlı rekreasyon terapilerinin kısıtlı bireylere uygulanmasını amaç edinmektedir. Terapötik rekreasyon, özel gruplar olarak adlandırılan engelli, yaşlı, hasta, sosyal kısıtlılığı bulunan, suça karışmış ya da suça meyilli risk gruplarına uygulanan aktivitelerdir. Özel gruplara uygulanan terapötik rekreasyonda tedavi ve özel eğitim amacı güdüldüğü için bireylerde olumsuzlukların oluşmaması, mevcut kısıtlılık halinin iyileştirilmesi sonucu elde edilmek istenir (Slyveste vd., 2001). Bununla birlikte sağlığın yalnızca hastalığın tedavi edilmesi ve iyileşmenin gerçekleşmesi olarak düşünmemek gerekir. Sağlıklı olma halinin kişi tarafından hissedilmesi de önem arz etmektedir. Terapötik rekreasyon etkinlikleriyle ulaşılan sonuçlar arasında bireylerin iyi olma halini hissettiği için yaşam kalitelerinin arttığı birçok araştırmada vurgulanmaktadır. Alanda yapılan rekreasyon ve terapötik rekreasyon çalışmalarının birçoğunda; rekreatif faaliyetlerin internet bağımlılığını azalttığı, iyimserlik ve iletişim becerilerini olumlu yönde etkilediği (Sarı, 2019) faaliyetlerin gençlere fiziksel ve psikososyal yarar sağladığı (Dağlı, 2019) rekreatif sporla uğraşan ve uğraşmayan bireylerin sosyal beceri düzeyinin sporla uğraşanların lehine olumlu sonuçlar ortaya çıkardığı (Ayman Çelik, 2019) rekreasyon faaliyetlerinin sağlıklı yaşamı teşvik ettiği (Carruthers ve Hood, 2004) ve aynı zamanda bireylerin yaşam kalitesi üzerine olumlu bir etki oluşturduğu (Stumbo ve Peterson, 2010) bildirilmektedir. Stumbo ve Peterson (2010) çalışmasında terapötik rekreasyonla ilgili olarak, olumsuz duygu ve düşünceden arınma, kötü sayılabilecek alışkanlıkların her türlüünden uzaklaşma, devamlı olarak terapi hali kazanma gibi sonuçları vurgulamaktadır. Carruthers ve Hood (2004) fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel olarak bireylerin yüksek düzeyde sağlıklı olma durumuna terapötik rekreasyonun önemli bir etkisinin bulunduğu sonucunu bildirmektedirler. Nitekim kişi, rekreasyon faaliyetlerine katılarak kendini tanıma ve kendisiyle ilgili birçok özelliği keşfetme imkanı bulmaktadır. Bireyin terapötik rekreasyonun psikolojik gücünün etkisiyle pozitif duygularda artış, yenilenme ve

canlanma hali yaşadığı da araştırma sonucu olarak ifade edilmektedir (Seligman ve Peterson, 2003). İyi olma halinin optimal düzeyde devam ettirilmesi açısından terapötik rekreasyon faaliyetlerinin önemi Vaillant (2002) araştırmasında da vurgulanmaktadır. Ayrıca Tütüncü (2012) tarafından yapılan çalışmada, terapötik rekreasyon faaliyetlerinin hasta gruplarının moral ve motivasyonlarını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmalara ek olarak Slyvester vd. (2001) ve Mc Lean ve Yoder (2005) çalışmasında da terapötik rekreasyon faaliyetleriyle sorunlu davranışların teknik bir ekibin amaçlı çalışmalarıyla düzeldiği, özel gereksinimi olan bireylerin bilgi, beceri ve fonksiyonel kapasitelerinin arttığı ifade edilmiştir.

Bu çalışmada elde edilen veriler ışığında hastaların geçici omuz rahatsızlıklarından oluşan hastalık belirtilerinin kontrol grubuna göre daha fazla azaldığı, fiziksel sağlığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi olumlu yönde geliştiği, hastaların eğlenceli faaliyetler eşliğinde ağrı hislerinin azaldığı ve eklem hareket açıklıklarının daha iyi seviyelere geldiği tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların sıkıcı ve standart bir şekilde devam eden tedavi süreçlerine, rekreatif etkinliklerin bir farklılık kattığı ve bu bağlamda eğlenceli hale gelen tedavi sürecinden kişilerin haz duyduğu tespit edilmiştir. Bu haz duygusuyla kişiler normal bir egzersizden daha uzun süre egzersiz yapabilmektedirler. Rekreatif etkinliklerle daha uzun süre egzersiz yapabilme olanağı sağlandığı için kişilerin kontrol grubundan daha iyi gelişim gösterdiği tartışılabilir hale gelmiştir. Başka bir bakış açısıyla da kişilerin tedavi süreçleri haricinde fizyoterapistlerin önermiş olduğu egzersizler serbest zamanlarında uygulayabilecekleri rekreatif etkinliklere dönüştüğü için hastalar serbest zamanlarını eğlenceli bir şekilde değerlendirerek tedaviye destek olmuşlardır. Araştırma sonucu, Tütüncü (2012), Kozan (2006) çalışmalarında terapötik rekreasyonun yaşam kalitesine olumlu bir etki oluşturması yönüyle benzerlik göstermektedir. İlhan ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada, uygulama (87 kişi) ve kontrol (57 kişi) gruplarında, düzenli yapılan aktivitelerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiş ve inceleme sonucunda yaşam kalitesi puanlarında artış olduğu tespit edilmiştir. Rothwell ve Piat (2006) yaptıkları çalışmada, terapötik rekreasyon faaliyetlerin, kişinin yaşam kalitesi elde etmesinde etkili olduğunu dile getirmişlerdir. Çalışmada, terapötik rekreasyon faaliyetlerinin, boş zaman aktivitelerinin alışkanlığa dönüşmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir etkiye sahip olduğu kaydedilmiştir. Yüncü'nün (2013) yaptığı çalışmada, terapötik rekreasyon faaliyetlerinin hastaların motivasyonlarını

yükselttiği ve hastalığın tedavisine katkı sağladığı aktarılmıştır. Meraki (2019) çalışmasında rekreatif doğa sporu yapan bireylerin günlük yaşamlarında doğa sporunun sağlık durumunda ve çevresel durumunda olumlu etkiler ortaya çıkardığı, rekreatif doğa sporu yapanların yaşam kalitesi düzeyinin, rekreatif doğa sporu yapmayanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Dolayısıyla Meraki (2019), Yüncü (2013), İlhan vd.,(2013) ve Rothwell ve Piaat (2006) araştırmasında rekreatif faaliyetlerin yaşam kalitesini artırdığı yönünde ulaştığı sonuçların çalışma sonucuyla benzer olduğu ifade edilebilir. Bor (2018) çalışmasında terapatik rekreasyon faaliyetlerinin down sendromlu çocukların sosyal gelişimine etkisini incelemiş ve ön test son test sonuçları arasında anlamlı derecede yüksek bir farklılığa ulaşmıştır. Tütüncü (2012) çalışmasında engelli bireylerin yaşam kalitelerinin artırılmasında terapatik rekreasyonun olumlu etkisine dikkat çekmiştir. Tütüncü ve Aydın (2018) çalışmasında rekreasyon terapisi kamplarının sosyal etkilerinin değerlendirilmesini ele almış ve düzenlenen kamp programı sonrasında bireylerin genel sağlığı üzerinde önemli etkiler olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Terapatik rekreasyon faaliyetlerinin kısıtlılığı bulunan bireylerin genel sağlığı üzerinde olumlu etki oluşturma sonucu, çalışmanın sonucuyla örtüşmektedir. Engelli bireylerle gerçekleştiği araştırma sonucunda Kaya (2016) rekreasyon faaliyetlerinin engelli bireyleri canlandırdığı ve mutluluklarını artırdığını ifade etmiştir. Engelli bireylere yönelik yapılan rekreasyon faaliyetlerinin yaşam kalitesini artırması, araştırma sonucuyla benzerdir. Terapatik rekreasyonun özel gereksinimi olan bireylerin terapi amaçlı belirlenen aktivite aracılığıyla sağlık durumlarını iyileştirdiği, fonksiyonel kapasitelerini artırdığı, yaşam kalitesini yükselttiği sonucuna ulaşan Carter vd.(2003) çalışması ile araştırma sonucu örtüşmektedir. Dönmez (2019) çalışmasında otizmlili çocuklarda terapatik rekreasyonun etkisini ön test-son test olarak ölçtüğünde deney grubu lehine yüksek derecede anlamlı farklılık tespit etmiştir. Ağrı düzeyinin önemli ölçüde azaldığını ve otizmlili çocukların yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Dönmez (2019) çalışmasında deney grubunda ön test ve son test sonuçlarının yüksek derecede anlamlı düzeyde farklılık oluşturmaması sonucu, araştırma sonucunu desteklerken kontrol grubunda ön test ve son test arasında değişiklik olmaması yönünde ulaşılan sonuç, araştırma sonucuyla benzer değildir. Nitekim araştırma sonucunda kontrol grubu ön test puanlarıyla son test puanları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu tespit edilmiş, fizyoterapist eşliğinde gerçekleştirilen

tedavi sürecinin geçici omuz rahatsızlığı bulunan bireylerin yaşam kalitesini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çetiner (2020) çalışmasında sağlık rekreasyonu kapsamında terapatik rekreasyon uygulamalarını kavramsal açıdan değerlendirerek değişen şartlar ve imkanlara bağlı olarak gelişen bireysel ve toplumsal olumsuzlukların ortadan kaldırılmasında ya da tedavisinde terapatik rekreasyon uygulamalarının önemini vurgulamıştır. Dolayısıyla Çetiner (2020) çalışmasının kavramsal olarak ortaya koymuş olduğu sonuç, araştırma sonucuyla desteklenmektedir. Deney grubunda fizik tedavi sürecine ek olarak gerçekleştirilen terapatik rekreasyon aktivitelerinin iyileşmeyi hızlandırdığı ve öncesinde fizik tedavi alan bireylerin seans süresine bağlı kalırken terapatik rekreasyon aktivitesi yapılmaya başlandığında seans sürelerinin ortalama 45 dk. Daha uzun sürdüğü, araştırmanın bulguları arasındadır. Dolayısıyla terapatik rekreasyon faaliyetlerinin tedavi sürecini sıkıcılıktan kurtardığı ve fizik tedaviye ek olarak yapılan rekreasyon faaliyetinin seans sürelerini uzattığı belirtilebilir. Bu bağlamda hem iyileşme gerçekleşmiş hem de iyi olma haline bağlı olarak hissedilen yaşam kalitesi artmıştır. Araştırmanın deney grubundaki hastaların omuz rahatsızlıklarında iyileşmelerin kontrol grubuna göre daha fazla olması, terapatik rekreasyonun etkili olduğunu düşündürmektedir. Aynı zamanda bir başka etki ise deney grubundaki bireylere birebir antrenörlük yapılmış olmasıdır. Bununla birlikte bireylere evde iş yerlerinde geriye kalan serbest zamanlarında tedavilerine destek olacak rekreatif faaliyetler yapılmasına imkan sağlanılmasında bir başka etken olarak tartışılabilir.

