

T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLARDA ÇALIŞAN FİZYOTERAPİSTLERİN  
ÇOCUK SEVME DÜZEYİNİN ÇOCUKLARIN TERAPİYE KATILIM  
MOTİVASYONU ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Resul YAZAR

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı  
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programı

Şubat 2020

T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLARDA ÇALIŞAN  
FİZYOTERAPİSTLERİN ÇOCUK SEVME DÜZEYİNİN ÇOCUKLARIN  
TERAPİYE KATILIM MOTİVASYONU ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Resul YAZAR

(Y1616.040017)

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim  
Dalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Türker KARANCI

Şubat 2020



## **YEMİN METNİ**

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Özel Gereksinimli Çocuklarda Çalışan Fizyoterapistlerin Çocuk Sevme Düzeyinin Çocukların Terapiye Katılım Motivasyonu Üzerine Etkisinin İncelenmesi” adlı tez çalışmasının proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (26/02/2020)

**Resul YAZAR**

*Bu tez çalışmasını, aileme ithaf ediyorum...*

## ÖNSÖZ

Değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Türker KARANCI'ya,

Eğitim hayatıma değerli katkıları olan, öğrencisi olmaktan onur duyduğum saygıdeğer İstanbul Aydın Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü değerli bölüm başkanımız Prof. Dr. Hanife Gül TAŞKIRAN'a,

Değerli bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan, lisansüstü eğitimime büyük katkıları olan, sayın Dr. Öğr. Üyesi Hamiyet YÜCE'ye

Gönüllü olarak tezime katılan değerli meslektaşlarıma ve özel çocuklara,

Birlikte geçirdiğimiz hem eğitim döneminde hem de özel yaşamda bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, başım her sıkıştığında yardımına koşan kardeşim Fzt. Elçin AKYÜREK'e,

Beni yetiştiren, cesaretlendiren, eğitim hayatım boyunca benimle yorulan aileme,

Sevgisini, anlayışını benden esirgemeyen, beni hep destekleyen hayatımı güzelleştiren sevgili eşim Fzt. Esma YAZAR'a

Ve bana nefes olan, kızım, biricik Elif'ime,

en içten duygularına teşekkür ederim...

**ŞUBAT 2020**

**Resul YAZAR**

---

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR.....	xii
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Çalışmanın Konusu.....	2
1.2. Çalışmanın Amacı.....	2
1.3. Çalışmanın Önemi.....	2
<b>2. GENELBİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Özel Eğitime Gereksinimi Olan Çocuklar.....	3
2.2. Özel Gereksinimi Olan Çocukların Sınıflandırılması.....	3
2.3.Özel Gereksinimli Çocuklarda Fizyoterapi ve Rehabilitasyonun Rolü.....	5
2.4. Özel Gereksinimli Çocuğun Eğitiminde Motivasyonun Rolü.....	10
2.5. Özel Gereksinimli Çocuklarda Motivasyonu Etkileyen Faktörler.....	14

<b>3. YÖNTEM</b> .....	16
3.1. Olgular.....	16
3.1.2. Örneklem büyüklüğü .....	17
3.2. Değerlendirme.....	18
3.2.1. Sosyodemografik bilgi formu .....	19
3.2.2. Pediatrik motivasyon ölçeği.....	19
3.2.3. Barnett çocuk sevme ölçeği.....	19
3.2.4 Kaba motor fonksiyon sınıflama.....	20
3.3 İstatistiksel Analiz.....	20
<b>4. BULGULAR</b> .....	21
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	36
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	41
<b>KAYNAKLAR</b> .....	43
<b>EKLER</b> .....	51



## ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

<b>Çizelge 1 :</b> Fizyoterapistlerin cinsiyetine göre dağılımı.....	21
<b>Çizelge 2 :</b> Fizyoterapistlerin yaş ortalaması.....	21
<b>Çizelge 3 :</b> Fizyoterapistlerin ortalama çalışma süresi (ay).....	21
<b>Çizelge 4 :</b> Fizyoterapistlerin medeni durumlarına göre dağılımı.....	22
<b>Çizelge 5 :</b> Fizyoterapistlerin eğitim durumuna göre dağılımı.....	22
<b>Çizelge 6:</b> Hastaların cinsiyetine göre dağılımı.....	23
<b>Çizelge 7 :</b> Hastaların yaş ortalaması.....	23
<b>Çizelge 8 :</b> Hastaların teşhise göre dağılımı.....	24
<b>Çizelge 9 :</b> Hastaların ortalama tedavi süresi (ay).....	25
<b>Çizelge 10 :</b> Hastaların kaba motor değerlendirme sonuçlarına göre dağılımı.....	25
<b>Çizelge 11 :</b> Çocuk sevme ölçeğinden elde edilen ortalama puanlar.....	26
<b>Çizelge 12 :</b> Fizyoterapistin cinsiyetine göre çocuk sevme düzeylerinin karşılaştırılması.....	26
<b>Çizelge 13:</b> Fizyoterapistin yaşı ile çocuk sevme düzeyi arasındaki ilişki.....	26
<b>Çizelge 14:</b> Fizyoterapistin çalışma süresi ile çocuk sevme düzeyi arasındaki ilişki.....	27
<b>Çizelge 15:</b> Fizyoterapistin medeni durumuna göre çocuk sevme düzeylerinin karşılaştırılması.....	27
<b>Çizelge 16:</b> Fizyoterapistin eğitim düzeyine göre çocuk sevme düzeylerinin karşılaştırılması.....	28
<b>Çizelge 17:</b> Hastanın cinsiyetine göre fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin karşılaştırılması.....	28
<b>Çizelge 18:</b> Hastanın yaşı ile fizyoterapistin çocuk sevme düzeyi arasındaki ilişki.....	29

<b>Çizelge 19:</b> Hastanın tedavi süresi ile fizyoterapistin çocuk sevme düzeyi arasındaki ilişki.....	29
<b>Çizelge 20:</b> Kaba motor değerlendirmeye göre fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin karşılaştırılması.....	30
<b>Çizelge 21:</b> Pediatrik motivasyon ölçeğinden elde edilen ortalama puanlar.....	31
<b>Çizelge 22:</b> Fizyoterapistin cinsiyetine göre pediatrik motivasyon düzeylerinin karşılaştırılması.....	31
<b>Çizelge 23:</b> Fizyoterapistin yaşı ile pediatrik motivasyon düzeyi arasındaki ilişki.....	32
<b>Çizelge 24:</b> Fizyoterapistin çalışma süresi ile pediatrik motivasyon düzeyi arasındaki ilişki.....	32
<b>Çizelge 25:</b> Fizyoterapistin medeni durumuna göre pediatrik motivasyon düzeylerinin karşılaştırılması.....	32
<b>Çizelge 26:</b> Fizyoterapistin eğitim düzeyine göre pediatrik motivasyon düzeylerinin karşılaştırılması.....	32
<b>Çizelge 27:</b> Hastanın cinsiyetine göre pediatrik motivasyon düzeylerinin karşılaştırılması.....	33
<b>Çizelge 28:</b> Hastanın yaşı ile pediatrik motivasyon düzeyi arasındaki ilişki.....	33
<b>Çizelge 29:</b> Hastanın tedavi süresi ile pediatrik motivasyon düzeyi arasındaki ilişki.....	34
<b>Çizelge 30:</b> Kaba motor değerlendirmeye göre pediatrik motivasyon düzeylerinin karşılaştırılması.....	34
<b>Çizelge 31:</b> Çocuk sevme düzeyi ile pediatrik motivasyon düzeyi arasındaki ilişki.....	35

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

<b>Şekil 1</b> : Çalışma diyagramı .....	18
--	----

## **KISALTMALAR**

- ÖG** : Özel gereksinimli
- NG** : Normal gelişim
- GG** : Gelişimsel geriliği olan
- OSB** : Otizm spektrum bozukluğu
- PMÖ** : Pediatrik Motivasyon Ölçeği
- KMFSS** : Kaba Motor Foksiyon Sınıflama Sistemi
- MEB** : Milli Eğitim Bakanlığı
- RAM** : Rehberlik Araştırma Merkezi
- SPSS** : Statistical Package for Social Sciences

**ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLARDA ÇALIŞAN FİZYOTERAPİSTLERİN  
ÇOCUK SEVME DÜZEYİNİN ÇOCUKLARIN TERAPİYE KATILIM  
MOTİVASYONU ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**ÖZET**

Çalışmamızın amacı, özel gereksinimli çocuklar ile çalışan fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeyinin çocukların terapiye katılım motivasyonu üzerine etkisinin incelenmesidir.

Çalışmaya Ağustos-Eylül ayları arasında toplamda 138 özel gereksinimli çocuk ve 138 fizyoterapist alındı. Dahil edilen olgular İstanbul ili içerisinde kronik engelli çocuklarla çalışan fizyoterapistlerin çalıştığı özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri ve tıp merkezlerinden seçildi. Çalışmaya katılacak olan özel gereksinimli çocukların yaş, cinsiyet gibi demografik verileri ve kaba motor fonksiyon sınıflandırma sistemine (KMFSS) göre engel düzeyleri kaydedildi. Çocukların seans sırasındaki motivasyon seviyeleri ise seans sonunda yapılan olan Pediatrik Motivasyon Ölçeği ile değerlendirildi. Fizyoterapistlerin yaş, cinsiyet, meslek yılı, çalıştığı yer gibi demografik özellikleri kaydedildi ve çocuk sevme düzeyleri Bennett Çocuk Sevme Ölçeği ile değerlendirildi. Çalışmanın veri analizinde SPSS20.0 istatistik programı kullanıldı,  $p \leq 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Elde edilen bulgulara göre, fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeyi ile çocuğun terapiye katılma motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunurken kadın fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin erkek fizyoterapistlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu ve fizyoterapistlerin yaşı arttıkça çocuk sevme düzeylerinin anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır ( $p \leq 0,001$ ). Ayrıca fizyoterapistlerin çalışma süresi ile çocuk sevme düzeyleri arasında negatif korelasyon bulunmaktadır ( $p \leq 0,001$ ).

Sonuç olarak fizyoterapistin çocuk sevme düzeyi ile çocuğun terapiye katılma motivasyonu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** *Fizyoterapist, motivasyon, fonksiyon, serebral palsi, kaba motor fonksiyon*

**INVESTIGATION OF THE EFFECT OF PHYSIOTHERAPISTS WORKING IN  
CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS ON CHILDREN'S MOTIVATION OF  
PARTICIPATION IN THERAPY**

**ABSTRACT**

The aim of our study is to investigate the effect of physiotherapists working with children with special needs on the motivation of children to participate in therapy.

138 children with special needs and 138 physiotherapists were included in the study between August and September. The subjects included in the study were selected from special education centers and medical centers where physiotherapists working with chronic disabled children were working in Istanbul. Demographic data such as age and gender of the children with special needs and the level of disability according to gross motor function classification system were recorded. The motivation levels of the children during the session were evaluated with the Pediatric Motivation Scale. The demographic characteristics of the physiotherapists such as age, gender, occupational year and place of work were recorded. Child liking levels were evaluated with Bernett Child Love Scale. SPSS20.0 statistical program was used in the data analysis of the study,  $p \leq 0.05$  was considered statistically significant.

According to the findings, a significant relationship was found between physiotherapists' love of child and motivation of child to participate in therapy. It was found that the level of child loving of female physiotherapists was significantly higher than that of male physiotherapists, and the level of child loving decreased significantly as the age of physiotherapists increased ( $p \leq 0,001$ ). There is also a negative correlation between the duration of the work of the physiotherapists and the level of child love ( $p \leq 0,001$ ).

As a result, there is a positive relationship between physiotherapist's love of child and motivation of child to participate in therapy.

**Keywords:** physiotherapist, motivation, function, cerebral palsy, gross motor func

## 1. GİRİŞ

Özel gereksinimli çocuk, yaşlılarından fiziksel ya da öğrenme özellikleri bakımından farklılık göstermesi sebebi ile bireyselleştirilmiş özel eğitim hizmetleri ve / veya fizik tedavi ve rehabilitasyon programlarına alınması gereken çocuk olarak tanımlanmaktadır (Heward, 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) insanın işlevselliği ve yeti yitimini çok boyutlu olarak sınıflandıran, İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF) olarak bilinen bir sisteme geçmiştir. Bu sınıflandırmaya göre (fonksiyonellik, engellilik ve sağlık sınıflandırmasına göre) kişilerin sağlık durumları çevresel ve kişisel faktörlerden etkilenmektedir. Bu kişisel faktörler kişinin yaş, cinsiyet sosyoekonomik statü gibi sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra kişi tarafından modifiye edilebilen yaşam tarzı, alışkanlıklar, deneyimler ve motivasyondan da etkilenir (Majnemer, 2010). Motivasyon, özel gereksinimli çocukların fonksiyonlarını etkileyen önemli bir kişisel faktördür. Motivasyon bireyin becerilerini attırmaya teşvik eden içsel bir psikolojik güç olarak tanımlanır ve enstrumental ile dışavurumsal bileşenlerden oluşur. Enstrumental bileşen daha çok kaba ve ince motor aktiviteler gibi fiziksel özellikleri veya sosyalleşme ve problem çözme gibi psikolojik çaba gerektiren becerilerde ustalaşma konusundaki ısrardır. Dışa vurumsal komponent ise kişinin beceride ustalaşırkenki aldığı zevk miktarı veya görevin yerine getirilememesindeki olumsuz tepkileri içerir (Morgan, 1995).

Majnemer ve arkadaşlarının özel gereksinimli çocuklarda yaptığı araştırmaya göre ailenin gelir düzeyinin yüksek olması, çocuğun yüksek IQ ve kaba motor fonksiyon seviyesi ile öz bakım, iletişim sosyalleşme, davranış adaptasyonunda az aktivite limitasyonuna sahip olması motivasyon ile pozitif korelasyon göstermektedir (Majnemer, 2010).

eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bu eğilim çocukların motivasyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Barlett, 2015). Var olan düşük motivasyon özel gereksinimli çocukların geçmiş deneyimleri, yaşadıkları fiziksel ve çevresel zorluklar veya başarısızlık korkularıyla ilişkilidir. Hem tedavi ortamında hem de gerçek yaşamda aktivitelerin gerçekleştirilmesindeki motivasyon eksikliği, çocuğun ilgili etkinliklere ulaşmasını ve yaşam rollerine katılımını sınırlayabilir. Gelişimsel yetersizliği olan çocuklar için düşük motivasyon, anlamlı aktiviteleri pratik etmenin ve öğrenmenin önündeki kritik bir engel olabilir (Majnemer, 2010).

