

157488

T . C  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OMURİLİK FELÇLİSİ ENGELLİLERDE  
SPOR YAPMA SİGARA , ALKOL , MADDE  
VE İLAÇ KULLANMA ALIŞKANLIKLARININ  
ARAŞTIRILMASI

Osman ÇOBAN

BEDEN EĞİTİMİ VE SPOR  
ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

YRD. DOÇ. DR. Zekiye BAŞARAN

KOCAELİ \_ 2004

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İşbu çalışma, ...../...../2004 tarihinde jürimiz tarafından ..... Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan Ünvan Adı SOYADI İMZA Prof. Dr. Aydın ÖZBEK

Üye Ünvan Adı SOYADI İMZA Yrd. Doç. Dr. Gazanfer Kemal Gül

Üye Ünvan Adı SOYADI (Danışman) İMZA

Yrd. Doç. Dr. Zekiye BAŞARAN

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Enstitü Müdürü

17.10.3./2005  
Prof. Dr. Nejat GACAR  
mühür

## ÖZET

Bu araştırma, Omurilik Felçlisi Engellilerde, Spor yapma, Sigara, Alkol, İlaç ve Madde kullanma alışkanlıklarının araştırılması amacıyla yapılmıştır. Engellilerin spor yaparken ne gibi zorluklarla karşılaştıkları, hangi tür sporları yaptıkları, sporun hayatlarına ne gibi değişiklikler getirdiği, zararlı alışkanlıklar olan sigara, alkol, madde ve ilaç kullanımının engellilerin hayatındaki yerinin ne olduğunu araştırmak için yapılan bir çalışmadır.

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da, Omurilik Felçlisi Derneği Üyeleri ve 70. Yıl Hastanesinde yatan hastalar arasından random örnekleme ile belirlenen 103 kişi oluşturmuştur.

Veriler anket yöntemi ile elde edilerek tablolandırılmıştır. Tablolarda f ve yüzde değerleri kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, katılımcıların çoğunluğunun erkek olduğu, engel öncesine göre, engel sonrası daha fazla egzersiz yaptığı tespit edilmiştir.

Engellileri spor yapmaya yönelten en önemli sebebin, sağlıklı olmak, engel öncesi ve sonrası en fazla yapılan bireysel sporun yüzme, takım sporunun da basketbol olduğu görülmüştür.

Katılımcıların engelli olmadan önce daha fazla sigara içmeyi denediği, engelli olduktan sonra bu denemenin düştüğü belirlenmiştir.

Katılımcıların alkol kullanma sıklığının, engel sonrasının, öncesine göre daha az olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların, can sıkıntısı, ailevi sorunlar, çevre, özentisi, psikolojik rahatsızlık, sağlık bozulması, meslek, sokak çocuğu olması nedenlerinden dolayı ilaç ve madde kullanmaya başladıkları görülmektedir.

Katılımcıların çoğunlukla doktora danışmadan ilaç kullanmadıkları tespit edilmiştir. En fazla ismini duydukları madde Esrar, en az ismini duydukları maddenin Relavin olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:Engelli, Spor, Sigara, Alkol, Uyuşturucu, İlaç, Omurilik Felçlisi**

## ABSTRACT

This study has been carried out to research the sporting, smoking, alcohol consuming, medicine and drug habits of the spinal cord handicapped persons. It is a study to research what type of difficulties the disabled encounter when sporting, what type of sports they do, what changes the sport makes in their lives how important the detrimental habits such as smoking, alcohol and drug consuming for the disabled are and the importance of using medicine.

The environment of the study was established between the members of the Association of Spinal Cord Handicapped and the patients at the 70. Year Hospital in Istanbul by simple random sampling. The survey was done with 103 persons.

The answers are displayed in the table, and the data were statistically calculated and evaluated. By the evaluation of the tables f and percent were used.

The participants of the research it was seen that most of the participants were male. It was determined that considering the phase before the disability the participants did more exercise they did before the disability

The most important reason for doing exercise of the disabled appears to protect the health. Being famous is the least important reason for these disabled people While the sport before disabling by was swimming, have been preferred

It was seen that participants have tried smoking more before illness . after being disabled , they tried it less Frequency of drinking alcohol reduced after being disabled

It is to be seen that the participants have started to use medicine and drugs due to boredom, familial problems, social environment, affectation , psychological problems, health disorder, occupation and being street urchin. It was seen that participants haven't taken medicine unless they consult the doctor. They most heard the name of hashish, and least relavin

**KEYWORDS : Disabled, Sport, Smoke, Alcohol, Dozy, Drag, Spinal Cord Seizure**

## TEŞEKKÜR

Bu araştırmaya fikirleri ile ışık tutan sayın Danışmanım Yrd .Doç. Dr. Zekiye Bařaran'a dūřünce ve yönlendirmeleri ile araştırmaya farklı boyutlar katan sayın Prof. Dr. şafak Karamehmetođlu' na ve İstatistik Çalışmalarıyla yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Nilüfer Kosku' ya Anketin Uygulanmasında, doldurulmasında, verilerin toplanmasında yardımlarını esirgemeyen Omurilik Felçlileri Derneđine (O.F.D), 70.Yıl Hastanesine teőekkürlerimi bir borç bilirim.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Engelli	3
2.1.1 Bozukluk (impairment)	3
2.1.2 Özürlülük (disability)	3
2.1.3 Engellilik (handicap)	3
2.1.4 Omurilik nedir	3
2.1.5 Omurilik felci yapan sebepler nedir	4
2.1.6 Belirti ve bulguları nelerdir	4
2.1.7 Tedavisi nedir	4
2.1.8 Nasıl önlenilir	5
2.2 Spor	5
2.2.1 Spor ve Tarihi	9
2.2.2 Engellilerde spor ve önemi	10
2.2.3 Dünya engelli bireyler için kurulmuş spor organizasyonları	11

2.2.4	Özel Olimpiyatların felsefesi	12
2.2.5	Engellilerde Beden Eğitimi ve Sporun Hedefleri	16
2.3	Sigara	18
2.3.1	Tanımı ve tarihçesi	18
2.3.2	Sigara İçme Alışkanlığı	19
2.3.3	Sigara içme nedenleri	21
2.3.4	Sigara ve spor	22
2.4	Alkol	23
2.4.1	Alkol Tanımı	23
2.4.1.1	Alfa alkolizm	24
2.4.1.2	Beta alkolizm	24
2.4.1.3	Gamma alkolizm	24
2.4.1.4	Delta alkolizm	24
2.4.1.5	Epsilon alkolizm	24
2.4.2	Alkol kullanımı	25
2.4.3	Türkiye'de alkol tüketiminin durumu	26
2.4.4	Alkol ve spor	26
2.5	Madde kullanımı	27
2.5.1	Psikoaktif maddelerin Tanımı	27
2.5.2	Madde kullanmaya başlama nedenlerine ilişkin teoriler	28
2.5.2.1	Bilgi, Tutum ve Davranış değişkenleri	28

2.5.2.2 Sosyal öğrenme teorisi	29
2.5.2.3 Sosyal bağlar	29
2 . 6 İlaç	29
2.6.1 İlaç Kullanımı	31
2.6.1.1 Kötü ilaç Kullanımı	31
2.6.1.2 Alışkanlık	31
2.6.1.2 Bağımlılık	31
3. YÖNTEM	33
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
6.1 Sonuç	68
6.2 Öneriler	71
KAYNAKLAR	73
ÖZGEÇMİŞ	78



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

C1SS	:	Duymazlar Sporü,
CP ISRA	:	Serebral palsi Uluslararası Spor ve Rekreasyon Birliği
IBSA	:	Uluslararası Görmezler Birliği
INAS FMH	:	Uluslararası Zihinsel Engelliler Spor Federasyonu
ISMWSF	:	Uluslararası Stoke Mandeville Tekerlekli Sandalye Spor Federasyonu
ISOD	:	Uluslararası Engelliler Spor Organizasyonu
IPC	:	Uluslararası Paraolimpik Komitesi
IWBF	:	Uluslararası Tekerlekli Sandalye Basketbol Federasyonu
IWTF	:	Uluslararası Tekerlekli Sandalye Tenis Federasyonu
O.F.D	:	Omurilik Felçlileri Derneği
T.C	:	Türkiye Cumhuriyeti

## TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Eğitim düzeyine göre katılımcıların dağılımı	35
Tablo 2. Kaza tarihine göre katılımcıların dağılımı	36
Tablo 3. Engellilik süresine göre katılımcıların dağılımı	37
Tablo 4. Egzersiz sıklığına göre katılımcıların dağılımı	38
Tablo 5. Engel sonrası Spora başlama yaşına göre katılımcıların dağılımı	39
Tablo 6. Spor yapmaya yönelten nedenler	39
Tablo 7. Uygulanan Spor dalları	40
Tablo 8. Genelde kiminle Spor yapıyor	41
Tablo 9. Spor yapmaya başlayınca meydana gelen değişiklikler	41
Tablo 10. Sporcuyken kullandığı İlaçlar	42
Tablo 11. Neden Spor yapmıyor	43
Tablo 12. Çevredeki Spor tesisleri	43
Tablo 13. Sigara ve Alkol kullanmaya başlama ile spor ilişkisi	44
Tablo 14. Sigara-Spor çevresi ilişkisi	44
Tablo 15. Milli olma	44
Tablo 16. Katılımcıların ailelerinin Spor yapma durumuna göre dağılımı	45
Tablo 17. Katılımcıların doktora danışmadan İlaç kullanma durumları	45
Tablo 18. Katılımcıların isimlerini duydukları İlaç ve Madde dağılımı	45
Tablo 19. Katılımcıların Madde kullanmaya başlama yaşı	46
Tablo 20. Katılımcıların Engelli olmadan önce İlaç ve Madde kullanma nedenleri	46

Tablo 21. Katılımcıların Engelli olduktan sonra İlaç Madde kullanma nedenleri	47
Tablo 22. Katılımcıların Engelli olmadan önce Sigara deneme durumları	47
Tablo 23. Katılımcıların Engelli olduktan sonra Sigara deneme durumları	47
Tablo 24. Katılımcıların 6 ay ve daha uzun süreli Sigara içme durumları	48
Tablo 25. Katılımcıların Sigaraya başlama yaşı dağılımı	48
Tablo 26. Katılımcıların Engel öncesi ve halen Sigara içme sıklığı	49
Tablo 27. Katılımcıların kullandıkları Sigara tipi dağılımı	49
Tablo 28. Katılımcıların Engel öncesi günlük Sigara içme durumları	50
Tablo 29. Katılımcıların Engel sonrası günlük Sigara içme durumları	50
Tablo 30. Katılımcıların Sigarayı bırakmaya nelerin neden olabileceği dağılımı	51
Tablo 31. Engel öncesi ve sonrası Sigarayı bırakmayı düşünme durumları	52
Tablo 32. Sigarayı bırakmayı deneme durumları	52
Tablo 33. Sigarayı bırakmak için kimden yardım almak istersiniz	52
Tablo 34. Kola ve Alkollü içki tüketim durumları	53
Tablo 35. Katılımcıların 6 ay veya daha uzun süreli Alkol tüketme durumları	53
Tablo 36. Katılımcıların Engel öncesi ve sonrası Alkol kullanma sıklığı durumu	53
Tablo 37. Katılımcıların Alkolü bırakmayı deneme durumları	54
Tablo 38. Katılımcıların Alkole başlama yaş dağılımı	54
Tablo 39. Katılımcıların Alkolü bırakmak için kimden yardım almak istersiniz dağılımı	54

## 1 GİRİŞ

Ülkemizde engelli insanlar bir yandan eğitime , üretime ve ülkemizin kültür seviyesine katkıda bulunurken, diğer yandan da toplum içinde layık oldukları yere geleceklerdir. Hangi engel grubuna dahil olurlarsa olsunlar spor, engelli insanların özgüvenini artırır ve rehabilitasyonlarına büyük ölçüde katkıda bulunur. Bugün ülkemizde ve batıda sporun içinde olmadığı bir rehabilitasyon programı yok gibidir. Ayrıca spor, engelli insanların toplumla kaynaşmasını sağlar. Spor yaparak adlarını duyuran engelli insanlar, uluslar arası yarışmalarda ülkelerini temsil ederek birçok başarıya imza atmaktadırlar. Ülkemizde , engelliler sporu, çok eski bir geçmişe sahip olmamakla birlikte, son 12 yıldır ve bunun özellikle son 5 yılı büyük aşama göstermiştir. Her gün çeşitli gruptaki spor kulüplerimizin sayısı süratle artmaktadır. Bir görme engellinin satrancı nasıl başarılı şekilde oynadığını bir düşününüz... Satranç tahtası üzerindeki tüm figürlerin, 1.5 - 2 saat süre ile bir insanın beyninde nasıl yer edebildiği ve yapılan hamlelerin bir bilgisayar gibi hafızaya işlendiği düşünülürken ortaya konan sıra dışı başarı açıklık kazanır. Bedensel engellilerin , bir yandan yaşama mücadelesi verirken , bir yandan nasıl başarıyla spor yaptıklarına tanık olduğunuzda ; tekerlekli sandalye üzerinde oynanan basketbolü ,tenisi, masa tenisini, okçuluğu, atıcılığı, dalmayı ve vücudun bir bölümü olmaksızın veya çalışmaksızın yüzme havuzlarında gösterilen performansı hayranlıkla ayakta alkışlayacaksınız. ( Özer , 2001 )

Bilindiği gibi spor, sağlıklı ve mutlu bir yaşam için gerekli bir uğraştır, insanlar için önemlidir. Ancak sporun, engelli bireyler için daha farklı önemi vardır. Çünkü spor, zaten yaşamlarında bir çok engelle karşılaşan ve bu engellerin yarattığı stresle birlikte yaşayan engelli bireylere yeni bir pencere açabilmektedir. Engel türü ve derecesi ne olursa olsun hareket etme, egzersiz , sportif aktivitelere katılma bireye haz vermekte, hareket etmekten duyulan haz da bireyin yaşam motivasyonunu artırmaktadır. Sağlık için olumlu katkılarının yanı sıra, birey spor yaparak yalnızlığını diğer insanlarla paylaşabilmekte, arkadaşlık kurabilmekte , dayanışmayı öğrenebilmekte , yeteneklerini tanıyarak geliştirme olanağı yakalayabilmekte kendi sine ,bedenine ve diğer insanlara karşı olumlu duygular geliştirebilmektedir .Tüm bunlar da bireye anlamlı ve doyumlu bir yaşamı yakalama ve sürdürme şansını vermektedir. ( Özer , 2001 )

Hatta engelli bireyler ,özel olarak düzenlenmiş yarışma sporlarının eğitim sürecini tamamlaya bilmekte, yarışmalara katılabilmekte, başarı ve başarısızlığı yaşayabilmektedirler. Bu anlamda artık kendilerini engelli bir birey olmaktan çok "sporcu" olarak algılamaktadırlar .Bu duygunun verdiği güvenle engelleri ile başa çıkmasını öğrenebilmektedirler. ( Özer, 2001 )

Özür - Engel ,Bireyin yaşadığı sürece , yaş , cins , sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak oynaması gereken roller vardır . Birey yetersizlikten dolayı bu rolleri gereği gibi oynayamaz durumda kalırsa buna özür-engel denir. Yani birey belli bir zamanda , belli bir durumda yapması istenilenleri yetersizlik yüzünden yapamazsa yetersizlik özür – engele dönüşür. Mesela işitmesinden ötürü yetersiz duruma düşen , yani işitemeyen konuşamayan çocuk, sınıfta sosyal hayatta sözlü iletişime dayalı rolleri istendiği gibi yerine getiremez oynamak istediği roller ona verilmez ve özürülülüğü önüne engel olarak çıkar ya da çıkarılır.

Sakatlığı olan bazı kişiler için alkol yada diğer uyuşturucuların kullanımı çok tehlikeli olabilir. Küçük bir miktar alkol bile sakat kişiler üzerinde felç yada kan dolaşımı gibi çok negatif etkilere sahip olabilir. Diğer bazı örnekler:

- Eğer antibiyotik alıyorsanız alkol tehlikeli bir reaksiyon yaratabilir. Semptomlar başağrısı, hızlı nabız, aşırı hızlı nefes alma, ve kusmayı içerir.
- Alkol, marihuana ve diğer uyuşturucular hafızanıza, problemleri çözme ve açık düşünme yeterliliğinize etki edebilir.
- Sigara nefes almayı zorlaştırır ve ülserin ilerleme riskini artırır.
- Marihuana tepki zamanınızı yavaşlatır ve basit görevleri bile daha zorlaştırır.
- Marihuana ve diğer uyuşturucular motivasyonunuzu ve bir rehabilitasyon programına katıldığınız zaman önemli olan öğrenme gücünü engeller.
- Kokain ve mutluluk ilaçları reçeteli sinir yatıştırıcılarına engel olabilir ve reçeteli gevşeticilerin etkisini iptal eder yada panik atağa sebep olur.
- Uyku hapları ve ağrı kesiciler diğer yatıştırıcı ve yada alkolle karıştırıldıkları zaman tehlikeli hatta ölümcül reaksiyonlara sebep olabilirler.

Uzun süreli alkol , tütün ve diğer uyuşturucuların kullanımı uzun dönemli ciddi etkilere sahip olabilir. Fiziksel , psikolojik ve sosyal problemlere sebep olabilirler. Rehabilitasyonunuz için belirlediğiniz hedeflere ulaşmaktan sizi alıkoyabilir.

( <http://www.health.org/govpubs/MS606> )

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1 Engelli**

2.1.1 Bozukluk (impairment), Psikolojik, fizyolojik, ve anatomik yapı' ve fonksiyonların kaybı yada bozukluğudur. Bozukluk geçici veya kalıcı , fizyolojik veya psikolojik olabilir. Bir ekstremitte kaybı , çift görme yada ataksi örnek olarak verilebilir. (Özer,2001)

2.1.2 Özürlülük (disability), Herhangi bir sonucunda bir aktiviteyi normal kabul edilen sınırlar ve uyum içinde yapabilme yeteneğinin kısıtlanması veya yapılamamasıdır. Yürüme yada konuşma aktivitelerinin yapılamaması örnek olarak verilebilir, (Özer, 2001)

2.1.3 Engellilik (handicap) Bir bozukluk ya da özür nedeniyle yaş, cinsiyet, sosyal , kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması yada yerine getirilememesi halidir.

Bozukluk yada özüre rağmen birey toplumla sosyal, ekonomik ve çevresel açıdan bütünleşebiliyor yaşamdaki rollerini yerine getirebiliyorsa engelli değildir. Örneğin amputé bir kişi yaş seks, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak rollerini yerine getirebilir ve engelli olmayabilir. Engel durumundan bahsedebilmek için bazı aktivitelerin yapılamamasının kişinin ev, iş ve sosyal yaşamın gereği olan rollerini yerine getirmesini ne ölçüde etkilediğinin bilinmesi önemlidir. (Özer, 2001)

Engelli çocukların gelişimsel gereksinimlerini karşılayabilmek ve eğitim hizmetlerinden yararlanana bilmek için özel araç ve yöntemlere, özel programlara, özel eğitim öğretmenlerine ve özel eğitim kurumlarına gereksinim duyulur. Engelli çocukların yaşama katılım ve uyumlarını sağlamak için sunulan tüm bu hizmetlere "özel eğitim" adı verilmektedir. (Özer, 2001)

#### **2.1.4 Omurilik nedir?**

Omurilik, omurga kanalının içinde beynimizin uzantısı olarak devam eden hassas ve narin bir organımızdır. Omurilik sayesinde kollarımızı, gövdemizi ve bacaklarımızı hareket ettirebilir, bedenimize dokunulduğunda hissedebilir ve iç organlarımızın normal çalışmasını sağlayabiliriz. (Baş, 25 Mayıs 2004)

### **2.1.5 Omurilik felci yapan sebepler nedir?**

Omurilik felci yapan nedenlerin başında ülkemiz için bir felaket haline almış olan trafik kazaları gelir. İkinci en büyük neden yüksekte düşmelerdir. Bunları , ateşli silah yaralanmaları , sığ suya balıklama atlamalar , kesici ve delici aletlerle yaralanmalar ve sportif kazalar izler . Böyle bir durumda omurgayı oluşturan omurlardan bir ya da bir kaçının kırılması sonucu omurilikte kesik meydana gelebilir. Ayrıca, iltihablı durumlar, tümörler, omurgadaki kireçlenmeler, omurilik felcine neden olabilirler. (Baş, 25 Mayıs 2004)

### **2.1.6 Belirti ve bulguları nelerdir?**

Omurga tarafından çok iyi korunmuş olan omurilik hasar gördüğünde sadece felç oluşturmakla kalmaz , mesane , bağırsak gibi organlarımızın normal çalışmasını ve cinsel fonksiyonları da bozar . Bu hastalar idrarlarını hissedemez ve bağırsaklarının dolduğunu anlayamazlar. ( Baş, 25 Mayıs 2004 )

### **2.1.7 Tedavisi nedir?**

Eğer, omurilikte tam kesi oluşursa, bunun dikilmesi, ilaçla veya fizik tedaviyle eski haline gelmesi mümkün değildir. Bu nedenle omurilik felçlilerinin % 80 - 90'ı tekerlekli sandalyeye bağımlı kalır, bu türden bir kaza geçiren insanlarda omurga zedelendiği halde, omurilik hasar görmeyebilir. Bu durumda hastayı yapılacak müdahale ve ilk yardım büyük önem kazanır. Olay anında bilinçsizce yapılacak bir müdahale, omurilikte kesiye neden olabileceği gibi, tam olmayan bir kesiyi de tam bir kesi haline dönüştürebilir. Bu nedenle eğitilmiş bir ilk yardım ekibinin müdahalesi gereklidir. Hastaların uygun bir merkeze getirilmeleri de çok önemlidir. Bir hastaneden diğerine sevk edilen hastalarda omurilik felci riski artar. Hastaneye gelen omurilik felçlisinin, iyi bir rehabilitasyon görebilmesi için gene çok iyi yetişmiş bir ekibe ihtiyaç vardır. Bu ekipte rehabilitasyon uzmanı doktor, fizyoterapist, hemşire, iş - uğraşı terapisti, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, ortez - protez uzmanı ve diğer branşlardan uzman hekimler bulunması gerekir. Omurilik felçlisi 6 - 12 ay hastanede kalır. Mümkün olduğu kadar bağımsız hale getirilmeye çalışılır. ( Baş, 25 Mayıs 2004 )

### 7.1.8 Nasıl önlenilir?

Böylesine ağır bir engellilik oluşturan omurilik felcinin oluşmaması için bazı tedbirlerin alınması gerekir. Kara yollarındaki taşıtlarda hız sınırlandırılması, emniyet kemeri takma mecburiyeti, caydırıcı cezaların uygulanması, insanların eğitilmesi trafik kazalarını azaltabilir. Yükseklerde çalışan insanların kendilerini sağlam bir yere bağlamaları, kask kullanmaları omurilik felcini engelleyebilir. Özellikle, yaz mevsiminde, sığ suya balıklama atlama konusunda insanların uyarılması omurilik felcinin en ağır olan ve bacaklara ilaveten kolların ve gövdenin de hareket ettiremediği tetrapleji durumunun ortaya çıkmasını engeller. Ateşli silahların elde edilebilmesinin zorlaştırılması, bunlarla ortaya çıkan omurilik felcini azaltır.