Köseman ve Şeker (2015) tarafından atlarla yapılan terapi sonrasında otizmli çocukların ince motor gelişiminin olumlu yönde ilerlediği tespit edilmiştir. Çalışmada atın hareketi ile binicinin tüm kaslarının uyarıldığı belirtilerek duyu motor deneyimlerini artırdığı ifade edilmiştir. Bu sonuçtan hareketle terapatik rekreasyonda tercih edilen terapi yönteminin özel gereksinime uygun olmasının önem arz ettiği belirtilebilir (Snider vd., 2007) Araştırmada geçici omuz rahatsızlığı bulunan bireyler için terapatik rekreasyon faaliyetleri planlanırken bu duruma dikkat edilmiştir. Seçilen etkinlikte belli bir ağırlığa sahip pet şişelerin ucuna yerleştirilen fırça ile hastaların duvara asılı kağıda resim yapmaları istenmiştir. Ek etkinlik olarak yoyo oyunu, uzamanın belirlediği hareketleri yapacak şekilde oynatılmıştır. Hastanın resim yaparken uyguladığı dairesel, dikey ya da yatay hareketlerinve yoyo oyununda uyguladığı hareketlerin eklem hareket açıklığını

geliştirmesi beklenmiştir. Planlanan seans süresi tamamlandığında ön test ve son test puanlarındaki anlamlı yöndeki farklılaşma, beklentinin karşılandığını göstermiştir. Dolayısıyla araştırmada terapatik rekreasyon faaliyetlerinin hastalardaki kısıtlılığın azaltılması, hastaların becerilerini artırması ve fonksiyonel kapasitesini yükseltmesi, seçilen faaliyetin isabetli olduğunu göstermektedir. Bu sonuçla Köseman ve Şeker (2015) tarafından yapılan çalışma sonucu benzerdir. Bununla birlikte Köseman ve Şeker (2015) çalışmasında otizmli çocukların atlı terapi sonrasında sosyal öz yeterlik kazandıkları için yaşam kalitelerinin arttığı da bildirilmiştir. Bu sonuç da araştırmada elde edilen sonuçla benzerdir. Özyurt vd. (2017) çalışmasında da otizm tanısı konulan çocuklarda terapatik rekreasyon faaliyetlerinin yaşam kalitesini olumlu etkilediği sonucu belirtilmiştir. Bu çalışmanın sonucu da araştırma sonucuyla paraleldir. Nitekim Karaküçük'e (2012) göre bireyin vücut fonksiyonlarındaki engellerin belirlenmesinin ardından becerilerinin geliştirilmesine yönelik aktivite planlanması, terapatik rekreasyonun temel amacıdır. Dolayısıyla araştırma sonuçlarının terapatik rekreasyonun temel amacını karşıladığı ifade edilebilir. Alana yönelik terapatik rekreasyon etkinliklerinin bireylerdeki engeli aşmaya ve diğer bireylerle ilişkileri düzenlemede yardımcı rol üstlendiği Wozencroft vd. (2012), aktiviteler sırasında becerilerin kullanılması ve etkin hale getirilmesiyle bireylerin öz güven duygularının geliştiği ve bu şekilde bireylerin negatif duygu durumundan uzaklaşarak iyileşme sürecinin hızlandığı ve yaşam kalitelerinin arttığı Zganec vd. (2011) çalışmasında da vurgulanmıştır. Öztürk ve Öztürk (2018) çalışmasında tuz mağaralarının astım, bronşit, sinüzit gibi hastalıkların tedavisinde ve bu tedavi sonrasında hastalardaki yaşam kalitesinin düzeyinde etkili olup olmadığını kavramsal açıdan incelemiştir. Yapılan çalışmanın sonucunda tuz terapisinin etkili olduğu ve yaşam kalitesini artırdığı yönünde ulaşılan araştırma sonuçlarının sayısının fazla olduğunu ifade etmişlerdir. Kök (2019) çalışmasında Suriyeli mültecilerin sosyal uyumlarının sağlanması amacıyla düzenlenen terapatik rekreasyon faaliyetlerinden elde edilen ön test-son test puanlarında anlamlı yönde farklılık olduğu belirtilmiştir. Erdoğan (2018) çalışmasında şizofren hastalarla halk oyunu ve eğitsel oyun etkinliği yapılmış ve etkinliklerin planlanan sürede tamamlanmasının ardından gerçekleştirilen ölçümlerin baştaki ölçümlere göre anlamlı yönde farklı olduğu ifade edilmiştir. Yapılan aktivitelerin öğrencilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimlerine pozitif yarar sağladığı belirlenmiştir. Arslan (2019) çalışmasında hafif zihinsel engelli bireylerde drama etkinliği sonrasında sosyal becerilerinin arttığı,



ince motor becerilerinin geliştiği, yardım almadan ihtiyaçlarını karşılama becerilerinin geliştiği, yaşama dair olumsuz bakış ağlarının pozitif yönde geliştiği sonuçlarına ulaşmıştır. Alana yönelik yapılan araştırma sonuçlarında seçilen örnekleme grubunun kısıtlılık durumunun iyileştirilmesine yönelik planlanan terapatik rekreasyon faaliyetlerinin isabetli olduğu görülmektedir. Ulaşılan bu sonuçların araştırma sonucuyla benzer olduğu anlaşılmaktadır.

Yapılan bilimsel araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, rekreasyon etkinliklerinin hem normal hem de birtakım kısıtlılıkları bulunan bireylerde fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden önemli gelişmeler ortaya çıkardığı anlaşılmaktadır. Bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden becerilerinin gelişmesine bağlı olarak öz saygı, öz güven, fonksiyonel kapasitenin artması, hayata dair olumlu görüş geliştirme gibi becerilerin de ortaya çıktığı araştırmaların sonuçlarında bildirilmiştir. Dolayısıyla rekreasyon faaliyetlerinin çok yönlü iyileşmeyi teşvik ettiği belirtilebilir. Bu bağlamda WHO tanımında yer verilen sağlıklı bireyin sahip olması gereken özellikler, bireye rekreasyon faaliyetleriyle kazandırılabilir. Rekreasyon faaliyetlerinin sağlık amacıyla düzenlenmesi anlamına gelen terapi odaklı rekreasyon faaliyetleriyle birtakım özel gereksinimi bulunan bireylerin sağlık tedavilerinin desteklendiği, tedavi sürecinin kolaylaştığı, tedavi sürecinde ve sonrasında yaşam kalitesinin arttığı yönünde ulaşılan araştırma sonuçları da oldukça fazladır. Dolayısıyla rekreasyon faaliyetlerinde olduğu gibi terapatik rekreasyon faaliyetlerine bağlı iyileşmeler ve yaşam kalitesinin önemli düzeyde artması dikkate alınması gereken sonuçlardır. Özellikle kas ağrısı yaşayan bireylerin fizik tedavi sürecinde terapatik rekreasyon faaliyetiyle önemli gelişmeler kaydetmesi, iyi olma halinin yaşam kalitesini artırması sonucu önem arz eden sonuçlardır.

Araştırma sonucunda, son test ölçümlerine göre terapatik rekreasyon faaliyetlerini fizik tedavi sürecinde ek etkinlik olarak gerçekleştiren kişilerde fiziksel yaşam kalitelerinin daha hızlı gelişmesi, DASH hastalık belirtilerinin azalması ve aktivite ağrı hislerinin kontrol grubuna göre azaldığının tespit edilmiş olması, terapatik rekreasyonun tedavi sürecini desteklediği, iyileşmeleri hızlandırdığı ve yaşam kalitesini arttırdığını göstermektedir. Bunun yanında eklem hareket açıklıklarının deney grubunda daha fazla geliştiği sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla elde edilen bu olumlu etkiler, deney grubunda bulunan geçici omuz rahatsızlığı olan kişilerin yaşam kalitelerini artırmıştır. Bu bağlamda eklem hareket açıklığının gelişmesinde terapatik rekreasyon etkilidir denilebilir.

Genel anlamda terapatik rekreasyon, özel amaçlı klinik hizmeti sağlayan bir alan olarak değerlendirilmektedir. Terapatik rekreasyon faaliyetlerine katılan kişilerde sağlık açısından iyileşmeler olduğu, tedavi sürecinin hızlandığı, belirgin farklılaşmaların hastalarda fiziksel sağlık yaşam kalitesinin arttığı ile ilgili araştırma sonuçları dikkat çekmektedir. Bu çalışmada elde edilen veriler ışığında hastaların geçici omuz rahatsızlıklarından oluşan hastalık belirtilerinin kontrol grubuna göre daha fazla azaldığı, fiziksel sağlığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi olumlu yönde geliştiği, hastaların eğlenceli faaliyetler eşliğinde ağrı hislerinin azaldığı ve eklem hareket açıklıklarının daha iyi seviyelere geldiği tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların sıkıcı ve standart bir şekilde devam eden tedavi süreçlerine, rekreatif etkinliklerin bir farklılık kattığı ve bu bağlamda eğlenceli hale gelen tedavi sürecinden kişilerin haz duyduğu tespit edilmiştir. Bu haz duygusuyla kişiler normal bir egzersizden daha uzun süre egzersiz yapabilmektedirler. Rekreatif etkinliklerle daha uzun süre egzersiz yapabilme olanağı sağlandığı için kişilerin kontrol grubundan daha iyi gelişim gösterdiği tartışılabilir hale gelmiştir. Başka bir bakış açısıyla da kişilerin tedavi süreçleri haricinde fizyoterapistlerin önermiş olduğu egzersizler serbest zamanlarında uygulayabilecekleri rekreatif etkinliklere dönüştüğü için hastalar serbest zamanlarını eğlenceli bir şekilde değerlendirerek tedaviye destek olmuşlardır.