Pediyatrik rehabilitasyon süresince fizyoterapist tarafından sağlanan motivasyon bu yüzden kritik önem taşımaktadır (Morgan,1995). Biz de çalışmamızda özel gereksinimli çocuklardaki terapiye katılım motivasyonunun fizyoterapistin çocuk sevme düzeyi ile korelasyonunu incelemeyi amaçladık.

### **1.1. Çalışmanın Konusu**

Özel gereksinimli çocuklarda çalışan fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeyinin çocukların terapiye katılım motivasyonu üzerine etkisinin incelenmesi

### **1.2. Çalışmanın Amacı**

Özel gereksinimli çocuklarda çalışan fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeyinin çocukların terapiye katılım motivasyonu üzerine etkisinin incelemektir.

### **1.3. Çalışmanın Önemi**

Çalışmamızın üstün yönü özel gereksinimli çocuklarda çalışan fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeyinin çocukların terapiye katılım motivasyonu üzerine etkisini inceleyen ilk çalışma olmasıdır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Özel Gereksinimi Olan Çocuklar**

Özel gereksinimi olan çocuklar, kronik fiziksel, gelişimsel, davranışsal veya duygusal durum için yüksek risk altında olan veya risk altında olan ve yaşlarının ihtiyaç duyduklarının ötesinde bir tür veya miktarda sağlık ve ilgili hizmetlere ihtiyaç duyan çocuklardır. Bu gruba, kronik fiziksel, gelişimsel, davranışsal veya duygusal bir durum geliştirme olasılığı ile ilişkili belirli biyolojik veya çevresel özellikler sergileyen çocuklar dahildir (McPherson, 1998). Yaşlarından akademik, sosyal, dil ve öz bakım becerileri yönünden gerilik gösteren çocukların gelişim alanlarında önemli sınırlılıklar ile karşılaşır (Diken, Heward, 2003).

Özel gereksinimi olan çocukların fiziksel, duysal, akademik ve sosyal alanlarda yaşadıkları eksikliklerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması için ilgili konularda eğitim ve rehabilitasyon almaları gerekmektedir (İlhan, 2007). Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre özel gereksinimi olan çocuklar “özel eğitim gerektiren birey” olarak ifade edilir ve “Çeşitli nedenlerle, bireysel özellikleri ve eğitim yeterlikleri açısından akranlarından beklenen düzeyde anlamlı farklılık gösteren birey” olarak tanımlanmaktadır.

### **2.2. Özel Gereksinimi Olan Çocukların Sınıflandırılması**

Özel gereksinimli (ÖG) çocuk, tanımına uyan çocukların sınıflandırılması konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Bazı yazarlar çocukları eğitim gereksinimlerine göre sınıflandırırken bazıları ise ortak özelliklerine göre sınıflandırmışlardır. Bu konuda net bir görüş birliği bulunmamaktadır.

Cruickshank ve arkadaşlarına göre ÖG çocuklar zihinsel, fiziksel, duygusal ve birden fazla özrü bulunanlar olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır. Dunn ve arkadaşları bu sınıflandırmayı daha da detaylandırmışlar ve işitme , görme, konuşma ve davranış

bozukluğu olanlar, zihinsel ayrıcalıklılar, üstün zekalılar, sinirsel ya da sinirsel olmayan fiziki engeli olanlar olmak üzere gruplamıştır. Enç, Çağlar ve Özsoy ise bu sınıflandırmaya uyumsuz çocuklar, geri zekalılar, öğrenme güçlüğü olan çocuklar, ortopedik engelliler, sürekli hastalığı olanlar, uyumsuz çocuklar, korunmaya muhtaç çocukları da ekleyerek sınıflandırmayı genişletmişlerdir. Diken ve arkadaşlarına göre 2008 yılında yapılan son sınıflandırmaya ve Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre ÖG çocuklar;

- Zihinsel Yetersizlik (hafif, orta, ağır, çok ağır),
- İşitme Yetersizliği,
- Görme Yetersizliği,
- Ortopedik Yetersizlik,
- Duygusal Uyum Güçlüğü,
- Süreğen Hastalık,
- Otizm,
- Sosyal Uyum Güçlüğü,
- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu,
- Üstün veya Özel Yetenek
- Sınır Sisteminin Zedelenmesi ile Ortaya Çıkan Yetersizlik,
- Dil ve Konuşma Güçlüğü,
- Özel Öğrenme Güçlüğü,
- Birden Fazla Alanda Yetersizlik,

olarak sınıflandırılmıştır.

ÖG'li çocuklar eğitim alanda da normallere göre gerilik göstermektedirler. Kaba ve ince motor fonksiyonları kullanmakta yetersizdirler. El-göz koordinasyonunu güç sağlamaktadırlar. Karmaşık hareketlerde koordinasyon zayıflığı vardır. Karmaşık

hareketlerin kazandırılması uzun zaman, sürekli alıştırma ve sabır gerektirmektedir (Oymak, 1998; Bayazıt, 2006)

ÖG'li çocuklardan; sınır zekada olanlarda, eğitilebilir ve öğretilbilir zihinsel engellilerde, kaba motor kas gelişimi ve buna bağlı gelişen beceriler yaşlılarıyla aynı zamanda veya belirli gecikmelerle olabilir. Gelişim basamakları geçte olsa tamamlanır. Oturma, emekleme, yürüme, koşma, merdiven çıkma gibi. İnce motor beceri gerektiren işlevlerde ise sorun motor planlamanın zihinsel işlevlerle yönetilmesinde ve koordinasyonun sağlanmasında yetersizlik yaşanmasıdır. Bu durum yazı yazma gibi aşama aşama planlanması gereken işlerde zorluk çekilmesine neden olur. Bunun yanında kendisine atılan bir topu yakalamak gibi çok kısa zamanda karar verilmesi gereken aktivitelerde de beceriksizlik görülür. Yeterli hareket tecrübesinin yaşanmaması da ince motor kasların kullanılmasında beceriksizliklere yol açmaktadır.

### **2.3. Özel Gereksinimli Çocuklarda Fizyoterapi ve Rehabilitasyonun Rolü**

ÖG çocukların motor bozukluklarına sıklıkla duyum, algılama, biliş, iletişim ve davranış bozuklukları, epilepsi ve ikincil kas-iskelet sistemi sorunları eşlik eder (Rosenbaum, 2006). Etkilenen kas tonusu, hareket ve motor becerileri olan ÖG çocuklarda, genellikle entelektüel, iletişim ve davranışsal bozukluklar genellikle epilepsi ve ağrı ile birlikte görülür (Rosenbaum, 2007; Novak, 2012). Bu çocuklarda istemli kasları kontrol edememe ve koordine edememe, kas aktivitesinin zayıf seçici kontrolü görülebilir (Campbell, 2000). Bu durum koordinasyon, denge ve ambulasyon kısıtlılıklarına sebep olur.

ÖG çocukların kaba motor fonksiyon seviyeleri son derece değişkendir. Ayrıca dönme, emekleme, ayakta durma, yürüme gibi günlük yaşam aktiviteleri sırasında harcadıkları enerji miktarı ve kas aktiviteleri yaşlılarına göre oldukça yükselir (Verschuren, 2014). ÖG çocuklarda motor bozukluklara sekonder kas-iskelet sistemi komplikasyonları ve duyu, biliş, algı veya davranış bozuklukları eşlik edebilir ve günlük aktivitelerinin performansında ve ev, okul ve toplum yaşamına katılımlarında kısıtlamalarla karşılaşılır (Rosenbaum, 2007).

ÖG çocuklar sağlıklı yaşlılarına kıyasla daha fazla hareketsiz zaman geçirirler ve günlük yaşam aktivitelerine katılımları daha azdır. Bu durum çocukların, genel sağlık sonuçları, fiziksel işlevleri ve metabolizmaları için riskler oluşturmaktadır (Lauruschkus, 2013; Maher, 2007). ÖG çocukların kısıtlanan günlük yaşam aktiviteleri ile başa çıkmak için yaşam boyunca bireysel rehabilitasyon almaları gereklidir (Scrutton,2004). ÖG çocuklarda artan hareketsiz zaman ve fiziksel aktivitenin azlığı; kardiyovasküler hastalık riski, kemik yoğunluğu, metabolik bozukluk riski ve obezite gibi faktörler açısından çocukların sağlığı ve refahı üzerinde etkilere sahiptir (Carlson, 2013).

Fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavi planının yönetiminde merkezi bir rol oynar ve çocuğun var olan potansiyelinin işlevi, hareketi ve optimal kullanımına odaklanır. Fizyoterapi ve rehabilitasyon programları içerisinde çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal refahı teşvik etmek, sürdürmek ve eski haline getirmek için fiziksel yaklaşımlar kullanır. Fizyoterapistler ayrıca ebeveynlere çocuklarını evde beslenme, banyo, giyinme ve diğer aktiviteler için nasıl kullanacaklarını öğretir ve hareketlilik cihazları hakkında önerilerde bulunurlar (Anttila, 2008). Ayrıca ÖG çocuğun ağrısını azaltmak, kaybettiği işlevler ile hareket kabiliyetlerini geri kazandırmak ve oluşabilecek sakatlıkları önlemek için amacıyla fizyoterapi ve rehabilitasyon programları planlanmaktadır (Camden, Rivard, Pollock, & Missiuna, 2012). Bununla birlikte, fizyoterapistler daha spesifik olarak çocuklar için, koordinasyon güçlüklerini iyileştirmek ve vücuttaki bir bozukluk veya bozulmalardan kaynaklanan aktivite veya katılım kısıtlamalarının gelişmesini önlemek için çalışabilirler (Camden, Rivard, Pollock ve Missiuna, 2012). Fizyoterapistler ayrıca, ÖG çocukların motor yetkinliğini daha da geliştirmek için çeşitli vücut parçalarının hareketliliğini ve işlevini geliştirmeyi amaçlarlar (Au, 2014).

Fizyoterapistler tarafından uygulanan tedavi yöntemlerinin kanıta dayalı olması gerektiğini belirtilmektedir. Yapılan sistematik derlemelerde nörogelişimsel terapi, kuvvet antrenmanları, eğitim, çeşitli fizik tedavi müdahaleleri veya ortotik cihazlar üzerine odaklanan tedavi yöntemlerinin olduğu belirtilmektedir (Anttila, 2008). Daha

yeni sistematik derleme konuları, kısıtlı uyarılmış hareket terapisi (Hoare,2007), postüral kontrol (Harris, 2005), pasif germe (Pini 2006), hidroterapi (Getz, 2006), hipoterapi (Sinider, 2007; Sterba, 2007) ve ortez cihazları (Autti-Rämö, 2006) gibi odaklanmış müdahaleleri içermektedir. Genel olarak, CP'li çocuklar için terapötik müdahalelerin etkililiğini ve etkinliğini, yüksek kaliteli araştırma eksikliği nedeniyle belirlemek zor olmuştur (Anttila, 2008).

Özel gereksinimli çocukların fizyoterapi ve rehabilitasyon programları dahilinde kullanılan tedavi yöntemlerinden bazıları;

- Kapsamlı fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımları,
- Üst ekstremitte tedavileri,
- Kuvvet eğitim programları,
- Kor stabilizasyon programları
- Kardiyovasküler uygunluk ve aerobik programlar,
- Kısıtlayıcı zorunlu terapi,
- Sensorimotor terapi programları,
- Denge eğitimi,
- Hidroterapi
- Hipoterapi olarak sıralandırılabilir (Anttila, 2008; Au 2014).

Fizik tedavi bağlamlarındaki müdahaleler çocuğun ihtiyaçlarına göre farklılık göstermektedir. Yapılan bir sistematik derlemede bu fizik tedavi yaklaşımlarını üç ana katagoride toplanmıştır.

Katagorilerden ilki, kuvvet veya denge egzersizleri gibi terapistler tarafından kullanılan yaygın tedavi yöntemlerini veya ultrason veya elektriksel stimülasyon gibi invaziv olmayan tedavileri ifade eden geleneksel fizik tedavi yöntemidir. Direnç antrenmanı olarak da bilinen kuvvet antrenmanı, gelişmiş kas gücü, güç, boyut ve dayanıklılık ile sonuçlanan kas kasılmalarını indüklemek için vücut ağırlığı, direnç

bantları veya ağırlık makinelerinin direncini kullanan egzersizleri içeren geleneksel fizik tedavinin bir örneğidir. Bir başka geleneksel fizik tedavi müdahale yöntemi, hareket sırasında ve duruştaki bir değişiklik sırasında omurganın stabilitesini sağlayan lumbopelvik ve abdominal bölgelerin kaslarını geliştiren çekirdek stabilite eğitimidir (Bhayani ve Singaravelan, 2012). Temel stabilite eğitiminin amacı, ekstremite fonksiyonu, proksimal stabilite ve dayanıklılık ile birlikte gücü, dengeyi ve koordinasyonu (Kane ve Bell, 2009) geliştirmektir (Bhayani ve Singaravelan, 2012).

İkinci katagori ise, yeni nesil fizik tedavi veya aktif sanal oyun, hipoterapi ve etkileşimli metronom eğitimini içeren fizyoterapistler tarafından kullanılan yeni tedavilerdir. Örneğin, su terapisi bir egzersiz programına dahil edilen su yöntemini içerir. Aktif sanal gerçeklik oyunları, terapi elemanı olarak kullanılan teknolojik bir bileşen içerir ve çocuklarda dengeyi ve motor beceri gelişiminin diğer yönlerini (Gonsalves, Campbell, Jensen ve Straker, 2015) etkili bir şekilde iyileştirdiği gösterilmiştir ve fizyoterapistler tarafından dengeyi ve kas gücünü iyileştirmek için bir tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. tedavi yöntemi olarak bir trambolin kullanımı sempatik ve vestibüler sistemleri ve propriyoseptörleri uyararak vücut üzerinde benzersiz bir etkiye sahiptir ve sonuç olarak kas tonusu geliştirir (Addy, 1996). Ayrıca bu katogoride yer alan hipoterapi de tedavi araçlarının bir atın hareket modelini içermesi bakımından diğerlerinden farklıdır ve denge, postüral kontrol ve diğer motor becerileri üzerinde etkili sonuçlar elde etmek için kullanılır.