Tıbbi rehabilitasyondan sonra mesleki rehabilitasyon uygulamalarının da başlaması gerekir. Çünkü omurilik felçlisi olan kişi büyük bir olasılıkla mesleğini icra edemez hale gelir, yeniden durumuna uygun bir meslek kazanmalıdır. Ayrıca ekonomik bağımsızlığını da kaybettiğinden topluma yük olmaması için, uygun bir işte çalışarak para kazanması gerekir. Topluma yeniden katılabilmesi için bunlarda yetmez. Çevresindeki mimari engellerin kaldırılması ve her türlü kamuya açık binalara rahatlıkla girebilmesi, kendisi için yapılmış olan özel tuvaletleri kullanabilir olması gereklidir. Artık gelişmiş ülkelerde uygarlık seviyesi, tekerlekli sandalyenin çevreye ulaşabilirliği ile ölçülmesidir.

(Baş, 25 Mayıs 2004)



## 2.2 Spor

İnsan tabiatının ve günlük hayatın vazgeçilmez ihtiyacı haline gelen sporu çeşitli şekillerde tanımlamak mümkündür. Çünkü geniş bir psikolojik ve felsefi anlamı yanında ekonomik , sosyal, kültürel ve biyolojik boyutları da kapsamaktadır. Spor; bir eğitim aracı olarak insanın karakterini oluşturan hareketler, oyunlar ve yarışmalar olarak tanımlanabilir. ( Tatar, 2001 )

Spor, bireyin doğal çevresini sosyal çevre haline dönüştürürken elde ettiği kabiliyetleri geliştiren, belirli kurallar altında araçlı veya araçsız , bireysel veya toplu olarak boş zaman faaliyeti kapsamı içinde veya tam zamanını alacak şekilde meslekleştirerek yaptığı, sosyalleştirici, toplum ile bütünleştirici, ruhsal ve fiziksel yapıyı geliştiren, rekabetçi, dayanışmacı ve kültürel bir olgudur. ( Tatar, 2001 )

Spor; insanın, doğayla savaşırken kazandığı ana becerileri ve geliştirdiği araçlı-araçsız savaşım yöntemlerini, boş zamandaki artışa bağlı olarak, tek tek ya da topluca, barışçı biçimde ve benzetim yoluyla, oyun oyalanma ve işten uzaklaşma için kullanılmasına dayalı estetik, teknik, fizik, yarışmacı ve toplumsal bir süreçtir. ( Tatar, 2001 )

Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü ise sporu şu şekilde tanımlamaktadır; Spor, sosyal ve ekonomik kalkınmanın temel unsuru olan insanın beden ve ruh sağlığını geliştirmek, kişiliğin oluşmasını ve karakter özelliklerinin gelişmesini sağlamak, kişiler, toplumlar ve uluslararasıdaki dayanışmayı sağlamak , kişinin mücadele gücünü artırmak , yanında belli kurallara göre , rekabet ölçüleri içinde mücadele etme, heyecan duyma, yansına, yarışmada üstün gelme amacıyla yapılan beden faaliyetlerinin bütünüdür. Spor ,Bir yarışmadır ,bir zevktir ,sağlıktır , boş zamanları değerlendirme vasıtasıdır, kişi ve toplumlar arasındaki ilişkileri düzenler, bir estetikdir, bir eğlencedir, bir teknik bilimdir, bir meslek, bir reklamdır ve bir propaganda aracıdır. ( Tatar, 2001 )

1960' larda bazı genç kitleler sporun anlamını yeniden yorumladılar. Sporun yarışmadan öte görerek, yenmek veya yenilmek olgusunu dikkate almayarak sporu kişisel zevk için yapılan ve sonunda kazananın kim olup olmadığını belirtmeden uygulanan bir aktivite şeklinde tanımlamışlardır. ( Tatar, 2001 )

İnsanın beden ve ruh yapısını geliştirmek ve iradeyi güçlü kılmmanın yanı sıra çalışmasını kolaylaştırmak , karşılıklı dayanışmayı sağlamak, kendine güveni gerçekleştirmek, ferdin toplum üyeliğini kazanması olan sosyalleşmesinde de spor önemli bir yer tutmaktadır.

### **Sporun Temel Amaçları**

1. Amatörlük anlam ve kapsamı içinde sporun gelişmesini ve yaygınlaştırılmasını gerçekleştirmek,
- 2 Herkes için spor ilkesinin tüm toplum kesimlerinde benimsenmesi ve uygulanmasını sağlamak,
- 3 İşçi, memur ve öteki çalışan kesimlerinin bir yandan emek verimliliğini arttırmak, öte yandan beden ve ruh sağlığını korumalarını sağlamak,
- 4 .Öğrencilerin, emeklilerin ve öteki çalışmayanların boş zamanlarının değerlendirilmesi ve eğilimleriyle "sorun insan" olmalarını önlemek
5. Suçlu,özürlü,vb. gibi öteki sorunlu insanların ssosyal hayata uyumlarını sağlamak.

( Erkal, 1992 )

Bununla birlikte, düzenli egzersizlerin ruh ve beden sağlığı üzerine olumlu etkilerinin bilimsel araştırmalar ile belgelenmesinden sonra spor , her yaştaki insan için önerilmeye başlanmıştır. ABD ve Kanada'da "Physical Fitness", Almanya'da "Trim Dich" ve pek çok ülkede de " Sports fuor ali " ya da " Sports pour tout " gibi isimlerle tanıtılan spor uygulamaları geniş halk kitlelerine hızla yayılmaktadır. Bir yandan teknolojik gelişmelerin insan yaşamına kazandırdığı kolaylıklar nedeniyle giderek daha az hareket ediyor olması, bir yandan da hızlı ve düzensiz kentleşmenin rol açtığı gürültülü, kirli ve sıkıntılı yaşam koşulları çeşitli hastalıklara zemin oluşturmaktadır. Sağlıklı bir topluma kavuşmak ise bireylerin fiziki, ruhi ve ekonomik yönden huzurlu olmalarına bağlıdır. ( Tatar, 2001 )

Spor, rekreasyonel bir araç olarak insanların, endüstrileşmeyle beraber açıkça hayat ve iş biçimlerini değiştirmeleri sonucu, şehir ve endüstriyel ortamlara taşınmaları, bir taraftan

uygarlaşma ve hayat standardının yükselmesi, diğer taraftan da negatif olarak zihinsel ve fiziksel eksikliklerin ortaya çıkardığı olumsuzluklarını gidermek için önemli fonksiyonlar üstlenmiştir. ( Karaküçük, 1997 )

İnsanların boş zamanlarını değerlendirme ihtiyaçlarının gündeme geldiği ilk yıllardan günümüze kadar , spor aktivitelerine seyirci olarak katılım çok yoğun bir şekilde devam etmektedir. Günümüze nazaran rekreasyon faaliyetlerine seyirci olarak katılım daha yoğun olduğu 19 . yüz yılın başlarında tiyatrolar , sirkler , sinemalar ve büyük stadyumların tribünlerinde çeşitli sanatsal ve sportif faaliyetleri seyredenler, evlerinde radyo dinleyenler büyük yığınları oluşturmaktaydı.Bu yüzden rekreasyonun pasif türleri gelişim göstermekteydi. İnsanların sadece seyirci oldukları bir takım spor dallarının cazibesine kapılarak zamanla o dallardan bazılarını sporcu olarak yönelmeleri göz önüne alındığında pasif katılımın, aktiviteye geçişi özendirici bir durum olduğu da ortaya çıkmaktadır. ( Tatar, 2001 )

Spor, geçmişten günümüze , birçok fonksiyonu ile beraber amatör ve profesyonel şekilleriyle intikal etmektedir. Sporun, profesyonel yönü onun meslekleşmiş halini ifade eder ve bu, rekreasyonla olan ilişkisinin dışında kalan bir durum ortaya koyar. Sporun, amatör yönü ise, rekreasyonla çeşitli durumlarda ilişkilidir. Sporun , amatör ve profesyonel görüntüsü, rekreasyonel açıdan kitle veya elit spor ayrıştırmalarıyla da açıklanabilmektedir. Buna göre , kitle sporu herkese açık olan ve öncelikle eğlenmek, dinlenmek, stres atmak, sağlık elde etmek veya sağlığı sürdürmek veya yeni arkadaşlıklar edinmek amacıyla tamamen boş zamanlarda gerçekleştirilen bir grubu oluşturmaktadır. ( Karaküçük, 1997 )

İnsanlar giderek, hekimlerin önerileriyle teknolojik gelişmelerin yol açtığı hareketsizlik nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunları karşısında spora aktif olarak katılmayı tercih etmektedirler .Sporcuların toplum içindeki statülerinin yükselmesi ebeveynlerin çocukların öğrenimleri dışında spora katılmaya teşvik etmesine yol açmış , çocukların rekreatif etkinliklerinde spor ilk sıralarda yerini almıştır. Yapılan araştırmalar, rekreasyon amaçlı sportif faaliyetleri tercih eden insanların sayısının, diğer faaliyetlere katılanların sayılarından daha fazla olduğunu göstermektedir. Boş zamanlarda sportif faaliyetlere aktif katılmayı tercih etme oranının yüksek olmasındaki temel nedenler, sporun kişisel ve toplumsal özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca sportif faaliyetlerin katılım kolaylığı, çalışma

rahatlığı, her yaşın, her cinsin ve herkesin zevk ve isteklerine yanıt verebilecek tercih olanağı vardır. Sosyalleştirici, toplumsal birliği sağlayıcı, sağlık kazandırıcıdır. ( Tatar, 1998 )

Buna ek olarak spor, rekreasyonun en kapsamlı, çeşitli ve ilgi çeken alanlarından birini oluşturmaktadır. Spor ve rekreasyon karşılıklı olarak birbirlerini etkiler.

Spor, insanların rekreatif ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir hareket alanı sağlarken, rekreasyon da, sporun toplumda yaygınlaşması, tanınması , sportif başarılar elde edilmesinde önemli roller üstlenmiştir. Spor bu rolünü genellikle "herkes için spor", "her yerde spor" ve "sağlık için spor" gibi etkinliklerle rollerini yerine getirerek gerçekleştirmektedir.

( Karaküçük, 1997 )

Spor, günümüzde bir serbest zaman sporu halini almıştır. Oyun ve elit sporu arasında bir perdedir. Oyunun haz verici ve elit sporunun performans özelliği serbest zaman sporunun temel anlayışını belirler. Serbest zaman sporu haz ve faaliyetlerin bir kombinasyonu olarak ortaya çıkar. ( Tatar, 2001 )

### **2.2.1 Spor ve Tarihi**

Spor kelimesi İngilizce'nin yardımıyla dünyaya tanıtılmış olmasına rağmen İngilizce kökenli değildir. Latince dağıtmak, birbirinden ayırmak anlamına gelen disportare veya deportare kelimelerinden doğmuştur. İlk zamanlarda İngiltere'de disport veya desport şekliyle rastlanan kelimeler 17. yüzyıldan itibaren çok kullanılması sonucu ilk hecesinin aşınmasıyla şimdiki haline gelmiştir. Fransızlar da aynı terimden eğlenmek ve zevklenmek anlamına gelmek üzere desporter, se deporter şeklinde faydalanmışlardır. Bu kelime şahinle yapılan avlar ve ayrıca top oyunları için de kullanılmıştır. Demek oluyor ki, orta çağlarda Latince'nin etkisi altında kalan bütün dillerde ufak farklarla dinlenmek, eğlenmek, neşelenmek ve hoş vakit geçirmek için yapılan her türlü faaliyetleri ifade etmek üzere kullanılan bir kelimedenden zamanla ve bütün dillerde, içinde yarışma, kazanma ve üstün başarı elde etme çabası olan, her türlü vücut faaliyetlerini belirten ve günümüzün yaygın terimi olan sport türemiştir. ( Görücü, 2001 )

Spor , tarihte oyun , oyalanma, eğlenme ve işten uzaklaşma anlamıyla, beş altı bin yıl önce bir çeşit beceri yarışırma oyunu olarak karşımıza çıkmıştır. İlk önceleri bireysel bir olgu olarak

beliren , daha sonraları toplumsal bir nitelik kazanmasıyla daha geniş kitlelere yayılan ve inkar edilemeyecek , hafife alınmayacak bir gerçek olarak karşımıza çıkan sporun, yirmi beş yüzyıllık geçmişinden günümüze kadar bir çok tanımı yapılmıştır. ( Görücü, 2001 )

Spor , Beden faaliyetlerini özelleştirerek çeşitli branşlarda somutlaşmış , üst düzeyde yapıldığında fizyolojik , psikolojik , estetik ve teknik özellikleri gerekli kılan yarışmaya dayalı ve katı kurullarla çevrili bir etkinliktir . Görünürdeki en çarpıcı amacı kazanmak ve yarışmaktır. ( Görücü, 2001 )

Bir başka tanıma göre ise; kişinin belli düzenlemeler içinde fiziksel aktivitesini, motorik becerilerini, zihinsel, ruhsal ve sosyal davranışlarını geliştiren ve bu özelliklerini belirli kurullar içinde yarışmasını amaçlayan biyolojik, pedagojik ve sosyal bir uğraştır. ( Görücü, 2001 )

Dinlerin , inançların, her çeşit insanca özelliklerin ayrılıklarını ortadan kaldıran , insanları bir sembol olarak anıldığı gibi, isteğe bağlı olarak yapılan, egemen değerler ve normların damgasını vurduğu bedensel bir harektir tanımlaması da yapılmıştır. ( Görücü, 2001 )

Spor; ferdin tabi çevresini beşeri çevre haline çevirirken elde ettiği kabiliyetleri geliştiren , belirli kurullar altında araçlı veya araçsız, ferdi veya toplu olarak boş zaman faaliyeti kapsamı içinde veya tam zamanını alacak şekilde meslekleştirerek yaptığı, sosyalleştirici , toplumla bütünleştirici , ruh ve fiziği geliştiren , rekabetçi dayanışmacı ve kültürel bir olgudur. ( Görücü, 201 )

### **2.2.2 Engellilerde spor ve önemi**

Engellilerde fiziksel etkinliklere katılmanın yararlarını felsefi açıdan değerlendiren yazarlar daha çok duyuşsal gelişim ve psikomotor gelişime katkılarını vurgulamaktadırlar. Brouwer and Ludeke (1995) ve Atay (1995), sporun hem bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı hem de engelli kişiler için son derece değerli olduğunu ancak , engelli bireylerin spora olan gereksinimlerinin daha fazla olduğunu , sporun , engelli bireylerin hareket etmekten haz alma, eğlenme ve başarma gereksinimlerinin karşılanmasında önemli bir araç olduğunu ifade etmektedirler. Yazarlara göre, spor kişilere özürü ile başa çıkmasını ve özürünü

hafifletmesini öğretmekte, keyif vermekte, iletişim , paylaşım sağlamakta, yaşam motivasyonunu artırmakta, dürüstlük, işbirliği, gibi olumlu kişilik özelliklerinin kazanılmasını sağlamaktadır.

Spor , engelli bireylerin sağlam ve engelli bireylerle biraraya gelmelerine olanak sağlayarak özel eğitimde ulaşılması hedeflenen "entegrasyon" için son derece önemli bir işlevi yerine getirmektedir . Böyle bir ortamda , engelli birey , diğer engelli kişilerin sorunlarını gözleyerek kendine karşı olumlu tutum geliştirmekte , yaratıcılığı uyarılmakta, yalnızlık duyguları en aza inmekte, çevresi genişlemekte ve daha anlamlı bir yaşam sürme şansı yakalamaktadır ( Özer, 2001 )

Sporun kas ve sinir sisteminin , zihinsel reaksiyonların , vücudun fizyolojik ve metabolik gelişimini destekleyen bir araç olduğunu belirten Bromver and Ludeke (1995), fiziksel aktivitelerin bir çeşit rehabilitasyon özelliğini vurgulamaktadırlar. Yazarlara göre, sportif aktivitelere katılma bireye kasların güçlendirilmesi, koordinasyon gelişimi, denge gelişimi, duruş kontrol gelişimi, esneklik gelişimi, solunum ve dolaşım sisteminin gelişimi, spastisiteyi önleme alanlarında büyük yararlar sağlamaktadır.

Beden eğitiminin engelli çocuk ve yetişkinlerin gelişimi üzerindeki etkisini incelemeye yönelik bir çok araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmalar, beden eğitiminin zihinsel çocuk ve yetişkinlerin fiziksel ve motor uygunluk unsurları, motor becerileri ve benlik kavramları üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymaktadır. ( Özer, 2001 )

### **2.2.3 Dünya Engelli bireyler için kurulmuş spor organizasyonları**

Dünyada engelliler için sayısı onu bulan uluslar arası spor organizasyonu ( C1SS : Duymazlar Spor , ISMWSF : Uluslararası Stoke Mandeville Tekerlekli Sandalye Spor Federasyonu , IBSA: Uluslararası Görmezler Birliği, CP ISRA: Serebral palsi Uluslararası Spor ve Rekreasyon Birliği, INAS FMH: Uluslararası Zihinsel Engelliler Spor Federasyonu, IPC : Uluslararası Paraolimpik Komitesi , IWTF : Uluslararası Tekerlekli Sandalye Tenis Federasyonu , IWBF : Uluslararası Tekerlekli Sandalye Basketbol Federasyonu , Special Olympics: Uluslararası Zihinsel Engelliler Özel Olimpiyat Organizasyonu, ISOD: Uluslar arası

Engelliler Spor Organizasyonu gibi ) gerçekleştirilmektedir. 1992 yılından itibaren uluslararası olimpiyat komitesi tarafından kabul edilen tek federasyon paraolimpikler'dir. ( Özer, 2001 )

1989 yılında kurulan IPC ( Uluslararası Paraolimpik Komitesi ) engelliler sporları tarihinde bir dönüm noktasıdır. Uluslararası Olimpiyat Komitesi tarafından 1992 yılından itibaren engelliler ile organizasyonların tek yetkili üst düzey kuruluşu olarak tanınmaktadır. Diğer uluslararası federasyonlar da IPC ye bağlı olarak faaliyetlerini sürdürmektedirler. ( Özer, 2001 )

Zihinsel engellilere yönelik; INAS FMH ( Uluslararası Zihinsel Engelliler Federasyonu ) ve özel olimpiyatlar. ( Uluslararası Zihinsel Engelliler Olimpiyat Organizasyonu ) olmak üzere iki spor organizasyonu bulunmaktadır. ( Özer, 2001 )

1968' de Eunice Kennedy Shriver and Josepf P. Kennedy and Jr. Foundation tarafından kurulan Özel Olimpiyatlar, yetenekleri ne olursa olsun sekiz yaş ve daha büyük zihinsel engelli bireylere açık olan uluslararası spor eğitim ve yarışma programlarıdır. 1988 yılında Uluslararası Olimpiyat Komitesi tarafından "Özel Olimpiyat" adı resmen kabul edilmiştir. Özel olimpiyatların misyonu, zihinsel engelli sekiz yaş ve üstü tüm çocuk ve yetişkinler için belirli dönemlerde, çeşitli olimpik sporlarda spor eğitimi ve yarışma olanağı vererek fiziksel kondüsyonlarının sürekli geliştirmelerini , özgüven kazanmalarını , rekabeti yaşamalarını ve başarı ve arkadaşlığı paylaşmalarını sağlamaktadır. ( Özer, 2001 )

#### **2.2.4 Özel Olimpiyatların felsefesi**

1. Zihinsel engelli bireyler, uygun eğitim ve destek ile bireysel ya da takım sporlarını öğrenebilmekte, zevk alabilmekte ve sağlıklı bir bedene sahip olabilmektedirler.

2. Özel Olimpiyatlar , spor becerilerinin geliştirilmesi için eğitimde sürekliliğe , bu becerileri ölçmek için eşit yetenek gruplarında yarışmalar düzenlenmesine ve her beceri düzeyi için yarışma şansı verilmesi gerekliliğine inanmaktadır.

3. Özel Olimpiyatlar, spor eğitimi ve yarışmalarının zihinsel engelli bireylerin sosyal ve psikolojik gelişimine büyük katkıda bulunduğu düşüncesini savunmaktadır.