Çalışmada elde edilen sonuçlardan yola çıkarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Geçici omuz rahatsızlığı olan hastalarda terapatik rekreasyon etkinlikleri çeşitlendirilerek en iyi sonuçları sağlayan etkinlikler belirlenebilir.
- Geçici omuz rahatsızlıklarıyla ilgili kısıtlılıkların iyileşme sürelerinde planlanan terapatik rekreasyon faaliyet türünün etkisinin olup olmadığı ile ilgili araştırmalar yapılabilir.
- Gelecekteki araştırmalarda, farklı örneklem kitleleri üzerinde yeni çalışmalar yapılabilir.
- Çalışmada, rekreatif faaliyetlerin etkisi yaşam kalitesi ve tedavi süreci bağlamında ele alınmıştır. Gelecekteki araştırmalarda, rekreatif faaliyetlerin yaşam doyumu, benlik saygısına etkisi incelenebilir.
- Çalışmanın omuz bölgesinde geçici fiziksel yetersizliği olan bireyler üzerinde gerçekleşmesinden yola çıkarak, farklı niteliklere sahip hastalar üzerinde yeni çalışmalar yapılarak terapatik rekreatif faaliyetlerin etkisi incelenebilir.

- Çalışma sonucunda elde edilen veriler göz önünde bulundurulduğunda, fizik tedavi merkezlerinde egzersiz uygulamaları, rekreasyon uzmanı ve fizyoterapistlerin ortak çalışmalarıyla kişilerin istekleri ve gönüllülük esasları ve hastalık belirtileri dikkate alınarak, rekreatif oyunlara dönüştürülebilir.
- Terapatik rekreasyon faaliyetlerinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği sonucundan hareketle hastalıkların tedavi sürecinin desteklenmesi ve iyileşmenin hızlandırılması için terapi rekreasyon faaliyetlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir. Dolayısıyla terapi rekreasyonunun yaşam kalitesine etkisine yönelik sağlık çalışanlarının farkındalıkları önem arz etmektedir.
- Araştırmacıların yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulaması ile sağlık çalışanlarının terapatik rekreasyon faaliyetlerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesini içeren araştırmalara yönelmesi tavsiye edilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Akbay, A. (t.y). Visual Analog Skala (VAS) Değerlendirmesi.
- Akpınar, O. (2018). *Yavaş şehirler (cittaslow) ve kentsel yaşam kalitesi üzerindeki etkileri: seferihisar halkının algısı üzerine bir araştırma* (Yüksek lisans tezi), Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- Andereck, K. L., &Nyaupane, G. P. (2010). Exploring the nature of tourism and quality of life perceptions among residents, *Journal of Travel Research*, 50(3), 248-260.
- Andrews, J.R., Carson, W.G. Jr. & McLeod W.D. (1985). Glenoid labrum tears related to the long head of the biceps, *Am J Sports Med*, 13, 337-341.
- Arslan, A. (2019). *Zihinsel engelli bireylerde rekreatif etkinliklerden dramanın sosyal ve motor beceri gelişimine etkisi*, (Yüksek lisans tezi), Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Arslan, S. (2013). *Serbest zaman-rekreasyon ve serbest zaman eğitimi*. Ankara: Nobel.
- Austin, David R. (2013). *Therapeutic recreation processes and techniques*. Evidence Based Recreational Therapy. Sagamore Publishing LLC.
- Austin, D. R. (2004). *Therapeutic recreation*. 5. baskı. Illinois: Sagamore Publishing
- Austin, R. D. & Crawford, E. M. (2001) *Therapeutic recreation: An introduction*. Boston: Allyn & Bacon.
- Aydın, İ. & Tütüncü, Ö. (2018). Rekreasyon terapisi kamplarının sosyal etkilerinin değerlendirilmesi. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 29 (1), 106-112.
- Ayhan, C. (2017). *Aktif sporcuların rekreatif etkinliklere katılımlarına engel oluşturabilecek faktörlerin yaşam tatmini ve yaşam kalitesi üzerine etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Ayhan, Ç., Ünal E. & Yakut Y. (2010). Basit omuz testi'nin Türkçe versiyonu: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Fizyoter Rehabil*, 21(2), 68-74.

- Ayman Çelik, T. (2019). *Bingöl üniversitesinde rekreatif spor yapanlar ile spor yapmayan öğrencilerin sosyal beceri düzeylerinin karşılaştırılması*, (Yüksek lisans tezi), Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Baltes, P.B., Baltes M.M. (1990). Selective optimization with compensation. In P. B. Baltes, M. Baltes (Eds.) *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (1-34), New York: Cambridge University Press.
- Başaran, Z. (2015). 12 haftalık rekreasyon etkinliklerin kadın hükümlülerin sürekli kaygı düzeyine etkisi. *International Journal of Science Culture and Sport*, 3, 561-574.
- Bayer, M.Z. (1992). *Turizme giriş*. İşletme Fakültesi.
- Baysal, A. (1989). Beslenme, idman ve sağlık. *Beslenme ve Diyetetik Dergisi*, 18, 147-148.
- Bekdemir, A. (2011). *Kütahya merkez emniyet teşkilatında görevli polislerin boş zamanlarını değerlendirme alışkanlıklarının araştırılması*, (Yüksek lisans tezi), Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kütahya.
- Bentler, P.M. & Wu, E.J.C. (1995). EQS for Windows Users Guide. Encino, Multivariate Software, Inc.: CA.
- Bor, M.Ö. (2018). *Terapatik rekreasyon faaliyetlerinin down sendromlu çocukların sosyal gelişimine etkisi Elazığ ili örneği*, (Yüksek lisans tezi), Batman Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Batman.
- Briery B. G. & Rabian B. (1999). Psychosocial changes associated with participation in a pediatric summer camp, *Journal of Pediatric Psychology*, 24(2), 183-190.
- Bruce, R., George, D. & Matthew, T. (2015). *Provencher, orthopaedic rehabilitation of the athlete*, First Edition.
- Bucher, C.H. & Bucher, C.A. (1974). *Recreation for today's society*, New Jersey.
- Bunt G.C, Muehlbach B. & Moed C.O. (2008). *The therapeutic community: an international perspective a daytop village Inc.*, New York: Health Services Division.
- Burkart, A.C. & Debski, R.E. (2002). Anatomy and function of the glenohumeral ligaments in anterior shoulder instability. *Clin Orthop*, 400, 32-39.
- Butcher, A.C. (1997). *Management of physical education and athletic programs*, St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing.
- Caldwell, L. (2005). Leisure and health: Why is leisure therapeutic? *British journal of Guidance & Counselling*. 33(1), 7-26.

- Campbell, D.T., ve Stanley, J.C. (1996). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally College Publishing company.
- Carruthers C.P. & Hood, C.D. (2007). Building a life of meaning through therapeutic recreation: The leisure and well-being model part I, *Therapeutic Recreation Journal*, 41(4), 276-297.
- Carruthers, C.P., Hood, C.D. (2004). The power of the positive: Leisure and well-being, *Therapeutic Recreation Journal*, 38(2), 225-245.
- Carter, M. & Jean, G.E. & Van A. (2011). *Therapeutic recreation, a practical approach*, USA: Waveland Press.
- Carter, M.J., Van Andel, G.E. & Robb, G.M. (2003). *Therapeutic Recreation: A Practical Approach*. IL: Waveland.
- Caspersen, J.C. & Powell, K.E. (1985). Christensen, G.M. physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health related research, *Public Health Rep.* 100(2), 126-131.
- Caspersen, J.C., Pereira, M.A. & Curran, K.M. (2000). Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age, *Med. Sci. Sports Exerc.* 32(9), 1601-1609.
- Chiang L. M., Cebula E. & Lankford S.V. (2009). Benefits of thai chi chuan for older adults: literature review, *World Leisure Journal*, 51(3), 184-196.
- Cofield, R.H. & Lanzer, W.L. (1985). Pathology of rotator cuff tearing in methods of tendon repair [abstract]. *Orthop Trans*, 9, 42.
- Çamlıyer H. (1991). *Spor ve serbest zaman eğitimi*, 1. Eğitim Kurumlarında Beden Eğitimi ve Spor Sempozyumu Bildiriler Kitabı.
- Çetiner, H. (2020). Sağlık rekreasyonu kapsamında terapötik rekreasyon uygulamaları, *Journal of Recreation and Tourism Research*, 6 (4), 405-411.
- Çetinkaya, G. (2011). Türkiye’de rekreasyon alanında yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi (1985-2010 dönemi). *e- Journal Of New World Sciences Academy Sports Sciences*, 2B0062, 6(1), 13- 24.
- Dağlı, B.A. (2019). *Beden eğitimi ve spor yüksekokulu mezunlarının sportif rekreasyonel aktivitelere ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi*, (Yüksek lisans tezi), Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya.
- Daly, F.S. & Kunstler, R. (2006). *Introduction to recreation and leisure*, New York: Human Kinetics.

- Dattilo, J., Schleien, S.J., 1994, Understandingleisureservicesforindividualswithmentalretardation, *MentalRetardation*, 32(1), 53-59.
- Demirci, Ç. (2013). Hasta memnuniyetinin artırılmasında farklılaştırma politikaları: Terapatik Rekreasyon. II. *Rekreasyon Araştırmaları Kongresi*. (s. 200-201). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*.
- Dieser, R.B., Harkema, R.P., Kowalski, C., Ijeoma O. &Poppen L.L. (2004). Theportrait of a pioneer: A lookback at 115 years of Jane Adams' work at Hull- House-her legacystilllives on, *Park andRecreation*, 39(9), 128-137.
- Dolnicar, S., Yanamandram, V. &Cliff, K. (2012). Thecontribution of vacationstoquality of life, *Annals of TourismResearch*, 39(1), 59-83.
- Dustin, J.C., 2000, Therapeuticrecreationtreatsdepression in theelderly, *Home HealthCare Services Quarterly*, 18(2), 79-90.
- Dülgerbaki, T. (2006). Rekreasyon Uzmanlarının Rehabilitasyon Merkezlerindeki Görevleri. erişimtarihi: 04.12.2020, <http://www.rehabilitasyon.com/index.php?ct=124&tab=3&ctid=124&act2=read&aid=1640&p=3&v>
- Erdoğan, Y. (2018). *Rekreasyonel aktivitelerin şizofren hastaları üzerine etkisinin araştırılması*, (Yüksek lisans tezi), Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çorum.
- Ergül, O.K. (2008). *Üniversite gençliğinin sportif rekreasyon etkinliklerine yönelik ilgileri ve katılma düzeylerinin belirlenmesi*, (Yüksek lisans tezi), Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Ertüzün E ve Karaküçük S. (2014). Sağlık inanç modeli perspektifinde sportif rekreasyon aktivitelerine bakış, *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 19(1-4), 1-9.
- Ertüzün, E. (2016). Sağlık perspektifinden rekreasyon ve esenlik. S. Karaküçük (Edt.), *Rekreasyon Bilimi* (54-590). Ankara: Gazi.
- Eti-Aslan, F. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9-16.
- Feinstein L., John B. &Kathryn D. (2006). Youngpeople'sleisurecontextsandtheirrelationtoadultoutcomes, *Journal of YouthStudies*, 9(3), 305-327.
- Ferrell P. &Lundegren H. (1999). *Theprocess of recreationprogrammingtheoryandtechnique*, 3th Edition, VenturePub.
- Fişne, M. (2009). *Fiziksel aktivitelere katılım düzeyinin, üniversite öğrencilerinin akademik başarıları, iletişim becerileri ve yaşam tatminleri üzerine etkilerinin*