Son ve üçüncü kategori, görev odaklı eğitimi içeren tedavileri içerir. Göreve yönelik tedavi yaklaşımları, çocuk becerisine neden olan belirli bir görev üzerinde çalışırken öğrenerek motor becerilerini geliştirmeye odaklanma eğilimindedir (Smits-Engelsman ve diğerleri, 2013). Hollanda'dan fizyoterapistler tarafından geliştirilen, nöromotor görev eğitimi adı verilen görev odaklı eğitim; motor kontrolüne yönelik bilişsel bir sinirbilim yaklaşımına dayanmaktadır (Niemeijer, Smits-Engelsman ve Schoemaker, 2007) ve tekrarlanan öğrenme oturumları ile motor öğrenme ve ekolojik beceri geliştirme prensibinin bir kombinasyonunu kullanır (Smits-Engelsman, 2003). ÖG çocuklar için motor müdahalelerin etkinliği üzerine yeni bir sistematik literatür

incelemesi (görev odaklı eğitim, geleneksel fiziksel ve mesleki terapi, süreç odaklı terapiler ve kimyasal takviyeler) geleneksel fiziksel ve mesleki terapi ve görev odaklı müdahaleleri destekleyen kanıtlar bulmuştur (Smits-Engelsman ve diğerleri, 2013). Bu derlemede, hem görev odaklı eğitim müdahaleleri hem de fizik ve mesleki terapi dahil olmak üzere motor eğitim tabanlı müdahaleler güçlü tedavi etkileri göstermiştir. Smits-Engelsman ve meslektaşları (2013) da terapilerin transferi teşvik etmek için görev odaklı unsurlar içermesi gerektiği sonucuna varmışlardır.

Fizyoterapistler genellikle hastalarının tedavisi ile ilgili olarak gövde dengesinin veya yürüyüş düzeninin iyileştirilmesi gibi bir dizi genel amaç tanımlarlar. Bu tür amaçlar hastanın performansındaki değişikliklerin genel yönünü yansıtırken, başarıyı ölçülebilir bir hassasiyet tanımlamaz. Bu tür genel amaçlar, çocuk, ebeveynler, öğretmen ve terapist tarafından ortaklaşa kararlaştırılan spesifik ölçülebilir terapi hedefleriyle karşılaştırılabilir. Bir tedavi hedefi belirlemek, çocuğun mevcut kapasitesinden önce veya bozulmayı geciktiren motor aktivite standartlarının tanımlanmasını ve formüle edilmesini içerir (Bower ve McLellan 1994a). Hedefler, performans gözden geçirilirken ne ölçüde ulaşıldıkları konusunda hiçbir şüphe olmayacak şekilde formüle edilmelidir (Bower, 2001).

Güncel literatür, yapılan randomize kontrollü çalışmalar ışığında fizyoterapi ve rehabilitasyon müdahaleleri ile ÖG çocukların genel ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinde artma olduğu ve tedavinin çocukların fonksiyonel kapasiteleri ile ruh hallerine olumlu katılımları olduğunu belirtmektedir (Frank, 2005). Bununla birlikte tedaviye katılımın sonucu olarak ÖG çocukların motivasyonun arttığı ve günlük yaşama katılımlarında meydana gelen olumlu değişimler sayesinde daha aktif bir yaşam tarzlarının oldukları belirtilmektedir (Lauruschkus, 2017). Bununla birlikte fizik tedavi müdahalesi, özellikle denge, motor koordinasyon ve zamanlama, kas gücü ve fonksiyonu ve motor fonksiyon / performansın iyileştirilmesi için çocuklar için etkili bir tedavidir. ÖG çocukları erken çocukluk döneminde, seçici motor kontrolünü teşvik etmek ve spastisiteyi azaltmak için ayak bileği mobilizasyonu, germe,

güçlendirme ve yürüyüş eğitiminin kullanıldığı düzenli rehabilitasyon seanslarına katılımı arttırmaktadır (Campbell, 2000).

#### **2.4. Özel Gereksinimli Çocuğun Eğitiminde Motivasyonun Rolü**

DSÖ'nün Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflaması: Çocuk ve Gençlik Versiyonu katılımı 'bir yaşam durumuna katılım' olarak tanımlamaktadır. Katılım ve diğer ilgili yapılar arasında temel ayrımlar önerilmiştir. Katılım, 'toplumsal düzeyde performans' anlamına gelir ve sosyal rollerin yerine getirilmesi ile ilişkilidir. Katılım, çevre ağırlıklı olarak bireyin özelliklerinden etkilenebilecek ilişkisel bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Whiteneck, 2009).

ÖG çocuklar boş zamanlarında fiziksel aktivitelere daha az sıklıkta, daha az yoğunlukta ve tipik olarak gelişmekte olan akranlarından daha az çeşitlilikte katılırlar. Bult ve arkadaşları (2013), 2-6 yaşları arasında serebral palsi tanılı ÖG küçük çocuklarda yaptıkları araştırmalarında, çocukların aktivite limitasyonlarının boş zaman aktivitelerine olan katılımlarını azalttığı görüldü. Bedensel engelli küçük çocuklar için motor işleyişi ve boş zaman katılımı arasındaki ilişkinin bütünleştirici bir incelemesi, yetersiz motor işleyişin fiziksel aktiviteye katılım sıklığını ve çeşitliliğini etkilediği sonucuna varmıştır (Kanagasabai, 2014). Bu kanıtlar, tercih edilen faaliyetlere katılımı mümkün kılan destek mevcudiyetinde, bir çocuğun bireysel tercihlerinin ve diğer psikososyal yönlerin katılım derecesinde eşit derecede önemli belirleyiciler olabileceğini düşündürmektedir (King, 2013).

Zorluk karşısında sebat etme motivasyonu; geçmiş deneyimlere, mevcut yeteneklere, çevresel bağlama ve zor görevlerde hareket etme ve ustalaşmaya yönelik içsel bir arzuya bağlıdır. Tipik olarak gelişmekte olan akranlarıyla karşılaştırıldığında, CP'li çocuklar ve gençler boş zamanlarına katılımında daha fazla engel yaşarlar (Law, 2007; Anaby, 2013). Günlük yaşamda (evde, okulda ve haftasonunda olağan aktivite) aktivite monitörleri ile takip edilen 62 çocuğun incelendiği bir çalışmada ambulatuvar olan 7-13 yaş aralığındaki ÖG çocukların ve gençlerin (Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırması I – III), hafta sonlarında hafta içine göre daha fazla aktif olduğu ve bu farkın hafta sonlarında fiziksel olarak organize spora katılma olasılığı daha yüksek



olmasına bağlı olduğu sonucuna varmıştır (Van, 2012). G çocukların motivasyon seviyelerinin, tipik olarak gelişen akranları ile karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da diğer çalışmalara benzer şekilde G çocukların daha dūřuk motivasyon dūzeylerine sahip olduğu grlmūřtır (Mejener, 2010). Jennings ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, fiziksel engelli okul öncesi çocuklar, tipik olarak gelişmekte olan akranları ile karşılaştırıldığında, serbest oyun sırasında meydan okuma için daha dūřuk bir tercih ve daha az karmaşık görevler tercih ettiler. Yazarlar çalışmalarında, bu çocukların ustalık için engeller yaşadıkları ve çevrelerini özgürce keşfedemedikleri sonucuna vardılar ve bu durumun sebebinin aşırı yardımcı ve koruyucu ebeveynler ve öğretmenler tarafından daha da kötüleştirdiği yorumunda bulundular (Jennings, 2009).

Çocuklar ve Gençler için Katılım ve evre nlemine (PEM-CY) kullanan kesitsel bir çalışmada 5-17 yař arasında G (n = 282) ve sağlıklı (n = 294) ocukların katılım dūzeylerini incelenmiştir. Bu çalışmaya göre çevresel faktörler ( fiziksel erişim, başkalarının tutumları, programların ve hizmetlerin yeterliliği, ekipmanın kullanılabilirliği), kişisel ve kişilerarası faktörler ( yaşanmış deneyim, motivasyon, akran ilişkileri) katılımın önündeki engellerdi (Bedell, 2013). Ayrıca yapılan çalışmalarda etkinlik sınırlamaları ve çevresel faktörlerin etkileşiminin önemli olduğu ve çevrenin engelli çocukların katılımını açıklamada arabulucu rol oynardığı belirtilmektedir (Palisano, 2012).

G çocuklar fiziksel olarak aktif olmak, eğlenmek ve hız hissinin tadını çıkarmak isterler (Lauruschkus, 2015). Aile tercihleri ve egzersize yönelik tutumlar, bu çocuklar için fiziksel aktivitelere katılmayı kolaylaştıran veya engelleyen kültürel faktörler olarak tanımlanmıştır. Diğer faktörler sosyal ve finansal desteğin yanı sıra ulaşım ve faaliyetler hakkındaki bilgilere erişimdir (Lauruschkus, 2015; Shikako-Thomas,2014). Bu nedenle ailelerin kendileri ve çevreleri arasındaki karşılıklı bağımlılıkları ve etkileşimleri, G çocuklara tedavi planlanırken dikkate alınmalıdır (Classeen, 2011).

Motivasyon, bir kişiyi en azından orta derecede zorlayıcı bir beceriye hakim olmaya teşebbüs etmeye teşvik eden içsel bir psikolojik g olarak tanımlanır. Ustalık motivasyonu olarak da adlandırılan motivasyonun iki unsuru vardır: enstrümantal ve

etkileyici. Enstrümental motivasyon, bir kişinin bir problemi çözme ve fiziksel veya psikolojik çaba gerektiren bir beceriye hakim olma derecesi ile ilgilidir. Bir görevi yerine getirmeye çalışmakla ilişkili duygusal duygular ise ustalık motivasyonunun etkileyici yönünün bir parçasıdır (Morgan, 2012). İçsel motivasyon, bir aktiviteyi ne kadar iyi gerçekleştirmeyi umduğumuza ve bu aktiviteye ne kadar değer verdiğimizize dair kişisel inançlarımızla ilgilidir ve belirli bir işe girme arzumuzla yakından bağlantılıdır (Watkinson, 2005). Bartlett ve Palisano (2002) tarafından önerilen kavramsal modelde, motivasyon, serebral palsili (CP) çocuklarda motor becerilerindeki değişimin belirleyicisi olarak tanımlanan sağlık durumu ile ilgisi olmayan tek çocuk karakteristiğidir. Model, odak gruplarının sonuçları ve uzman klinisyenlerin anketlerine dayanılarak geliştirilmiştir. Katılımcılar, belirli kas-iskelet faktörlerinin etkisi göz önüne alındığında, motivasyonun çocukların motor performansındaki değişiklikleri destekleme üzerinde kritik bir etkisi olduğunu belirtmiştir. Çocukların en motive edici aktiviteleri yapmayı seçmeleri çocuğun maksimum katılımını sağladığından hem hedef belirlerken hem de rehabilitasyon müdahaleleri için aktiviteler seçerken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır (Harris, 2005).

Çok az çalışma, engelli çocuklarda ustalık motivasyonunu değerlendirmiştir. Ön kanıtlar, gelişimsel engelleri olan çocukların oyun davranışlarında daha az motive ve daha pasif olduklarını düşündürmektedir. Oyunlarını daha az karmaşık ve zorlayıcı faaliyetlerle karakterize edebilir, ancak yaşadıkları merak ve zevk tipik olarak gelişmekte olan akranları tarafından gösterilenlere benzerdir. ÖG çocuklarda manevi motivasyon, literatürde büyük ölçüde keşfedilmemiş olmasına rağmen, tedaviye uyum ve sonuçta beceri geliştirme ve fonksiyonel başarılar için önemlidir (Messier, 2008).

Motivasyon, özellikle çocukların rehabilitasyon programlarının etkinliğinin belirlenmesinde kilit bir rol oynamaktadır. ÖG çocuk popülasyonlarının terapiler sırasında fizyoterapistleri tarafında motive edilmesinin çocukların öğrenme isteğini arttırdığı ve seanslara katılımlarını arttırdığı belirtilmektedir. Bu durum tedavi sonuçlarına da yansımaktadır (Kaufman & Schilling, 2007). Ayrıca, gelişim için

önemli becerilerin katılımını ve pratiğini optimize etmek için belirli türdeki faaliyetleri (motor, sosyal veya bilişsel olsun) denemek veya tekrarlamak için motivasyon eksikliğinin rehabilitasyonun bir parçası olarak ele alınması gereklidir. Çünkü motivasyon eksikliği, bu çocukların tam işlevsel potansiyellerini fark etmelerini engelleyebilir (Jennings ,1988). Motivasyonu tedavi planına dahil etmenin temel unsurları, hasta ve uygulayıcı içinde ve arasında "ortaklık", "şefkat", "çağrışım" ve "kabul"ü destekleyen iletişim tekniklerinin kullanımınıdır. Bu iletişim tekniklerinin, ÖG çocuğun motivasyonunu arttırarak günlük yaşama katılımını olumlu yönde etkilemek isteyen terapistler tarafından kullanılması önerilmektedir (Miller, 2013). Motivasyon temelli terapi; ilişkisel ilgi çekici bir hedef oluşturma, çocuğun bu hedefe akılcı bir şekilde odaklanmasını sağlama, terapistin bu süreçte yol gösterici bir şekilde iletişim kurması ve nihayetinde stratejileri veya eylemleri tartışma sürecini içermektedir (Vansteenkiste, 2012). Bu süreç katılım temelli terapinin temelini oluşturur.

Çocuklar tedavi programlarını anlamsız ve ilgisiz buldukları için geleneksel bir ev egzersiz programını takip etmekle çoğu zaman uyumlu değildirler. Yapılan araştırmalarda ÖG çocuklarda sanal gerçeklik eğitimi gibi eğlenceli tedavi yöntemlerinin kullanımı tedavinin etkinliği arttırdığı ve tedaviye yüksek düzeyde ilgi, eğlence ve motivasyon gösterdikleri görülmüştür (Classeen, 2011).

Kaufman ve arkadaşları (2007), çocukların motivasyonlarını arttırmak amacıyla manuel kas testi yerine el tipi bir dinamometre kullandıkları çalışmalarında artan bir tutarlılıkla çocukların daha iyi performans gösterdiğini ve devam etme motivasyonunu arttırdığını bildirdiler. Motivasyonun artması için müdahalenin çocuklar için eğlenceli olması gerekir. Giagazoglou ve ark. (2015) motivasyonun, aktiviteden zevk aldıkları için konunun katılımında önemli bir rol oynadığını belirtmişlerdir. Ayrıca bir diğer çalışmada, Wii Fit programına katılan çocukların tedavi programından keyif aldıklarını ve tedaviye katılmaya motive olduklarını bildirmiştir (Ferguson, 2013). Bununla birlikte, etkinlik eğlenceli olmadığında motivasyonun olumsuz yönde etkilendiği ve tedavi etkinliğinin azaldığı belirtilmiştir (Fong, 2013).