4. Özel Olimpiyatlar, en az sekiz yaşında olan her zihinsel engelli bireyin spor eğitimi ve yarışmalarından yararlanması gerekliliğine inanmaktadır. ( Özer, 2001 )

Her dört yılda bir Uluslararası Yaz Oyunları , Uluslararası Kış Oyunları ve Avrupa Özel Olimpiyat Oyunları düzenlenmektedir. Yaz ve kış olimpiyatları ulusal, bölgesel ya da mahalli yarışmalar olarak yapılmaktadır . Uluslar arası Yaz Özel Olimpiyatları 1977 ' de başlamıştır. Belirli bir yılda , ( bölgesel , mahalli yarışmalardan ) , daha yüksek düzeydeki yarışmaya terfi etmek için bir atlet, yüksek düzeyde yarışmaya katıldığı spor dalında, en az 8 haftalık spor eğitim programına katılmalıdır. Bir atlet terfi etmek için daha düşük düzeydeki spor yarışmalarında birinci , ikinci yada üçüncü olarak yer almalıdır Yarışmacıların gerekli spor becerilerini kazanmaları için yıl boyunca organize edilen özel yarışmalara katılmaları gerekmektedir. Bu yarışmalar , heyecan verici törenler , gösteriler , bayrakların asılması, korolar, meşalelerin yakılması, oyunların açılış konuşması, balonların salıverilmesi gibi aktivitele'ri içermektedir. Yarışmacılar, becerilerini sergilemelerinin yanısıra, politikacılarla karşılaşma , tanışma , davetlere katılma , yeni spor ve rekreasyonel deneyimler, evlerinden uzak gece arkadaşları ile eğlencelere katılma gibi deneyimlerle fiziksel ve sosyal becerilerini geliştirme olanağı bulmaktadırlar. ( Özer, 2001 )

Özel Olimpiyatlarda resmi ve gösteri olmak üzere iki sınıflama bulunmaktadır. Resmi Özel Yaz Spor Olimpiyatları ; su sporları , atletizm , bowling , basketbol , jimnastik , tekerlekli paten, futbol, softbol, voleybol, Resmi Kış Sporları; alp ve kuzey disiplinli kayak, artistik ve sürat patinaj , hokey gibi spor branşlarını içermektedir. Özel Olimpiyat Gösteri Sporları ise; kano, bisiklet, masa tenisi, hendbol, tenis ve halterden oluşmaktadır. ( Özer, 2001 )

Engelli bireyler için düzenlenen spor organizasyonlarında elit sporcuların ön plana çıkarıldığı görülmektedir. 1986' da Hollanda' da düzenlenen bir konferansta , ağır engelli bireyler için eğlence sporlarının önemi vurgulanarak, ağır engellilere hizmet götürebilmek için uluslararası bir organizasyona gereksinim duyulduğu belirtilmiştir . Bu gereksinimi karşılayacak tüm hazırlıklar yapılarak 1991 de Lozan' da Uluslararası Olimpiyat Komitesi ( IO CJ , RESPO DS \_ DI' nın ( Recreational Spor Development Stimulation Disabled International = Uluslar arası Engelliler Eğlence Sporları Geliştirme ve Uyarımı) kuruluşunu onaylamıştır. RESPO DS Di , zihinsel engelli bireyler dahil olmak üzere tüm engel gruplarını kapsamaktadır. Temel felsefesi, engelli bireylere sorumluluk kazandırmak , hareket etmekten,



sportif aktivitelere katılmaktan haz almayı sağlamak, konsültasyon, işbirliği ve koordinasyonu gerçekleştirmektir. Sorumluluklarının , az gelişmiş ülkelere öncelik hakkı tanınması, engelli bireyler için eğlence ve spor aktivitelerinin geliştirilmesi ve uygulanması, eğlence sporlarının sosyal, fiziksel ve psikolojik değerinin engelli bireyler için artırılması, yayınların, görsel işitsel materyallerin geliştirilmesi olduğu belirtilmektedir. ( Özer, 2001 )

Beden eğitimi öğretmeni, zihinsel engelli öğrencilerin fiziksel ve akademik düzeylerine uygun aktiviteler planlarsa da aktivitelerin bazı zararları olabilmektedir. Özel olimpiyatlar, özellikle yaşam boyu sağlığa zararlı etkileri olabilen, yüksek risk taşıyan belli spor dallarında antrenman ve yarışmayı yasaklamaktadır. Yasaklanan spor dalları, cirit, disk ve çekiç fırlatma, sırıkla yüksek atlama, boks, tüm mücadele sporları, eskrim, amerikan futbolu , güreş, judo karete ve trambolindir. ( Özer, 2001 ).

Down sendromlu bireylerin yüzde onundan daha fazlasında, atlantoaxial subluxation olarak adlandırılan boyundaki C1-C2 servikal vertebraların dizilişinde bozukluk görülmektedir. Bu rahatsızlığı olan bireyler için , aşırı gerilme, uzanma gerektiren,boyunu ya da üst omurları zorlayan aktivitelere katılma büyük sakatlık riski taşımaktadır. Bu durum boynun tam fleksiyonu ve ekstansiyonundaki röntgen analizleri ile teşhis edilebilmektedir. Bu durumdaki bireylerin, belli cimnastik aktiviteleri, dalına, kelebek, yüzme, yüksek atlama, alpstili kayak, kafa futbolu, baş ve boyunu aşırı baskı altına alan her türlü ısınma hareketlerine katılmaları yasaklanmaktadır. Zihinsel engelli bir çok çocukda, özellikle Down sendromlularda , kalp rahatsızlıkları olabileceğinden doktordan bu çocukların sportif faaliyetlere katılmalarında bir sakınca olmadığına dair bir rapor alınması gerekmektedir. Zihinsel engelli bireylerin diğer ortak özellikleri, kaslarda zayıflık ve hipotoninin olmasıdır. Her ne kadar hipotoni yaşla beraber azalırsa da kassal yetersizlikten dolayı fitik , postural bozukluk, zayıf vücut mekanikleri yaygın olarak görülmektedir.Beden eğitimi öğretmenlerinin, yaralanmaya neden olabileceğinden hipotonik bireyleri yeteneklerinin ötesinde olan aktivite ve egzersizlere yönlendirmede son derece dikkatli olmaları gerekmektedir. Karın ve bel egzersizlerinin, dikkatlice seçilmesi, ayakları kuvvetlendirici egzersizler yaptırılması önerilmektedir. ( Özer, 2001 )

## **Paralimpik Oyunların Yıllara Göre Dağılımı**

**1960 Roma , İTALYA :** Bu yılda Olimpiyat oyunları ve Paralimpik oyunları ilk kez aynı şehirde gerçekleştirildi. Yalnızca tekerlekli sandalyeli oyuncuların katılmasına rağmen spor karşılaşmalarında 23 ülkeden 400 atlet yer aldı.

**1968 Tel Aviv, İSRAİL :** 1968 ' de olimpiyat kenti Meksika, paralimpiklere kalacak yer sağlamakta zorlanınca 29 ülkeden 750 sporcu Tel Avivde yarıştı.

**1972 Heidelberg , ALMANYA :** Almanya' da gerçekleştirilen ilk paralimpik oyunlarına 1000 sporcu katıldı. Heidelberg oyunlarına bazı branşlarda görme özürlü Alman oyuncular da katıldı ve böylece bir ilk daha gerçekleşti.

**1976 Toronto , KANADA :** 1600 Sporcunun katıldığı Toronto Olimpiyat olarak da adlandırılan Toronto Paralimpik Oyunları görme Özürlü ve Bir Uzvu eksik olanlarında kabul edildiği olimpiyat oldu.

**1980 Arnhem , HOLLANDA :** Moskova Olimpiyatlarının boykot edilmesinden sonra 42 ülkeden 2000 engelli sporcu Arnhem de biraraya gelerek yarıştı.

**1984 New York , ABD / Stoke Mandeville, İNGİLTERE :** Bu yıl Paralimpik oyunlar Atlantik Okyanusunun iki yanına dağıldı. Tekerlekli sandalye yarışmaları İngiltere de stoke Mandeville de, diğer yarışlar New York, Long Island daki " Nassau Countr " de gerçekleştirildi.

**1988 Seul , KORE :** Paralimpik Oyunlarında 61 Ülkeden 3053 sporcu mücadele etti. Engelli sporcular burada ilk kez ana olimpiyat tesislerinde , olimpiyat yarışmacılarıyla " aynı kulvarlarda " yarıştı. Böylelikle Paralimpik ve Olimpiyat Oyunları arasında derin bir bağ oluştu.

**1992 Barcelona, İSPANYA :** Barcelona Paralimpik oyunları da 82 Ülkeden 3020 sporcu ve yetkiliyi ağırladı. Oyunları 15 milyondan fazla seyirci izledi. İlk kez Olimpiyat Oyunlarına ait bir televizyon kanalı oluşturuldu ve eşi görülmemiş medya ilgisi yepyeni bir seyirci kitlesi yarattı. Atletizm, yüzme, basketbol, futbol ve masa tenisi dallarında katılan zihinsel engelli sporcular Madrid de yarıştı.

**1996 Atlanta, ABD Atlanta :** Paralimpiklerine 103 ülkeden 3195 sporcu katıldı. İki yeni paralimpik spor, rugby ve yelken bu oyunlarda gösteri sporu olarak sergilendi.

**2000 Sydney, AVUSTRALYA :** Son oyunlarda katılım rekoru yenilendi. 125 Ülkeden 4000 atlet 18 paralimpik dalda madalya mücadelesi verdi. ( Kimlik, 2004 )

### **2.2.5 Engellilerde Beden Eğitimi ve Sporun Hedefleri**

#### **□ Olumlu Benlik Kavramı**

Olumlu benlik kavramı ve beden imajı geliştirebilme.

Hareket yeteneğini ve beden beğenisini artırabilme.

Çevreye uyum sağlamayı öğrenmek ve değiştiremeyeceği sınırlılıklarını kabul edebilme.

Böylece kendini gerçekleştirmeye doğru ilerleyebilme

#### **□ Sosyal yeterlilik**

Paylaşma, iletişim kurma gibi uygun sosyal davranışları öğrenebilme.

Sosyal yalnızlığı azaltabilme.

Arkadaşlığın nasıl kurulduğu ve geliştirildiğini öğrenebilme.

Kazanma ve kaybetme durumlarında iyi benlik kontrolü ve sportmenlik gösterebilme

Başarı için gerekli diğer becerileri geliştirebilme.

□ **Motor beceri ve modeller**

Koşma, yakalama , fırlatma , atlama , sekme, topa ayakla vurma, sıçrama, gibi temel motor becerileri olgun formda öğrenebilme.

Oyun, spor, dans ve su oyunlarına katılarak motor becerilerde uzmanlaşabilme

Oyun aktiviteleri, öz bakım aktiviteler, işte ve okulda gerekli aktiviteler için ince ve kaba motor koordinasyonu geliştirebilme.

□ **Fiziksel ve Motor uygunluk**

Kalp-dolaşım sistemini geliştirebilme.

İdeal ağırlığı koruyabilme.

Kas kuvveti, dayanıklılığı ve esnekliği artırabilme.

Düzgün duruş alışkanlığı kazandırabilme

□ **Algısal motor fonksiyon ve duyuşal bütünleşme**

Görsel, dokunsal, işitsel ve kinestetik (hareket duyumu) fonksiyonları geliştirebilme.

Oyun ve algısal aktiviteler yolu ile akademik öğrenmeyi geliştirebilme.

Bilişsel, dil ve motor fonksiyonları geliştirebilme.

□ **Serbest zaman becerileri**

Beden eğitimi dersinde öğrendiklerini, yaşam boyu spor, dans ve su becerileri alışkanlıklarına dönüştürebilme.

Rekreasyon (eğlence sporları) için toplumsal kaynakları tanıyabilme.

Spor dans, su ve grup oyunlarında bireysel repertuarı genişletebilirler.

#### □ **Gerilimin Giderilmesi**

Eğlenmek, rekreasyon aktivitelerine katılabilmek, mutlu olabilmek.  
Sosyal olarak kabul edilebilir koşullarda gerilimi giderebilmek.  
Hiperaktiviteyi azaltmak, gevşemeyi öğrenebilmek.  
Beden eğitimine karşı olumlu tutum geliştirebilmek.

#### □ **Oyun becerileri**

Oynamayı öğrenebilmek ( paralel oyun davranışlarından iş birliğine dayalı ve yarışmalı oyun davranışlarına doğru ilerleyebilirler)  
Kişilerle, oyuncak ve diğer malzemelerle etkileşim kurabilmek  
Basit oyun stratejileri ve kurallarını öğrenebilmek.

#### □ **Yaratıcı İfadeler**

Yaratıcılığı artırabilmek.

Bir hareket problemi ortaya atıldığı zaman orjinal tepkiler yaratabilmek.

Hayal etmeyi öğrenme, hayale yeni şeyler katabilmek, süsleme, yeni oyunlar, dans ve hareket sırası yaratabilmek, uygun oyun stratejileri düzenleyebilmek. ( Özer, 2001 )

## **2.3 Sigara**

### **2.3.1 Tanımı ve tarihçesi**

Tütün, Herba Nicotiana bitki topluluğunun Solanaceae familyasına dahil, yeryüzünde geniş bir yetişme alanı olan yıllık bir bitkidir. Dünyada ve ülkemizde, iklim şartlarına bağlı olarak çeşitli bölge, yörelerde yetişen tütün, kalite bakımından farklılık gösterebilmektedir.

Goodspeed tütünü; Herba Nicotina Rustica, Herba Nicotina Tabacum ve Herba Nicotina Petunides olmak üzere üç grupta incelenmiştir. Ayrıca tütünün her grup içinde birçok türü bulunmaktadır. ( Çakıroğlu, 1998 )

Tütün ilk kez Avrupa'ya Amerika'dan getirilmiştir. Kristof Kolomb Amerika'nın keşfi sırasında Guanahani adasındaki yerlilerin tütün yapraklarını çiğnediklerini ve ayrıca tütün içtiklerini saptamıştır. Kolomb'un ikinci keşif gezisinden sonra 1559 yılında Francisco Hernander tarafından patates ve domates gibi yararlı bitkilerin yanında tütün de Avrupa'ya sokulmuştur. Avrupa' da tütünün yetiştirilmesinde ve içilmesinde Lizbon Büyükelçisi Jean Nicot etkili olmuştur. İlk zamanlarda enfiye olarak kullanılan tütün hızla bütün Avrupa'ya yayılmış daha sonra Ortadoğu üzerinden Uzakdoğu'ya kadar uzanmıştır. Tütün , Anadolu'ya ilk kez 1580 yılında gemiciler tarafından Avrupa' dan getirilmiş, kısa sürede tanınmış ve içilmeğe başlanmıştır. ( Çakıroğlu, 1998 )

20. yüzyıl öncesinde daha çok çiğneme tütünü ,enfiye ,pipo ve puro şeklinde kullanılırken bu yüzyıl içinde sigara kullanımı en yaygın tütün tüketim şekli oldu. Sigara tüketimindeki büyük artış , sigara makinalarının icadı ve 1900 lü yılların başında kitle reklam araçlarının yaygınlaşması sonucu gerçekleşmiştir. ( Tor, 1996 )

17. Yüzyıldan sonra ise tütün bir keyif maddesi olarak alışkanlık durumuna gelmiştir. Zaman zaman birçok ülkede tütün içimi yasaklanmış, içenlere çok ağır cezalar verilmiş, bütün bunlara karşın tütün içimi giderek yayılmıştır. Tütünün sigara biçiminde içimi 1850 yılında başlamış , 1856 yılında İngiltere'de ilk sigara fabrikasının kurulmasıyla kitlesel üretime geçilmiş, 1939 'da uzun, 1951 'de filtreli sigaralar yapılarak çeşitleri artırılmıştır. Bütün yasaklamalara ve sağlık üzerindeki olumsuz etkisi ilk kullanımından beri anlaşılmasına rağmen tütün kullanımı gittikçe artmış ve günümüzün önemli halk sağlığı konularından biri haline gelmiştir. ( Çakıroğlu, 1998 )

### **2.3.2 Sigara İçme Alışkanlığı**

Sigara alışkanlığı, kontrolü mümkün bir faktördür. Bu alışkanlık kalp hastalığı riskini artıran önemli sebeplerden birisidir. Sigara içenlerin içmeyenlerden üç kat daha fazla hasta oldukları bilinmektedir. Sigara içenler solunum problemleri, akciğer ve gırtlak kanseri gibi hastalıklara da yakalanmaktadırlar. ( Zorba, 1999 )

Sigara içmek günümüzün önemli sağlık problemlerinden biri olup, insanların bile bile benimsedikleri tehlikeli bir alışkanlıktır. Sigara tiryakiliği ölümlerle sonuçlanan bir çok hastalığın başlangıcını oluşturur veya ilerlemesine yardım eder. Sigaradan bir nefes alındığında dahi vücudumuzda bazı fizyolojik değişiklikleri görmemiz mümkündür.

Sigaranın sağlığa zararlarının genellikle uzunca süre sonra ortaya çıkması özellikle genç yaştakileri sigaranın zararlarına ilişkin uyarılara karşı umursamazlığa itmektedir. Oysa yapılan araştırmalara göre; özellikle genç yaşta başlanan sigaranın erken ölümlere, değişik kanser türlerine, kalp ve damar hastalıklarına ve sindirim sistemi rahatsızlıklarına yol' açtığı, anne kamında bebekte ve çocuklarda yıkıcı ve gelişmeyi önleyici etki yaptığı kesinlikle belirlenmiştir. 25 yaşında günde 2 paket sigara içen insanın yaşam süresi, içmeyene göre 8.2 yıl kısalmaktadır. 25 yaşından sonra her sigara, 5.5 dakikalık süreyi yaşamdan çekip almaktadır. İngiliz doktorları arasında yapılan bir araştırmada, 35 yaşında ölenlerin %40'ını sigara içenlerin, %15' ini ise içmeyenlerin oluşturduğu saptanmıştır. Bu etkiler sigara kullanmayıp da sigara dumanına maruz kalanlarda bile ortaya çıkmakta, bu da sigara içenlerin kayıtsızlığının ve umursamazlığının yalnızca kendilerine karşı sorumluluklarıyla sınırlı olmadığını göstermektedir. ( Ağılönü, 2000 )

**ODTÜ Psikoloji Bölümünce sigara içen 194 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada sigara içenler 9 ayrı grupta toplanmış ve sigara içmeye yönelten faktörler de bu tiplere bağlı olarak değerlendirilmiştir.**

- Uyarılmak amacıyla içenler (uyarılmak, canlılık kazanmak, dikkati ve konsantrasyonu artırmak için)
- Psiko – sosyal nedenlerle içenler ( kendine güvenini artırmak, çevreyle kolay ilişki kurmak, olgun ve seçkin görünmek, karşı cinse çekici görünmek için).
- Olumsuz etkileri azaltmak için içenler (öfke, yılgınlık ve stresin etkilerine karşı koyabilme mutsuzluktan, endişeden ve suçluluk duygusundan kurtulmak amacıyla).
- Duygusal gerçeklerle içenler (tat ve kokusundan hoşlandığı için).
- Rahatlık ve gevşekliğin uzantısı olarak içenler (dinlenme anında, kendini iyi hissettiğinde)

- Psiko-motor eğilimlerle içenler (yakmak, elinde tutmak için.)
- Zevk için içenler (bağımlılık olmadan, yalnızca zevk için, bir içkiyle dinlenirken )
- Bağımlı hale geldikleri için içenler
- Otomatik olarak içenler ( şartlandığı için , farkında olmadan , bazen diğer küllükte yanarken, ne zaman yaktığını bile hatırlamaksızın). ( Zorba , 1999 )

### 2.3.3 Sigara içme nedenleri

Koruyucu önlemlerin alınabilmesi için sigaranın aşırı tüketiminin temelinde yatan psikolojik ve sosyolojik mekanizmaların bilinmesi önemlidir. Sigara içenler için belirli bir kişilik yapısı yoktur. Buna karşın karşılaştırmalı araştırmaların sonuçlarına bakıldığında zaman zaman sigaraya bağımlı olanların kişilik yapılarında duygusal dengesizlik, kısa yoldan hazza ulaşma, gerçeklerden kaçma, otoriteye karşı çıkma, aşın tutku, yarışçılık, tehlike arama, başkalarına benzeme gibi karmaşık özelliklerin bulunduğu görülmüştür. Sigara alışkanlığı genellikle gençlerde sıklıkla çocukluk yaşlarında başlamaktadır. ( Boydak, 1993 )

Sigara içme eğitim ve sosyo – ekonomik düzey ile ilgilidir. Bedensel çalışmayı gerektiren işlerde çalışanlar arasında sigara içme zihinsel çalışmayı gerektiren işlerde çalışanlardan daha fazladır. ( Boydak, 1993 )

**2.3.3.1 Akranların Baskısı:** Bu özellikle adölesanlarda belirgindir. Yakın arkadaşın sigara içmesi veya arkadaş grubundakilerin sigara içmesi gencin sigaraya başlamasına neden olmaktadır. ( Boydak, 1993 ).

**2.3.3.2 Okul Çevresi:** Öğretmenler, sağlık meslek üyeleri ve diğer yetişkinler genç için örnek modeldirler ve bu örnekler gencin sigaraya başlamasında etkili olmaktadır.

Amerikan Kanser Demeğinin yapmış olduğu bir çalışmada, kız çocukların % 68' inin, erkek çocukların % 67' sinin öğretmenlerinin sigara içtiğini düşündüklerini göstermektedir. Oysa aynı çalışmada kadın öğretmenlerin % 23' ünün, erkek öğretmenlerin ise % 18'inin sigara içtiği saptanmıştır. ( Boydak, 1993 )



**2.3.3.3 Psikososyal Etkenler :** Sosyal etkileşim nedeniyle çevreye uyma zorunluluğu sigara içme alışkanlığının yerleşmesini kolaylaştırmaktadır. Örneğin ; Hindistan ' da sigara kullanma sosyal prestij, olgunluk, güvenlik ve erkekliğin kanıtı olarak görülmektedir. ( Boydak, 1993 )

**2.3.3.4 Diğer Etkenler:** Belirtilen bu sigara içme nedenleri dışında sigarayı zevk verdiği , eğlendirdiği , sıkıntı ve yorgunluğu giderdiği için kullananların yanı sıra gösteriş, kültürlü görünme, çekici olma, iştahını azaltıp şişmanlamama amacı ile kullananlar da vardır.