- incelenmesi*, (Yüksek lisans tezi), Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Frieman, B.G., Albert, T.J. & Ferlin, J.M. (1994). Rotatorcuffdisease: A review of diagnosis, pathophysiologyandcurrenttrends in treatment, *ArchPhysMedRehab*, 75, 604-609.
- Fukuda, H., Mikasa, M., Ogawa, K., Yamanaka, K. &Hamada, K. (1983). Thepartialthickness tear of the rotatorcuff, *Orthop Trans*, 7, 137.
- Göbel, Ö. (2016). *Önleyici terapatik rekreasyon uygulaması; işitme engellilere yönelik çalışma*, (Yüksek lisans tezi), Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa.
- Gül, A., Keleş, E. ve Uzun Ö. (2016). Süleyman Demirel Üniversitesi öğretim elemanları ve öğrencilerinin yerleşke içindeki rekreasyonel talep ve eğilimleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Mimarlık Bilimleri ve Uygulamaları Dergisi*, 1(1), 26-43.
- Gül, T. (2014). Rekreasyona giriş. A. Yaylı (Editör). *Rekreasyon Olgusuna Genel Yaklaşım*. (s. 14). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Gülhan M. & Turay Ü.Y. (2009). *Akciğer kanserinde destek tedavisi*. Ankara: TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi.
- Güngörmüş, H.A. & Yetim Çalık C. (2006). Ankara'daki beden eğitimi ve spor yüksekokullarında görev yapan öğretim elemanlarının boş zamanlarını değerlendirme biçimlerinin araştırılması, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(1) 285-298.
- Gürkan, M. (2003). *Terapatik rekreasyonun egzersiz ve sağlıkla ilişkisi, Türkiye'de terapatik rekreasyonun konumu ve terapatik rekreasyon geliştirmede model oluşturma*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.
- Güven, H. T. (2016). *Futbol hakemlerinin yaşam kalitesi düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi), Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Hannafin, J. & Chiaia, T.A. (2000). Adhesive, Capsulitis: a treatment approach. *ClinOrthop*, 372, 95-109
- Haskell, W.L. & Kiernan, M. (2000). Methodological issues in measuring physical activity and physical fitness when evaluating the role of dietary supplements for physically active people, *Am. J. Clin. Nutr*, 72, 541-550.
- Host, H.H. (1995). *Scapular taping in the treatment of anterior shoulder impingement*, *PhysTher*.



- Iqbal, S. & Bassett, M. (2008). Evaluation of perceived usefulness of activity scheduling in an inpatient depression group. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(5), 393-398.
- İlhan E. K, Kırımoğlu H, Filozoğlu Çokluk G, (2013). The effect of special landsports program on the quality of life of the children with mental retardation. *Nigde University Journal of Physical Education And Sport Sciences* Vol 7, No 1.
- Jamshid, T. (2009). *Musculoskeletal imaging cases* (McGraw-Hill Radiology), First Edition.
- Jenkins, S. R., Reed, F. D. D. (2013). An experimental analysis of the effects of therapeutic horseback riding on the behavior of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(6), 721-740.
- Kahraman, M. (2015). *Rekreasyonel amaçlı spor yapan bireylerin yaşam tatmini ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi*, (Yüksek lisans tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kahveci, A. (2020). *Rekreatif sporla uğraşan orta yaş bireylerin stresle başa çıkma stilleri ve yaşam tatminlerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi), Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hatay.
- Kamp, V. I., Leidelmeijer, K., Marsman, G. & Hollander, A. (2003). Urban environmental quality and human well-being towards a conceptual framework and demarcation of concepts; a literature study, *Landscape and Urban Planning*, 65, 5-18.
- Kampa, R.J. & Clasper, J. (2005). Incidence of SLAP lesions in a military population. *J. R. Army Med. Corps*, 151, 171-175
- Kara, F. M. (2015). *Serbest zamanda sıkılma algısının yaşam kalitesi ve evlilik doyumu üzerine etkisinin belirlenmesi*, (Doktora tezi), Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Karaca, A. (1998). *Fiziksel aktivite değerlendirme anketi güvenilirlik ve geçerlik çalışması*, (Bilim uzmanlığı tezi), Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Karaküçük S. (1992). Sporun rekreatif fonksiyonları, *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, VIII(1), 3-10.
- Karaküçük S. (2005). *Boş zamanlar değerlendirme*. (5. bs.) Ankara: Gazi Kitabevi.
- Karaküçük, S. (1997). *Rekreasyon, boş zamanları değerlendirme*, Ankara: Seren Ofset.
- Karaküçük, S. (2008). *Rekreasyon*, 6. Baskı Ankara: Gazi kitabevi.
- Karaküçük, S. (2012). *Terapatik rekreasyon bir örnek uygulama: Osep (otistik bireyler spor eğitim projesi)*. Ankara: Gazi Kitabevi.

- Karavelioğlu, E. (2018). *20-45 Yaş arasındaki kadınlarda premenstrual sendrom ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi), Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kaya, E. (2016). *Engelli bireylerin rekreatif faaliyetlere ilişkin tutumları ve sportif rekreasyon alanlarının engellilere uygunluk düzeylerinin incelenmesi*, (Doktora tezi), Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Keleş, E., Şimşek, E., Salmani, M., Tarsuslu Şimşek, T., Angın, S. & Yakut, Y. (2016). Eklem hareket açıklığı ölçümünde kullanılan iki akıllı telefon uygulamasının uygulayıcı içi ve uygulayıcılar arası güvenilirliğinin incelenmesi, *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 3(1), 21-29.
- Kelley, M.J., Shaffer, M.A., Kuhn, J.E., Michener, L.A., Seitz, A.L., Uhl, TL, Godges, J.J. & McClure, P. (2013). Shoulderpainandmobilitydeficits: AdhesiveCapsulitis, Clinicalpracticeguidelineslinkedtotheinternationalclassification of functioning, disability, andhealthfromtheorthopaedicsection of theAmericanPhysicalTherapyAssociation. *J Orthop Sports PhysTher*, 43(5), A1-31
- Kement, Ü. (2014). Rekreasyona giriş. A. Yaylı (Editör). *Rekreasyonun Diğer Alanlar İle İlişkisi* (s. 124-125). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Kılıç, Z., Filiz, M.B., Çakır, T. & Toraman, N.F. (2015). Addition of suprascapularnerveblockto a physicaltherapy program produces an extrabenefittoadhesivecapsulitis: a randomizedcontrolledtrial. *Am J PhysMedRehabil*, 912-920.
- Kıran, B., Çalık, C. &Esenay, F.I. (2013). Terapotik oyun: hasta çocuk ile iletişimin anahtarı, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1-2-3), 1-10.
- Kim, T.K., Queale, W.E., Cosgarea, A.J. et al. (2003). Clinical features of the different types of SLAP lesions: An analysis of one hundred and thirtynine cases, *J. Bone Joint Surg*, 85A, 66-71.
- Koçak, A. (2018). *Donanımlı dalış turizminin yerel halkın yaşam kalitesi üzerine etkileri: kaş halkının algıları üzerine bir araştırma*. (Yüksek lisans tezi), İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Koçak, M. (2019). *Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin yaşam kaliteleri ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi), Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yozgat.
- Kolber, M.J. & Hanney W.J. (2012). The reliability and concurrent validity of shoulder mobility measurements using a digital inclinometer and goniometer: A technical report. *Int J Sports Phys Ther*, 7, 306-313.
- Konan, T. (2019). *Rekreatif amaçlı spor yapan bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişki*. (Yüksek Lisans Tezi),Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

- Kozan, M. (2006). *Rehabilitasyon merkezlerinde verilen özel eğitime rekreasyonun etkisi ve gözlem sonuçları*, erişim tarihi: 04.12.2020, <http://www.rehabilitasyon.com/index.php?ct=166&tab=3&ctid=166&act2=read&v=&p=2&aid=1716>
- Kök, A. (2019). *Düzenli olarak yapılan rekreatif faaliyetlerin barınma merkezinde kalan mülteci ortaöğretim öğrencilerinin üzerine etkisi*, (Yüksek lisans tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Köseman, A., Şeker, İ. (2015). Atların terapötik amaçlı kullanımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 44-49.
- Kraus, R. (1998). *Recreation and leisure in modern society*. USA: Jones & Bartlett Publishers, Inc.
- Kraus, R.G. (1985). *Recreation program planning today*. Scott Foresman & Company
- Leitner M. J. & Leitner S. F. (2004). *Leisure in later life*, New York: The Haworth Press.
- Lynn F. C, Hunkin J. L., Kato B. S., Richards J. B., Gardner J. P., Surdulescu G. L., Kimura M., Lu X. & Tim D., Aviv A. (2008). The Association Between Physical Activity in Leisure Time and Leukocyte Telomere Length, *Arch. Intern. Med.*, 168 (2), 154-158.
- Manoux, A.S., Richards, M. & Marmot, M. (2003). Leisure activities and cognitive function in middle age: evidence from the Whitehall II study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(11), 907-913.
- McLean, D. D. & Yoder, D.G. (2005). *Issues in recreation and leisure, human kinetics*, New York.
- Meraki, Ş.Z. (2019). *Rekreatif amaçlı doğa sporlarının, spor yapan ve yapmayan bireyler üzerindeki yaşam kalitesine etkisi: Ankara ili örneği*. (Yüksek lisans tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Mirzeoğlu N. (2003). *Spor bilimine giriş*, Ankara: Bağırhan Yayınevi.
- Mobily K., Mac Neil R. (2002). *Therapeutic recreation and the nature of disabilities*, State College, PA: Venture Publishing.
- Mortada, M.A., Ezzeldin, N., Abbas, S.F., Ammar, H.A. & Salama, N.A. (2017). Multiple versus single ultrasound guided suprascapular nerve block in treatment of frozen shoulder in diabetic patients, *J Back Musculoskeletal Rehabil*, 30(3), 537-542.
- Nam, E.K. & Snyder, S.J. (2003). The diagnosis and treatment of superior labrum, anterior and posterior (SLAP) lesions, *Am. J. Sports Med.* 31, 798-810.
- O'Morrow G.S. & Reynolds R. (1985). *Problems, issues and concepts in therapeutic recreation*, Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall Inc.