## 2.5. Özel Gereksinimli Çocuklarda Motivasyonu Etkileyen Faktörler

Bir çocuğun gerçek yaşamında “yaptığı” (performans), bozukluklar ve faaliyet sınırlamaları arasındaki etkileşimden, kişisel faktörlerden ve çevresel kolaylaştırıcılar ve engellerden etkilenir. Motivasyon, bir çocuğun bunları yapma kapasitesine sahip olsa bile, belirli eylemleri veya görevleri yapmayı seçip seçmediğini belirleyebilen önemli bir kişisel faktördür. Bu nedenle, rehabilitasyon müdahalelerinin bir parçası olarak, belirli motor, bilişsel veya sosyal görevleri gerçekleştirmek için ustalık motivasyonunu engelleyebilecek faktörler dikkatle düşünülmelidir. Çocuklarda zaman içindeki motivasyon, kısmen, yerel ortamdaki dışsal faktörlerden (örneğin, çocuğa ve aileye destek sistemleri) olumlu veya olumsuz olarak etkilenebilir; bu nedenle, diğer grupların diğer topluluklardaki motivasyonu değerlendirmeleri önemlidir.

Majenmer ve arkadaşları (2010) yaptıkları araştırmalarında yaş, cinsiyet ve ebeveyn eğitiminin çocuğun motivasyon seviyesi ile anlamlı bir ilişki göstermediğini görmüşlerdir. ÖG çocuğun motivasyon seviyesinin aile geliri ile olan ilişkisi incelendiğinde gelir düzeyi yüksek olan ailelerin üyesi olan çocukların motivasyon seviyesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak aynı çalışmada gelir seviyesi yüksek olan ailelerin ÖG çocuklarının başarısızlık durumunda verdikleri tepkilerin diğer çocuklara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. ÖG çocukların kaba motor kabiyetleri ile motivasyon düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; daha az aktivite kısıtlamasına sahip öz bakım, iletişim, sosyalleşme ve zeka seviyeleri daha yüksek olan çocukların motivasyon seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çocuğun bilişsel yeteneğinin fazla olması, daha iyi motor fonksiyonun olması ve daha az fonksiyonel sınırlamasının olması belirli günlük görev türlerinde (yani ustalık motivasyonu) daha yüksek bir kalıcılık seviyesiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. İlginç bir şekilde, daha iyi motor fonksiyonu olan çocukların duygusal olarak başarısızlığa tepki göstermeleri daha olasıdır, bu da özellikle zorlu görevleri yerine getirme isteklerini sınırlayabilir. Bununla birlikte olumlu sosyal davranışlar yüksek motivasyon puanları ile ilişkiliyken, hiperaktivite ve akran sorunları düşük motivasyon ile ilişkili olarak bulunmuştur (Majnemer, 2010).

Motivasyon düzeyleri, ebeveynleri çocuklarının engeline yüksek düzeyde aile yükü yükleyen çocuklarda daha düşük olduğu ve ocukların motivasyonunun yaşadıkları ortamlarından ve özellikle de ailelerinin tutumlarından etkilendiği bilinmektedir (MacTurk, 1995). Bununla birlikte bir çocuğun içsel motivasyonu da aile davranışları ve diğer bağlamsal faktörler üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Ailenin sosyal ve mali kısıtlamalarla birlikte problemlerle başa çıkma becerisi, çocukların kendi yeterlikleri ve öz-yeterliklerine ilişkin algıları üzerinde bir etkiye sahip olabilir. Bu nedenle uygun aile odaklı kaynaklar ve destek sağlanmalıdır (Mejnemer, 2010).

Rehabilitasyon uygulayıcıları tedavide kullanılan faaliyetlerin uygun bir şekilde zorlayıcı olup olmadığını ve başarısızlıkların yaşanması ve üstesinden gelmek için fırsatlar sağlayıp sağlamadıklarını dikkate almalıdır. Daha fazla bozukluğu ve aktivite kısıtlaması olan çocukların daha az motive olabileceğini ve bu nedenle, motivasyonu artırabilecek müdahaleler veya alternatif ve artırıcı stratejiler için hedeflenmesi gerekmektedir.

### 3. YÖNTEM

Bu tez çalışması, İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.07.2019 tarihli, B.30.2.AYD.0.00.00-050.0604/147 sayılı toplantısında 2019/147 dosya numarasıyla etik yönden onay aldı ve Helsinki Deklerasyonu'na uygun olarak yürütüldü. Çalışmaya katılan fizyoterapistlere ve çocukların ebeveynlerine çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek imzalı onamları alındı.

#### 3.1. OLGULAR

Çalışmaya katılan Ağustos ve Eylül ayları arasında İstanbul ili içerisinde kronik engelli çocuklarla çalışan fizyoterapistlerin çalıştığı özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri, hastaneler ve tıp merkezlerinden 138 fizyoterapist ve kronik engelli çocuk seçildi.

Örneklem büyüklüğü G\*Power versiyon 3.1.9.4 programı kullanılarak hesaplandı. Sample size hesaplaması yapılırken "Barnett Çocuk Sevme Ölçeği"nin etki büyüklüğü ( $d=0.2236068$ ) olacak şekilde formüle yerleştirildi (güç %85,  $r < 0,05 \Rightarrow p < 0.05$ ). Alınması gereken örneklem büyüklüğü 138 olarak belirlendi.

Hasta seçimi hastayı tedaviye alınan fizyoterapistte bırakıldı. Fizyoterapist ve hasta seçimi kriterleri aşağıdaki gibi yapıldı :

Dahil edilme kriterleri:

- Çocuğun kronik bir engel sebebi ile rehabilitasyon programına katılıyor olması
- Çocuğun yaşının 8-18 arasında olması
- Çocuğun soruları anlamaya yetecek kognitif becerisinin olması
- Aile ve çocuğun çalışmaya katılıma gönüllü olması

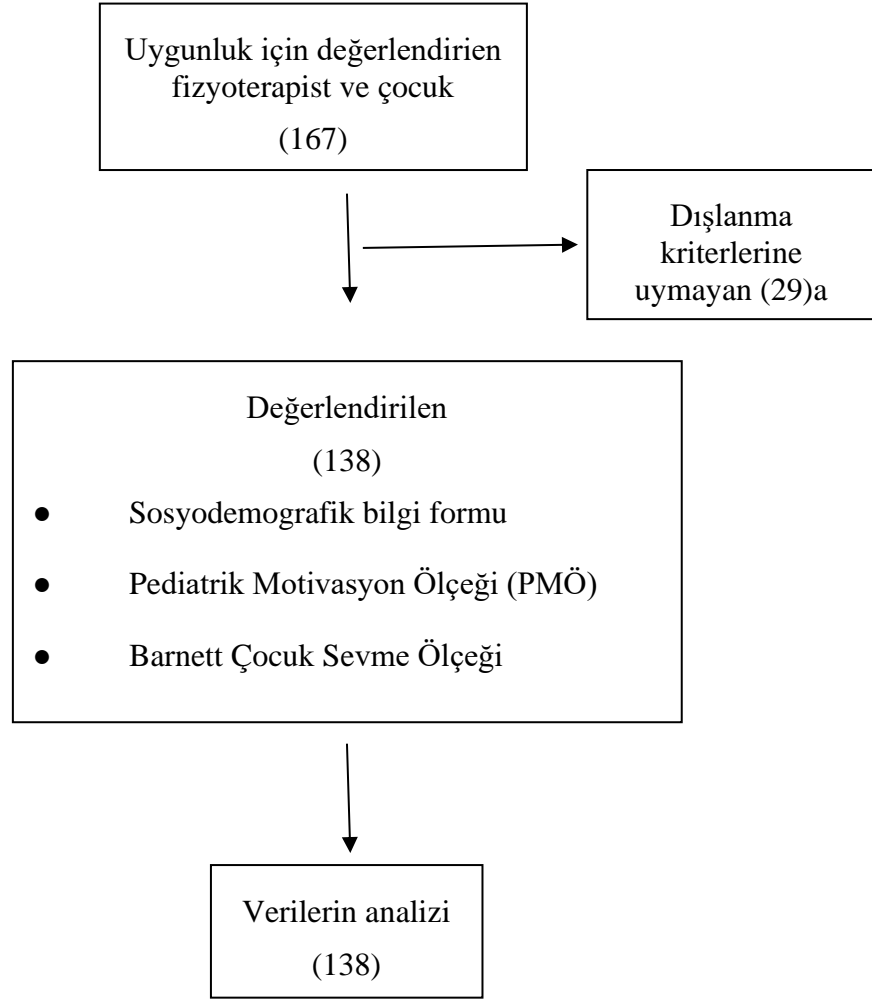
- Çocuğun fizyoterapisti ile en az 1 seans çalışmış olması
- Fizyoterapistin en az lisans mezunu olması
- Fizyoterapistin çalışmaya gönüllü olarak katılması

Dahil edilmeme kriterleri:

- Çocuğun kognitif becerisinin soruları anlamaya yetecek düzeyde olmaması
- Çocuk ve fizyoterapistin çalışmaya gönüllü katılmaması

### **3.1.2. Örneklem Büyüklüğü**

Örneklem büyüklüğü G\*Power versiyon 3.1.9.4 programı kullanılarak hesaplandı. Sample size hesaplaması yapılırken ‘‘Barnett Çocuk Sevme Ölçeği’’nin etki büyüklüğü ( $d=0.2236068$ ) olacak şekilde formüle yerleştirildi ( güç %85,  $r < 0,05 \Rightarrow p < 0.05$ ). Alınması gereken örneklem büyüklüğü 138 olarak belirlendi.



**Şekil 1: Çalışma diyagramı**

### **3.2. DEĞERLENDİRME**

Çalışmaya alınan tüm fizyoterapistlere ve kronik engelli çocuklara aşağıdaki formlar yaptırılmıştır :

- Sosyodemografik bilgi formu
- Pediatrik Motivasyon Ölçeği (PMÖ)
- Barnett Çocuk Sevme Ölçeği
- Kaba Motor Foksiyon Sınıflama Sistemi



### **3.2.1. Sosyodemografik bilgi formu**

Hastanın yaşı, cinsiyeti, tedavi süresi, teşhisi ve doğum yeri sorularını içermektedir. Fizyoterapistin ise cinsiyet, yaşı, çalıştığı yer, kaç yıldır çalıştığı, eğitim ve medeni durumu soruları soruldu.

### **3.2.2. Pediatrik motivasyon ölçeği (PMÖ)**

Pediatrik Motivasyon Ölçeği, fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitimi alan çocukların motivasyon düzeylerini değerlendirmek için kullanılan geçerli ve güvenilir ilk ölçektir. Dilimize çevrilen ölçeğin çocuğun motivasyon seviyesini fizyoterapist ve ebevyin bakış açısı ile değerlendirilen formları da bulunmaktadır. İyi bir iç tutarlılığı, çok güçlü test- tekrar güvenilirliği olan testte çocuğun rehabilitasyon sırasındaki motivasyonunu değerlendiren PMÖ 21 maddeyi içeren; çaba, ilgi, yeterlik, ilişki, otonomi ve değer olmak üzere 6 ana başlık bulunmaktadır. Ölçeğin 19 maddesi gülen yüz skalası ile cevaplandırılmaktadır. Altı noktalı olan gülen yüz skalasında, birinci yüz kesinlikle yanlış, altıncı yüz ise kesinlikle doğru olarak ifade eder. Ölçekte bulunan 2 soru açık uçlu sorudur. Alt bölümlerden alınan yüksek skorlar o bölümlerle ilgili motivasyon seviyesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Toplam skorun yüksek olması çocuğun motivasyon seviyesinin intrinsik olarak yüksek olduğunu göstermektedir. Bu yönüyle PMÖ, çocuğun motivasyon türü ile ilgili bilgi verirken motivasyon miktarıyla ilgili de veri vermektedir (Kurt, 2018).

### **3.2.3. Barnett çocuk sevme ölçeği (BÇSÖ)**

Barnett ve Sinisi (1990) tarafından insanların çocuklara yönelik tutumlarını ölçme amacıyla geliştirilmiş geçerli ve güvenilir bir ölçek olan Barnett Çocuk Sevme Ölçeği (BÇSÖ) dilimize Duyan ve arkadaşları (2008) tarafından çevrilmiştir. Likert tipli bir ölçek olan (BÇSÖ) 14 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte her soru 1'den 7'ye kadar puanlanır ve 1 "hiç katılmıyorum", 7 ise "tamamen katılıyorum" anlamına gelir. En düşük 14, en yüksek ise 98 puanın alınabildiği ölçekte yüksek puan cevaplayan kişinin çocuk sevme seviyesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçekten alınan düşük puan ise cevaplayanın çocuk sevme seviyesinin az olduğu anlamına gelmektedir

(Barnett ve Sinisi 1990). Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Duyan ve Gelbal (2008) tarafından yapılan ölçekten alınan 14-38 puanı düşük, 39-74 puanı orta, 75-98 puanı yüksek çocuk sevme puanı olarak belirlenmiştir.

### **3.2.4 Kaba motor fonksiyon sınıflama (KMFS)**

ÖG çocukların kaba motor fonksiyon seviyesini belirlemek için kullanılan KMFS ilk olarak serebral palsi tanılı çocukların kaba motor düzeylerini sınıflandırmak için geliştirilmiştir. Çocukların kaba motor fonksiyonlarını 5 seviyeye ayıran çalışma literatürde sıklıkla kullanılmaktadır (Palisano RJ). Sınıflandırmaya göre;

Seviye 1: Çocuğun bağımsız yürüdüğü seviyedir sadece çocuğun ileri motor becerilerde limitasyon vardır.

Seviye 2: Çocuk yardımcı araç olmadan yürür fakat toplum içinde yürürken limitasyonu vardır.

Seviye 3: Çocuk yardımcı araçla yürür ve toplum içinde yürürken limitasyonu vardır.

Seviye 4: Çocuğun limitasyonu vardır fakat kendi kendine mobildir. Toplum içinde taşınır veya tekerlekli sandalye kullanır.

Seviye 5: Yardımcı teknolojiler kullanılsa da mobilizasyon ciddi derecede sınırlıdır.