**Sezer tarafından Ankara'nın ortaokul, lise ve lise dengi okullarında yapılan bir araştırmada saptanan en önemli sigaraya başlama nedenleri ;**

- Öğrencilerin sorunları, dertleri, sıkıntıları nedeniyle sigaraya bir sakinleştirici olarak baş vurmaları,
- Arkadaş etkisi,
- Özenme
- Erkek öğrencilerde büyüdüğünü ve delikanlılığını kanıtlama ( Boydak, 1993 )

#### **2.3.4 Sigara ve spor**

Günümüzde sigaranın, bedensel basan faktörüne olan negatif etkisi tartışılmaz boyutlardadır. Sigara , ilk etapta bedensel basan faktörünü nikotin ve CO gazı ile etkisi altına alır. Nikotin ve CO, yağ ve enerji mekanizması olan glikozu sempatik yolla uyarır. Bu uyarım hücre içinde karboksihemoglobin oluşumunu kolaylaştırır. Solunumla, sigara dumanı ile birlikte akciğerlere alınan nikotinin büyük bir bölümü, bronşların mukoza üzerindeki kapillerlerinde toplanır. Kan dolaşımı ile birlikte açığa çıkan noradrenalin (kalbin atım v ölümünü arttıran adrenalin hormonuna karşı salgılanan bir salgı ) sempatik yolla, kalbe giden sinir uçlarını uyarır. Bu uyarı-iletim sistemi kalbin sinüs düğümünü (kalbin sağ atriumunda yer alan, kendiliğinden elektriksel deşarjlar oluşturan bölüm) ulaşır. Bu yolla sinüs düğümünde açığa alınan noradrenalin görevini yerine getiremez, kalb atım volümünde ani bir artış oluşur. ( Akçayer, 1994 )

Sigara kullanan kişilerde kalb atım hızı her bir sigara için dakikada 10 ya da 20 vuruş artabilir. Bu oluşan etki yaklaşık olarak 5-10 dakikada normale dönerken, ileriki safhalarda 45-60 dakikaya kadar yükselebilir. Sigara kullanan sporcularda arteriokoroner O<sub>2</sub> ihtiyacının sedanterlere oranla % 15-20 arasında daha yüksek olması, sigara kullanımı ile artan kalb volümünün, normal düzeyine gelme süresini geciktirir. (Akçayer,1994)

Sigara kullanan kişiler, ( kullanılan her sigara için) % 4'lük bir CO gazını akciğerlere alırlar. Bu gazın ilişkisi O<sub>2</sub>'den çok hemoglobindedir. ( Hemoglobin; eritrosit içinde bulunan ve hücrenin O<sub>2</sub> transportunu sağlayan protein yapısı ). Hücre içinde CO gazının en büyük negatif etkisi, hemoglobini tutarak O<sub>2</sub> ile ilişkiye ' girmesini engellemek ve sonucunda hücre içinde karboksihemoglobin oluşmasını sağlamaktır. ( Akçayer,1994 )

Sedanter sigara içicilerinin kanlarında bu yolla oluşan karbonsihemolobin miktarı % 4 oranında iken ; sporcularda bu oranın % 5 olduğu gözlenmiştir . Yaklaşık dört saatlik sigara içilmemesi durumunda, kandaki karboksihemoglobin miktarındaki düşme oranının, sedanterlerde % 2,5 sporcularda ise % 1,5 olduğu saptanmıştır. ( Akçayer, 1994 )

Sigara her şeyden önce aerobik enerji sistemini negatif doğrultuda etkiler . Bunun sebebi ise yukarıda açıklandığı şekilde , nikotinin yarattığı sempatik etki ile artan kalb atım hızının, fazladan O<sub>2</sub> sistemini açığa çıkarmasıdır. Ancak sigara ile alınan CO hücre içindeki hemoglobini tutar ve hücre içindeki O<sub>2</sub> transportunu etkiler ve hücre içi O<sub>2</sub> istemini arttırır. Bu olayda anaerobik enerji sistemini doğrudan negatif doğrultuda etkiler.(Akçayer,1994)

## **2.4 Alkol**

### **2.4.1 Alkol Tanımı**

Dünya Sağlık Örgütü ( DSÖ ), içki içenle alkoliği ayırabilmek için şu tanımı kullanmaktadır, " içkinin işine engel olduğu değil de, işinin içmesine engel olduğunu düşünmeye başlayan alkoliktir. " Dünya Sağlık Örgütünün başka bir tanımına göre ise "Alkolik, alışılmışın dışında alkol içen, bunun sonucunda bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlığı bozulan, buna karşın alkol alma isteğini durduramayan, tedavisi gerekli insandır. ( Delikaya, 1999 )

Alkolizm sözcüğünü ilk kez kullanan, olağan sarhoşluğu , kronik alkolizmi ve alkol hezeyanını ilk olarak tanımlayan,1985 yılında Stockholm Üniversitesinden Magnus Huss olmuştur. Bunu 1904 yılında Mark Keller' in elli bin kaynaktan yararlanarak yaptığı çalışma izlemiştir. Keller'e göre alkolizm, kronik davranış bozukluğudur. Bozuk bir beslenme düzeni ile kişinin bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlığı bozulur. 1960 yılında Jelinek " Alkolizm, kişinin ve toplumun birlikte ya da ayrı ayrı zararına olabilecek biçimde içki içme alışkanlığıdır" diyerek tanımladığı alkolizmi beş bölümde incelemiştir. ( Delikaya,1999)

2.4.1.1 Alfa alkolizm: Bedensel ya da ruhsal bir sıkıntıyı gidermek için alışagelenin dışında aşırı içki kullanma durumudur.

2.4.1.2 Beta alkolizm: Alışagelmişin dışında aşırı içki içme sonucu mide -bağırsak bozuklukları , karaciğer yağlanması , çevresel sinirlerde iltihap gibi bedensel belirtilerin görülmesine karşın alkole tutsaklık, başka deyişle fiziki bağımlılık oluşturur.

2.4.1.3 Gamma alkolizm: Tutsaklık, fiziki bağımlılık gelişmiştir. Alkol içme isteği engellenemez , denetlemez duruma gelmiştir. Organik bozukluklar ortaya çıkar. Alkol kesildiğinde, yoksunluk belirtileri görülür.

2.4.1.4 Delta alkolizm: Ruhsal ve bedensel bozukluklar ağırlaşır. Alınan alkol miktarı çoğalır. Belirli miktar alkol alındığında yada alkol kesildiğinde yoksunluk belirtileri görülür.

**2.4.1.5 Epsilon Alkolizm :**Zaman zaman gelen, engellenmesi ve önlenmesi olanaksız alkol içme dürtüsüdür. Kişi, aşırı istekle alkol alır. Bulunca kendisinden geçinceye kadar içer, kimi kez günler, haftalar, aylarca süren bu dönemin sonunda komaya bile girebilir. Gönüllü kişiler ve çeşitli hayvanlar üzerindeki deneyler sonucunda, sinir sistemi üzerine uyarıcı etki yapan nikotin ve sinir sisteminde depresif bir etkisi bulunan uyuşturucuların uyuşturucuların ve alkolün kullanımıyla organizmadaki etkilenimler ortaya konmuştur. Genel bir ifade ile hem sigaranın hem alkolün öğrenme ve akıl üzerinde olumsuz etki yaptığı bugün artık kesin olarak ispatlanmıştır. Uzun süre sigara ve alkol kullanımının, tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunların yanı sıra, öğrenme güçlüğü, akılda

zayıflık ve yeni şeyler öğrenmeye karşı bir ikaz eksikliğine sebep olduğu anlaşılmıştır çıkar.  
( Delikaya, 1999 )

#### 2.4.2 Alkol kullanımı

Alkolün insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri miktarının azlığı ve çokluğu ile orantılıdır. Sigara ile birlikte kullanıldığında kansere bile yol açtığı söylenmektedir. Alkol toplumumuzda inkar edilemeyecek bir oranda tüketilmektedir. Buna ek olarak birçok toplumda alkol, hoş bir sosyal aktivite olarak yer alır. Fakat içme alışkanlığı, yaş, cinsiyet, ailenin içme alışkanlığı ve toplumun değer yargısına göre değişir. Araştırmalar sosyal etkenlerin kişinin alkol kullanıp kullanmaması üzerine etkisi olduğunu göstermiştir. ( Ağlönü, 2000 )

Orta derecede alkol kullanımının vücut üzerine uzun süreli bir etkisi olduğu ortadadır. Buna rağmen insanlar çeşitli sebeplerden dolayı alkol alımına devam etmektedirler. Bu insanlar alkolün gevşetici etkisinden hoşlanırlar, ama içerken kendi kontrollerini kaybederler ve toplum tarafından kabul görmeyen davranışlarda bulunurlar, çevrelerine zarar verirler.

Alkol beynin yanı sıra diğer vücut parçalarını da etkiler. Alkol midedeki ve boğazdaki dokuların tahriş olmasına sebep verir ve yanma hissi oluşur. Az miktardaki alkol midede açlık hissi oluşturacaktır. Uzun süreli fazla alkol alımı mide duvarının tahrişine yani "GASTRİT'e sebep olur. Aç kamına alınan fazla miktarda alkol mide bulantısına ve kusmaya sebep olur.

Fazla dışkı – çıkışına sebep olmasına rağmen alkol böbrekleri etkilemez. Pituitary glandı etkileyerek onun salgısını azaltır. Bundan dolayı içici sık sık tuvalet ihtiyacı duyar. Alkol karaciğer metabolizmasında önemli rol oynar. Sarhoşluk sırasında bazen şişer ve etkilenir. Büyük miktarda alkol alındığında karaciğerde depolanan şeker ve A vitamini kana geçer.

Kalp ve dolaşım da alkolden etkilenir. Orta miktarda alınan alkol kollardaki, bacaklardaki ve derideki damarların genişlemesine, rahatlamasına sebep olur ve dolaşım hızlanır. Aynı zamanda kalp atımı hızlanır, yanma hissi duyulur, vücut ısısı düşer ve kan basıncı azalır.

Alkol tüketiminin görme ve duymaya da etkisi ardır. İçki alan bir insan normalden daha iyi duyar ama ses ile bağırmayı ayıramaz. Aynı olay görmede de oluşur. Az miktarda içki alındıktan sonra bir çok kişi en ufak ışığı gördüklerini belirtmişlerdir . Ama alkol miktarı arttıkça ve sarhoşluk oluşunca alkolün duyma ve görme üzerine olan bu etkisi yok olur.Alkolün bütün etkileri zararlı değildir. Alkol sıklıkla yaşlılarda sindirim hastalıklarının ve Arthritis arterlerin sertleşmesinin tedavisinde tıbbi amaçlarda kullanılır .Bunun yanında alkol sakinleştirici olarak da kullanılır. Ayrıca dolaşım sistemine enjekte edilerek operasyon geçiren hastaların kalori sağlamlasını sağlar. ( Zorba, 1999 )

### **2.4.3 Türkiye'de alkol tüketiminin durumu**

Tekel, son yıllarda yaklaşık olarak 800 milyon litre alkollü içki satmaktadır. Ancak, ithal edilen içkilerle birlikte içki tüketiminin bunun üzerinde olduğu düşünülmektedir. Nitekim, Yeşilay'ın raporlarına göre, ülkemizdeki içki tüketimi 1995 yılında 1 milyar 200 milyon litre iken, bu rakamın 1997 yılı itibariyle 1 milyar 500 milyon litrenin üzerine çıktığı tahmin edilmektedir.

Buna göre, Türkiye' de kişi başı alkol tüketimi her geçen yıl artmaktadır. 1930'lu yıllarda tamamı 10-12 milyon litre olarak bilinen ve kişi başına 1 litre alkollü içki düşerken, bugün bu rakam 17 litreye ulaşmıştır. Dolayısıyla o günden bugüne artış tam 17 kata çıkmıştır. Alkol tüketiminde dünya sıralamasında Türkiye 3. sırada yerini almaktadır. Türkiye' de yaklaşık olarak halkın % 30'u (17 milyon) değişik boyutlarda sürekli olarak alkollü içkiler kullanmaktadır. Bunlardan 4 milyonu alkolik ( alkol bağımlısı ) iken , 13 milyonu da alkol dostudur ( alkolü sık kullanan ancak bağımlısı olmayanlar ) . Eğitim ve gelir düzeyi düşük fertlerdeki aşırı alkol tüketimi , işsizlik , hayat pahalılığı, terör, göç ve şehir kültürüne uyum sağlayamama, şahsi yönden az gelişmişlik gibi sebeplere bağlanmaktadır. ( Kaptanağası, 1997 )

### **2.4.4 Alkol ve spor**

Genel olarak alkolün bedensel başarıya olan etkisi, etki oranında yoğunluğuna bağlıdır Alınan alkol miktarı, içme hızla içeceğin alkol yüzdesi, yanında alınan besin ve vücut ağırlığı gibi etkenler alkolün etki oranını etkileyen faktörlerdir . içilen alkollü içeceğin % 90

lık bir bölümü sonuçta CO<sub>2</sub> ve HO<sub>2</sub>' ya dönüştür. Bu indirgeme payı alkol - hidrojen gazının karaciğerde toplanmasına bağlıdır. ( Akçayer, 1994 )

Alkolün fiziksel olarak ilk etkisi reaksiyon suretindeki yavaşlamadır. İkinci aşamadaki etkisi de koordinasyon olayının zayıflaması şeklinde ortaya çıkar. Ayrıca alkol statik kuvvetin de azalmasını sağlar. Alkol alımı ile birlikte Ph yüzdesi de önemli ölçüde düşer.

Alkol alımından sonra yapılacak olan bedensel yüklenmeler, kapiller damarlardaki kan basıncının iki katına çıkmasını sağlar. Bu yolla sigaranın vücuda verdiği etki gibi, kan dolaşımı ile açığa çıkan noradrenalin kalb sinüs düğümünü etkiler. Böylece kalb volümü ani olarak artar, bu artış sonrasında ise, Cb ihtiyacını artırır. Solunum yüzdesi artar ve genel vücut dayanıklılık yüzdesi düşer. Dayanıklılıkta ortaya çıkan bu düşüşün, sedanter içicilere oranla % 1,2' lik bir oranda daha fazla olduğu görülmüştür. ( Akçayer, 1994 )

## **2 .5 Madde kullanımı**

### **2 .5.1 Psikoaktif maddelerin Tanımı**

Psikoaktif maddeler , merkezi sinir sistemini etkileyerek, ruhsal yaşantıyı değişik biçimlerde ve ölçülerde değiştiren maddelerdir. Bu tanım gereği, psikoaktif maddeler çok geniş bir alanı kapsar, bütün alkollü içecekler, tütün, çay, kahve, kola, afyon türevleri, vb. sentetik ilaçların tümü psikoaktif maddelerdir. Bu maddelerin ortak özelliği, aslında insanlarda doğal bir gereksinim olmadığı halde, sadece ruhsal durumda değişikliğe yol açtığı için, ve bu amaçla kullanılmalarıdır. ( Derelioğlu, 1998 )

Psikoaktif maddeler günlük yaşamda sık olarak karşımıza çıkan, ve belki de farkına varmadan kullandığımız pek çok maddeyi içermektedir. Örneğin kafein içeren maddelerden olan kahve, kola ve çikolata, tanımı gereği psikoaktif maddeler sınıfına girmektedir. Psikoaktif maddelerin bir kısmı, düşük oranda kullanıldığında, kişinin kendisine ve çevresine zarar verici olmayabilir. Her sabah içilen bir bardak kahve, akşam yemeklerinde içilen bir kadeh şarap, yemekten sonra yenilen bir parça çikolata buna örnek verilebilir.

Bağımlılık oluşturan maddelerin "narkotik" olarak adlandırılması daha çok idari ve hukuki alanda kullanılabilir bir deyimdir. Psikoaktif maddelerin kullanımları yasal olmayanları, Türkçe'de "uyuşturucu maddeler" olarak adlandırılmaktadır. Ancak, uyuşturucu kelimesi, psikoaktif maddelerin tanımının tam karşılığı değildir. Ayrıca, psikoaktif maddelerin etkilerinin çoğunlukla uyuşma ile ilgisi yoktur. (Derelioğlu, 1998)

Uyuşturucu madde kavramı içinde, tüm bağımlılık yapıcı maddeleri değerlendirmek gereklidir. Anglosakson günde "drug abuse" olarak kullanılan tanım yerine "madde bağımlılığı" teriminin kullanılması da önerilmektedir. Psikoaktif maddeler, insanın algı lama, duygulanım, bilinçlilik, düşünce ve kaygı gibi çeşitli zihinsel-ruhsal durumlarında değişime yol açmaktadırlar. "Uyuşturucu maddeler, bedene girdiklerinde ruhsal, davranışsal ve bedensel değişikliklere neden olup, bağımlılık yapabilen maddelerdir. (Ögel, 1997)

Bu nedenlerle, psikoaktif madde terimi "uyuşturucu madde" deyiminden daha geniş kapsamlıdır. Psikoaktif etkisi olan maddeler, dünyada önemli bir ticari araç haline gelmiştir. Örneğin alkol, sigara, kola gibi imalat ve satışları yasal olan bazı psikoaktif maddeler, dünya ekonomisinde büyük bir pazara sahiptir. Psikoaktif maddelerin bir kısmı, sağlık üzerindeki olumsuz etkileri ve insanlarda bağımlılık yapıcı özellikleri nedeniyle bazen devletler, dinler, vb. tarafından yasaklanmış, kısıtlanmış veya kontrol altına alınmışlardır.

Bu araştırmanın kapsamındaki psikoaktif maddeler, insan sağlığına fiziksel zararları kesin olarak bilinen ve yüksek derecede bağımlılık yapan maddelerden olan, alkol, sigara, ve satışı ülkemizde yasal olmayan, uyuşturucu olarak adlandırılan maddeler ile yaygın olarak suistimal edilen bazı maddelerdir. (Derelioğlu, 1998)

## **2.5.2 Madde kullanmaya başlama nedenlerine ilişkin teoriler**

Madde kullanmaya başlamanın nedenlerine ilişkin çok sayıda teori geliştirilmiştir. Lettieri ve arkadaşları bunların 43 tanesini analiz etmiştir. Bu teorilerin çoğu, dar disiplinler bir perspektiften kaynaklanır ve madde kullanımının kesitsel korelasyonlarını gösterir. (Aköz, 1996)

**2.5.2.1 Bilgi, Tutum ve Davranış değişkenleri :** Madde kullanımının fizyolojik ve sosyal sonuçları üzerine bilgi, kişisel inanışlar (beklentiler, risk algılaması, duyarlılık) sonuçları gözönüne

alma, genel değerler ( sağluğa ilişkin, bağımsızlık gibi), madde kullanımına ilişkin tutum, davranışsal niyetler, deneme davranışı, davranış evreleri, ( alkol, tütun, marijuana ve daha sert maddeler )

2.5.2.2 Sosyal öğrenme teorisi : Davranışla ilişkisi belirlenen ikinci grup değişkenler ise, gözlem olanağı, davranışın örnek alınması, madde kullanma fırsatı ya da maddenin bulunabilirliği sosyal normatif inançlar- normlara toplu önem vermemek de dahil - ve sosyal pekiştiricidir. Bandura ve Akers bu değişkenler arasında psikolojik ve sosyolojik perspektiften ilişki kurmuşlardır. Belirli bir davranışın ortaya çıkma olasılığı ayrımsal olarak pekiştirildiğinde ve önem verilen kişilerce arzulanır bulunduğunda artar. Birçok çalışma grubu , Akers' in sosyal öğrenme teorisini madde kullanımı da dahil olmak üzere suç davranışını açıklamak için uygulamıştır. ( Derelioğlu , 1998 )

2.5.2.3 Sosyal bağlar: Aile, okul, akran ve diğer topluluklarla olan bağlar madde kullanımı davranışını belirlemede önemlidir. Araştırmalar aile bağlarındaki kopuşun suçlu akranlara bağlanma olasılığını arttırdığını göstermiştir. ( Aköz, 1996 )

## 2.6 İlaç

Bilindiği gibi bütün ilaçların primer tedavi edici etkilerinin yanında, potansiyel olarak yan etkiler oluşturma riski vardır. Yan etki, Dünya Sağlık Örgütü tarafından; "bir ilacın profilaksi, tanı ve tedavi amaçlarıyla kullanımı sonucu gözlenen istenmeyen - zararlı etkileri" olarak tanımlanmıştır. Yan etkiler hastanın yaşı, cinsi, altta yatan tıbbi durum, birlikte bulunan fakat tıbbi veya cerrahi durumla ilgisi olmayan diğer olaylar, verilen ilacın dozu, formü lasyonu ve birlikte başka ilaçların alınması gibi çok sayıda unsurlara bağlıdır. İstenmeyen ilaç etkileri şu başlıklar altında toplanabilir. ( Akın, 1994 )

□ Öngütülebilir Yan Etkiler : İlaçların normal dozlarda ortaya çıkabilen ve genellikle iyi bilinen yan etkileridir. Örneğin sindirim için alınan antikolinergik ilaçlar, normal dozlarda bile görüş bulanıklığı ve ağız kuruluğu oluşturabilirler.



□ **Aşırı Doza Bağlı Yan Etkiler** : Rutin tedavi dozlarının üzerine çıktığında karşılaşılan yan etkilerdir. Örneğin trankilizan, antidepresan ve sedatif ilaçlar aşırı dozda alındığında beklenen farmakolojik etkilerinin üzerinde aşırı uyuklamaya yol açarlar.

□ **Hipersensitivite Reaksiyonları** : Muhtemelen daha önce alınan bir ilaca karşı oluşan allerjik bir reaksiyondur. Herhangi bir ilaç bu tür bir reaksiyon oluşturabilir, ancak penisilin ve türevlerinin bu konuda adı çıkmıştır. Ateş ve döküntüden, astım krizi ve dolaşım kollapsına kadar çok ciddi reaksiyonlar görülebilir.

□ **Toksik Etkiler ve İdiosinkrazi** : Normal dozlarda bazı kişilerde görülen, genelde çoğu kişilerde görülmeyen etkilerdir. Eskiden İdiosinkrazi olarak kabul edilen bazı ilaç reaksiyonlarının kişide var olan genetik bir farklılığa bağlı olduğu son zamanlarda anlaşılmıştır.

İdiosinkrazi şeklindeki reaksiyona yeni bir örnek beta-adrenerjik reseptör blokleri olan praktolol (Eraldin)' in yaptığı " göz - mukoza-deri " sendromudur. Bu ilacı kullanan hastaların bazılarında oluşan bu sendromda anılan yerlerde ülserasyona kadar giden ciddi lokal lezyonlar oluştuğu için kullanımı yasaklanmıştır. ( Akın, 1994 )

□ **İlaç Kombinasyon Etkileri** : Bir ilacın etkisi başka bir ilaç tarafından artırılabilir. Örneğin tiazid grubu diüretiklerin oluşturduğu hipokalemi, dijitalin etkisini artırır. Alkolün de sedatif ilaçların etkisini artırdığı bilinir.

□ **İlaç Etkileşimleri** : Bu konu oldukça karmaşık olup, çok sayıda mekanizmanın rol aldığı sanılmaktadır. Çoğu ilaçlar kanda proteinlere bağlı olarak taşınır , bu durumda ilaç inaktiftir. Fakat bazı ilaçlar diğer bazı ilaçları proteinden ayırıp kandaki serbest ilaç düzeyini yükselterek farmakolojik etkilerinin artmasına neden olurlar. Bunun en iyi örneği fenilbutazonun antikoagulanların etkisini artırmasıdır.

□ **Atılım Yetersizliği** : Karaciğer hastalıklarında detoksifikasyonun azalması veya böbrek hastalıklarında ekskresyonun azalması sonucu eliminasyonun yetersiz olduğu durumlarda, normal dozlarda bile ilaçların etkisi artabilir. ( Akın, 1994 )

## 2.6 İlaç Kullanım

Ülkemizde gençler arasındaki ilaç bağımlılığı sorunu üç grupta incelenebilir.