- O'Sullivan E. L. (2006). *An introduction to recreation and leisure*. New York: Human Kinetics,
- Okuyucu, Ç., Ramazanoğlu, F. & Tel, M. (2006). Çevresel faktörlerdeki değişimin serbest zaman faaliyetlerine etkileri. *Fırat Üniversitesi Doğu Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 40-44.
- Orel, F.D. & Yavuz, M.C. (2003). Rekreatyonel turizmde müşteri potansiyelinin belirlenmesine yönelik bir pilot çalışma, *Çukurova Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(11), 61-76.
- Ozkan, K., Ozcekcic, A.N., Sarar, S., Cift, H., Ozkan, F.U. & Unay, K. (2012). Suprascapular nerve block for the treatment of frozen shoulder. *Saudi J Anaesth. Jan*, 6(1), 52-55.
- Öksüz, E. & Malhan, S. (2005). *Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri*. Ankara: Başkent Üniversitesi Yayınları.
- Örs, T. (2018). *Milli takım düzeyinde yarışan atletlerin yaşam kalitesi ve performans düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. (Yüksek lisans tezi), Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Özbay Y. (2004). *Gelişim ve öğrenme psikolojisi*, Ankara: Pegama Yayıncılık.
- Öztürk, A. ve Öztürk, Y. (2018). Rekreatyonel etkinlik bağlamında tuz mağaralarının kullanımı, *Uluslararası Beden Eğitimi, Spor, Rekreatyon ve Dans Kongresi "Sporda Küresel Hedefler"* ss. 64-77
- Özyurt, G., Dinsever, Ç., Akpınar, S., Özcan, K., Şal, Y. & Öztürk, Y. (2017). Otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda terapötik ata binme aktivitelerinin otizm belirtileri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(6), 630-636.
- Pala, B. (2007). *Engelliler için rekreatif etkinlik*, erişim tarihi: 04.12.2020, <http://www.rehabilitasyon.com/index.php?ct=2&tab=3&ctid=2&act2=read&aid=2492&p=4&v>
- Pate, R.R. (1993). Physical activity assessment in children and adolescent, *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 33(4/5), 321-326.
- Patlar, M., Bayazıt, B., Uçar, S., Dolu, U. & Tuncil, O.S. (2018). Normal gelişim gösteren çocuklar ve eğitilebilir zihinsel engelli çocukların rekreatif etkinlikler aracılığı ile kaynaştırılması sonucunda oluşan bakış açısının incelenmesi. *Sportif Bakış: Spor ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 5(11), 26-37.
- Phan, J. (2011). *The impact of therapeutic recreation through ropes courses and team building activities*, Unpublished bachelor project, The Faculty of the Recreation, Parks, Tourism, & Administration, San Luis: California Polytechnic State University.

- Punnett A.F. & Thurber S. (1993). Evaluation of the asthma camp experience for children, *Journal of Asthma*, 30(3), 195-198
- Ragheb, M. G., & Tate, R. L. (1993). A behavioural model of leisure participation, based on leisure attitude, motivation and satisfaction. *Leisure Studies*, 12(1), 61-70.
- Reppucci N. (1995). Prevention and ecology: teenage pregnancy, child sexual abuse, and organized youth sports, *American Journal of Community Psychology*, 15, 1-22.
- Robertson, T. & Long, T. (2008). *Foundations of therapeutic recreation*. Human Kinetics.
- Rothweel E. & Piat J. (2006). Evaluation of an outpatient recreation therapy treatment program for children with behavioral disorders, *Therapeutic Recreation Journal*, 40(4), 241-254.
- Sağlık Müdürlüğü (2011). *Obezite birimi*, erişim tarihi: 26.11.2020, [http:// tokat beslenme.blogspot. com /2011/10/duzenli-fizikselaktivite-ve-sagligimiz.html](http://tokatbeslenme.blogspot.com/2011/10/duzenli-fizikselaktivite-ve-sagligimiz.html)
- Sarı, S. (2019). *10 – 12 Yaş aralığındaki çocuklarda rekreatif amaçlı yapılan sporun internet bağımlılığı, iyimserlik ve iletişim becerileri üzerine etkisi (Kocaeli büyükşehir belediyesi spor okulları örneği)*, (Bilim uzmanlığı tezi), Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kocaeli.
- Sarıalp, R. (1990). Büyük düşünür ve spor hekimi İbni Sina'nın doğuya ve batıya etkileri, *Journal of Physical Education and Sports Studies*, 1(1), 14-15.
- Seeger, L.L., Gold, R.H., Basset, L.W. & Elman, H. (1988). Shoulder impingement syndrome: MR findings in 53 shoulder, *AJR Am J Roentgenol*, 150, 342-347.
- Seligman, M., Peterson, C. (2003). Positive clinical psychology. In L. Aspinwall & U. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (305-317), American Psychological Association, Washington DC.
- Sevil, T. (2015). *Terapötik rekreasyonel aktivitelere katılımın yaşlıların algıladıkları boş zaman tatmini, yaşam tatmini ve yaşam kalitesine etkisi*. (Yayımlanmamış doktora tezi), Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Shank J. & Coyle C. (2002). *Therapeutic recreation in health promotion and rehabilitation*. State College PA: Venture.
- Slyvester, C., Voelkle, J.E., Ellis, G.D., 2001. *Therapeutic recreation programming: theory and practice*, State College, PA Venture Publishing, USA
- Snider, L., Korner-Bitensky, N., Kammann, C., Warner, S., Saleh, M. (2007). Horseback riding as therapy for children with cerebral palsy: is there evidence of its effectiveness?. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(2), 5-23.

- Snyder, S.J., Banas, M.P. & Karzel, R.P. (1995). An analysis of 140 injuries to the superior glenoid labrum. *J Shoulder Elbow Surg*, 4, 243-248.
- Soyer, F. & Yusuf, C. (2003). Üniversite öğrencilerinin boş zaman alışkanlıkları ve sportif eğilimlerinin mesleki yönelişlerine göre karşılaştırılması, *I. Gençlik Boş Zaman ve Doğa Sporları Sempozyumu*, Ankara.
- Spiers, A. & Walker, G. J. (2008). The effects of ethnicity and leisure satisfaction on happiness, peacefulness, and quality of life, *Leisure Sciences An Interdisciplinary Journal*, 31(1), 84-99.
- Stumbo N. & Peterson C.A. (2010). *Therapeutic recreation program design: Principles and procedures*, San Francisco: Pearson.
- Swapnil, P.S., Anil K.G. & Shefali, G. (2016). Comparative study of ultrasound guided supra-scapular nerve block versus intra-articular steroid injection in frozen shoulder, *International Journal Of Research In Orthopaedics Dec*, 2(4), 387-393.
- Şener, A., Terzioğlu, R.G. & Karabulut, E. (2007). Life satisfaction and leisure activities during men's retirement: a Turkish sample. *Aging and Mental Health*, 11(1), 30-36.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye halk sağlığı kurumu, aile hekimliği, fiziksel aktivite*, [http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=265:fiziksel-aktivite&catid=57:salk-vebakm&Itemid=200](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=265:fiziksel-aktivite&catid=57:salk-vebakm&Itemid=200) 16.04.2017.
- Tepe, F. (2012). *Akciğer kanseri tanısı ile opere edilen hastalarda 1 haftalık yoğun post-operatif pulmoner rehabilitasyonun yaşam kalitesi üzerine etkisi: sf-36 ve eortc qlq-c30 skalalar*, (Yüksek lisans tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Tezcan M. (1982). *Sosyolojik açıdan boş zamanların değerlendirilmesi*, Ankara: AÜEF Yayınları.
- Torkildsen G. (2005). *Recreation and leisure management*. (5th Ed.), London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Torkildsen G. (2010). *Sport and leisure management*. (6th Ed.), London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Tütüncü, Ö. (2008). Rekreasyon yönetimine yönelik üniversite düzeyinde bir müfredat geliştirme önerisi. *Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi*, 19(12), 93-103.
- Tütüncü, Ö. (2012). Rekreasyon ve rekreasyon terapisinin yaşam kalitesindeki rolü. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 23 (2), 248-252.
- Url-1 <<https://www.doktortakvimi.com/blog/bankart-lezyonu-ve-tedavisi>> erişim tarihi: 05.12.2020

- Uzun Dönmez, M. (2019). *Otizimli çocukların yaşam kalitesinde hippoterapinin etkisinin incelenmesi: terapatik rekreasyon uygulaması*. (Doktora tezi), Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çorum.
- Uzuner, M.E. (2016). *Serebral palsi lilerde aquaterapinin ince-kaba motor becerilerine ve yaşam kalitelerine etkisi*. (Yüksek lisans tezi). Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Vaillant, G. (2002). *Aging well, little brown and company*, Boston.
- Vega, L.R. de la & Toscano, W.N. (2018). *Handbook of leisure, physical activity, sports, recreation and quality of life*. Springer International Publishing. erişim tarihi: 25.11.2020, <https://doi.org/10.1007/978-3-319-75529-8>
- Vural, Ö. (2010). *Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi*, (Yüksek lisans tezi), Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Walker D. A. & Pearman D. (2009). Therapeutic recreation camps: an effective intervention for children and young people with chronic illness?, *Archives of Disease in Childhood*, 94 (5), 401-406.
- Watson A., Hilton D. & Hackett D. (2010). Therapeutic recreation camp to provide a residential experience for young people in transition to adult renal units, *Pediatric Nephrology*, 25 (4), 787-788.
- WHOQOL (Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü) Group (1998). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment, *Psychological Medicine*, 28(03), 551-558.
- Wilhite, B., Keller, M.J. & Caldwell, L. (1999). Optimizing lifelong health and well-being: a health enhancing model of therapeutic recreation, *Therapeutic Recreation Journal*, Second Quarter, 98-108.
- Wolin, P.M. & Tarbet, J.A. (1997). Rotator cuff injury: Addressing overhead overuse. *The Physician and Sports Medicine*, 25(6), 54-74.
- Wozencroft, A.J., Waller, S.N., Hayes, G.L., Brown L.Y (2012). Spirituality and the therapeutic recreation practitioner: Exploring the implications for practice and research, *Journal of the Christian Society for Kinesiology and Leisure Studies*, 2(1), 41-53.
- Wysham, N.G., Miriovsky, B.J, Currow, D.C., Li JEH, Samsa, G.P. & Wilcock, A. (2015). Practical dyspnea assessment: relationship between the 0 to 10 numerical ratings scale and the four-level categorical verbal descriptors scale of dyspnea intensity. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(4), 480-7.
- Yaman, M. & Arslan, S. (2009). Çocuk ve gençlik suçlarının önlenmesinde rekreatif sporlar, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 445-459.