### **3.3 İstatiksel Analiz**

Çalışmanın veri analizinde “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) Version 20.0 (SPSS inc., Chicago, IL, ABD) istatistik programı kullanıldı. Tüm analizlerde  $p < 0,05$  (iki yönlü) değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Verilerin normal dağılımına uygunluğunun tespiti için Shapiro Wilk ile testi yapıldı. İki değişken arasındaki ilişkinin anlamlılığına bakmak için Kİ-KARE testi uygulandı. Veriler arasındaki ilişkiye ise; Pearson Korelasyon veya Spearman Korelasyon analizi ile bakıldı.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Verilen Yorumlanması

#### Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

**Çizelge 1 : Fizyoterapistlerin cinsiyetine göre dağılımı**

		N	%
Fizyoterapistin Cinsiyeti	Kadın	71	51,4
	Erkek	67	48,6
	Toplam	138	100,0

n: sayı

Çalışmaya toplam 138 fizyoterapist katılmış olup bunlardan 71'i (%51.4) kadın iken 67'si (%48.6) ise erkekti (Çizelge 1).

**Çizelge 2 : Fizyoterapistlerin yaş ortalaması**

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS (±)
Fizyoterapistin Yaşı	138	22,00	37,00	26,33	2,65

n: sayı; SS: standart sapma

Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin yaşı 22-37 arasında olup yaş ortalaması  $26.33 \pm 2.65$  olarak hesaplanmıştır (Çizelge 2)

**Çizelge 3 : Fizyoterapistlerin ortalama çalışma süresi (ay)**

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Ss (±)
Fizyoterapistin Çalışma Süresi	138	1,00	156,00	37,42	28,52

n: sayı; SS: standart sapma

Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin çalışma süresi 1-156 ay arasında değişmekte olup ortalama çalışma süresi ise  $37.42 \pm 28.52$  aydır (Çizelge 3).

**Çizelge 4 : Fizyoterapistlerin medeni durumlarına göre dağılımı**

		n	%
Fizyoterapistin Medeni Durumu	Bekar	105	76,1
	Evli	33	23,9
	Total	138	100,0

n: sayı

Çalışmaya katılan fizyoterapistlerden 105'i (%76.1) bekar iken 33'ü (%23.9) ise bekadır (Çizelge 4).

**Çizelge 5 : Fizyoterapistlerin eğitim durumuna göre dağılımı**

		N	%
Fizyoterapistin Eğitim Durumu	Lisans	118	85,5
	Yüksek Lisans	20	14,5
	Total	138	100,0

n: sayı

Çalışmaya katılan fizyoterapistlerden 118'i (%85.5) lisans, 20'si (%14.5) yüksek lisans mezunuydu (Çizelge 5).

**Çizelge 6 : Hastaların cinsiyetine göre dağılımı**

		N	%
Hastaların Cinsiyeti	Kız	63	45,7
	Erkek	75	54,3
	Total	138	100,0

n: sayı

Çalışmaya katılan hastalardan 75'i (%54.3) erkek iken 63'ü (%45.7) ise kızdır (Çizelge 6).

**Çizelge 7 : Hastaların yaş ortalaması**

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Ss (±)
Hastanın Yaşı	138	8,00	18,00	11,77	3,33

n: sayı; SS: standart sapma

Çalışmaya katılan hastaların yaşı 8-18 arasında olup yaş ortalaması  $11.77 \pm 3.33$  olarak hesaplanmıştır (Çizelge 7).

**Çizelge 8 : Hastaların teşhise göre dağılımı**

	n	%
CP	72	52,2
Brakiyal pleksus	17	12,3
Spina bifida	6	4,3
DMD	6	4,3
Miyopati	4	2,9
Miyotonik distrofi	3	2,2
Ataksi	2	1,4
Gelişim geriliği	2	1,4
Hidrocefali	2	1,4
West Sendromu	2	1,4
Yaygın gelişimsel bozukluk	2	1,4
Artrogripozis	1	,7
Ayak Bileği Kontraktürü	1	,7
Becker Muskuler Distrofi	1	,7
Charcot Marie Tooth	1	,7
Dirsek kontraktürü	1	,7
Diz Kontraktürü	1	,7
Down Sendromu	1	,7
Hafif mental	1	,7
Kondromalazi Patella	1	,7
Kontraktür	1	,7
Menisküs	1	,7
Mitokondrial Miyopati	1	,7
Miyofasyal Ağrı	1	,7
Motor Gelişme Geriliği	1	,7
Muskuler distrofi	1	,7
Otizm	1	,7
Romatizmal	1	,7
Sağ Hemiparezi	1	,7
Serebellar Ataksi	1	,7
Transvers miyelit	1	,7
Toplam	138	100,0

n: sayı

Çalışmaya katılan hastalardan 72'si (%52.2) serebral palsi (CP) hastası iken 17'si (%12.3) brakiyal pleksus, 6'sı (%4.3) spina bifida, 6'sı (%4.3) Duchenne Musküler Distrofi (DMD), 4'ü (%2.9) miyopati, 3'ü (%2.2) miyotonik distrofi hastasıdır (Çizelge 8).

**Çizelge 9** : Hastaların ortalama tedavi süresi (ay)

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Ss (±)
Hastanın Tedavi Süresi	138	1,00	204,00	50,89	52,55

n: sayı; SS: standart sapma

Çalışmaya katılan hastaların tedavi süresi 1-204 ay arasında değişmekte olup ortalama tedavi süresi  $50.89 \pm 52.55$  ay olarak hesaplanmıştır (Çizelge 8).

**Çizelge 10** : Hastaların kaba motor değerlendirme sonuçlarına göre dağılımı

		n	%
Kaba Motor Değerlendirme	Seviye 1	22	29,7
	Seviye 2	31	41,9
	Seviye 3	7	9,5
	Seviye 4	11	14,9
	Seviye 5	3	4,1
	Total	74	100,0

n: sayı

Çalışmaya katılan hastalardan 74'ünün kaba motor değerlendirme sonuçları elde edilmiştir. Bunlardan 31'i (%41.9) seviye 2, 22'si (%29.7) seviye 1, 11'i (%14.9) seviye 4, 7'si (%9.5) seviye 3, 3'ü de (%4.1) seviye 5 olarak tespit edilmiştir (Çizelge10).

### **Çocuk Sevme Düzeyine İlişkin Bulgular**

### **Fizyoterapistin Demografik Özelliklerine Göre Çocuk Sevme Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular**

**Çizelge 11 :** Çocuk sevme ölçeğinden elde edilen ortalama puanlar

	n	Ortalama	Ss (±)
Çocuk Sevme	138	77,36	11,52

Yapmış olduğumuz çalışmadan elde edilen verilerin analizi neticesinde çocuk sevme ölçeğinden elde edilen ortalama puan  $77.36 \pm 11.52$  olarak hesaplanmıştır (Çizelge 11). Dolayısıyla fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür.

**Çizelge 12 :** Fizyoterapistin cinsiyetine göre çocuk sevme düzeylerinin karşılaştırılması

Fizyoterapistin Cinsiyeti	n	Ortalama	Ss (±)	t	P
Kadın	71	80,70	10,77	3.655	.000
Erkek	67	73,83	11,29		

n: sayı; SS: standart sapma

Fizyoterapistin cinsiyetine göre çocuk sevme düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi neticesinde kadın fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin erkek fizyoterapistlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu ( $p < 0.001$ ) görülmüştür (Çizelge 12).

**Çizelge 13 :** Fizyoterapistin yaşı ile çocuk sevme düzeyi arasındaki ilişki

		Çocuk Sevme
Fizyoterapistin Yaşı	R	-,326**
	P	,000
	N	138

n: sayı



Fizyoterapistin yaşı ile çocuk sevme düzeyi arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için yapılan Spearman Korelasyon analizi neticesinde yaş ile çocuk sevme düzeyi arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki ( $r = -.326$ ;  $p < 0.001$ ) saptanmıştır (Çizelge 13). Diğer bir ifadeyle yaştaki artışa bağlı olarak fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeyleri anlamlı şekilde azalmaktadır.

**Çizelge 14 :** Fizyoterapistin çalışma süresi ile çocuk sevme düzeyi arasındaki ilişki

		Çocuk Sevme
Fizyoterapistin Çalışma Süresi (ay)	r	-,338**
	p	,000
	N	138

n: sayı

Fizyoterapistin çalışma süresi ile çocuk sevme düzeyi arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için yapılan Spearman Korelasyon analizi neticesinde çalışma süresi ile çocuk sevme düzeyi arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki ( $r = -.338$ ;  $p < 0.001$ ) saptanmıştır (Çizelge 14). Diğer bir ifadeyle çalışma süresi arttıkça çocuk sevme düzeyi azalmaktadır.

**Çizelge 15 :** Fizyoterapistin medeni durumuna göre çocuk sevme düzeylerinin karşılaştırılması

Fizyoterapistin Durumu	Medeni	n	Ortalama	Ss ( $\pm$ )	t	p
Bekar		105	76,69	11,50	-1.229	.221
Evli		33	79,51	11,47		

n: sayı; SS: standart sapma

Fizyoterapistin medeni durumuna göre çocuk sevme düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi neticesinde her ne kadar evli olan fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeyleri bekarlardan yüksek olsa

da aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) görülmüştür (Çizelge 15).

**Çizelge 16 :** Fizyoterapistin eğitim düzeyine göre çocuk sevme düzeylerinin karşılaştırılması

Fizyoterapistin Eğitim Düzeyi	n	Ortalama	Ss ( $\pm$ )	t	p
Lisans	118	76,9153	11,65939	-1.126	.262
Yüksek Lisans	20	80,0500	10,54052		

n: sayı; SS: standart sapma

Fizyoterapistin eğitim düzeyine göre çocuk sevme düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi neticesinde yüksek lisans mezunu olanların çocuk sevme düzeyi daha yüksek olsa da gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Çizelge 16).

### **Hastanın Demografik Özelliklerine Göre Çocuk Sevme Düzeylerinin Karşılaştırılmasının Elde Edilen Bulgular**

**Çizelge 17 :** Hastanın cinsiyetine göre fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin karşılaştırılması

Hastanın Cinsiyeti	N	Ortalama	Ss ( $\pm$ )	t	p
Kız	63	75,9683	12,01473	-1.313	.191
Erkek	75	78,5467	11,03225		

n: sayı; SS: standart sapma

Hastanın cinsiyetine göre fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi neticesinde fizyoterapistlerin erkek çocukları sevme düzeylerinin daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ) (Çizelge 17).

**Çizelge 18 :** Hastanın yaşı ile fizyoterapistin çocuk sevme düzeyi arasındaki ilişki

		Çocuk Sevme
Hastanın Yaşı	R	,073
	P	,394
	N	138

n: sayı

Hastanın yaşı ile fizyoterapistin çocuk sevme düzeyi arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için yapılan Spearman Korelasyon analizi neticesinde hasta yaşı ile çocuk sevme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Çizelge 18).

**Çizelge 19 :** Hastanın tedavi süresi ile fizyoterapistin çocuk sevme düzeyi arasındaki ilişki

		Çocuk Sevme
Hastanın Tedavi Süresi	R	,160
	P	,061
	N	138

n: sayı

Hastanın tedavi süresi ile fizyoterapistin çocuk sevme düzeyi arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için yapılan Spearman Korelasyon analizi neticesinde tedavi süresi ile çocuk sevme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Çizelge 19).

**Çizelge 20** : Kaba motor değerlendirmeye göre fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin karşılaştırılması

Kaba Motor Değerlendirme	n	Ortalama	Ss (±)	$\chi^2$	p
Seviye 1	22	82.45	11.03	4.995	.288
Seviye 2	31	79.25	9.99		
Seviye 3	7	80.57	11.39		
Seviye 4	11	73.72	13.41		
Seviye 5	3	70.00	14.17		

n: sayı; SS: standart sapma

Kaba motor değerlendirmeye göre fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için Kruskal Wallis H testi yapıldı ve gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 20).

### **Pedriatrik Motivasyon Düzeyine İlişkin Bulgular**

### **Fizyoterapistin Demografik Özelliklerine Göre Çocuk Sevme Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular**

**Çizelge 21** : Pedriatrik motivasyon ölçeğinden elde edilen ortalama puanlar

	N	Ortalama	Ss (±)
Pedriatrik Motivasyon	138	88.76	10.36

n: sayı; SS: standart sapma

Pedriatrik motivasyon ölçeğinden elde edilen ortalama puan  $88.76\pm 10.36$  olarak hesaplanmış olup bu puan pedriatrik motivasyonun iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (Çizelge 21).

**Çizelge 22** : Fizyoterapistin cinsiyetine göre pediatrik motivasyon düzeylerinin karşılaştırılması

Fizyoterapistin Cinsiyeti	n	Ortalama	Ss ( $\pm$ )	t	p
Kadın	71	90.92	9.25	2.574	.011
Erkek	67	86.47	11.02		

n: sayı; SS: standart sapma

Fizyoterapistin cinsiyetine göre pediatrik motivasyon düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan bağımsız örneklem t testi neticesinde kadın fizyoterapistlerin pediatrik motivasyon düzeylerinin erkek fizyoterapistlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu ( $p < 0.05$ ) görülmüştür (Çizelge 22).

**Çizelge 23** : Fizyoterapistin yaşı ile pediatrik motivasyon düzeyi arasındaki ilişki

		Pediatrik Motivasyon
Fizyoterapistin Yaşı	R	-,222**
	P	,000
	N	138

Fizyoterapistin yaşı ile pediatrik motivasyon düzeyi arasında ilişki olup olmadığı Spearman Korelasyon analizi ile test edilde ve testin sonucuna göre yaş ile pediatrik motivasyon düzeyi arasında negatif yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki ( $r = -.222$ ;  $p < 0.001$ ) saptandı (Çizelge 23). Diğer bir ifadeyle yaştaki artışa bağlı olarak pediatrik motivasyon düzeyleri anlamlı şekilde azalmaktadır.

**Çizelge 24 :** Fizyoterapistin çalışma süresi ile pediatrik motivasyon düzeyi arasındaki ilişki

		Pediatrik Motivasyon
Fizyoterapistin Çalışma Süresi (ay)	r	-,161
	p	,059
	N	138

n: sayı

Fizyoterapistin çalışma süresi ile pediatrik motivasyon düzeyi arasında ilişki olup olmadığı Spearman Korelasyon analizi ile test edildi ve anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 24).

**Çizelge 25 :** Fizyoterapistin medeni durumuna göre pediatrik motivasyon düzeylerinin karşılaştırılması

Fizyoterapistin Medeni Durumu	n	Ortalama	Ss ( $\pm$ )	t	p
Bekar	105	88.82	10.70	.122	.933
Evli	33	88.57	9.34		

Fizyoterapistin medeni durumuna göre pediatrik motivasyon düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığı yapılan bağımsız örneklem t testi ile analiz edildi ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 25).