2.6.1.1 **Kötü ilaç kullanımı;** İlacın tedavi amaçlarının dışında ve gereksiz kullanılmasıdır. Özellikle antibiyotik, vitamin, ağrı kesici ve bazı rahatlatıcı ilaçların kullanımında olduğu gibi Fsikotrop ilaç denilen sakinleştirici ilaç ve maddelerin, uyku ilaçlarının tedavi amacının dışında rast gele alınması bağımlılık riskini yükselten kötü ilaç kullanımı olarak üzerinde, ayrıca durulması gereken bir durumdur.

2.6.1.2 **Alışkanlık;** Ruhsal bağımlılıktır. Bir ilacın ya da maddenin yarattığı ruhsal etkiyi yeniden yaşamak için kişinin aşırı ve güçlü bir istek eğilim duymasıdır. Kahve, kola, sigara veya zaman zaman alınan alkol ve rahatlatıcı maddelerin alınmasında olduğu gibi.

2.6.1.3 **Bağımlılık durumunda ise;** Kişi kullandığı ya da aldığı maddeyi sürekli olarak çoğaltmak zorundadır. Vücutta bir direnç artımı söz konusudur. Bu madde veya ilacın miktarının azaltılması veya alınmaması halinde bedensel ve ruhsal belirtiler ortaya çıkar. Afyon, morfin, kodein, eroin, esrar, kokain, alkol, amfetamin türü ilaçlar, uyuşturucu ve yatıştırıcı ilaçlar hem ruhsal hem de fiziksel bağımlılık yaparlar. ( Köknell, 1989 )

Ülkemizde alışkanlık ve bağımlılık yapan ilaçların satış ve kullanımı üzerinde 1970 yılından sonra sıkı bir denetim getirilmiştir. Yeşil ve kırmızı reçete uygulaması ile bu ilaçların satışının kontrolü ile birlikte kullanımın olumlu ölçüce etkilendiği söylenebilir. Yine 1982 yılında Sağlık Bakanlığı analjeziklerin - ağrı kesicilerin -bileşiminde alışkanlık yapan kimyasal bileşiklerin olduğunu saptayarak bunların imalatını ve satışını durdurmuş ve yeni formülleri ile satışa çıkmasına izin vermiştir. ( Usanmaz, 1993 )

Gençlerin neden ilaç veya bağımlılık meydana getiren maddeleri kullandığı genellikle üç bölümde toplanmaktadır. Bunlar ruhsal, toplumsal ve tedavi amaçlı ya da nedenlidir. En önemli ruhsal nedenlerden biri meraktır. Bu maddelerin ya da ilacın ne gibi etkileri olabileceğini kendilerinde de denemek isterler. Gençler bu maddeleri, yaşlıları ile birlikte sevk verici ortamı, toplantıyı paylaşmak için parti, dans, diskotek gibi topluluklarda denerler. Bu birkaç kez olabilir ya da zaman zaman meydana gelen bir kullanımdır. Arkadaşlarla ilişki, gençlik dönemi madde kullanımında genellikle diğer nedenlerden çok

daha önemlidir. Gencin ilaç kullanan arkadaşlarla ilişkisi onu bu tip maddeleri kullanmaya yöneltebilir. Bağımlılık meydana getiren ilaç veya madde aslında bir gerginliği, sıkıntıyı gidermek için doktor tarafından verilen edatif ilaç olabilir. Bu tip gençler, gerginlikten kurtuldukları ve bu durum kendilerine sevk verdiği için tedavi bittikten sonra da ilaca devam ederler. Bu durum yaşamla ilgili sorunlardan kaçıp kurtulmanın en kolay yoludur . Kişilik özellikleri yönünden ise , genellikle yeniliklere açık, bağımsızlıklarına düşkün, macera seven gençler, merak ya da eğlenmek gibi amaçlarla kolaylıkla madde kullanımına başlarlar. Bunlardan özellikle duygusal açıdan dengesiz, bağımlı, güvensiz, uyum güçlüğü gösteren, heyecanlı olanlarda kolaylıkla alışkanlık oluşabilir. Bir gencin madde kullanımına alışması aile ve arkadaş etkisi ile birlikte kendi kişilik, özellikleriyle yakından ilgilidir. ( Usanmaz,1993)



### 3. YÖNTEM

Çalışmanın amacı; Omurilik felçlisi engellilerin spor yapma durumları, spor yaparken ne gibi zorluklarla karşılaştıkları, genelde kimlerle spor yaptıkları, spor yapmıyorlarsa neden spor yapmadıklarının sebepleri, ne tür spor etkinliklerine katıldıkları, spor yapma ya başlayınca yaşamlarında olumlu ve olumsuz ne gibi değişikliklerin olduğu, sigara alkol, madde, ilaç, kullanma durumlarının, araştırılmasıdır.

Araştırma İstanbulda, Omurilik Felçlileri Derneğinde (O.F.D) ve 70. Yıl Fizik ve Rehabilitasyon hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini dernek üyeleri ve 70 yıl hastanesinde yatan hastalar arasından basit rastlantısal örnekleme ile belirlenen 103 Engelli teşkil etmiştir.

Anketin geçerliliği ve konuya uygunluğu, soruların konuyla ilişkisi, kapsamı ve soruların açık ve anlaşılır olması yönünden uzmanlara tetkik ettirilmiştir. Anketin geçerliliğini ve güvenilirliğini sağlamak amacıyla evren içinde seçilen 40 kişiye 107 soruluk ön test uygulanmıştır. Ön test uygulamalarından sonra son düzeltmeler yapılarak soruların çokluğu sebebiyle anket soruları 80 soruya indirilmiş ve anket son şeklini almıştır.

Anket uygulaması yapılacak kurumlardan yazılı ve sözlü başvurular yapılarak izin alınmıştır. Anketin uygulanmasında dernekteki çalışmalar, etkinlikler, hastanedeki birimlerden bilgi alınarak hazırlanmıştır.

Katılımcılara çalışma öncesinde bilgi verilerek ve rızaları alınarak, anket yöntemi ile veriler derlenmiştir.

Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte olup random örnekleme ile yapılmıştır.

İstatistik değerlendirmeler 'SPSS for windows' paket istatistik programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler için frekans ve yüzde değerleri belirlenmiştir, Aritmetik ortalama median, mod ve standart sapma değerleri ile en küçük ve en büyük değerler belirlendi.

Anket uygulanmadan önce katılımcılara yüz yüze anlatılmış, Anketler katılımcılar tarafından, ellerini kullanamayan ve okur - yazar olmayan engellilere sorular okunarak ve cevapları alınarak kaydedilmiştir. Bütün anket doldurmalarında katılımcıların yanında bulunarak anlayamadıkları sorular açıklanmıştır. Anketin dağıtılıp toplanması 1,5 aylık bir sürede gerçekleştirilmiştir.

Anket formlarındaki cevaplar tablolarda gösterilmiş ve tablolardan elde edilen veriler istatistiksel işlemlerle hesaplanarak değerlendirilmiştir.

( Ali Ağılönünün, Zararlı Alışkanlıklara Sahip Olan ve Olmayan Fiziksel Uygunluk ve Antropometrik Özellikleri İle Spor Yapma Alışkanlıklarının Karşılaştırılması anketinden 6. Soru, Bahar Akçayerin Aletli Cimnastikçilerin Sigara Alkol Ve İlaç Kullanımına olan Eğilimlerinin Elitlik Düzeyleri ve Cinsiyet farklılıklarını Göre İncelenmesi, anketinden 20, 79 sorular, Ahmet Akının , TSK Uçucularının İlaç Kullanma Tutumları anketinden, 28 Soru, Özlem Boydak'ın, Elazığ İl Merkezinde Görev Yapan Subay Astsubay Yedek Subayların Sigara İçme Durumları İle Sigara Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları, anketinden, 41, 46, 57 sorular, Murat Çakıroğlunun, Balıkesir Üniversitesine Devam Eden Öğrencilerin Alkol ve Sigara Kullanım Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin incelenmesi, anketinden, 63, 73, 59 sorular, Hüseyin Delikayanın, Ankara Şehir Merkezinde Bulunan Beş Lisedeki Öğrencilerin Sigara ve Alkollü İçki Kullanma Durumları, anketinden 43, 49, 80 sorular, Yasemin Derelioğlunun, Üniversite Öğrencilerinin Madde Deneyimleri ile Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması, anketinden, 30, 31, 32 sorular, Alpaslan Görücünün, Beden Eğitimi ve Spor Yüksek okullarında okuyan öğrencilerin spor yapma amaçları ve spora yönlendirilmelerinde etken olan faktörler, anketinden, 8, 10, 11, 24 sorular, Gülsen Tatarın, Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Spor Yapma Durumu, anketinden, 12, 13, 23, sorular, Sevil Usanmazın, Ankara Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Kullanım Araştırması, anketinden, 21, 25, sorular alınarak anket düzenlenmiştir.)

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amacına yönelik olarak hazırlanan anketten , elde edilen veriler incelenmiş, tanımlayıcı veriler için frekans ve yüzde değerleri belirlenmiştir. Sonuçlar aritmetik ortalama median , mod ve standart sapma değerleri ile en küçük ve en büyük değerler veri aralığı belirlemek için tablolar ve grafikler halinde sunulmuştur.

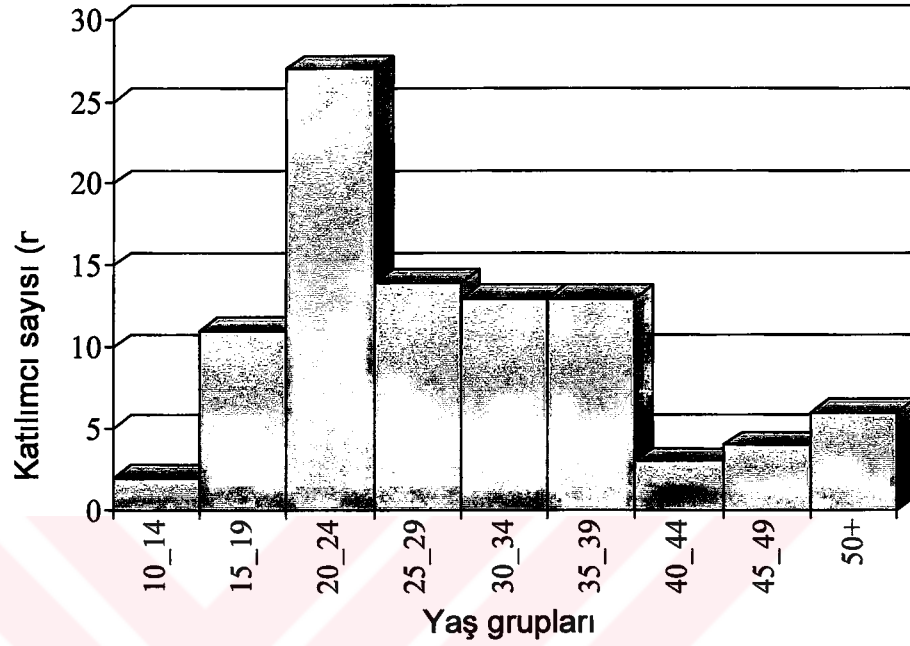
Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı , 61 ( % 59,2 )'si erkek , 42 ( % 40,8 )'sinin kadın olduğu görülmektedir.

Tablo1' de görüldüğü gibi eğitim düzeyine göre katılımcılar değerlendirildiğinde, ilköğretim düzeyinde olanlar % 52 , 4 ile en büyük bölümü oluşturmaktadır.

Katılımcıların % 67 , 7 ( n : 67 ) 'si bekar, % 29,3 ( n : 29 )' ü evli, % 3,0 ( n:3 )'ü ise ayrılmıştır.

Tablo 1. Eğitim düzeyine göre katılımcıların dağılımı

<b>Eğitim düzeyi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Okur-yazar değil	7	6,8
Okur-yazar	11	10,7
İlköğretim	54	52,4
Lise	20	19,4
Üniversite	11	10,7
<b>TOPLAM</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>



Grafik 1. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı

Grafik 1 de görüldüğü gibi Yaş ortalaması  $30,0 \pm 12,5$  olarak belirlendi . En küçük yaştaki katılımcı 12, en büyük katılımcı 80 yaşındadır.

Kaza sonucu engelli olanlar ( toplam 56) incelendiğinde 27 (%48,2)'sinin 2000 ve sonrasında kaza geçirdiği belirlendi ( Tablo 2 ). Katılımcıların engelli oldukları yaşa göre dağılımları da tablo 2'de görüldüğü gibi 0 ile 71 yaş arasında değişmekte ve ergenlik ile genç yetişkinlik dönemlerinde yığılma göstermektedir (Grafik 3).

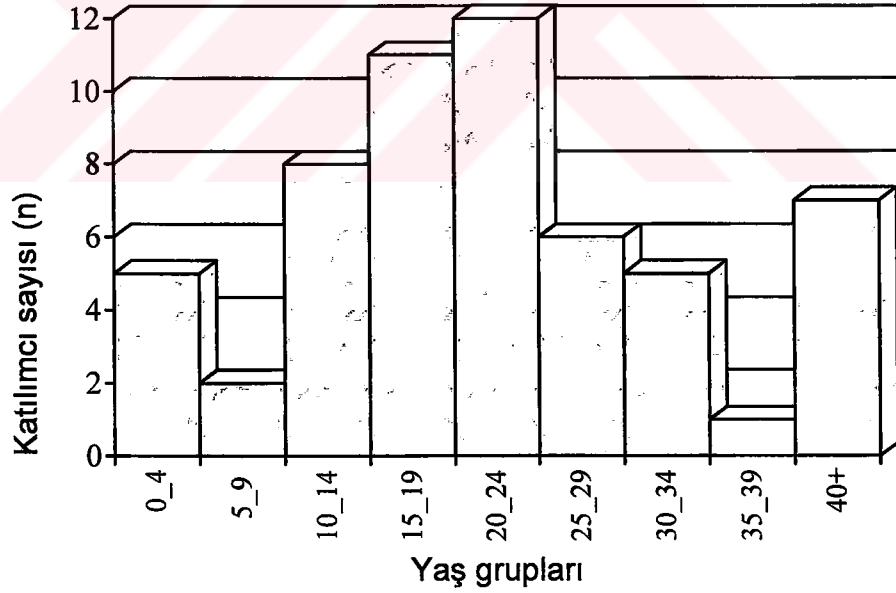
Tablo 2. Kaza tarihine göre katılımcıların dağılımı

Kaza tarihi	n	%
1980 öncesi	1	0,01
1980-1989	7	12,5
1990-1999	21	37,5
2000 ve sonrası	27	48,2
<b>TOPLAM</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Engellilik süresine göre katılımcıların dağılımı tablo 3’de verilmektedir. Bu konuda bilgi veren 61 katılımcının engellilik süreleri 1 ay ile 34 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 6,79 yıldır.

Tablo 3. Engellilik süresine göre katılımcıların dağılımı

Engellilik süresi	n	%
6 aydan az	6	9,8
6 ay - 1 yıl	11	18,0
2 –5 yıl	15	25,0
6-10 yıl	14	23,0
11-15 yıl	11	18,0
16 yıldan fazla	4	6,6
<b>TOPLAM</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>



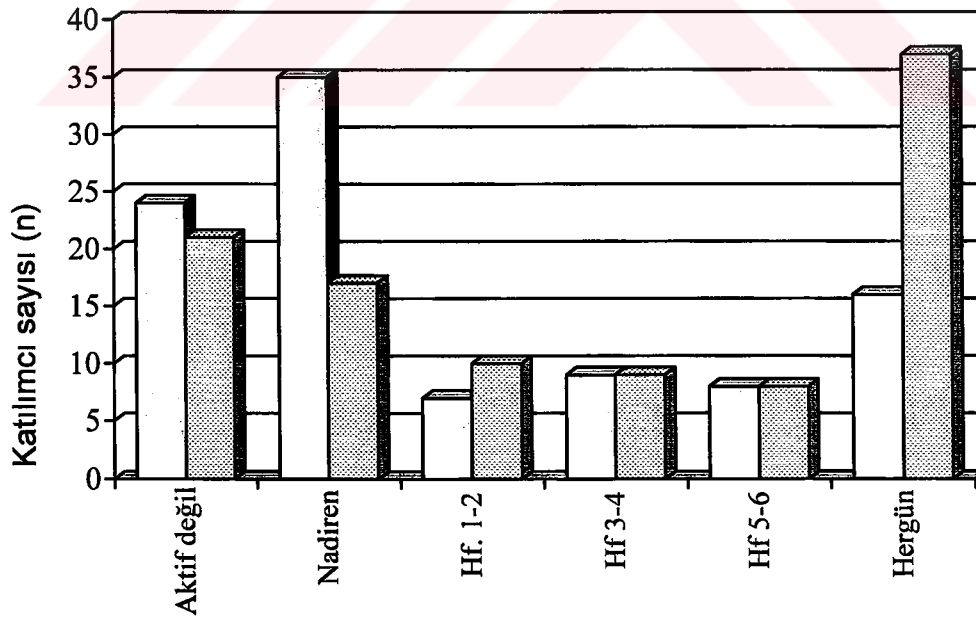
Grafik 2 . Katılımcıların engelli olduğu yaşa göre dağılımı



Engel öncesi ve engel sonrası katılımcıların egzersiz / spor yapma durumlarına göre dağılımı tablo 4 ve grafik 3’ de verilmektedir. Görüldüğü gibi engel sonrası egzersiz/spor yapma oranı daha yüksektir.

Tablo 4. Egzersiz sıklığına göre katılımcıların dağılımı

<b>Egzersiz sıklığı</b>	<b>Engel öncesi</b>		<b>Engel sonrası</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aktif değil	24	24,2	21	20,6
Nadiren	35	35,4	17	16,7
Haftada 1-2 gün	7	7,1	10	9,8
Haftada 3-4 gün	9	9,1	9	8,8
Haftada 5-6 gün	8	8,1	8	7,8
Her gün	16	16,2	37	36,3
<b>TOPLAM</b>	<b>99</b>	<b>100,0</b>	<b>101</b>	<b>100</b>



Grafik 3. Egzersiz sıklığına göre katılımcıların dağılımı

Spora başlama yaşının 6 ile 72 arasında değişmekte olduğu görülmektedir. (Tablo 5)  
Katılımcılardan 5'i engeli nedeniyle, 10'i diğer nedenlerle sporu bırakmıştı.

Tablo 5. Engel sonrası Spora başlama yaşına göre katılımcıların dağılımı

<b>Spora başlama yaşı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0-9	5	8,8
10-19	38	66,6
20-29	5	8,8
30-39	5	8,8
40+	4	7,0
<b>TOPLAM</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

Tablo 6. Spor yapmaya yönelten nedenler

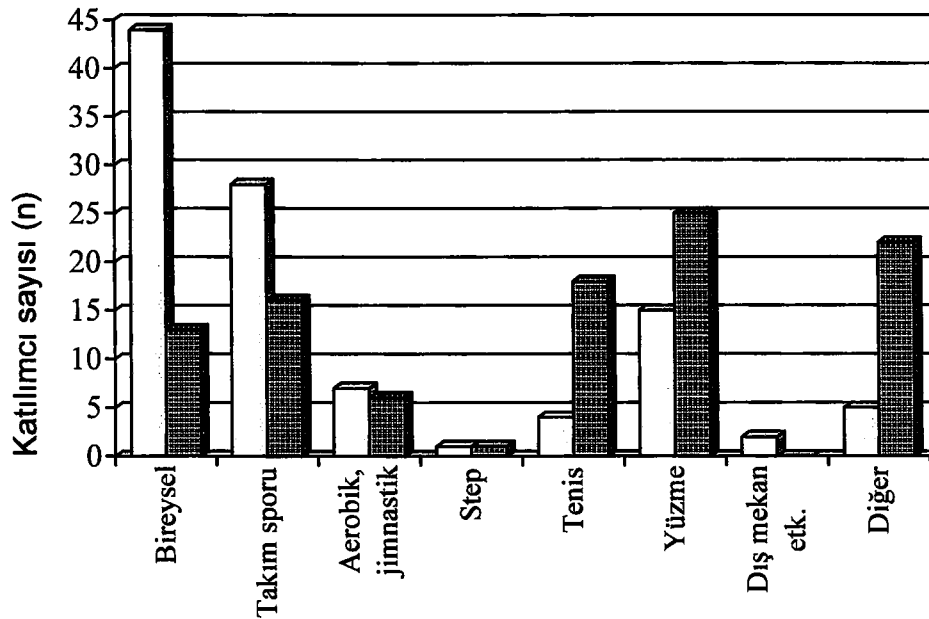
<b>Spor yapmaya yönelten nedenler</b>	<b>Engel öncesi</b>		<b>Engel sonrası</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İş gereği	8	11,1	8	11,1
Sosyal çevre edinmek	15	20,8	14	19,7
Boş zamanlarını değerlendirmek	30	41,7	26	36,1
Fiziksel görünümünü korumak	21	29,6	29	40,3
Günlük sıkıntılardan uzaklaşmak	8	11,1	16	22,2
Şöhret olma isteği	5	6,9	2	2,8
Kilo vermek	19	26,4	11	15,3
Sağlıklı olmak	41	56,9	42	58,3
Diğer	2	2,8	2	2,8
<b>TOPLAM</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Engel öncesi ve engel sonrası spor yapmaya yönelten en önemli neden , sağlıklı olmak , en önemsiz nedende şöhret olma isteğidir.

Katılımcıların engel öncesi ve sonrası yaptıkları spor dalları tablo 7’de ve Grafik 4 te gösterilmektedir. Engel sonrasına bireysel spor uygulamasının azaldığı görülmektedir. Engel öncesinde okçuluk sporunu uygulayan bulunmamasına karşın engel sonrası anlamlı bir artış gözlenmiştir (diğer başlığı altında). Yüzme ve tenis de engel sonrası uygulamanın arttığı spor dallarıdır. Katılımcılardan 22’sinin branşında yarışmalara katıldığı, 4’ünün engel sonrası milli sporcu olduğu belirlenmiştir. Engel öncesinde milli sporcu olan yoktur.