- Yayla, Ö. & Güven, Y. (2019). Rekreasyon ve ekoloji. Ö. Yayla ve E. Karaçar (Edt.) *Rekreasyon yönetimi (Güncel Animasyon Uygulamaları)* (s.27-56). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yetim A. (2000). Sporun sosyal görünümü, *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*,5(1), 63-72.
- Yılgin, D. (2019). *Sportif Rekreatyonel Aktivitelere İlişkin Sağlık İnancı (Gaziantep Örneği)*. (Yüksek lisans tezi), Batman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Batman.
- Yüncü, Deniz, (2013). *Rekreasyon Yönetimi*, 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No:2855, Eskişehir.
- Zganec, A.B., Merkas, M., Sverko, I. (2011). Quality of life andleisureactivities: How do leisureactivitiescontributetosubjectivewell-being?.,*SocialIndicatorResearch*, 102, 81–91.
- Zorba, E. (2005). *Vücut yapısı ölçüm yöntemleri ve şişmanlıkla başa çıkma*, İstanbul: Morpa Yayıncılık.
- Zuckerman, J.D. &Rokito, A. (2011). Frozenshoulder: a consensusdefinition, *J ShoulderElbowSurg. Mar*, 20(2), 322-325.



## EKLER

### Ek 1: Terapatik Rekreasyon Etkinlik Planı

Aşağıda belirtilen günlük faaliyet raporları deney grubuna ait faaliyet raporlarıdır. Kontrol grubu normal bir fizik tedavi sürecinden başka ek bir faaliyette bulunmamıştır. Fizik tedavi sürecinde bir seans bir saattir. Bu bir saatin içerisinde fizyoterapistler fizik tedavi sürecinin içerisinde bulunan egzersiz yapma kısmında hastalara egzersiz önerilerinde bulunmuşlardır. Bu öneriler ışığında bu hareketleri uygulayıp uygulamama konusunda kontrol grubundaki hastalar özgürdür ve herhangi bir koçluk ve takip sürecine girilmemiştir. Buna karşın deney grubundaki hastalara araştırmacı tarafından kişisel koçluk yapılmış, rekreatif etkinliklerle yapılan egzersizler takip edilmiş ve bu etkinliklerle birlikte 1 seans süresi ortalama bir saat kırk beş dakikaya uzamıştır. Ayrıca deney grubunda bulunanların, normal yaşantılarından arta kalan serbest zamanlarında da uygulamaların yapılması için etkinliklerin takibi sağlanmıştır. Bu da tedavi dışında ek bir yöntem olarak çalışmaya dâhil edilmiştir. Detaylı bilgiler günlük rapor olarak aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

1.GÜN	PAZARTESİ	FİZİKTEDAVİ+TEORİK BİLGİLENDİRME	Hastalara uygulama çalışmaları teorik olarak anlatıldı. Rekreasyon ve terapik rekreasyon kavramları açıklandı. Çalışmanın amaç ve içeriği hakkında bilgi verildi.
2.GÜN	SALI	FİZİK TEDAVİ	Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler.
3.GÜN	ÇARŞAMBA	FİZİKTEDAVİ+HASTALARIN FİZİK TEDAVİ SÜREÇLERİ HAKKINDA TAKİP	Hastaların risk faktörleri dikkate alınarak rekreatif faaliyet ve egzersiz yapmaları fizyoterapist tarafından uygun görülmedi. Hastalara İlgi alanları sorulup hastalar ile araştırmacı arasında

			diyalog güçlendirmesi çalışmaları yapıldı.
4.GÜN	PERŞEMBE	FİZİK TEDAVİ	Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler
5.GÜN	CUMA	FİZİKTEDAVİ+ HASTALARIN FİZİK TEDAVİ SÜREÇLERİ HAKKINDA TAKİP	Hastaların risk faktörleri dikkate alınarak egzersiz yapmaları fizyoterapist tarafından uygun görülmedi. Bazı hastaların bir sonraki seansta hafif egzersizlere başlayaabilecekleri hakkında fizyoterapist uzman görüşü alındı ve hastalara faaliyetler gösterildi.
6.GÜN	CUMARTESİ	FİZİK TEDAVİ + MATERYAL TEMİNİ+ ONLİNE TAKİP	Hastalar Normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Hastalara çalışmada kullanılacak materyaller verildi. (Yo-yo oyun aleti vb.) Günlük yaşantılarında tedavi haricinde bu hareketleri yapmaları söylendi ve hareketler araştırmacının kendisini videoya çekmesi suretiyle kayıt edilip hastalara iletildi. Online Takibi yapıldı.
7.GÜN	PAZAR	UYGULAMA EVDE TAKİP	Deney Grubunun rekreatif egzersizleri ev ortamın da uygulamaları için online koçluk yapıldı.
8.GÜN	PAZARTESİ	FİZİKTEDAVİ+UYGULAMA	Fizik tedavi süreci sonrası egzersiz uygun görülen hastalara hafif egzersiz faaliyetleri olan 4-6-12 Numaralı rekreatif faaliyetler ve egzersizler uygulandı. Faaliyet hareketlerinin doğru yapılması için bire bir koçluk yapıldı.
9.GÜN	SALI	FİZİKTEDAVİ+ NORMAL ZAMANLARINDA TAKİP	Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Fizik tedavi uzmanı yatarak pasif egzersizler uyguladı. Rekreatif etkinliklerin evde iş yerinde boş zaman buldukça uygulamaları için hastalarla iletişime geçildi. Özellikle yo-yo oyun aletini yanlarında taşımaları istendi.
10.GÜN	ÇARŞAMBA	FİZİKTEDAVİ+UYGULAMA	Fizik tedavi sırasında

			<p>hastalara pasif egzersiz uygulaması yapıldı. (Pasif egzersiz fizyoterapi uzmanının hastalarının kolunu kendi eliyle hareket ettirerek egzersiz yaptırmasına denir.) Süreç sonrası deney grubunda ki tüm hastaların hafif egzersiz yapabilecekleri görüşü fizyoterapist uzmanı tarafından alındı. Hafif egzersiz faaliyetleri olan 4-6-12 Numaralı rekreatif faaliyetler ve egzersizler uygulandı. Faaliyet hareketlerinin doğru yapılması için bire bir koçluk yapıldı.</p>
11.GÜN	PERŞEMBE	FİZİKTEDAVİ	<p>Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Fizik tedavi uzmanı yatarak pasif egzersizler uyguladı. Rekreatif etkinliklerin evde iş yerinde boş zaman buldukça uygulamaları için hastalarla iletişime geçildi. Özellikle yo-yo oyun aletini yanlarında taşımaları istendi.</p>
12.GÜN	CUMA	FİZİKTEDAVİ+UYGULAMA	<p>Fizik tedavi sırasında hastalara pasif egzersiz uygulaması yapıldı. (Pasif egzersiz fizyoterapi uzmanının hastalarının kolunu kendi eliyle hareket ettirerek egzersiz yaptırmasına denir.) Süreç sonrası deney grubunda ki tüm hastaların hafif egzersiz yapabilecekleri görüşü fizyoterapist uzmanı tarafından alındı. Hafif egzersiz faaliyetleri olan 4-6-12 Numaralı rekreatif faaliyetler ve egzersizler boyun seviyesi altında uygulandı. Faaliyet hareketlerinin doğru yapılması için bire bir koçluk yapıldı.</p>
13.GÜN	CUMARTESİ	FİZİKTEDAVİ	<p>Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Fizik tedavi uzmanı yatarak pasif egzersizler</p>

			uyguladı. Rekreatif etkinliklerin evde iş yerinde boş zaman buldukça uygulamaları için hastalarla iletişime geçildi. Özellikle yo-yo oyun aletini yanlarında taşımaları istendi.
14.GÜN	PAZAR	UYGULAMA EVDE TAKİP	Deney Grubunun rekreatif egzersizleri ev ortamın da uygulamaları için online koçluk yapıldı. Hastalık durumları hakkında moral verme ve takip için telefon görüşmeleri gerçekleştirildi.
15.GÜN	PAZARTESİ	FİZİKTEDAVİ+UYGULAMA	Fizik tedavi sırasında hastalara pasif egzersiz uygulaması yapıldı. Süreç sonrası deney grubunda ki tüm hastaların biraz daha ileri seviye egzersiz yapabilecekleri görüşü uzman fizyoterapist tarafından alındı. 4-6- 9-11-12 Numaralı rekreatif faaliyetler ve egzersizler uygulandı. Faaliyet hareketlerinin doğru yapılması için bire bir koçluk yapıldı.
16.GÜN	SALI	FİZİKTEDAVİ	Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Fizik tedavi uzmanı yatarak pasif egzersizler uyguladı. Rekreatif etkinliklerin evde iş yerinde boş zaman buldukça uygulamaları için hastalarla iletişime geçildi. Özellikle yo-yo oyun aletini yanlarında taşımaları istendi.
17.GÜN	ÇARŞAMBA	FİZİKTEDAVİ+UYGULAMA	Fizik tedavi sırasında hastalara pasif egzersiz uygulaması yapıldı. Süreç sonrası deney grubunda ki tüm hastaların biraz daha ileri seviye egzersiz yapabilecekleri görüşü uzman fizyoterapist tarafından alındı. 4-6- 9-11-12 Numaralı rekreatif faaliyetler ve egzersizler uygulandı. Faaliyet hareketlerinin doğru yapılması için bire bir