**Çizelge 26 :** Fizyoterapistin eğitim düzeyine göre pediatrik motivasyon düzeylerinin karşılaştırılması

Fizyoterapistin Eğitim Düzeyi	n	Ortalama	Ss ( $\pm$ )	t	p
Lisans	118	88.27	10.60	-1.349	.180
Yüksek Lisans	20	91.65	8.41		

n: sayı; SS: standart sapma

Fizyoterapistin eğitim düzeyine göre pediatrik motivasyon düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığını bağımsız örneklem t testi ile analiz edildi ve yüksek lisans mezunu olanların pediatrik motivasyon düzeyi daha yüksek olsa da gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ( $p>0.05$ ) (Çizelge 26).

### **Hastanın Demografik Özelliklerine Göre Çocuk Sevme Düzeylerinin Karşılaştırılmasından Elde Edilen Bulgular**

**Çizelge 27 :** Hastanın cinsiyetine göre pediatrik motivasyon düzeylerinin karşılaştırılması

Hastanın Cinsiyeti	n	Ortalama	Ss ( $\pm$ )	t	p
Kız	63	89.52	10.30	.784	.434
Erkek	75	88.13	10.43		

n: sayı; SS: standart sapma

Hastanın cinsiyetine pediatrik motivasyon düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığını bağımsız örneklem t testi ile analiz edildi ve gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı görüldü ( $p>0.05$ ) (Çizelge 27).

**Çizelge 28 :** Hastanın yaşı ile pediatrik motivasyon düzeyi arasındaki ilişki

		Pediatrik Motivasyon
Hastanın Yaşı	r	,074
	p	,390
	N	138

n: sayı

Hastanın yaşı ile pediatrik motivasyon düzeyi arasında ilişki olup olmadığını Spearman Korelasyon testi ile analiz edildi ve hasta yaşı ile pediatrik motivasyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 28).

**Çizelge 29 :** Hastanın tedavi süresi ile pediatrik motivasyon düzeyi arasındaki ilişki

		Pediatric Motivasyon
Hastanın Tedavi Süresi	r	,035
	p	,685
	N	138

n: sayı

Hastanın tedavi süresi ile pediatrik motivasyon düzeyi arasında ilişki olup olmadığı Spearman Korelasyon testi ile analiz edildi ve anlamlı bir ilişki bulunamadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 19).

**Çizelge 30 :** Kaba motor değerlendirmeye göre pediatrik motivasyon düzeylerinin karşılaştırılması

Kaba Motor Değerlendirme	n	Ortalama	Ss ( $\pm$ )	$\chi^2$	p
Seviye 1	22	94.22	8.59	6.263	.180
Seviye 2	31	89.83	8.16		
Seviye 3	7	88.71	8.32		
Seviye 4	11	88.00	12.23		
Seviye 5	3	75.33	16.44		

n: sayı; SS: standart sapma

Kaba motor değerlendirmeye göre pediatrik motivasyon düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığı Kruskal Wallis H testi ile analiz edildi ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Çizelge 30).



**Çizelge 31** : Çocuk sevme düzeyi ile pediatrik motivasyon düzeyi arasındaki ilişki

		Pediatrik Motivasyon
Çocuk Sevme	r	,503**
	p	,000
	N	138

n: sayı; SS: standart sapma

Çocuk sevme düzeyi ile pediatrik motivasyon arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek için Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analizin sonucuna göre çocuk sevme düzeyi ile pediatrik motivasyon arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki ( $r = .503$ ;  $p < 0.001$ ) olduğu görülmüştür (Çizelge 31).

## 5. TARTIŞMA

ÖG çocuk sonradan ya da doğuştan, herhangi bir kaza veya hastalık nedeniyle becerilerini kaybetmiş, günlük yaşam aktivitelerini gerektiği gibi yerine getiremeyen çocuk olarak tanımlanmaktadır (Pouya, Bayramoğlu ve Demirel, 2016). DSÖ raporları, özel gereksinimli birey nüfusunun gelişmekte olan ülkelerde %12, gelişmiş olan ülkelerde ise %10'unu oluşturduğunu kabul etmektedir (Uysal 2013). Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 2002'de yapmış olduğu özel gereksinimli bireyler araştırmasına göre, Türkiye'de özel gereksinimli nüfusun %12.29 olduğu kabul edilmiştir (Çevik ve Kabasakal, 2013). Bu durumdan dolayı özel gereksinimli bireyler ile yürütölen çalışmaların, önemli bir yer tuttuğu görölmektedir.

Çalışmamız dahil edilme kriterlerine uyan 138 fizyoterapist ve bu fizyoterapistlerle çalışan 138 ÖG çocuk ile tamamlandı. Fizyoterapistin çocuk sevme düzeyinin, ÖG çocukların terapiye katılım motivasyonuna olan etkisini incelediğimiz çalışmamızın sonuçlarına göre fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin yüksek olması çocukların motivasyonunu olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin çalışma sürelerinden ve çocuğun cinsiyet ile yaşından etkilendiği; çocukların terapiye katılma motivasyon seviyeleri ie fizyoterapistin cinsiyeti ve yaşı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görölmüştür.

Sağlıklı bireylerde olduğu gibi özel gereksinimli bireylerde de fiziksel gelişim ve psikolojik, sosyal adaptasyon için en etkili yöntemin fiziksel aktivite olduğu söylenebilir. Özel gereksinimli bireylere, kısıtlıklarını kaldırma, gelişimlerini sağlıklı bir biçimde yürütme, hayatlarını mümkün olduğunca kendi başlarına sürdürmeye yetebilmelerini sağlamak amacıyla oyun, istirahat, hareket ve dinlenme bazlı uygulamaları, fiziksel aktivite gerçekteştirir (Tütöncü, 2012). Özel gereksinimli bireylerin fiziksel uygunluk, iyi oluş ve sağlık düzeylerinin artmasını fiziksel aktivite sağlamaktadır (O'Brien, 2016). Özel gereksinimli, özel gereksinimsiz tüm bireyleri,

fiziksel aktivite sayesinde, obeziteden koruma, zihinsel sağlığı yükseltme, kronik rahatsızlıklara karşı daha dirençli kılma, daha sağlıklı yaşlanmayı sağlama yolları ile sayısız fayda sağlarken, tüm bunların bir yansıması olarak sağlık hizmetlerine harcanan paradan ciddi anlamda tasarruf edilmesine olanak yaratan fiziksel aktivite ülke ekonomisine de büyük katkı sunmaktadır (Mulholland, 2008). Fiziksel aktivite ile sağlık problemler ve giderlerini minimize etmek en önemli araç olup toplumsal bütünleşmedeki rolü göz önüne alındığında fiziksel aktivitenin özel gereksinimli bireyler için önem daha da artmaktadır (Philips, Flemming ve Tsintzas, 2009).

ÖG çocukların gelişiminde fizyoterapi ve rehabilitasyon tedavi planının yönetiminde merkezi bir rol oynamaktadır. Fizyoterapi ve rehabilitasyon programları çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimini sağlamak amacıyla çocuğun var olan potansiyelinin işlevi, hareketi ve optimal kullanımına odaklanır (Anttila, 2008).

Literatürde tarafımızca fizyoterapistlerin çocuk sevmeye düzeylerinin incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Gelbal ve ark. ilköğretim sınıflarına eğitim veren öğretmenlerin çocuk sevmeye düzeylerine etki eden değişkenleri inceledikleri çalışmalarında, öğretmenin kadın ya da erkek olmasının çocuk sevmeye düzeyini etkilemediği sonucuna varmışlardır (Gelbal, 2010). Hemşirelik öğrencilerinin çocuk sevmeye düzeylerinin incelendiği çalışmada benzer şekilde cinsiyet faktörü etkili bulunmamıştır ( Bektaş, 2015). Çalışmamız sonunda elde ettiğimiz verilere göre kadın fizyoterapistlerin çocuk sevmeye düzeyi erkek fizyoterapistlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın özel gereksinimli çocuklarla çalışmanın kadın fizyoterapistlerde annelik ve merhamet duygusundan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Bektaş ve ark. çalışmalarında 41-45 yaş aralığındaki öğretmenlerin çocuk sevmeye puanlarının en yüksek 20-25 yaş aralığındaki öğretmenlerin ise en düşük puana sahip oldukları saptanmıştır (Bektaş, 2015). Çalışmamızda ise fizyoterapistlerin yaşları azaldıkça çocuk sevmeye düzeylerinin arttığı görülmüştür. Ayrıca fizyoterapistin çalışma yılının fazla olması ile negatif ilişki olduğu bulunmuştur. Bu durumun fizyoterapistlerin ÖG çocuklar ile çalışırken yıllar içinde yaşadıkları mesleki deformasyondan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Gelbal ve ark. evli ve çocuk sahibi olmanın çocuk sevgisinde belirleyici bir etmen olabileceğini belirtmişlerdir (Gelbal, 2010). Çalışmamızda benzer şekilde evli fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin çocuk sahibi olan ya da çocuk sahibi olma ihtimali olan fizyoterapistlerin terapi sırasında ÖG çocuk ile arasındaki empati duygusunun ön plana çıkmasından kaynaklanabilir.

Literatür incelendiğinde yüksek lisans veya lisans mezunu olmanın çocuk sevme düzeyine olan etkisini inceleyen bir çalışmaya tarafımızca rastlanmamıştır. Çalışmamızın sonuçlarına göre fizyoterapistin eğitim seviyesinin çocuk sevme düzeyine etkisinin olmadığı görülmüştür. Ayrıca ÖG çocuğun cinsiyeti, yaşı, tedavi süresi ve kaba motor fonksiyon seviyesinin fizyoterapistin çocuk sevme düzeyin etkisi incelendiğinde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Fizyoterapistlerin ÖG çocukların yaşadığı zorluklara şahit olmaları ve çocukların fiziksel, duyuşsal, sosyal gelişimine destek olup onların yaşam kalitelerini arttırarak yaşadıkları zorlu süreçte onlara destek olmaları aralarında güçlü bir bağ oluşmasına sebep olduğundan ÖG çocuklar ile ilgili değişkenler fizyoterapistlerin sevgi düzeyini etkilememiş olabilir.

Özel gereksinimli çocukların tedaviye katılma düzeylerini artırmanın en önemli yolu motivasyonlarını arttırmaktır. Bunun içinde tedavi eden uzmanların çocuk sevme düzeylerinin yüksek olması gerekir. Motivasyon, özel gereksinimli çocukların fonksiyonlarını etkileyen önemli bir kişisel faktördür. Motivasyon bireyin becerilerini attırmaya teşvik eden içsel bir psikolojik güç olarak tanımlanır ve enstrumental ile dışavurumsal bileşenlerden oluşur. Enstrumental bileşen daha çok kaba ve ince motor aktiviteler gibi fiziksel özellikleri veya sosyalleşme ve problem çözme gibi psikolojik çaba gerektiren becerilerde ustalaşma konusundaki ısrardır. Dışa vurumsal komponent ise kişinin beceride ustalaşırkenki aldığı zevk miktarı veya görevin yerine getirilememesindeki olumsuz tepkileri içerir (Morgan, 1995).

Yapılan çalışmalar tipik olarak gelişen akranlarla karşılaştırıldığında, özel gereksinimli çocukların daha pasif olma ve zorlayıcı faaliyetlerden kaçınma

eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bu eğilim çocukların motivasyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Bartlett ve Palisano, 2002).

Var olan düşük motivasyon özel gereksinimli çocukların geçmiş deneyimleri, yaşadıkları fiziksel ve çevresel zorluklar veya başarısızlık korkularıyla ilişkilidir. Hem tedavi ortamında hem de gerçek yaşamda aktivitelerin gerçekleştirilmesindeki motivasyon eksikliği, çocuğun ilgili etkinliklere ulaşmasını ve yaşam rollerine katılımını sınırlayabilir. Gelişimsel yetersizliği olan çocuklar için düşük motivasyon, anlamlı aktiviteleri pratik etmenin ve öğrenmenin önündeki kritik bir engel olabilir. (Majnemer, 2010).

Majnemer ve arkadaşlarının özel gereksinimli çocuklarda yaptığı araştırmaya göre ailenin gelir düzeyinin yüksek olması, çocuğun yüksek IQ ve kaba motor fonksiyon seviyesi ile öz bakım, iletişim sosyalleşme, davranış adaptasyonunda az aktivite limitasyonuna sahip olması motivasyon ile pozitif korelasyon göstermektedir (Majnemer, 2010).

Çalışmamızın bulgularına göre fizyoterapistlerin yaşı arttıkça çocuğun tedaviye katılım motivasyonunun azaldığı saptanmıştır. Fizyoterapistlerin yaşları arttıkça mesleki deformasyona bağlı olarak çocuk sevme düzeylerinin azalmasının bu sonuca neden olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca çocuğun tedavi sırasındaki motivasyonuna fizyoterapistinin çalışma süresinin anlamlı düzeyde etki etmemesi çalışmamıza dahil edilen fizyoterapistlerin ortalama çalışma süresinin  $37.42 \pm 28.52$  ay olması olabilir.

ÖG çocukların motivasyonlarını arttırmak için fizyoterapi programlarını planlarken seçilen egzersiz ya da oyun aktivitesinin çocuğun ilgi alanları doğrultusunda ve seviyesine uygun seçilmesi gerekmektedir. Son yıllarda çocukların terapiye katılımını arttırmak amacıyla sanal gerçeklik, robotik rehabilitasyon gibi uygulamalar klasik rehabilitasyon programlarına eklenmesi önerilmektedir (Bingham, 2015; Jannink,2008). Literatürde fizyoterapistin çocuk sevme düzeyi ile çocuğun terapiye katılma motivasyonu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmadığından araştırmamızın sonuçlarını karşılaştıramamaktayız. Bulgularımıza göre fizyoterapistin çocuk sevme düzeyi arttıkça çocuğun terapiye katılma motivasyonunun da anlamlı

şekilde artmaktadır. Motivasyonun ÖG çocukların hayatındaki rolü göz önünde bulundurulduğunda bu bulgu çocukların fiziksel ve mental anlamdaki gelişimleri açısından önem arz etmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Pediyatrik rehabilitasyon süresince fizyoterapist tarafından sağlanan motivasyon bu yüzden kritik önem taşımaktadır (Morgan, 1995). Fizyoterapistler üzerinde bu tarzda bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapmış olduğumuz çalışmada özel gereksinimli çocuklarla çalışan fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin çocukların terapiye katılım motivasyonları üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Yapılan çalışma neticesinde elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Kadın fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin erkek fizyoterapistlerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür
- Fizyoterapistlerin yaşı arttıkça çocuk sevme düzeylerinin anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır.
- Fizyoterapistlerin çalışma süresi arttıkça çocuk sevme düzeylerinin anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır.
- Evli olan fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin daha yüksek olduğu ancak bekar fizyoterapistler ile arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.
- Yüksek lisans mezunu olan fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeylerinin daha yüksek olduğu lisans mezunları ile arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.
- Fizyoterapistlerin erkek çocukları sevme düzeylerinin daha yüksek olduğu ancak hastanın cinsiyetine göre çocuk sevme düzeylerindeki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.
- Hastanın yaşı ile fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Hastanın tedavi süresi ile fizyoterapistlerin çocuk sevme düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır.