Tablo 7. Uygulanan spor dalları

Uygulanan spor dalları	Engel öncesi		Engel sonrası	
	n	%	n	%
Bireysel (yürüyüş, koşu)	44	62,9	13	18,1
Takım sporu	28	40,0	16	22,2
Aerobik, jimnastik	7	10,0	6	8,5
Step	1	1,4	1	1,4
Tenis	4	5,7	18	25,0
Yüzme	15	21,4	25	34,7
Dış mekan etkinlikleri	2	2,9	-	-
Diğer	5	7,1	22	30,6
<b>TOPLAM</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>72</b>	<b>100</b>



Grafik 4. Uygulanan spor dalla

Tablo 8'e bakıldığında spor yapanların genellikle (%57,3) arkadaşlarıyla spor yaptığı görülmekte

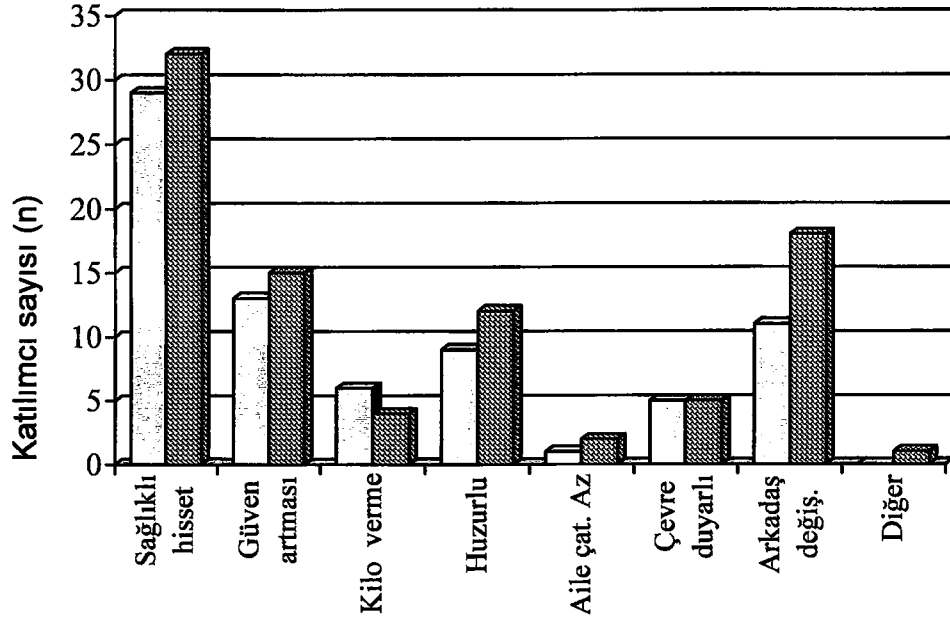
Tablo 8. Genelde kiminle spor yapıyor?

<b>Kiminle spor yapıyor</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yalnız	15	20,0
Eşiyle	4	5,3
Çocuklarıyla	2	2,0
Anne-babasıyla	8	10,7
Arkadaşlarıyla	43	57,3
Öğretmenleriyle	2	2,0
Diğer	3	4,0
<b>TOPLAM</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>

Spor yapmaya başlayınca yaşamında spor öncesine kıyasla ne gibi değişiklikler olduğu, engel öncesi ve engel sonrası için sorgulandı ( Tablo 9 , Grafik 5 ). Engel sonrasında, sporun psikolojik rahatlama, aile çatışmalarının azalması, arkadaş çevresinin değişmesi ve çevreye duyarlılığın artması ile ilgili etkilerinin daha belirgin olduğu gözlemlendi.

Tablo 9. Spor yapmaya başlayınca meydana gelen değişiklikler

<b>Değişiklik</b>	<b>Engel öncesi</b>		<b>Engel sonrası</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Daha sağlıklı hissediyor	29	44,6	32	44,4
Kendine güveni artıyor	13	20,0	15	20,8
Kilo veriyor	6	9,2	4	5,6
Psikolojik olarak daha huzurlu	9	13,8	12	16,7
Aile ile çatışmaları azalıyor	1	1,5	2	2,8
Çevreye duyarlılığı artıyor	5	7,7	5	6,9
Arkadaş çevresi değişiyor	11	16,9	18	25,0
Diğer	-	-	1	1,4
<b>TOPLAM</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>72</b>	<b>100</b>



Grafik 5. Engel öncesi ve sonrası Spor yapmaya başlayınca meydana gelen değişiklikler

Spor yaparken hangi ilaçları kullandıkları sorulduğunda , % 66,7 ( n:40 )'sinin hiçbir ilaç kullanmadığı belirlendi. Kullanılan ilaçlar tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Sporcuyken kullandığı ilaçlar

Kullanılan ilaç	n	%
Vitaminler	7	11,7
Ağrı kesici	6	10,0
Enerji veren ilaçlar	3	5,0
Uyarıcılar	2	3,3
Sakinleştiriciler	2	3,3
Kullanmıyor	40	66,7
<b>TOPLAM</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Spor yapmayanlara yöneltilen , neden spor yapmadıklarıyla ilgili cevaplar tablo 11’de engel öncesi ve sonrası karşılaştırmalı olarak verilmiştir. Engel öncesi boş vakit bulamamak, engel sonrası ise sağlığının uygun olmaması spor yapamama nedenleri olarak görülmektedir.

Tablo 11. Neden spor yapmıyorsunuz?

<b>Spor yapmama nedeni</b>	<b>Engel öncesi</b>		<b>Engel sonrası</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Boş vakti yok	29	100	7	22,5
Spora ilgi duymuyor	12	41,3	8	25,8
Eşi/ailesi izin vermiyor	1	3,4	-	-
Parası yok	8	27,5	9	29
İnançlarına ters düşüyor	1	3,4	-	-
Yaşı uygun değil	7	24,1	2	6,4
Sağlığı uygun değil	4	13,7	25	80,6
Yönlendiren kimse yok	18	62	14	45,1
Tesis yok	19	65,5	16	51,6
Çevresi hoş karşılamıyor	3	10,3	4	12,9
Diğer	1	3,4	2	6,4
<b>TOPLAM</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Katılımcıların % 45,6’sı çevresinde herhangi bir spor tesisi olmadığını belirtti. ( Tablo 12 ). 24 kişi (%23,3), ailesinde en az bir kişinin spor yapmakta olduğunu söylüyordu.

Tablo 12. Çevredeki spor tesisleri

<b>Spor tesisi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Spor/jimnastik salonu	6	5,8
Koşu parkuru	18	17,5
Yüzme havuzu	13	12,6
Tenis kortu	18	17,5
Masa tenisi	22	21,4
Halı saha	19	18,4
Açık oyun sahası	29	28,2
Yok	47	45,6
<b>TOPLAM</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Katılımcılardan 28 (%27,2)'i hergün, 6 (%5,8)'sı bazen sigara içmekte idi ve 14 (%13,6)'ünün sigara içimine bağlı sağlık sorunu olmuştu. Sigara – spor çevresi ve sigara-spor ilişkisi tablo 13 ve 14'de görülebilir.

27 kişi (%26,2), alkollü içki tüketmekte idi ve 2 (%1,9)'sinin alkol kullanımına bağlı sağlık sorunları olmuştu. Alkole başlama ve spor ilişkisi tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13. Sigara ve alkol kullanmaya başlama ile spor ilişkisi

<b>Sporla ilişkisi</b>	<b>Sigara</b>		<b>Alkol</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Spora başlamadan önce	20	19,4	8	7,8
Sporu bıraktıktan sonra	2	1,9	-	-
Sporcuyken	8	7,8	4	3,9
Sporun son devresinde	2	1,9	1	1,0
<b>TOPLAM</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Tablo 14. Sigara-spor çevresi ilişkisi

<b>Spor tesisi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Başlamasına neden oldu	2	1,9
Arttırmasına neden oldu	1	1,0
Etkisi yok	23	22,3
Azaltmasını sağlıyor	6	5,8
Bırakmasını sağladı	3	2,9
<b>TOPLAM</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Tablo 15. Milli olma

Milli Sporcu Olmak	Engel öncesi	n	%	Engel sonrası	n	%
Hayır		83	100		79	95,2
Evet		-	-		4	4,8
Toplam		83	100		83	100

Tablo 15'e bakıldığında soruya cevap veren 83 kişi engel öncesi milli olmamakla beraber, engel sonrası, bunların 4 (%4,8) tanesinin milli olduğu görülmektedir.

Tablo 16. Katılımcıların ailelerinin spor yapma durumuna göre dağılımı

Ailenin spor yapma durumu	n	%
Hayır yapan yok	69	74,2
Evet bir kişi	20	21,5
Evet birden fazla	4	4,3
TOPLAM	93	100

Tablo 16'ya bakıldığında , ailelerinde spor yapmayanlar 69 ( % 74,2 ) , sadece bir kişi yapanlar 20( % 21,5 ) , birden fazla yapanlar ise 4 ( % 4,3 ) olduğu görülmektedir. Engellilerde ailelerin büyük çoğunluğunun spor yapmadığı görülüyor.

Tablo 17. Katılımcıların doktora danışmadan ilaç kullanma durumları

Doktora danışmadan ilaç kullanma	n	%
Hayır danışmadan kullanmam	68	67,3
Evet danışmadan kullandığım oldu	33	32,7
TOPLAM	101	100

Tablo 17' ye bakıldığında 68( % 67,3 ) doktora danışmadan ilaç kullanmadığı ,oysa 33 ( % 32,7 ) doktora danışmadan ilaç kullandığının olduğu görülmektedir.

Tablo 18. Katılımcıların isimlerini duydukları ilaç ve madde dağılımı

İsmini duydukları ilaç ve maddeler	Evet duydum(n)	Hayır duymadım(n)	Evet duydum(%)	Hayır duymadım(%)	TOPLAM N - %
Yatıştırıcı,Sakinleştirici	51	35	59,3	40,7	86 – 100
Amfetamin	5	81	5,8	94,2	86- 100
LSD	11	75	12,8	87,2	86- 100
Relevin	3	83	3,5	96,5	86- 100
Ecstasy	39	47	45,3	54,7	86- 100
Akineton	12	74	14,0	86,0	86- 100
Esrar	66	20	76,7	23,3	86- 100
Crack	5	81	5,8	94,2	86- 100
Kokain	49	37	57,0	43,0	86- 100
Eroin	56	30	65,1	34,9	86- 100
Metadon	4	82	4,7	95,3	86- 100
Uçucular(Tiner,bali,vb)	57	29	66,3	33,7	86- 100
Sarıköz	9	77	10,5	89,5	86-100
Roş	9	77	10,5	89,5	86- 100
Diğer	-	86	-	100	86-100



Tablo 18' e bakıldığında en çok ismi duyulan 3 madde 66 (%76,7) Esrar, 57(%66,3)Uçucular (Tiner, bali vb.) , 56 ( % 65,1 ) Eroin ,En az ismi duyulan madde 83 ( %96,5) Relavin, 81 (%94,2) Amfetamin, 81 (% 94,2) Crack olduğu görülmektedir.

Tablo 19. Katılımcıların madde kullanmaya başlama yaşı

Maddeye başlama yaşı	n	%
11	1	12,5
20	1	12,5
24	1	12,5
26	2	25
30	1	12,5
35	2	25
TOPLAM	8	100

Tablo 19' a bakıldığında madde kullanmaya 26 ve 35 yaşlarında 2' şer kişinin 11, 20, 24, 30 yaşlarında birer kişinin başladıkları görülmektedir.

Tablo 20. Katılımcıların Engelli olmadan önce ilaç ve madde kullanma nedenleri

İlaç madde kullanma	n	%
Can sıkıntısı	1	1,0
Ailevi sorunlar	1	1,0
Çevre	1	1,0
Özenti	1	1,0
Psikolojik rahatsızlık	1	1,0
Sağlık bozulması,meslek	1	1,0
Sokak çocuğu	1	1,0
Kullanmayan	96	93
Toplam	103	100

Tablo 20'ye bakıldığında, Katılımcıların, can sıkıntısı, ailevi sorunlar, çevre, özenti, psikolojik rahatsızlık , sağlık bozulması , meslek , sokak çocuğu olması , sebeplerinden dolayı ilaç ve madde kullanmaya başladıkları görülmektedir.

Tablo 21. Katılımcıların Engelli olduktan sonra ilaç madde kullanma nedenleri

İlaç madde kullanma	n	%
Can sıkıntısı	1	1
Kaza stresi	1	1
Sağlık	1	1
Uyuyamama depresyon	1	1
Belirtmemiş	1	1
Kullanmayan	98	95
	103	100

Tablo 21'e bakıldığında , katılımcıların,can sıkıntısı, kaza stresi , sağlık , uyuyamama , depresyon sebeplerinden dolayı,ilaç ve madde kullanmaya başladıkları görülmektedir.

Tablo 22. Katılımcıların Engelli olmadan önce Sigara deneme durumları

Sigara denemesi	n	%
Hiç denememiş	40	41,2
Evet,bir iki,nefes	11	11,3
Evet,birkaç tane	12	12,4
Evet yarım paketten fazla	34	35,1
TOPLAM	97	100

Tablo 22' ye bakıldığında, Engelli olmadan önce 40 ( %41,2 ) kişinin hiç sigarayı denemediği 11 (%11,3) kişinin bir iki nefes aldığı,12 (%12,4) kişinin birkaç tane içtiği , 34 (%35,1) kişinin yarım paketten fazla sigara içtiği görülmektedir.

Tablo 23. Katılımcıların Engelli olduktan sonra Sigara deneme durumları

Sigara denemesi	n	%
Hiç denememiş	54	55,1
Evet bir iki nefes	4	4,1
Evet birkaç tane	13	13,3
Evet yarım paketten fazla	27	27,6
TOPLAM	98	100

Tablo 23' e bakıldığında ,Engelli olduktan sonra 54 ( % 55,1 ) kişinin hiç sigara denemediği , 4 ( % 4,1 ) kişinin bir iki nefes aldığı , 13 ( % 13,3) kişinin birkaç , 27 (%27,6) kişinin yarım paketten fazla sigara içtiği görülmektedir. Sigara deneme durumlarına bakıldığında engelli olmadan önce daha fazla sigara içme denendiği,engelli olduktan sonra denemenin düştüğü görülmektedir.

Tablo 24. Katılımcıların 6 ay ve daha uzun süreli sigara içme durumları

6 Ay ve daha uzun sigara içme	n	%
Hayır	14	22,6
Evet	48	77,4
TOPLAM	62	100

Tablo 24'e bakıldığında 14 ( % 22,6 ) kişinin 6 aydan daha uzunca bir süre sigara içmediğini, 48 (%77,4) kişinin 6 aydan daha uzunca bir süre sigara içtiğini göstermektedir. Buda 6 aydan daha fazla sigara içenlerin kısa süreli içenlere oranla hemen hemen 3 katı daha fazla olduğunu göstermektedir.

Tablo 25. Katılımcıların sigaraya başlama yaşı dağılımı

Sigara içmeye başlama yaşı	n	%
8	1	2,0
9	1	2,0
13	3	6,1
14	6	12,2
15	8	16,3
16	5	10,2
17	9	18,4
18	7	14,3
19	2	4,1
20	3	6,1
22	1	2,0
24	1	2,0
25	1	2,0
30	1	2,0
TOPLAM	49	

Tablo 25'e bakıldığında, en fazla 9 ( % 18,4 ) le 17 yaşında sigaraya başlayanların olduğu, en azda 1 (%2) ile 8,9,22,24,25, ve 30 yaşlarında sigaraya başlayanların olduğu görülmektedir.

Tablo 26. Katılımcıların Engel öncesi ve Halen sigara içme sıklığı

Sigara içme sıklığı	Engel öncesi(n)	Engel öncesi(%)	Şu anda (n)	Şu anda(%)
İçmiyor	18	30,5	31	47,7
Bazen	7	11,9	6	9,2
Her gün	34	57,6	28	43,1
TOPLAM	59	100	65	100

Tablo 26'ye bakıldığında , Engel öncesi sigara içme sıklığı içmeyenlerde 18 ( % 30,5 ), Bazen içenlerde 7 ( % 11,9 ), her gün içenlerde de 34 ( % 57,6 ), En fazla 34 ( % 57,6 ) la her gün sigara içtiklerini görmekteyiz.

Engel sonrası sigara içme sıklığı ise , içmeyenlerde 31( % 47,7 ) , bazen içenlerde 6 ( %9,2 ) , her gün içenlerde ise 28 (%43,1) olduğu görülmektedir.

Engel öncesi sigara içme sıklığının , engel sonrası sigara içme sıklığından daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 27. Katılımcıların kullandıkları sigara tipi dağılımı

Sigara tipi	n	%
Yerli filtresiz	4	8,5
Yerli filtreli	19	40,4
Yabancı filtreli	24	51,1
TOPLAM	47	100

Tablo 27'e bakıldığında , katılımcıların 4 ( %8,5 ) ile yerli filtresiz sigara içtiği, 19 ( % 40,4) ile yerli filtreli sigara içtikleri ,24 ( % 51,1) ile de yabancı filtreli sigara içtikleri görülmektedir. Yabancı sigara içenlerin sayısı 24 ,yerli sigara içenlerin (23) sayısından daha fazladır.

Tablo 28. Katılımcıların Engel öncesi günlük sigara içme durumları

Günlük sigara sayısı	n	%
0	2	5,1
1	1	2,6
2	2	5,1
3	3	7,7
5	3	7,7
7	1	2,6
8	2	5,1
10	3	7,7
12	2	5,1
15	3	7,7
16	1	2,6
20	11	28,2
25	1	2,6
30	2	5,1
40	1	2,6
60	1	2,6
TOPLAM	39	100

Tablo 28' a bakıldığında , Engel öncesi günde 20 sigarayı en fazla 11 kişi (%28,2) nin içtiği iki kişinin ise günde hiç sigara içmediği görülmektedir. Günde en fazla içilen sigara sayısı ise 60 tanedir. ve sadece 1 (%2,6) kişi içmektedir.

Tablo 29. Katılımcıların Engel sonrası günlük sigara içme durumları

Günlük sigara sayısı	n	%
0	2	5,4
1	1	2,7
2	4	10,8
3	1	2,7
4	1	2,7
5	1	2,7
6	2	5,4
7	1	2,7
10	6	16,2
12	1	2,7
15	6	16,2
16	1	2,7
18	2	5,4
20	6	16,2
35	1	2,7
40	1	2,7
TOPLAM	37	100

Tablo 29'a bakıldığında , Engel sonrası günde en fazla içilen sigara sayısı 40 tanedir. En az içilen sigara sayısı 0 dır ve iki kişi günde hiç sigara içmemektedir.

Engelli olmadan önce günde içilen sigara sayısı (60) , engelli olduktan sonra günde içilen sigara sayısından (40) fazladır.

Tablo 30. Katılımcıların sigarayı bırakmaya nelerin neden olabileceği dağılımı

Sigarayı bırakma nedenleri	n	%
Aile çevre	1	1,0
Aile , sağlık	1	1,0
Aile ,sağlık ,evlenmek	1	1,0
Çocuk	1	1,0
İstemek	1	1,0
İyileşmek	1	1,0
Maddi	1	1,0
Maddi, sağlık	1	1,0
Sağlık	27	26,2
Sağlık, aile	2	1,9
Sağlık ,çevre	1	1,0
Sağlık,engelin ortadan kalkması	1	1,0
Sağlık,maddi	2	1,9
Sağlık ,yoksulluk	1	1,0
Yok	1	1,0
Cevap vermeyen	60	58,3
TOPLAM	103	100

Tablo 30' e bakıldığında , 27 (% 26,2) ile sigarayı bırakmalarına en büyük nedenin Sağlık olduğunu görmekteyiz. Buda Engellilerin eski sağlıklarına kavuşa bilmeleri için sigarayı bırakabileceklerini göstermektedir.

Tablo 31. Engel öncesi ve sonrası sigarayı bırakmayı düşünme durumları

Sigarayı bırakmayı düşünme	Engel öncesi(n)	Engel öncesi(%)	Engel sonrası(n)	Engel sonrası(%)
Hayır	16	39,0	10	22,7
Evet	25	61,0	34	77,3
TOPLAM	41	100	44	100

Tablo 31' ye bakıldığında , Engel öncesi hiç sigarayı bırakmayı düşündünüz mü sorusuna 16 (%39,0) ile Hayır 25 (%61,0) ile Evet dedikleri çoğunluğun sigarayı bırakmayı düşündüğü görülüyor.

Engel sonrası hiç sigarayı bırakmayı düşündünüz mü sorusuna 10(%22,7) ile Hayır , 34 (%77,3) ile Evet dedikleri , çoğunluğun sigarayı bırakmayı düşündüğü görülmektedir

Tablo 32 Sigarayı bırakmayı deneme durumları

Sigarayı bırakma denemesi	n	%
Hayır	16	33,3
Evet	32	66,7
TOPLAM	48	100

Tablo 32'e bakıldığında , 16 ( %33,3 )'ünün sigarayı bırakmayı hiç denemediğinin, 32 ( %66,7) sinin sigarayı bırakmayı denediği görülmektedir.

Tablo 33. sigarayı bırakmak için kimden yardım almak istersiniz

Bırakmak için kimden yardım istersiniz	n	%
Yardım istemiyorum	21	51,2
Eşimden	2	4,9
Arkadaşlarımdan	1	2,4
Psikologdan	1	2,4
Eğitimli her hangi birinden	16	39,0
TOPLAM	41	100

Tablo 33'e bakıldığında , 21 ( %51,2 ) ile sigarayı bırakmak için yardım almak istemedikleri 16 ( % 39,0 ) ile Eğitimli birisinden yardım almak istedikleri görülmektedir.

Tablo 34 Kola ve alkollü içki tüketim durumları

Kola ve alkollü içki tüketimi	n	%
İçmiyor	44	44,9
Kola içiyor	27	27,6
Alkollü içki içiyor	7	7,1
Her ikisini	20	20,4
TOPLAM	98	100

Tablo 34' ya bakıldığında 20 ( % 20,4 ) ile katılımcıların her ikisini de içtiği görülmektedir.

Tablo 35. Katılımcıların 6 ay veya daha uzun süreli alkol tüketme durumları

6 ay veya uzun süreli alkol tüketimi	n	%
Hayır	86	91,5
Evet	8	8,5
TOPLAM	94	100

Tablo 35' ya bakıldığında , 86 ( % 91,5 ) katılımcıların 6 aydan daha uzun süreli alkol içmediği 8 (%8,5) le katılımcıların 6 aydan daha uzun süre alkol içtikleri görülmektedir.

Tablo 36.Katılımcıların Engel öncesi ve sonrası alkol kullanma sıklığı durumu

Alkol kullanma sıklığı	Engel öncesi(n)	Engel öncesi(%)	Engel sonrası(n)	Engel sonrası(%)
İçmiyor	59	68,6	70	75,3
Bazen	24	27,9	19	20,4
Her gün	3	3,5	4	4,3
TOPLAM	86	100	93	100

Tablo 36' ye bakıldığında, Engel öncesi alkol kullanma sıklığı, 24 ( %27,9 ) ile bazen , 3 ( %3,5 ) ile her gün , Engel sonrası alkol kullanma sıklığı 19( %20,4 ) ile bazen , 4(%4,3) ile her gün olduğu görülmektedir.