			koçluk yapıldı. Hastalar tarafında özellikle yo-yo oyun aletinin uygulamasının çok iyi hissettirdiği uygulamasının kolay ve zevkli olduğunun ve sık sık çalıştıkları görüşünü aldım.
18.GÜN	PERŞEMBE	FİZİKTEDAVİ	Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Fizik tedavi uzmanı yatarak pasif egzersizler uyguladı. Rekreatif etkinliklerin evde iş yerinde boş zaman buldukça uygulamaları için hastalarla iletişime geçildi. Özellikle yo-yo oyun aletini yanlarında taşımaları istendi.
19.GÜN	CUMA	FİZİKTEDAVİ+UYGULAMA	Fizik tedavi sırasında hastalara pasif egzersiz uygulaması yapıldı. Süreç sonrası deney grubunda ki tüm hastaların belirtilen tüm egzersizleri yapmasında bir sakınca olmadığı görüşü alındı. Tüm faaliyetler aktif bir parkur haline getirilip yarışmalar yaptırıldı. Müzik eşliğinde eğlenceli anlarla parkur faaliyetleri uygulandı. Faaliyet hareketlerinin doğru yapılması için bire bir koçluk yapıldı.
20.GÜN	CUMARTESİ	FİZİKTEDAVİ	Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Fizik tedavi uzmanı yatarak pasif egzersizler uyguladı. Rekreatif etkinliklerin evde iş yerinde boş zaman buldukça uygulamaları için hastalarla iletişime geçildi. Özellikle yo-yo oyun aletini yanlarında taşımaları istendi.
21.GÜN	PAZAR	UYGULAMA EVDE TAKİP	Deney Grubunun rekreatif egzersizleri ev ortamın da uygulamaları için online koçluk yapıldı.
22.GÜN	PAZARTESİ	FİZİKTEDAVİ+UYGULAMA	Fizik tedavi sırasında hastalara pasif egzersiz uygulaması yapıldı. Süreç sonrası deney grubunda ki tüm hastaların belirtilen

			tüm egzersizleri yapmasında bir sakınca olmadığı görüşü alındı. Tüm faaliyetler aktif bir parkur haline getirilip yarışmalar yaptırıldı. Müzik eşliğinde eğlenceli anlarla parkur faaliyetleri uygulandı. 12 Numaralı faaliyetle oyun havası oynandı. Faaliyet hareketlerinin doğru yapılması için bire bir koçluk yapıldı.
23.GÜN	SALI	FİZİKTEDAVİ	Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Fizik tedavi uzmanı yatarak pasif egzersizler uyguladı. Rekreatif etkinliklerin evde iş yerinde boş zaman buldukça uygulamaları için hastalarla iletişime geçildi. Özellikle yo-yo oyun aletini yanlarında taşımaları istendi.
24.GÜN	ÇARŞAMBA	FİZİKTEDAVİ+UYGULAMA	Fizik tedavi sırasında hastalara pasif egzersiz uygulaması yapıldı. Süreç sonrası deney grubunda ki tüm hastaların belirtilen tüm egzersizleri yapmasında bir sakınca olmadığı görüşü alındı. Tüm faaliyetler aktif bir parkur haline getirilip yarışmalar yaptırıldı. Müzik eşliğinde eğlenceli anlarla parkur faaliyetleri uygulandı. Daha sonrasında tek tek uygulamalar tekrarlanıp yapıldı. Faaliyet hareketlerinin doğru yapılması için bire bir koçluk yapıldı.
25.GÜN	PERŞEMBE	FİZİKTEDAVİ	Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Fizik tedavi uzmanı yatarak pasif egzersizler uyguladı. Rekreatif etkinliklerin evde iş yerinde boş zaman buldukça uygulamaları için hastalarla iletişime geçildi. Özellikle yo-yo oyun aletini yanlarında taşımaları istendi.

26.GÜN	CUMA	FİZİKTEDAVİ+UYGULAMA	Fizik tedavi sırasında hastalara pasif egzersiz uygulaması yapıldı. Süreç sonrası deney grubunda ki tüm hastaların belirtilen tüm egzersizleri yapmasında bir sakınca olmadığı görüşü alındı. Tüm faaliyetler aktif bir parkur haline getirilip yarışmalar yaptırıldı. Müzik eşliğinde eğlenceli anlarla parkur faaliyetleri uygulandı. Daha sonrasında tek tek uygulamalar tekrarlanıp yapıldı. Faaliyet hareketlerinin doğru yapılması için bire bir koçluk yapıldı.
27.GÜN	CUMARTESİ	FİZİKTEDAVİ	Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Fizik tedavi uzmanı yatarak pasif egzersizler uyguladı. Rekreatif etkinliklerin evde iş yerinde boş zaman buldukça uygulamaları için hastalarla iletişime geçildi. Özellikle yo-yo oyun aletini yanlarında taşımaları istendi.
28.GÜN	PAZAR	UYGULAMA EVDE TAKİP	Deney Grubunun rekreatif egzersizleri ev ortamın da uygulamaları için online koçluk yapıldı.
29.GÜN	PAZARTESİ	FİZİKTEDAVİ+UYGULAMA	Fizik tedavi sırasında hastalara pasif egzersiz uygulaması yapıldı. Süreç sonrası deney grubunda ki tüm hastaların belirtilen tüm egzersizleri yapmasında bir sakınca olmadığı görüşü alındı. Aktivitelerin şiddeti kişisel farklılıklar göz önünde bulundurularak artırıldı. Tüm faaliyetler aktif bir parkur haline getirilip yarışmalar yaptırıldı. Müzik eşliğinde eğlenceli anlarla parkur faaliyetleri uygulandı. Daha sonrasında tek tek uygulamalar tekrarlanıp yapıldı. Faaliyet hareketlerinin doğru yapılması için bire bir koçluk yapıldı.

30.GÜN	SALI	FİZİKTEDAVİ	Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Fizik tedavi uzmanı yatarak pasif egzersizler uyguladı. Rekreatif etkinliklerin evde iş yerinde boş zaman buldukça uygulamaları için hastalarla iletişime geçildi. Özellikle yo-yo oyun aletini yanlarında taşımaları istendi.
31.GÜN	ÇARŞAMBA	FİZİKTEDAVİ+UYGULAMA	Fizik tedavi sırasında hastalara pasif egzersiz uygulaması yapıldı. Süreç sonrası deney grubunda ki tüm hastaların belirtilen tüm egzersizleri yapmasında bir sakınca olmadığı görüşü alındı. Aktivitelerin şiddeti kişisel farklılıklar göz önünde bulundurularak artırıldı. Tüm faaliyetler aktif bir parkur haline getirilip yarışmalar yaptırıldı. Müzik eşliğinde eğlenceli anlarla parkur faaliyetleri uygulandı. Daha sonrasında tek tek uygulamalar tekrarlanıp yapıldı. Faaliyet hareketlerinin doğru yapılması için bire bir koçluk yapıldı.
32.GÜN	PERŞEMBE	FİZİKTEDAVİ	Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Fizik tedavi uzmanı yatarak pasif egzersizler uyguladı. Rekreatifetkinliklerin evde iş yerinde boş zaman buldukça uygulamaları için hastalarla iletişime geçildi. Özellikle yo-yo oyun aletini yanlarında taşımaları istendi.
33.GÜN	CUMA	FİZİKTEDAVİ+UYGULAMA	Fizik tedavi sırasında hastalara pasif egzersiz uygulaması yapıldı. Süreç sonrası deney grubunda ki tüm hastaların belirtilen tüm egzersizleri yapmasında bir sakınca olmadığı görüşü alındı. Aktivitelerin şiddeti kişisel farklılıklar göz önünde bulundurularak artırıldı. Tüm faaliyetler aktif bir



			parkur haline getirilip yarışmalar yaptırıldı. Müzik eşliğinde eğlenceli anlarla parkur faaliyetleri uygulandı. Daha sonrasında tek tek uygulamalar tekrarlanıp yapıldı. Faaliyet hareketlerinin doğru yapılması için bire bir koçluk yapıldı.
34.GÜN	CUMARTESİ	FİZİKTEDAVİ	Hastalar normal fizik tedavi sürecine devam ettiler. Fizik tedavi uzmanı yatarak pasif egzersizler uyguladı. Rekreatif etkinliklerin evde iş yerinde boş zaman buldukça uygulamaları için hastalarla iletişime geçildi. Özellikle yo-yo oyun aletini yanlarında taşımaları istendi. Eklem Hareket Açıklığı Ölçümleri alındı. Hastalara tekrar anketler dağıtıldı ve 35.gün de doldurmaları istendi.
35.GÜN	PAZAR	UYGULAMA EVDE TAKİP	Telefon görüşmesi yapıldı. Son olarak ev ortamında faaliyetler yapmalarını ve sonrasında anketleri doldurmaları istendi.

## Ek 2: DASH (Kol, Omuz ve El Sorunları Anketi)

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Bu anket bazı bedensel etkinlikleri yerine getirmenizin yanı sıra hastalık belirtilerinizi sormaktadır. Her soruyu son haftadaki durumunuzu göz önüne alarak uygun numarayı yuvarlak içine almak suretiyle cevaplayınız. Son hafta içinde bedensel etkinlikte bulunma fırsatınız olmadıysa lütfen hangi cevabın en doğru olacağına göre en iyi tahmininizi yapınız. Hangi el veya kolunuzun yaralandığını dikkate almadan sadece bedensel etkinliği yapabilmeye becerinize göre uygun cevabı verin.

Lütfen son hafta içindeki aşağıdaki etkinlikleri yapma yeteneğinizi uygun cevabın altındaki numarayı daire içine alarak ıralayınız.