- Kaba motor değerlendirmeye göre fizyoterapistlerin ocuk sevme düzeylerinin anlamlı Şekilde farklılaşmadığı görülmüştür.
- Kadın fizyoterapistler tarafından rehabilite edilen çocukların terapiye katılma motivasyonlarının erkek fizyoterapistler tarafından rehabilite edilen çocuklardan anlamlı Şekilde yüksek olduğrlmştr.
- Fizyoterapistin yaşı arttıka rehabilite ettiği çocuğun terapiye katılma motivasyonunun anlamlı Şekilde azaldığı görülmüştür.
- Fizyoterapistin alışma süresinin çocuğun terapiye katılma motivasyonu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür.
- Fizyoterapistin medeni durumuna göre çocuğun terapiye katılma motivasyonunun anlamlı Şekilde farklılaşmadığı görülmüştür.
- Yüksek lisans mezunu fizyoterapistler tarafından rehabilite edilen çocukların terapiye katılma motivasyonlarının daha yüksek olduğu ancak eğitim düzeyinin terapiye katılma motivasyonu üzerindeki etkisinin anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür.
- Kız ocukların terapiye katılma motivasyonları daha yüksek bulunsa da hastanın cinsiyetinin terapiye katılma motivasyonu üzerindeki etkisi anlamlı bulunmamıştır.
- Hastanın yaşı ile terapiye katılma motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Hastanın tedavi süresi ile terapiye katılma motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Kaba motor fonksiyon seviyesinin çocuğun terapiye katılma motivasyonu üzerinde etkiye sahip olmadığı görülmüştür.
- Fizyoterapistin ocuk sevme düzeyi ile çocuğun terapiye katılma motivasyonu arasında pozitif bir ilişki olduğu diğer bir ifadele ocuk sevme düzeyi arttıka çocuğun terapiye katılma motivasyonunun da anlamlı Şekilde arttığı görülmüştür.



## **KAYNAKLAR**

**Anaby D, Hand C, Bradley L.**(2013) The effect of the environment on participation of children and youth with disabilities: a scoping review. *Disabil Rehabil* 2013;35:1589–98.

**Anaby D, Law M, Coster W.** (2014) The mediating role of the environment in explaining participation of children and youth with and without disabilities across home, school, and community. *Arch Phys Med Rehabil* 95:908–17.

**Autti-Rämö I, Suoranta J, Anttila H, Malmivaara A, Mäkelä M.** (2006) An Overview of Review Articles on the Effectiveness of Upper and Lower Limb Casting and Orthoses Used in Children with Cerebral Palsy. *Am J Phys Med Rehabil* 85:89-103.

**Bartlett, D. J., & Palisano, R. J.** (2002). Physical therapists' perceptions of factors influencing the acquisition of motor abilities of children with cerebral palsy: Implications for clinical reasoning. *Phys Ther*, 2, 237–248

**Bedell G, Coster W, Law M.** (2013) Community participation, supports, and barriers of school-age children with and without disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 94:315–23.

**Bingham PM, Calhoun B.** (2015). Digital Posturography Games Correlate with Gross Motor Function in Children with Cerebral Palsy. *Games Health J.* 4:145-148

**Bower E, McLellan DL.** (1992) Effect of increased exposure to physiotherapy on skill acquisition in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* 34: 25–39.

**Bult M, Verschuren O, Lindeman E.**(2013) Predicting leisure participation of school-aged children with cerebral palsy: longitudinal evidence of child, family and environmental factors. *Child Care Health Dev* 39:374–80

- Campbell, S.K.** (2000). Physical therapy for children. Philadelphia: Saunders.
- Carlson S, Taylor N, Dodd K.** (2013) Differences in habitual physical activity levels of young people with cerebral palsy and their typically developing peers: a systematic review. *Disabil Rehabil* 35:647–55
- Claassen A, Gorter J, Stewart D, Verschuren O, Galuppi B, Shimmell L.** (2011) Becoming and staying physically active in adolescents with cerebral palsy: protocol of a qualitative study of facilitators and barriers to physical activity. *BMC Pediatrics* 11:1.
- Çevik, O., ve Kabasakal, K.** (2013). Spor etkinliklerinin, engelli bireylerin toplumsal uyumuna ve sporla sosyalleşmelerine etkisinin incelenmesi. *Uluslararası Sosyal ve Ekonomik Bilimler Dergisi*, (2), 74-83.
- Duyan, V., ve Gelbal, S.**(2008). Barnett Çocuk Sevme Ölçeğini türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 33 (148), 40-48.
- Ferguson, G.D., Jelsma, D., Jelsma, J., & Smits-Engelsman, B.C.M.** (2013). The efficacy of two task-orientated interventions for children with developmental coordination disorder: Neuromotor task training and Nintendo Wii Fit training. *Research in Developmental Abilities*, 34, 2449–2461
- Fong, S.S.M., Chung, J.W.Y., Chow, L.P.Y., Ma, A.W.W., & Tsang, W.W.N.** (2013). Differential effect of Taekwondo training on knee muscle strength and reactive and static balance control in children with developmental coordination disorder: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Abilities*, 34, 1446–1455.
- Frank K.**(2005.)Exercises and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity.
- Getz M, Hutzler Y, Vermeer A**(2006). Effects of aquatic interventions in children with neuromotor impairments: a systematic review of the literature. *Clin Rehabil*, 20:927-936.

- Giagazoglou, P., Sidiropoulou, M., Mitsiou, M., Arabatzi, F., & Kellis, E.** (2015). Can balance trampoline training promote motor coordination and balance performance in children with developmental coordination disorder? *Research in Developmental Abilities*, 36, 10–19.
- Gonsalves, L., Campbell, A., Jensen, L., & Straker, L.** (2015). Children with developmental coordination disorder play active virtual reality games differently than children with typical development. *Physical Therapy*, 95(3), 360–368.
- Harris K, Reid D.** (2005) The influence of virtual reality play on children's motivation. *Can J Occup Ther* 72:21–9.
- Harris SR, Roxborough L**(2005) Efficacy and effectiveness of physical therapy in enhancing postural control in children with cerebral palsy. *Neural Plast* 12:229-43; discussion 263-72.
- Hoare BJ, Wasiak J, Imms C, Carey L:** (2007) Constraint-induced movement therapy in the treatment of the upper limb in children with hemiplegic cerebral palsy. *Cochrane Database Syst Rev* Art No: CD004149
- Jannink MJ, van der Wilden GJ, Navis DW.** (2008). A low-cost video game applied for training of upper extremity function in children with cerebral palsy: a pilot study. *Cyberpsychol Behav*. 11(1):27-32.
- Jennings KD, Connors RE, Stegman CE.** (1988) Does a physical handicap alter the development of mastery motivation during the preschool years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27:312–7.
- Kanagasabai PS, Mulligan H, Mirfin-Veitch B.** (2014) Association between motor functioning and leisure participation of children with physical disability: an integrative review. *Dev Med Child Neurol* 56:1147–62.

**Karademir M.** (2017). Sosyal ağların kullanımının ortaokul öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerine etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Bartın Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü

**Kaufman, L.B., & Schilling, D.L.** (2007). Implementation of a strength training program for a 5-year-old child with poor body awareness and developmental coordination disorder. *Physical Therapy*, 87(4), 455–467.

**King G, Law M, Petrenchik T.** (2013) Psychosocial determinants of out of school activity participation for children with and without physical disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr* 33:384–404.

**Kurt, M., Tarsusulu Şimşek T.** (2018). Pediatrik Motivasyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği, *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 5(2):116-124

**Lauruschkus K .** (2017). Participation in physical activities for children with cerebral palsy: feasibility and effectiveness of physical activity on prescription.

**Lauruschkus K, Nordmark E, Hallström I.** (2015) “It’s fun, but...” Children with cerebral palsy and their experiences of participation in physical activities. *Disability and Rehabilitation*. 37(4):283–9.

**Lauruschkus K, Westbom L, Hallström I, Wagner P, Nordmark E.** (2015). Physical activity in a total population of children and adolescents with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*. 34:157–67.

**Law M, Petrenchik T, King G.** (2007). Perceived environmental barriers to recreational, community, and school participation for children and youth with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 88:1636–42.

**Lee, M.G., & Smith, G.N.** (1998). The effectiveness of physiotherapy for dyspraxia. *Physiotherapy*, 84(6), 276–284.

**MacTurk RH, Morgan GA, Jennings KD.**(1995) The assessment of mastery motivation in infants and young children. In: MacTurk RH, Morgan GA, editors.

Mastery motivation: origin, conceptualizations and applications. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation, 19–56.

**Maher C, Williams M, Olds T, Lane A.** (2007) Physical and sedentary activity in adolescents with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 49:450–7

**Majnemer, A., Shevell, M., Law, M., Poulin, C., & Rosenbaum, P.** (2010). Level of motivation in mastering challenging tasks in children with cerebral palsy. *Devel Med Child Neurol*, 52,1120–1126.

**McPherson M.** (1998). New Definition of Children With Special Health Care Needs. *PEDIATRICS* 102(1).

**Messier J, Ferland F, Majnemer A.** (2008) Play behavior of school age children with intellectual disability: their capacities, interests and attitude. *J Dev Phys Disabil* 20:193–207.

**Miller WR, Rollnick S.** (2013). “Motivational interviewing: helping people change”. New York: Guilford Press

**Morgan, G. A.,**(2003) *Mastery motivation: Origins, conceptualizations, and applications*, Norwood, NJ, Ablex Publishing Corporation, 1–17.

**Morgan, G.A., MacTurk, R. H., & Hrnecir, E. J.** (1995). *Mastery motivation: Overview, definitions, and conceptual issues*. In: MacTurk, R. H., Morgan, G. A., eds. *Mastery motivation: Origins, conceptualizations, and applications*, Norwood, NJ, Ablex Publishing Corporation, 1–17

**Morgan GA, Leech NL, Barrett KC, Busch-Rossnagel NA, Harmon RJ.** (2002) *The Dimensions of Mastery Questionnaire: a manual about its development, psychometrics and use*, unpublished.

**Mulholland E.** (2008). *What sport can do: The true sport report*. True Sport.

- Niemeijer, A.S., Smits-Engelsman, B.C.M., & Schoemaker, M.M.** (2007). Neuromotor Task Training for children with developmental coordination disorder: A controlled trial. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 406–411.
- Niemeijer, A.S., Smits-Engelsman, B.C.M., Reynders, K., & Schoemaker, M.M.** (2003). Verbal actions of physiotherapists to enhance motor learning in children with developmental coordination disorder. *Human Movement Science*, 22, 567–581.
- Novak I, Hines M, Goldsmith S, Barclay R.** (2012). Clinical prognostic messages from a systematic review on cerebral palsy. *Pediatrics*;130(5):1–28.
- O'Brien, T. D., Noyes, T., Spencer, L. H., Kubis, H. P., Hastings, R. P., Whitaker, R.** (2016). Systematic review of physical activity and exercise interventions to improve health, fitness and well-being of children and young people who use wheelchairs. *BMJ Opensport & Exercise Medicine*, 2(1), 1-16.
- Palisano RJ, Chiarello LA, King GA.** (2012). Participation-based therapy for children with physical disabilities. *Disabil Rehabil* 34:1041–52.
- Palisano RJ, Hanna SE, Rosenbaum PL, Russell DJ, Walter SD, Wood EP, Raina PS, Galuppi BE.** (2000) Validation of a model of gross motor function for children with cerebral palsy. *Phys Ther* 80(10):974-85
- Philips M, Flemming N, Tsintzas K.** (2009). An exploratory study of physical activity and perceived barriers to exercise in ambulant people with neuromuscular disease compared with unaffected controls. *Clinical Rehabilitation*, 23, 746- 755.
- Pin T, Dyke P, Chan M** (2006) The effectiveness of passive stretching in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 48:855-862.
- Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, Dan B, Jakobsson B. A** (2006). The definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine and Child Neurology* 49:8–14.
- Rosenbaum P.** (2007)The definition and classification of Cerebral Palsy. *Dev Med Child Neurol* 49:1–44.

**Rosenberg L, Bart O, Ratzon NZ** (2013). Personal and Environmental factors Predict participation of Children with and without mild developmental Disabilities. *J Child Fam Stud* 22:658–71.

**S. Bayramoğlu , E. Demirel** (2016). Doğa ile uyumlu fiziksel engelli çocuk oyun alanları. *Mimarlık Bilimleri ve Uygulamaları Dergisi (MBUD)*, 1(1), 51-60

**Scrutton D, Damiano DL, Maystone M.** (2004) Management of the motor disorders of children with cerebral palsy. 2nd edition. Cambridge, Cambridge University Press; 191.

**Shikako-Thomas K, Kolehmainen N, Ketelaar M, Bult M, Law M.** (2014). Promoting leisure participation as part of health and well-being in children and youth with cerebral palsy. *Journal of Child Neurology.* 29(8):1125–3

**Silkwood-Sherer, D.J., Killian, C.B., Long, T.M., & Martin, K.S.** (2012). Hippotherapy—an intervention to habilitate balance deficits in children with movement disorders: A clinical trial. *Physical Therapy*, 92(5), 707–717.

**Smits-Engelsman, B.C.M., Blank, R., Van Der Kaay, A.C., Van Der Meijs, R.M., Vlugt-Van Den Brand, E., Polatajko, H.J., & Wilson, P.H.** (2013). Efficacy of interventions to improve motor performance in children with developmental coordination disorder: A combined systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 55, 229–237.