Tablo 37. katılımcıların alkolü bırakmayı deneme durumları

Alkolü bırakmayı denemek	n	%
Hayır	12	48,0
Evet	13	52,0
TOPLAM	25	100

Tablo 37' e bakıldığında , 12 ( % 48 ) ile katılımcıların alkolü bırakmayı hiç denemedikleri 13 ( % 52 ) sinin ise alkolü bırakmayı denedikleri görülmektedir.

Tablo 38. Katılımcıların Alkole başlama yaş dağılımı

Alkole başlama yaşı	n	%
8	1	3,8
10	1	3,8
14	2	7,7
16	5	19,2
17	1	3,8
18	7	26,9
19	3	11,5
20	1	3,8
22	1	3,8
25	2	7,7
30	2	7,7
TOPLAM	26	100

Tablo 38' a bakıldığında , en fazla 7 kişinin 18 yaşında alkole başladığı görülmekte , en düşük alkole başlama yaşı 8 , en yüksek alkole başlama yaşının ise 30 olduğu görülmektedir.

Tablo 39. Katılımcıların Alkolü bırakmak için kimden yardım almak istersiniz dağılımı

Alkolü bırakmak için kimden yardım almak istersiniz	n	%
Yardım istemiyor	16	61,5
Hekimden	1	3,8
Psikologdan	2	7,7
Eğitimli her hangi birinden	7	26,9
TOPLAM	26	100

Tablo 39' a bakıldığında , Alkolü bırakmak için 16 ( % 61,5 ) sinin yardım almak istemediği , 7 ( % 26,9 )'unun Eğitimli her hangi birinden yardım almak istediği görülmektedir.

## 5. TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada Omurilik felçlisi engellilerin spor yapma durumları ,spor yaparken ne gibi zorluklarla karşılaştıkları, genelde kimlerle spor yaptıkları, spor yapmıyorlarsa neden spor yapmadıklarının sebepleri, ne tür spor etkinliklerine katıldıkları, spor yapmaya başlayınca yaşamlarında olumlu ve olumsuz ne gibi değişikliklerin olduğu, sigara, alkol madde, ilaç, kullanma durumları, araştırılmıştır.

Spora başlama yaşı 6 ile 72 arasında değişmekte, Katılımcılardan 5'i engeli nedeniyle 11'i diğer nedenlerle sporu bırakmıştır. Spora başlama yaşı % 66,6 ile 10 \_ 19 yaşları arasındadır. En az katılın ise % 7 ile 40 yaşın üzerindedir.

1981 yılında H. Sarı, M. Terzioğlu, ve F. Erdoğanın yaptıkları araştırmada yaşları ortalama 19.31 olan farklı spor branşları ile uğraşanların ve benzer yaşlardaki yaş ortalamaları, 20,06 olan üniversite öğrencileri ortalamaları, üzerinde araştırma yaptıkları BESB erkek öğrencilerinin 20.3 olarak bulmuşlardır.

Karaküçük ve Yetim (1997), yaptıkları araştırmada Öğrencilerin spora başlama yaşı 10 ile 15 yaşları arasında homojen bir dağılım göstermektedir.

Engel öncesi ve engel sonrası katılımcıların egzersiz/spor yapma oranı, Engel öncesi Her gün % 16,2 iken engel sonrası % 36,3'e çıkmıştır, görülmüştür ki engel sonrası her gün yapılan egzersiz oranları engel öncesine göre oldukça fazladır.

Spor yapanların genellikle ( % 57,3 ) arkadaşlarıyla, ( % 20,0 ) yalnız, ( %5,3 ) eşiyile (% 2,0) çocuklarıyla, (% 10,7) anne-babasıyla (%2,0) öğretmenleriyle spor yaptığı gözlemlendi. Genelde engelliler takım sporlarını yaptıkları için arkadaşlarıyla spor yapıyorlar.

Aileler tarafından spora pozitif yaklaşım, nesiller arsında spora ilgiyi artırır. Bundan başka, aileler de spora katılıyor ya da geçmişte sporla ilgilenmişlerse, yine aileler spor yapmaya devam ediyor ya da düzenli olarak televizyondan spor programlarını seyrediyorlarsa veya

aileler çocuklarının sporda başarılı olmalarını ümit ediyorlarsa ya da amaçlıyorsa, aileler spora aktif katılım için çocuklarını cesaretlendiriyorlarsa ve spor aile içinde genel bir konuya, çocuklar sporla daha fazla ilgilenebilir ve katılımında bulunabilir. Ailelerin spora ilgili olması çocuğun spora ilgi duyması ve katılımında, hatta sporun toplumun çoğunluğunca yapılmasında olumlu bir etkidir.

Spor yaparken hangi ilaçları kullandıkları sorulduğunda, %66,7 (n:40)'sinin hiçbir ilaç kullanmadığı belirlendi. % 11,7 sinin Vitamin, % 10,0 Ağrı kesici, % 5,0 Enerji veren ilaçlar, % 3,3 Uyarıcılar % 3,3 sakinleştiriciler, kullandıkları görülmüştür.

Engel öncesi ve sonrası spor yapmama nedenleri karşılaştırmalı olarak verilmiştir. Engel öncesi boş vakit bulamamak (% 55,8), spora ilgi duymamak (% 23,1), ailesinin izin vermemesi (%1,9), parasının olmaması (% 15,4), inançlarına ters düşmesi (% 1,9) yaşının uygun olmaması (% 13,5), Sağlığının uygun olmaması (% 3,9), yönlendirenin olmaması (% 34,6), tesis bulunmaması (%36,5), çevresinin hoş karşılamaması (% 5,8) iken engel sonrası sağlığının uygun olmaması (% 55,6) en fazla spor yapamama nedeni olduğu gözlemlendi. Spor yapmak için engel öncesi (%55,8) olan boş zamanının olmaması nedeni, engel sonrası (% 15,9)' a düştüğü görülmektedir buda engel sonrası spor yapmak için gerekli boş zamanının oldukça fazla olduğunu göstermektedir.

Görücü (2001), araştırmasında, Spora katılan öğrencilerin çoğunluğu sporu sağlıklarını korumak amacıyla seçtiklerini belirtmiştir. Para kazanmak için spor yapanlar daha sonra gelmektedir. Sosyal çevre edinmek için spor yapanlar ise son sırada gelmektedir.

Katılımcıların % 45,6 'sı çevresinde herhangi bir spor tesisi olmadığını belirtti. En fazla bulunan spor tesisi % 28,2 ile açık oyun sahaları, en az bulunun spor tesisleri ise %5,8 ile spor ve jimnastik salonları, 24 kişi (% 23,3), ailesinde en az bir kişinin spor yapmakta olduğunu belirtmiştir.

12 kişinin (% 11,7), uyarıcı veya uyuşturucu nitelikte ilaç ya da maddeyi 1 ile 10 yıl arasında değişen sürelerde kullandığı görülmüştür.

A.B.D yapılan bir araştırmada,

- Amerikan gençlerinin % 40 gelecekte uyuşturucu kullanacaklarını umduklarını iddia etmektedir.
- Her sekizinci sınıf öğrencisinin biri daha şimdiden marihuana'yı denemiştir.
- Marihuana, burundan çekilen ve diğer benzer maddelerin kullanımını okulda , evde ve dış dünyada sosyal sonuçlara kolaylıkla sebep olabilir.
- Marihuana ve burundan çekilen uyuşturucu gibi maddelerin kullanımını düşük enerji, kuvvet, dayanıklılık ve bedensel sağlık gibi fiziksel sonuçlara kolaylıkla neden olabilir ve akciğer ve beyine zarar verebilir.
- Sigara içen gençler alkol kullanmaya daha yatkındırlar.
- Sigara ve alkol alan gençler marihuana kullanmaya daha yatkındırlar.
- Her üçünüde kullanan gençler diğer yasadışı uyuşturucuları kullanmaya daha yatkındırlar.
- Uzun dönemli çalışmalar ilk olarak marihuana kullanılmadıkça gençler arasında diğer yasa dışı uyuşturucuların kullanımının hemen hemen hiç meydana gelmediğini göstermektedir. ( [http:// www.drug-rehab-addiction-treatment.com](http://www.drug-rehab-addiction-treatment.com) )

Yüksel ve ark, ( 1994 ) A.B.D de sadece 15 – 16 yaş gurubunda esrar deneme oranı % 30,4 olarak belirtilmiş, ancak 1993 yılında Ankara da üniversite öğrencileriyle yapılmış araştırmada, bağımlılık yapan maddelerin kullanım oranı %5 – 9 arası bulunmuştur.

1996 yılında Kuzey Batı Ülkelerinde yapılan alkol ve uyuşturucu araştırmasında , Toplam 1.590 kişiyle kuzeybatı topraklarında görüşüldü. Araştırmaya cevap veren bütün kişiler 15 yada daha büyük yaştaydılar. Alkol tüketimi, Kuzeybatı ülkelerinin 1996 da araştırmadan önceki, 12 ay boyunca alkol kullanan nüfusun yüzdelik oranı ( % 71.5 ) milli olarak gözlemlenen orana ( % 72.3 ) benzerdir. Kuzey Amerika topraklarında yoğun alkol kullanımının tekrarlama oranı erkeklerde kadınlardan çok daha yüksekti. Yoğun alkol alma yerli insanlar arasında daha yaygındı % 33.0 , yerli olmayanlarda % 16.7 Kuzeybatı

ülkelerinde alkol tüketiminin sıklığı toplamda gözle görülür bir biçimde Kanada daki orandan daha aşağıdadır. Araştırmanın yapıldığı zamanda tahminen yetişkinlerin % 50.9 sigara içiyordu. Kuzeybatı bölgelerinde sigara içme oranları erkekler ve kadınlarda oldukça benzerdir , sırasıyla % 52.0 ve % 49.7 dir. 15 - 24 yaşları arasındaki gençlerin sigara kullanma oranı özellikle yüksekti ( % 64.3 ). ( <http://www.ststs.gov.nt.> )

1988 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir hastanesinin yaptığı bir araştırmada , 15 - 17 yaş 5823 öğrenci arasında, öğrencilerin % 52,0 Eğlence, % 20,0 ise Sinirleri yatıştırmak amacı ile alkollü içki içtiklerini belirtmiştir. Alkollü içki kullanmayan öğrencilerin %52,3 Sağlığa olan zararını bildiği için, % 35,5 i gerekli görülmemesi nedeni ile alkollü içki içmediklerini belirtmiştir.

A.B.D 'de yapılan çalışmada ; Madde kullanımı ve sakat öğrencilerle ilgili bilinen az gerçekler şunlardır.

- alkole bağlı kazalar 15 - 24 yaşları arasındaki öğrencilerde başlıca ölüm sebebidir.
- Alkol kullanımı 20-21 yaşlarındakiler için en büyük sakatlık sebebidir.
- Alkolün kötü kullanılma oranı, sakat kişilerde, genel nüfustan iki kat yüksektir.
- Tramvatic beyin hasarlı hastaların % 40-80 i sarhoşken yaralanır.
- Omirilik yaralanmalarının % 40-80 i madde kullanımıyla bağlantılıdır.

Alkol ve diğer uyuşturucu alışkanlığı belirli olarak lise ve yüksek okul öğrencileri arasında HIV virüsü riskini artırır. ( [http:// www.med.wright.edu/citar/sardi/brochures/facts.html](http://www.med.wright.edu/citar/sardi/brochures/facts.html) )

Katılımcılardan, 28 ( % 27,2 ) her gün, 6 ( % 5,8 ) bazen sigara içmekteydi. 14 ( % 13,6 ) sınıfın sigara içimine bağlı sağlık sorunu oluşmuştu.

Ankara ilinde gerçekleştirilmiş olan çalışmada toplumda özel hedef grup oluşturan veya rol modeli olabilecek çeşitli kesimlerde sigara içme prevalansları ; Orta okul öğrencilerinde % 3,5, lise öğrencilerinde % 28,3, annelerde % 30,2, öğretmenlerde % 50.8 doktorlarda % 43,9, sporcularda % 34,9, sanatçılarda % 63,9, milletvekillerinde % 27,1 olarak bulunmuştur. ( Bilir ve ark, 2000 )

Gelişmiş ülkelerde sigara tüketimi 1965 - 1970' li yıllara kadar artmıştır. Fransa'da sigara tüketimi 1900' de yılda 2 milyar adet iken 1975 yılında bu sayı 90 milyar adete yükselmiştir. Fakat bu yulardan sonra yapılan etkili mücadelelerle sigara tüketimi azaltılmıştır.

İngiltere de düzenli olarak sigara içen 11 - 15 yaşları arasındaki çocuklarda yapılan araştırmada, 11-15 yaşları arasındaki kızlar sigara içmeye daha yatkındır. Erkekler arasındaki uyuşturucu kullanımının yaygınlığı kızlardan daha yüksektir. 2000 de 11-15 yaşları arasında ki erkek çocukların % 15 i kızların % 13 üne kıyasla uyuşturucu kullanmıştır ve 16-19 yaşları arasındaki erkeklerin % 31 aynı yaştaki bayanların % 24 üne oranla uyuşturucu kullanmıştır. Cannabis 11-19 yaşları arasında en geniş kullanılan uyuşturucuydu. 2000 de İngilterede 11-15 yaşları arasındaki kişilerin % 12 si cannabis kullanıyordu. İngiltere ve Gallerde 16 ve 19 yaşlarındakilerin % 25 i cannabis kullanıyordu. Cannabis ve A sınıfı uyuşturucuların kullanımının yaygınlığı yaşla birlikte artmıştır. 1994 -2000 yılları arasında amfetaminlerin, LSD ve Popper lerin kullanımı 16-19 yaşları arasındakilerde azaldı. 1990 ve 2000 yılları arasında 11- 15 yaşlarındakiler arasında kızlar sigara içmeye erkeklerden daha yatkındır. 2000 de İngilteredeki 11-15 yaşındaki kızların % 12 si erkeklerin % 9 gibi bir kıyasla düzenli içiciydiler. Fakat yinede bu yaş grubundaki düzenli içiciler arasındaki sigara tüketimi haftada 50 sigarayla erkeklerde daha yüksektir. Kızlarda ise bu 44 dür. 16 - 19 yaşlarındakiler arasında sigara içme yaygınlığında az bir değişiklik vardır. İngiltere de 11 - 15 yaşlarındaki bütün çocuklar arasında alkol kullanma yaygınlığı 1990 da % 21 den 2000 de % 24 e çıkmıştır. 2000 de kızların % 23 üne kıyasla erkeklerin % 25 i içki içmeye daha yatkındır. 2000 de erkeklerde ortalama birim alkol tüketimi 11.6 birimken bu kızlarda 9.1 birimdi. Bira, Lager (alman birası), elma şarabı hem erkekler hemde kızlar tarafından içilen en popüler alkol çeşitleriydi.  
( <http://www.statistics.gov.> )

A B D.' de 1965 yılında 20 yaş üzerinde sigara içme durumları erkeklerde %52.1 kadınlarda % 34.2 iken , 1980 yılında erkeklerde % 37.9, kadınlarda % 29.8, 1985 yılında erkeklerde % 32.7, kadınlarda % 29, 1990 yılında ise erkeklerde %29, kadınlarda % 28'e kadar düşmüştür. Yine A.B.D.' de yıllık' toplam sigara tüketimi 1981'de 640 milyar adet iken, 1987'de 574 milyara

düşmüştür. Finlandiya'da sigara içme oranı 1972 yılında erkeklerde % 46, kadınlarda o/o 19 iken. 1985 yılında erkeklerde %35, kadınlarda % 17'ye. İngiltere'de de 1960 yılında sigara içme prevalansı % 61 iken, 1986'da %35' lere kadar düşmüştür. ( Boydak, 1993)

Türkiye de 15 yaşın üzerinde kişiler arasında sigara içenlerin oranı % 45 dolayındadır. Bir diğer ifadeyle yaklaşık iki kişiden birisi sigara içmektedir. Bu oran erkeklerde % 62 Kadınlarda % 25 dolayındadır. Bu değerlere göre Türkiye de 17 milyon kişinin sigara içmekte olduğu söylenebilir. ( Bilir, 1996 )

Katılımcıların (%19,4) spora başlamadan önce , (%1,9) sporu bıraktıktan sonra, (% 7,8 ) sporcuken, (%1,9 ) sporun son devresinde sigara kullanmaya başladıkları görülmüştür. Sigaraya başlamalarının sporla fazla ilişkisinin olmadığı görülmektedir.

27 kişi (%26,2 ), alkollü içki tüketmekte idi. ve 2 (%1,9)'sinin alkol kullanımına bağlı sağlık sorunları olmuştu.

Alkol ve uyuşturucu kullanımının toplumumuz için yıkıcı etkisi iyi belgelenmiştir. Son tahminler bu problemin Amerikan ekonomisine yılda 220 milyar dolardan daha fazlasına mal olduğuna ve nüfusumuzun büyük bir kısmına doğrudan etki ettiğine işaret ederler. Özürlü Amerikalıların orantısız olarak daha büyük bu tür problemlerle karşılaşma riskinde oldukları daha az anlaşılır. Özürlü kişiler yaşamlarına ters etki eden madde kullanma ihtimallerini artıran bir takım riskler yaşarlar. Bu riskler : ilaç tedavisi ve sağlık problemleri ve faydalanılabilir ve uygun önleme ve tedavi servislerinin azlığı. Bazı durumlarda , özürlü kişiler arasında madde kullanımının yaygınlık oranları çok korku vericidir. Madde kullanımının yaygınlık oranları travmatik beyin hasarlı, omirilik hasarlı yada zihinsel hastalıklı kişilerde % 50 ye yaklaşır yada geçer. Bu genel nüfusun % 10 olarak göze çarpan bir zıtlıktadır.

- omirilik hasarlı, ortopedik sakatlıkları, ve amputasyonları olan kişiler olayların yaklaşık olarak % 40-50 sinde ağır içiciler olarak sınıflandırılabilirler.
- Özürlü kişiler genel nüfusun 2-4 katı oranlarında madde kullanımını yaşarlar.

- Sağırılık, kireçlenme yada çoklu sertleşme gibi koşullar genel nüfus tahminlerinin en az iki katı oranında madde kullanımını gösterir.

Bunun ötesinde Amerika Birleşik Devletlerinde en büyük sakatlık sebepleri tıbbi olgulardan giderek artan madde alışkanlığını, şiddeti ve zeka geriliğini içine alan komplikasyonlar gibi sosyal ve davranışla ilgili koşullara dönüşmektedir. Hemen hemen 40 milyon amerikalının sakatlık yaşadığını varsayabiliriz. Genellikle genel nüfusun % 5 uyuşturucu bağımlısıyken, yaklaşık olarak % 10 u alkoliktir.

(<http://.naadd.org/resources/accesslimited.html> )

Katılımcıların (% 7,8) spora başlamadan önce , (%3,9) sporcuymken , (%1,0) sporun son devresinde alkol kullanmaya başladıkları görülmektedir. Alkole başlamalarının sporla fazla ilişkisinin olmadığı görülmektedir.

Ailelerinde spor yapmayanlar 69 ( % 74,2 ), sadece bir kişi spor yapanlar 20( % 21,5) birden fazla spor yapanlar ise 4 ( % 4,3 ) olduğu görülmektedir. Engellilerde ailelerin büyük çoğunluğunun spor yapmadığı görülüyor.

Görücü ( 2001), araştırmasında öğrenci ailesinde düzenli olarak spor yapanların oranı oldukça düşüktür % 33.91 .Araştırma kapsamındaki öğrencilerin ailelerindeki bireylerden düzenli olarak spor yapmayanların oranı % 62.66 büyük çoğunluğu oluşturmaktadır.

Kılıçgil ( 1998 ), ailenin ilgisi ve cesaretlendirmesinin spora yönelmede etkili olduğunu bulmuştur. Fakat bu unsurlar önemli görünmesine rağmen bazen yetersiz kalmaktadırlar. Bunların yanında psikolojik ve fiziksel faktörler de önemli olmaktadır.

Bischoff ( 1985 )' e göre ise, kolejde okuyan erkek sporcuların spora yönelmelerinde ailenin, arkadaşlarından ve beden eğitimi öğretmeninden daha çok etkisi vardır. Küçük ( 1997 ) de çalışmasında, bireyi spora yönlendirmede ailenin ilk sırada yer aldığını, aile içinde de babanın bu görevi en fazla yerine getiren kişi olduğunu bulmuştur.



Katılımcıların 68 (% 67,3) doktora danışmadan ilaç kullanmadığı, oysa 33 (% 32,7) doktora danışmadan ilaç kullandığının olduğu, görülmektedir.

Katılımcılar tarafından en çok ismi duyulan 3 madde 66 (%76,7) Esrar , 57(%66,3) Uçucular ( Tiner, bali vb.) 56 (%65,1) Eroin, En az ismi duyulan madde 83 (%96,5) Relavin, 81 (%94,2) Amfetamin, 81 (% 94,2) Crack olduğu görülmektedir

Katılımcılardan madde kullanmaya minimum 11 yaşında , maximum ise 35 yaşında kullanmaya başlandığı görülmüyor. Madde kullanmaya 26 ve 35 yaşlarında 2' şer kişinin 11,20,24,30, yaşlarında birer kişinin başladıkları görülmektedir.

A.B.D de Uyuşturucu kullanma genç kızlar arasında yükselişte. Madde kullanma ve akıl sağlığı hizmetleri yönetiminin en son hap kullanımı için yaptığı milli aile araştırması marihuana, uyarıcı, alkol ve sigara kullanan 12-17 yaşları arasındaki kızların sayısında alarm verici bir artış olduğunu gösterir. Bu eğilimler, hap kullanımı ve onun yıkıcı sonuçlarıyla bağlantılı tehlikeler hakkında genç kızların acil eğitim ihtiyacına işaret eder. Çalışmalar kızların uyarıcı ve burundan alınan maddeleride kapsayan bazı uyuşturucuları gözle görülür bir şekilde erkeklerden daha çok kullandıklarını ve yaklaşık 1 milyon kızın düzenli olarak marihuana içmekte olduğunu gösterir. Madde kullanımı sıklıkla yaşamı tehdit eden ve ömürboyu süren problemlerle ilgilidir. Kızlar erkeklerden iki kat daha fazla intihara teşebbüs eder ve 1985 ve 1994 yılları arasında şiddet suçundan kadınların tutuklanması % 25 artmıştır. Kızların erkeklerden 7 kat daha fazla depresiv olmaları, erkeklerden 2 kat daha çok intihara teşebbüs etmeleri ve 3 kat daha fazla olumsuz vücut görüntüsüne sahip olmaları muhtemeldir. Bu risk faktörleri madde kullanımıyla ilgilidir. Amerikada 12 ve 17 yaşları arasındaki her beş kızdan biri alkol ve sigara kullanır. 13-14 yaşları arasındakiler erkeklerle aynı yüksek oranda hap kullanır ve erkeklerden daha çok uyarıcı ve burundan alınan maddeleri kullanırlar. (<http://www.girlpower.gov>)

Engelli olmadan önce 40 (% 41,2) kişinin hiç sigarayı denemediği, 11 (%11,3) kişinin bir iki nefes aldığı, 12 (%12,4) kişinin birkaç tane içtiği, 34 (%35,1) kişinin yarım paketten fazla sigara içtiği görülmektedir.