	Zorluk yok	Hafif Derecede Zorluk	Orta Derecede Zorluk	Aşırı Zorluk	Hiç Yapamama
1- Sıkı kapatılmış ya da yeni bir kavanozu açmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Yazı yazmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Anahtarı çevirmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Yemek hazırlamak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Zor açılan bir kapıyı iterek açma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Yukarıdaki bir rafa bir şey yerleştirmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Ağır ev işleri yapmak (duvar, yer silmek, tamlat yapmak vs.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Bağ bahçe işleri yapmak, odun kesmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Yatak yapmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Alışveriş çantası ya da evrak çantası taşımak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Ağır bir cisim taşımak (4,5 kg' den fazla.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Yukarıdaki bir ampulü değiştirmek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Saçları yıkamak veya kurulamak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Sirtını yıkamak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Kazak giymek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Yiyecekleri kesmek için bıçak kullanmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Az çaba gerektiren eğlendirici işler (iskambil oynamak, örgü örmek vs.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Kolunuzdan, omuzunuzdan veya elinizden güç aldığınız veya darbe vurduğunuz eğlenceye yönelik etkinlikler (tintinizde yerde bulunan bir konserve kutusu veya küçük bir taş iki elinizde kavradığınız bir sopayla yandan vurma, tenis oynamak, masa tenisi oynamak )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Kolunuzu serbestçe hareket ettirdiğiniz eğlendirici işler (suda taş seklime, meyve tavlama, çelik çomak oynama )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Ulaşım ihtiyaçlarını kendi başına qiderebilmek (bir yerden başka bir yere gitmek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Cinsel faaliyetler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Engel yok	Az engel	Orta derecede	Bir hayli	Aşırı
22 - Son hafta süresince kol omuz ya da el probleminiz aile arkadaşlar, komşular veya gruplarla normal sosyal etkinliklerinize ne ölçüde engel oldu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hiç kısıtlanmadım	Hafif	Orta	Çok	Hiç bir şey yapamıyorum
22 - Son hafta süresince kol omuz ya da el sorununuz nedeniyle işinizde ya da diğer günlük etkinliklerde kısıtlandınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yok	Hafif	Orta	Bir hayli	Aşırı
24- El, omuz ya da kol ağrınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- Herhangi belirli bir iş yaptığınızda el, omuz ya da kol ağrınız	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26- El, omuz ya da kolunuzdaki karıncalanma(iğnelenme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27- El, omuz ya da kolunuzdaki güçsüzlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28- El, omuz ya da kolunuzdaki hareket zorluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zorluk yok	Hafif Derecede Zorlandım	Orta Derecede Zorlandım	Aşırı Zorluk Çektim	Hiç Uyumadım
29- Geçen hafta içinde el, omuz ya da kol ağrınız nedeniyle uyumakta ne kadar zorlandınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kesinlikle Hayır	Kabilmıyorum	Kararsızım	Aşırı Zorluk Çektim	Kesinlikle Evet
30- Kol, omuz veya el probleminizden dolayı kendimi daha az yeterli, daha az yararlı hissediyor veya kendime daha az güveniyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hudak PL, Amadio PC, Bombardier (1995) C.Am J Int Med. 1996 Jun;29(5):602-8

$$\text{Quick Dash Disability / Semptom Skoru} = \left[ \left( \frac{\text{İşaretlenen maddelerin toplam puanı}}{\text{İşaretli madde sayısı}} \right) - 1 \right] \times 25$$

Eğer birden fazla cevaplanmamış soru varsa Quick DASH skoru hesaplanmamalıdır.

### Ek 3: Eklem Hareket Açıklığı Ölçümü

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Omuz	Sağ	Sol
Fleksiyon / Ekstansiyon		
(180° / 45°)	Pasif	Aktif
Abduksiyon / Adduksiyon		
(180° / 45°)	Pasif	Aktif
İç rotasyon / Dış rotasyon		
(90° / 90°)	Pasif	Aktif

Dirsek	Sağ	Sol
Fleksiyon / Ekstansiyon		
(135° / 0°)	Pasif	Aktif
Pronasyon / Supinasyon		
(90° / 90°)	Pasif	Aktif

El Bileği	Sağ	Sol
Fleksiyon / Ekstansiyon		
(80° / 70°)	Pasif	Aktif
Ulnar / Radial deviasyon		
(30° / 20°)	Pasif	Aktif

Baş parmak	Sağ	Sol
MKF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(50° / 0°)	Pasif	Aktif
İF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(90° / 20°)	Pasif	Aktif
Abduksiyon / Adduksiyon		
(70° / 0°)	Pasif	Aktif

2. parmak	Sağ	Sol
MKF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(90° / 45°)	Pasif	Aktif
PIF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(100° / 0°)	Pasif	Aktif
DIF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(90° / 10°)	Pasif	Aktif

3. parmak	Sağ	Sol
MKF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(90° / 45°)	Pasif	Aktif
PIF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(100° / 0°)	Pasif	Aktif
DIF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(90° / 10°)	Pasif	Aktif

4. parmak	Sağ	Sol
MKF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(90° / 45°)	Pasif	Aktif
PIF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(100° / 0°)	Pasif	Aktif
DIF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(90° / 10°)	Pasif	Aktif

5. parmak	Sağ	Sol
MKF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(90° / 45°)	Pasif	Aktif
PIF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(100° / 0°)	Pasif	Aktif
DIF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(90° / 10°)	Pasif	Aktif

Boyun	Ölçüm
Fleksiyon / Ekstansiyon	
(50° / 60°)	Pasif Aktif
Sağ / Sol Rotasyon	
(80° / 80°)	Pasif Aktif
Sağ / Sol Lateral Fleksiyon	
(45° / 45°)	Pasif Aktif

Bel	Ölçüm
Fleksiyon / Ekstansiyon	
(60° / 25°)	Pasif Aktif
Sağ / Sol Lateral Fleksiyon	
(25° / 25°)	Pasif Aktif

Kalça	Sağ	Sol
Fleksiyon / Ekstansiyon		
(120° / -30°)	Pasif Aktif	
Abduksiyon / Adduksiyon		
(30-50° / 20°)	Pasif Aktif	
İç rotasyon / Dış rotasyon		
(30-40° / 40-50°)	Pasif Aktif	

Diz	Sağ	Sol
Fleksiyon / Ekstansiyon		
(135° / 0°)	Pasif Aktif	

Ayak Bileği	Sağ	Sol
Dorso / Plantar Fleksiyon		
(20° / 50°)	Pasif Aktif	

Ayak – Ayak Bileği	Sağ	Sol
Everksiyon / İnversiyon		
(15° / 35°)	Pasif Aktif	

Ayak baş parmağı	Sağ	Sol
MTF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(50° / 80°)	Pasif Aktif	

IF Fleksiyon / Ekstansiyon	Sağ	Sol
(80° / 10°)	Pasif Aktif	

... ayak parmağı	Sağ	Sol
MTF Fleksiyon / Ekstansiyon		
(80° / 90°)	Pasif Aktif	

PIF Fleksiyon / Ekstansiyon	Sağ	Sol
(90° / 0°)	Pasif Aktif	

DIF Fleksiyon / Ekstansiyon	Sağ	Sol
(30° / 10°)	Pasif Aktif	

**Ek 4: WHOQOL-BREF (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)**

Hastanın Adı Soyadı: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtı işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın	Doğum tarihiniz nedir?
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?	Medeni durumunuz nedir?		
<input type="checkbox"/> Hiç Eğitim Almadım	<input type="checkbox"/> İlkokul-Ortaokul	<input type="checkbox"/> Hiç Evlenmemiş	<input type="checkbox"/> Evli Gibi Yaşıyor
<input type="checkbox"/> Lise Veya Eşdeğeri	<input type="checkbox"/> Üniversite	<input type="checkbox"/> Boşanmış	<input type="checkbox"/> Eşi Yaşamıyor
Şu anda bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa; Sızce bu nedir? _____ (hastalık/sorun)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü <input type="checkbox"/> 1	Biraz kötü <input type="checkbox"/> 2	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/> 3	Oldukça iyi <input type="checkbox"/> 4	Çok iyi <input type="checkbox"/> 5
2 G4	Sağlığınızdaki ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/> 1	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/> 2	Ne hoşnut, ne de değil <input type="checkbox"/> 3	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/> 4	Çok hoşnut <input type="checkbox"/> 5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç <input type="checkbox"/> 5	Çok az <input type="checkbox"/> 4	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 2	Aşırı derecede <input type="checkbox"/> 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6 F4.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Son derecede <input type="checkbox"/> 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Tamamen <input type="checkbox"/> 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Biraz kötü <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Oldukça iyi <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Çok iyi <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
16 F13.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Ne hoşnut, ne de değil <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Çok hoşnut <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	Nadiren <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Ara sıra <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Çoğunlukla <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Her zaman <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Çok az <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Orta derecede <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Çokça <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Aşırı derecede <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?  Evet  Hayır Bu formun doldurulması ne kadar sürdü? .....

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558

Skorlama Yönergesi	
Alt Parametre	Oluşturan sorular
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı
Sosyal ilişkiler	20,21,22. Soruların toplamı
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı

Bu şekilde elde edilen skorlar "ham" skordur. Yüzdellik sisteme değiştirmek için gerekli olan formül;

$$\frac{(\text{Hastanın ham skoru}) - (\text{o alt parametreye ait olabilecek en düşük skor})}{\text{o alt parametrenin skor aralığı}} \times 100$$

Örnek: Fiziksel sağlık alt parametresini ele alalım; toplam 7 madde var. Hastanın skor toplamı 30 olsun  

$$\frac{(30-7)}{(35-7)} \times 100 = \frac{23}{28} \times 100 = \%82,14$$

## Ek 5: Ağrı Şiddeti Ölçeği

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

Hiç ağrı olmaması

En dayanılmaz ağrı





## Ek 6: Etik Kurul Raporu

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.06.2021-E.12930



T.C.  
SAKARYA UYGULAMALI BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Etik Kurulu

Sayı : E-26428519-044-12930  
Konu : Etik Kurul İzni

03.06.2021

### LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Etik Kurulunun **03/06/2021** tarih ve **11 no**'lu toplantısında almış olduğu ikinci maddesine (**madde 2**) ilişkin karar örneği aşağıda sunulmuştur.  
Bilgilerinize gereğini rica ederim.

**Madde 02** – Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün **20/05/2021** tarihli ve **100/11967** sayılı Etik Kurul İzni konulu yazısı yazısı ve eki görüşmeye açıldı.

**Rekreasyon Enstitü Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Muhammet Hanzale TERLEMEZ** 'in, **Dr. Öğretim Üyesi İpek EROĞLU KOLAYIŞ** danışmanlığında hazırladığı "**Omuz Bölgesinde Geçici Fiziksel Yetersizliği Olan Bireylere Uygulanacak Rekreatif Faaliyetleri Yaşam Kalitelerine ve Tedavi Sürecine Etkisi**" konulu çalışmasının Etik açıdan **uygun olduğuna** oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof.Dr. Yusuf ÇAY  
Etik Kurulu Başkanı

Ek: Başvuru dilekçesi ve ekleri ( 42 sayfa )

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. [

Doğrulama Kodu :BSC4YUK0NP Pin Kodu :79882

Belge Takip Adresi :  
[https://ebys.subu.edu.tr/enVision/Validate\\_Doc.aspx?eD=BSC4YUK0NP&eS=12930](https://ebys.subu.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?eD=BSC4YUK0NP&eS=12930)

Adres:Etik Kurulu  
Telefon No:0 264 616 00 09 Faks No:0 264 616 00 14  
e-Posta:etik@subu.edu.tr Elektronik Ağ:www.subu.edu.tr  
Kep Adresi:sakaryauygulamalibilimler@hs01.kep.tr

Bilgi için: Şeyda Atay  
Unvan: Birim Evrak Sorumlusu



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.