**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? *Phys Occup Ther Pediatr* 27:5-23.

**Sterba JA.** (2007) Does horseback riding therapy or therapistdirected hippotherapy rehabilitate children with cerebral palsy? *Dev Med Child Neurol* 49:68-73.

**Tütüncü, Ö.** (2012). Rekreasyon ve rekreasyon terapisinin yaşam kalitesindeki rolü. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 23(2), 248-252

**Uysal, C. , Bulut M., Kaya M. Güneş M., Bez Y., Zeren C., Gören S.** (2013). Dicle Üniversitesi Hastaneleri Özürlü Kuruluna Başvuran Olguların İncelenmesi. Adli Tıp Dergisi, 27(1), 1-9.

**Van Wely L, Becher JG, Balemans AC.**(2012). Ambulatory activity of children with cerebral palsy: which characteristics are important? Dev Med Child Neurol 54:436–42.

**Vansteenkiste M, Williams GC, Resnicow K.** (2012). Toward systematic integration between self-determination theory and motivational interviewing as examples of top-down and bottom-up intervention development: autonomy or volition as a fundamental theoretical principle. Int J Behav Nutr Phys Act 9:23.

**Verschuren O, Peterson M, Leferink S, Darrach J.** (2014) Muscle activation and energy-requirements for varying postures in children and adolescents with cerebral palsy. The Journal of Pediatrics 165:1011–6

**Watkinson JE, Dwyer SA, Nielson AB.**(2005) Children theorize about reason for recess engagement: does expectancy–value theory apply? Adapt Phys Act;22:179–97.

**Whiteneck G, Dijkers MP.** (2009) Difficult to measure constructs: conceptual and methodological issues concerning participation and environmental factors. Arch Phys Med Rehabil 90:S22–S35.

**Winnick J. P.** (2010). Uyarlanmış beden eğitimi ve spor (Çev: Ferda Gürsel ve Muhsin Yararcan). İstanbul: Yılmazlar Basım.

**Yıldız Z, Yıldız, S. ve Karaçay, E.** (2017). Dünyada ve Türkiye’de engelli turizmi pazarının değerlendirilmesi (Evaluation of. Journal of Tourism and Gastronomy Studies, 5(2):61-80



## **EKLER**

EK-A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK-B: Olgu Rapor Formu

EK-C: Kaba Motor Foksiyon Sınıflama Sistemi

EK-D: Pediatrik Motivasyon Ölçeği

EK-E: Barnett Çocuk Sevme Ölçeği

EK-F: Etik Kurul Kararı

## **EK-A: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Ben İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Yüksek Lisans Öğrencisi Resul YAZAR. Araştırma koordinatörü İstanbul Aydın Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı Dr.Öğr.Üyesi Türker KARANCI. Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “ Özel gereksinimli çocuklarda çalışan fizyoterapistlerin çocuk sevmeye düzeyinin çocukların terapiye katılım motivasyonu üzerine etkisinin incelenmesi ” dir.

Bu araştırmanın amacı özel gereksinimli çocuklardaki terapiye katılım motivasyonunun fizyoterapistin çocuk sevmeye düzeyi ile korelasyonunu incelemektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sorulara içtenlikle cevap vermek, anlaşılmayan herhangi bir soruda araştırmacının açıklamada bulunmasını talep etmek sizin sorumluluklarınızdır.

Bu araştırma yalnızca ilgili ölçeklere ait soruların cevaplanması üzerine kurulduğundan sağlık açısından herhangi bir risk görülmemektedir. Araştırmada herhangi bir kişisel yarar ve zarar görülmemektedir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05412630391 no.lu telefondan sorumlu araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün testler için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırma Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından desteklenmektedir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan gerekleri yerine getirmemeniz,

Çalışma programını aksatmanız nedeni ile sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllü fizyoterapistin ,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işleme başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

## **EK-B: Olgu Rapor Formu**

Demografik Bilgiler

Fizyoterapistin adı soyadı :

Hastanın adı soyadı :

Fizyoterapist için

Cinsiyeti :

Yaşı :

Çalıştığı yer :

Kaç yıldır çalışıyor :

Medeni durumu :

Eğitim durumu :

Hasta için

Hastanın cinsiyeti :

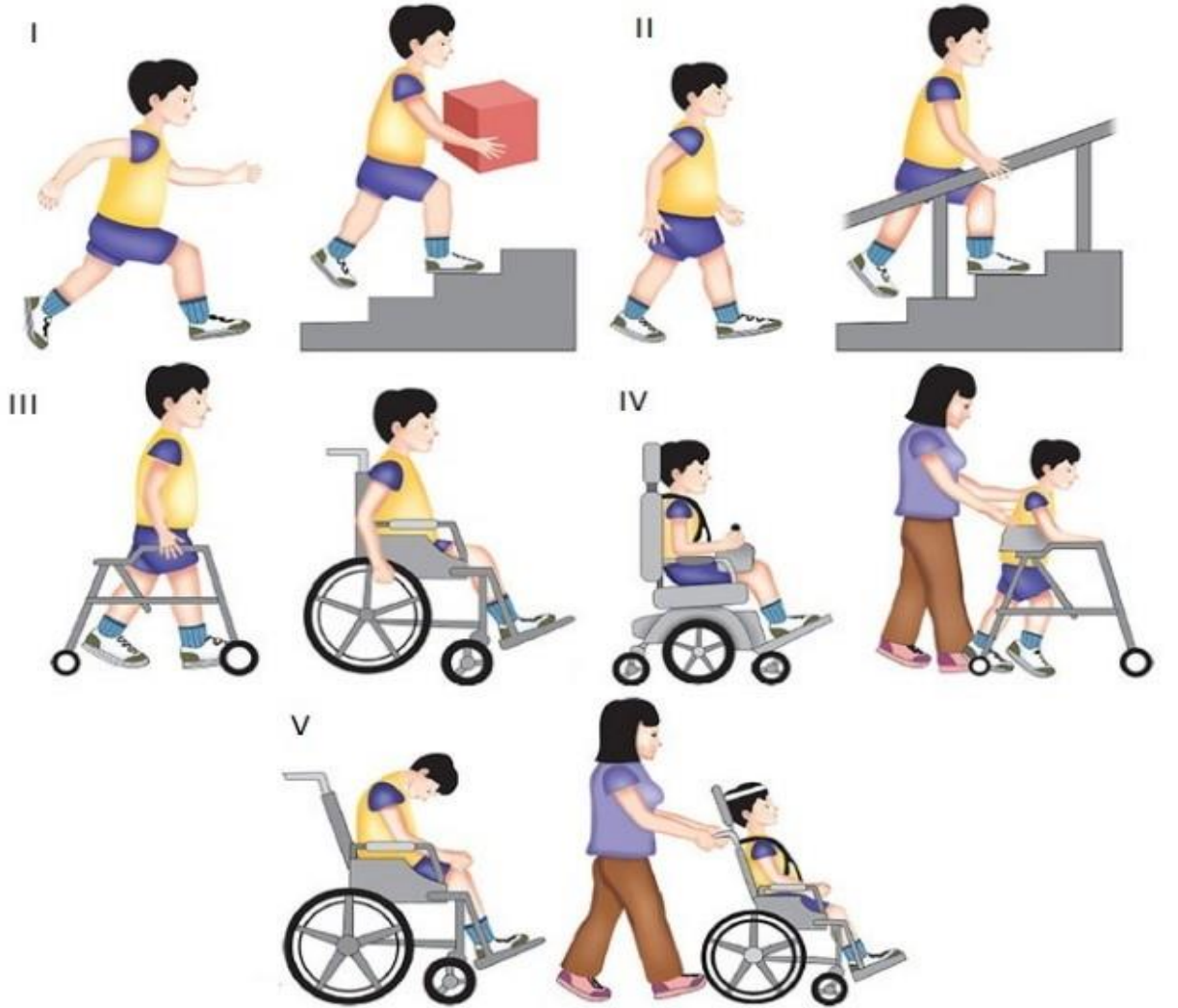
Hastanın yaşı :

Hastanın teşhisi:

Tedavi süresi:

Doğum yeri :

## EK-C: Kaba Motor Foksiyon Sınıflama Sistemi



### Kaba Motor Foksiyon Sınıflama Sistemi :

**Seviye 1:** Bağımsız yürür. İleri motor becerilerde limitasyon vardır.

**Seviye 2:** Yardımcı araç olmadan yürür. Toplum içinde yürürken limitasyonu vardır.

**Seviye 3:** Yardımcı araçla yürür. Toplum içinde yürürken limitasyonu vardır.

**Seviye 4:** Limitasyonu vardır. Kendi kendine mobildir. Toplum içinde taşınır veya tekerlekli sandalye kullanır

**Seviye 5:** Yardımcı teknolojiler kullanılsa da mobilizasyon ciddi derecede sınırlıdır

## EK-D: Pediatrik Motivasyon Ölçeği

Adı-soyadı:

Birinci bölüm:

*Bugünkü seansta...*

1. En zoru denedim.



2. Nasıl yaptığımdan memnunum



3. Aktiviteler boyunca başka seçeneğim yoktu



4. Canım sıkıldı



5. Terapistimle kendimi güvende hissettim



6. İyi bir çalışma yapmadım



## 7.Eğlendim



## 8. Hiç denemedim



## 9.Sunulan seçeneklerim vardı



## 10. Terapistimin beni önemseydiğini hissettim



## 11 Aktiviteler ilginçti



## 12. Aktiviteleri tercih edebildim



## 13. Terapistimin bana yardım ettiğini hissettim





14. İyi yaptım



*Bugünlerde tedavide yaptığım aktiviteler...*

15. Benim için yararlıdır



16. Tekrar yapmak istediğim aktivitelerdir



17. Benim için çok yararlıdır



18. Bana faydası yok



19. Kendimi geliştirmeme yardımcı olabilir



İkinci bölüm:

20. Bu tedavi seansı hangi şekilde daha iyi olabilirdi? Veya bu tedavi seansı nasıl daha iyi olabilirdi?

21. Bugün ne yaptığımızla ilgili herhangi bir diğer görüşünüz var mı?

## EK-E: Barnett Çocuk Sevme Ölçeği

	Hiç Katılmıyorum				Ne katılıyorum Ne katılmıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	1	2	3	4	5	6	7	
Maddeler	1	2	3	4	5	6	7	
1. Çocukları oyun oynarken izlemekten keyif alırım.								
2. Bir çocuğu tanımaktan mutluluk duyarım.								
3. Çocuklarla konuşmaktan hoşlanmam.*								
4. Çocukları kucalamaktan mutluluk duyarım.								
5. Bir çocuğu gülümsettiğim zaman mutlu olurum.								
6. Etrafımda çocukların olmasından hoşlanmam.*								
7. Çocukları parkta oynarken izlemekten keyif alırım.								
8. Çocuklarla birlikteyken zamanın nasıl geçtiğini fark etmem								
9. Çocukların birbirleriyle konuşmalarını dinlemekten hoşlanırım.								
10. Çocuklar rahatsızlık vericidir.*								
11. Bir çocuğun gülümsemesi için çaba harcamaktan keyif alırım.								
12. Onları bir kere tanıdınız mı, bütün çocukları sevimli bulursunuz.								
13. Çocukların bağırması ve etrafta koşuşturması beni rahatsız eder.*								
14. Çocukları severim.								

\* Tersten puanlama yapılacaktır.

## EK-F: Etik Kurul Kararı

TÜRKİYE CUMHURİYETİ İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ		THE REPUBLIC OF TURKEY İSTANBUL AYDIN UNIVERSITY
<b>T.C. İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI</b>		
Sayı : B.30.2.AYD.0.00.00-050.06.04/147 Konu : Çalışmanız hk.		18.07.2019
Sayın, Dr. Öğr. Üyesi Türker KARANCI		
İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.07.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 2019/147 nolu karar aşağıda sunulmuştur.		
Bilgilerinize sunarım.		
		
Prof. Dr. Ahmet Şükrü AYNACIOĞLU İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı		
<small>Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy, 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL</small>		
<small>www.aydin.edu.tr   444 1 428</small>		



**KARAR 1**

Tezli

**Protokol No** : 2019/100  
**Sorumlu Yürütücü** : Dr. Öğr. Üyesi Türker KARANCI  
İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi

İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Elemanı Dr. Öğr. Üyesi Türker KARANCI'nın "Özel Gereksinimli Çocuklarda Çalışan Fizyoterapistlerin Çocuk Sevme Düzeyinin Çocukların Terapiye Katılım Motivasyonu Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu yukarıda bilgileri verilen girişimsel olmayan klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup çalışmanın belirtilen yöntemlerle gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel olarak herhangi bir sakınca olmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

## **ÖZGEÇMİŞ**

### **A. KİŞİSEL BİLGİLER**

Adı soyadı:Resul YAZAR

Doğum tarihi: 28.01.1991

Yabancı dil bilgisi: Orta

Görev yeri: Ornöram tıp merkezi

E-posta adresi: yazaresul@gmail.com

Telefon: 5412630391

### **B. EĞİTİM BİLGİLERİ**

Mezun olduğu üniversite/fakülteyi lütfen belirtiniz: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Mezuniyet tarihini lütfen yıl olarak belirtiniz: 2015

Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz:-

### **C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER**

Bugüne kadar çalıştığı kurum/kuruluşları lütfen belirtiniz:

-Çarem özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi

-Terapedia özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi

-Ornöram tıp merkezi

-Özel Empati Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi

### **D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER**

İyi klinik uygulamaları (İKU) ve klinik araştırma konularında eğitim alınmışsa, alınan kurum/kuruluşun adı ve tarihi ile lütfen belirtiniz:

-Duyu bütünleme terapisi Temas Çocuk Yeşim Ünveren 2016

-Kinesiolojik bantlama Gül Baltacı Başak rehabilitasyon 2016

- Floortime Başlangıç Düzeyi Çiğdem Ergül 2017
- 4. Uluslararası Katılımlı Pediatrik Rehabilitasyon Kongresi 2017
- 1.Uluslararası Erken Müdahale ve Rehabilitasyon Kongresi 2018
- Jeremy Krauss Workshop 2018

**E. TEZDEN TÜRETİLEN YAYINLAR, SUNUMLAR:**

Yazar R, Karancı T. ‘Özel Gereksinimli Çocuğun Motivasyon Düzeyi ile, Kaba Motor Fonksiyon Gelişim Seviyesi Arasında İlişki Var Mıdır?’ Gevher Nesibe Sağlık Bilimleri Kongresi, Kasım 22-24, Ankara , Türkiye.