Engelli olduktan sonra 54 (%55,1) kişinin hiç sigara denemediği, 4 (%4,1) kişinin bir iki nefes aldığı, 13 (% 13,3) kişinin birkaç , 27 (%27,6) kişinin yarım paketten fazla sigara içtiği görülmektedir. Sigara deneme durumlarına bakıldığında engelli olmadan önce daha fazla sigara içme denendiği, engelli olduktan sonra denemenin düştüğü görülmektedir.

Katılımcılarından, 14 (% 22,6) kişinin 6 aydan daha uzunca bir süre sigara içmediğini 48 (%77,4) kişinin 6 aydan daha uzunca bir süre sigara içtiğini göstermektedir. Buda 6 aydan daha fazla sigara içenlerin kısa süreli içenlere oranla hemen hemen 3 katı daha fazla olduğunu göstermektedir.

Katılımcılardan, en fazla 9 (% 18,4) le 17 yaşında sigaraya başlayanların olduğu, en azda 1 (%2) ile 8, 9, 22, 24, 25, ve 30 yaşlarında sigaraya başlayanların olduğu görülmektedir. minimum sigaraya başlama yaşı 8, maximum sigaraya başlama yaşı 30 dur.

Engel öncesi sigara içme sıklığı içmeyenlerde 18(%30,5) , Bazen içenlerde 7(%11,9), her gün içenlerde de 34 (% 57,6 ) En fazla 34 (%57,6) la her gün sigara içtiklerini görmekteyiz. Engel sonrası sigara içme sıklığı ise, içmeyenlerde 31(% 47,7), bazen içenlerde 6(% 9,2), her gün içenlerde ise 28 (%43,1) olduğu görülmektedir. Engel öncesi sigara içme sıklığının,engel sonrası sigara içme sıklığından daha fazla olduğu görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre yurdumuzda yıllık tütün tüketimi 1972 yılında 1935 yılına oranla % 400 oranında bir artış göstererek 14 yaşın üzerindeki yaş grubunda kişi başına 1.2 kg'a yükselmiştir. Ülkemizde 1970 – 1985 yılları arasındaki sigara ile 1990 döneminde ithal sigara tüketim artış hızı yılda ortalama % 28.2' dir. Yani ithal sigara tüketim artış hızı toplam tütün tüketim artış hızından 8.3 katı daha fazladır. Bunun sonucu olarak ithal sigaranın toplam tütün mamulleri tüketimindeki payı 1984' de % 2.5 iken 1990'da % 20.3'e kadar yükselmiştir. Bunun da nedenleri vardır. 1984 yılında Tekel Yasası gereği sigaranın ithalatını, satışını yapabilecek tek kuruluş olan Tekel aracılığı ile Amerikan sigaralarının ithaline ve satışına başlanılmış olmasıdır. 1986 yılında Tütün tekeline yasa ile son verilip tütünün satışı, üretimi, ithalatı belirleme görevi Bakanlar Kuruluna verilmiştir. Daha sonra görevi tekrar

Tekel almıştır. 3 Mayıs 1991 tarihli kararname ile yerli, yabancı kişilere tütün ürünlerini hazırlama üniteleri içeren yeni tesisler kurma, üretilen tütünü fiyatlandırma, dağıtımı ve satışı serbest bırakılmıştır. Ayrıca kaynağı tütün ve sigara ithalatına dayandırılan bir fonun kurulması da etkili olmuştur. Bunlar ülkemizde 1984-1991 yılları arasında gerek yerli gerekse yabancı sigaraların tüketimini arttırmıştır. Sadece 1988 yılında sigaraya karşı başlatılan kampanya döneminde içme oranı düşmüştür. Ayrıca PIAR tarafından yapılan çalışmada tüketimi ise % 10 artmıştır. Kişi başına 1945 yılında 1,2 kg iken, 1985 yılında 3.3 kg'a kadar yükselmiştir. ( Delikaya, 1999 )

Engel öncesi günde 20 sigarayı en fazla 11 kişi (% 28,2) nin içtiği, iki kişinin ise günde hiç sigara içmediği görülmektedir. Günde en fazla içilen sigara sayısı ise 60 tanedir. ve sadece 1 (%2,6) kişi içmektedir Engel sonrası günde en fazla içilen sigara sayısı 40 tanedir. En az içilen sigara sayısı 0 dır ve iki kişi günde hiç sigara içmemektedir. Engelli olmadan önce günde içilen sigara sayısı ( 60 ), engelli olduktan sonra günde içilen sigara sayısından (40) fazladır.

Amerika birleşik devletlerinde hala lise öğrencilerinin % 23 ü liseden ayrılıncaya kadar aktif içicidirler. Bu yüzde belirli bir öğrenci sayısını yansıtmalarına rağmen, daha da belirgin olan şey bu öğrencilerin çoğunun lisede sigara içmeye başlamasıdır. Üniversite eğitimlerinin ilk yıllarında sigara içmeye başlamışlardır. Gerçekte sigaraya başlamanın uç olduğu yılların 6. ve 7. sınıflar olduğu gözükür. Fakat gençlerin gözle görünür bir sayısı daha bile erken sigara içmeye başlamıştır. Gençlerin sigaraya başladıkları erken yaşlar hakkındaki istatistikler ilk sigaraya ergenlik döneminde başladıklarına işaret eden yetişkinlerin raporlarıyla birbirini tutmaktadır. 2002 de, ortaokul öğrencilerinin % 10.1 nin (6-8. Sınıflar) yaygın sigara kullandığı açıklandı. İstatistiksel olarak kullanımda cinsiyetler arasında belirli farklar yoktu. Diğer taraftan erkeklerin diğer tütün ürünlerini kullanmaları kızlardan daha olasıydı. ( <http://preventionpartners.samhsa.gov> )

Derelioğlu, (1998 ) İstanbul da yapılmış iki araştırmada ise lise öğrencilerinde bağımlılık yapıcı maddeleri kullanma oranları % 6,9 ( Yazman, 1995 ) ve % 3,2 ( Akın, 1996 ) olarak bulunmuştur. Öğrencilerin, sigara ve alkollü içki içme sıklığı ile madde deneyimi arasındaki

ilişkiler, özellikle sigaranın günde yarım paketten fazla veya alkollü içeceklerin haftada bir veya daha sık içilmesinin madde deneyiminde önemli olduğu görülmüştür.

Katılımcıların, 16 (% 33,3)' ünün sigarayı bırakmayı hiç denemediğinin, 32 (% 66,7) sinin sigarayı bırakmayı denediği görülmektedir.

Katılımcıların, 20 (% 20,4) ile kola ve alkollü içki içtiği görülmektedir.

Katılımcıların, 86 (% 91,5) 6 aydan daha uzun süreli alkol içmediği, 8 (%8,5) 6 aydan daha uzun süre alkol içtikleri görülmektedir.

Katılımcılardan en fazla 7 kişinin 18 yaşında alkole başladığı görülmekte , minimum alkole başlama yaşı 8, maximum alkole başlama yaşının ise 30 olduğu görülmektedir.

Batıda yapılan son çalışmalarda sigara reklamlarının ve tanıtımının gençlerin sigaraya başlamalarında teşvik edici bir faktör olduğu, tütün tiryakilerinin % 90' ının kullandıkları markaya çok sadık olduklarını ortaya koyarak sigara endüstrisinin " reklamlar sigara içme yenlere yönelik değildir , başlamaya teşvik etmez , reklamların amacı miktarı değişmeyen pazarda marka payının artırılmasıdır" iddiası da çürütülmüştür. ( Boydak, 1993 )

Webb,E., Ashton Ch., Kelly P., Kamalı F.'nin İngiltere Üniversite öğrencileri' nde Alkol ve Uyuşturucu Kullanımı üzerine yaptığı araştırmada , İngiltere' de okul öğrencileri ve genç yetişkinler arasında alkol ve uyuşturucu madde kullanımı arasında artış vardır. Bu artış üniversite öğrencileri arasında da görülmektedir. Bu araştırmada 10 değişik üniversiteden 3075 ikinci sınıf öğrencisine anket uygulanmış, ve alkol, esrar ve diğer uyuşturucuların kullanımları, sosyal ekonomik değişikliklerle ve kaygı ve depresyon düzeyleriyle karşılaştırmıştır. Kullanıcıların % 46' sı madde kullanımına okulda başlamışlardır. Kaygı düzeyi yüksek bulunmuş, ancak madde kullanımıyla ilişkisi bulunamamıştır. Sonuç olarak, Bütün üniversitelerde alkol, uyuşturucu-uyarıcı madde ve genel sağlık ile ilgili bilgilendirme ve eğitim ihtiyacı olduğu belirtilmiştir. ( Özer, 2001 )

Weiss L. H.,Schwarz J.C.'nin , Yetiştirme Tutumları , Akademik Başarı, Uyum Durumları Geç Ergenlik Dönemindeki Kişilik özellikleri ve Madde Kullanımı arasındaki ilişki üzerine yaptığı araştırmada , Connecticut Üniversitesi' nden 178 kolej öğrencisi ve aileleriyle yapılan bu araştırmada, farklı ebeveyn tutumları ,Otoriter, Demokratik,Yönlendirici olmayan otoriter olmayan Yönlendirici, Otoriter – Yönlendirici ve İlgisiz tutumlar ile çocuklarının davranışları dört ayrı alanla karşılaştırılmıştır. Kişilik , uyum , akademik başarı ve madde kullanımı. Araştırmanın sonucunda, madde kullanımıyla yetiştirme tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ( Özer, 2001 )

Moore S., Laflin M.T., Weis D.L'nin Kişinin Öz Saygısı ve Uyuşturucu Madde Kullanımı Arasındaki ilişkide Kültürel Normların Rolü, üzerine yaptığı araştırmada, Genelde madde kullanımı ile kişinin düşük öz saygısı arasında yüksek ilişki olduğuna dair bir kanı yaygındır. Bu araştırmada, düşük özsaygı, madde kullanımı ve kültürel normlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucunda düşük özsaygı ile uyuşturucu – uyarıcı madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ( Özer, 2001 )

Doğan 'ın Lise öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlığı ve Bazı Değişkenler Arası ilişki , üzerine yaptığı, araştırmada, Sivas 'taki lise öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları ile bazı değişkenler arasındaki ilişkilere bakılmıştır. Sigara içme oranı erkek öğrencilerde % 25,6, kız öğrencilerde % 10,5 oranında bulunmuştur. Erkek olma, sigara içen arkadaşlara ve/veya aile bireylerine sahip olma, haftalık harçlığın yüksek olması, aktif sosyal etkinliklere katılmanın sigara içme alışkanlığı ile pozitif bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

Yüksel ve arkadaşlarının, Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı, üzerine yaptığı araştırmada, 1989 - 90 öğretim yılında, Ankara'da dört ayrı üniversiteden 1382 öğrenciyle yapılmıştır. Sorgulanan maddeler için yaşam boyu en az bir kere kullanım oranları: sigara %60, çay % 9, kahve % 84, alkol % 70, diğer bağımlılık yapıcı maddeler ve ilaçlar % 5 - 9 arasında bulunmuştur. Son bir ay içinde uyuşturucu - uyancı madde kullandığını belirten öğrenciler ise % 1 oranındadır.

Özden ve arkadaşlarının Alkol ve Uyuşturucu Bağımlıların Psiko-Sosyal Yönden Araştırılması üzerine yaptığı araştırmada , Araştırma Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesin de yatarak tedavi görmekte olan 50 alkol ve 50 uyuşturucu madde bağımlısı hasta ile yapılmıştır.

Farklı madde kullananların psiko sosyal özellikleri araştırılmıştır. Bu özellikler, Yaş, cinsiyet, evlilik, eğitim durumları, gelir düzeyleri, anne, baba, kardeş ilişkileri ve tedaviye karşı tutumlarıdır. Sonuçta erkek olma, bekar olma ve düşük sosyo – ekonomik düzeyden olma ile madde kullanımı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Akdemir ve arkadaşlarının, Psikiyatri Kliniğine Başvuran Uçucu Madde Kullanan Ergenlerin Özellikleri , üzerine yaptığı araştırma SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Kliniği Gençlik Ünitesine 1993 yılı içinde başvuran 680 kişinin dosyalarının taranarak uçucu madde kullananların dosyalarından demografik verilerin elde edilmesiyle yapılmıştır. Bu ergenler, yaş, cinsiyet , eğitim durumları , anne ve babalarının sağ olup olmaması , kaçınıcı çocuk oldukları, ek patolojilerinin varlığı, sigara ve alkol kullanımları, evden kaçma ve polisle başlarının derde girmesi gibi öykülerin varlığı açısından incelenmiş, ergenler arasında uçucu madde kullanma sıklığı % 2,9 olarak saptanmıştır.

Tuğrul ve Akman ‘ ın Üniversite Gençliğinde Alkol Kötüye Kullanım Riskini Yordayan Değişkenler , üzerine yaptığı araştırmanın amacı , üniversite öğrencilerinin alkol kötüye kullanım riskinin yordanmasında, aile ortamında karşılaşılan stres kaynakları , yalnızlık düzeyi , psikolojik belirtiler ve bazı demografik değişkenlerin rollerini belirleyebilmektir. Araştırma Hacettepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, Bilkent Üniversitesi ve Orta Doğu Teknik Üniversitesi öğrencilerinden 1318 üniversite öğrencisiyle yapılmıştır. Araştırma sonucunda, erkeklerin, yüksek gelir düzeyinden olanların, psikolojik sorunları daha yoğun olduğu bulunmuştur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 SONUÇ

Katılımcıların 61 (%59,2)' si erkek, 42 (%40,8)' si kadın idi. Yaş ortalaması  $30,0 \pm 12,5$  olarak belirlendi . En küçük yaştaki katılımcı 12, en büyük katılımcı 80 yaşında idi.

Eğitim düzeyine göre katılımcılar değerlendirildiğinde , ilköğretim düzeyinde olanlar % 52,4 ile en büyük bölümü oluştururken % 6,8 okur yazar değildi. Lise düzeyi % 19,4 Üniversite 10,7, Okur-Yazar oranı ise 10,7 olarak görülmüştür.

Katılımcıların %67,7 (n:67)' si bekar, %29,3 (n:29)'ü evli, %3,0 (n:3)'ü ise ayrılmıştı.

Kaza sonucu engelli olanlar incelendiğinde % 48,2 ' sinin 2000 ve sonrasında kaza geçirdiği belirlenmiştir. Katılımcıların engelli oldukları yaşa göre dağılımı 1 ile 71 yaş arasında değişmekte ve ergenlik ile genç yetişkinlik dönemlerinde yığılma göstermektedir

Engellilik süresine göre katılımcıların dağılımı bu konuda bilgi veren 61 katılımcının engellilik süreleri 1 ay ile 34 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 6,79 yıldır.

Engel öncesine kıyasla fiziksel görünümünü korumak ve günlük sıkıntılardan uzaklaşmak, amacıyla spor yapanlar engel sonrası bir miktar artmış, oysa, şöhret olma isteği ve kilo vermek amacıyla spor yapanlar engel öncesine göre engel sonrası oldukça düşmüştür. Diğer nedenler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Görücü, (2001) yılında yaptığı araştırmada spora yönlendirmeyi sağlayan etkenlerin dağılımına bakıldığında büyük çoğunluğun kendi iradesiyle sporu seçtikleri görülmektedir.

Aile ikinci sırada yer alırken beden eğitimi öğretmeni üçüncü sıradadır. Akran gurubu ise son sırada yer almaktadır.

Aslan ve Başaran'ın ( 2002 ), Kocaelide İlköğretim öğrencilerinin spora yönlendirilmelerinde, Ailenin, Beden eğitimi öğretmenlerinin ve çevrenin etkisi üzerine yaptığı araştırmada 1. Aile, 2. Arkadaş gurubu, 3. Öğretmenlerin etkisinin olduğu görülmektedir.

Engel öncesi % 62,9, sonrası % 18,2 olan bireysel spor uygulamasının azaldığı görülmektedir. Engel öncesinde okçuluk sporunu uygulayan bulunmamasına karşın engel sonrası anlamlı bir artış gözlenmiştir ( diğer başlığı altında). Yüzme %34,7 ve tenis %25 de engel sonrası uygulamanın arttığı spor dallarıdır. Katılımcılardan 22'sinin branşında yarışmalara katıldığı, 4'ünün engel sonrası milli sporcu olduğu belirlenmiştir. Engel öncesinde milli sporcu olan yoktur.

Spor yapmaya başlayınca yaşamında spor öncesine kıyasla ne gibi değişiklikler olduğu, engel öncesi ve engel sonrası için sorgulanmıştır. Engel sonrasında, sporun psikolojik rahatlama ( % 16,7 ), aile çatışmalarının azalması ( % 2,8 ), arkadaş çevresinin değişmesi ( % 25 ) ve çevreye duyarlılığın artması ( % 6,9 ), ile ilgili etkilerinin daha belirgin olduğu gözlenmiştir. Engel öncesinde de % 9,2 olan kilo vermek, engel sonrasında % 5,6'ya düşmüştür.

Katılımcıların çevrelerinin, spora başlamalarına ( % 1,9), sporu arttırmalarına ( % 1 ), çevrenin spora etkisinin olmadığına ( % 22,3 ), sporu azaltmasına ( % 5,8 ), sporu bırakmasına ( % 2,9 ) etkisinin olduğu görülmektedir. Engellilerde daha çok çevrelerinin spor yapmalarında fazla bir etkisinin olmadığını görmekteyiz.

Soruya cevap veren 83 kişi engel öncesi milli olmamakla beraber, engel sonrası, bunların 4 ( % 4,8 ) tanesinin milli olduğu görülmektedir.

Katılımcıların engel öncesi, can sıkıntısı ( % 1,0 ), ailevi sorunlar ( % 1,0 ), çevre ( % 1,0 ), özentisi ( % 1,0 ), psikolojik rahatsızlık ( % 1,0 ), sağlık bozulması ( % 1,0 ), sokak



çocuğu olması (%1,0), sebeplerinden dolayı ilaç ve madde kullanmaya başladıkları görülmektedir.

Katılımcıların engel sonrası, can sıkıntısı (% 1,0), kaza stresi (% 1,0), sağlık (%1,0) uyuyamama depresyon (% 1,0), sebeplerinden dolayı ilaç ve madde kullanmaya başladıkları görülmektedir. Katılımcıların engel öncesi ve engel sonrası ilaç ve madde kullanma nedenlerinde bir farklılık gözlemlenmemektedir..

Katılımcıların (% 8,5) 'i yerli filtresiz sigara içtiği, (% 40,4) 'ü yerli filtreli sigara içtikleri, (% 51,1) 'i de yabancı filtreli sigara içtikleri görülmektedir. Yabancı sigara içenlerin sayısı 24, yerli sigara içenlerin (23) sayısına yakındır.

Katılımcılarda, (% 26,2) 'sının sigarayı bırakmalarına en büyük nedenin Sağlık olduğu görülmektedir. Buda Engellilerin eski sağlıklarına kavuşa bilmeleri için sigarayı bırakabileceklerini göstermektedir. Diğer nedenlerin, aile (% 1,9), maddi (% 1,0), çevre (%1,0), evlenmek (% 1,0), çocuk istemek (% 1,0), iyileşmek (% 1,0), yoksulluk (% 1,0), olduğu görülmektedir.

Engel öncesi "hiç sigarayı bırakmayı düşündünüz mü" sorusuna, % 39' u Hayır, % 61'i Evet diyerek çoğunluğun sigarayı bırakmayı düşündüğü görülmektedir. Engel sonrası hiç sigarayı bırakmayı düşündünüz mü? sorusuna % 22,7' si Hayır, % 77,3 Evet dedikleri, çoğunluğun engel öncesi de engel sonrası da sigarayı bırakmayı düşündüğü görülmektedir.

Katılımcıların, (% 51,2) ' si sigarayı bırakmak için yardım almak istemedikleri, (% 39) Eğitimli birisinden, (% 4,9) ' u eşinden, (% 2,4) 'ü arkadaşlarından, (%1,0) psikologdan yardım almak istedikleri görülmektedir.

Katılımcıların, Engel öncesi alkol kullanma sıklığı (% 27,9) 'la bazen, (%3,5)'le her gün Engel sonrası alkol kullanma sıklığı (% 20,4) ' le bazen, (% 4,3) ' ü her gün olduğu görülmektedir.

Katılımcıların, (% 48 )'i alkolü bırakmayı hiç denemedikleri, (% 52 )' si ise alkolü bırakmayı denedikleri görülmektedir.

Katılımcıların, alkolü bırakmak için (% 61,5 )' i yardım almak istemediği, (% 3,8)'i hekimden yardım almak istediği, (% 7,7 )'si psikologdan yardım almak istediği , (% 26,9) Eğitilmiş her hangi birinden yardım almak istediği görülmektedir.

## 6.2 ÖNERİLER

Temel hedef, sigaradan doğan hastalıkları ve bunların yol açtığı olumsuzlukları (erken ölüm, sakatlık, zekâ geriliği vs.) mümkün mertebe en aza indirmek ve böylece sağlık harcamalarını ya azaltmak, ya da daha faydalı alanlara (sağlık araştırmaları, koruyucu sağlık hizmetleri vs.) yönlendirmek olmalıdır.

Ancak, hekimlerin kendi alanlarında ortaya çıkardıkları bilimsel gerçeklere, başta kendilerinin itibar edip uygulamaları gerekmektedir. Bu, saygın mesleğin bir özelliği ve halka karşı sorumluluğun bir gereği olarak önemlidir. Diğer taraftan, bazı hekimlerden olumlu ve tutarlı bir davranış görmüyoruz diye, sigara gibi kötü alışkanlıklara karşı mücadele konusunda pasif bir duruma itilmemeliyiz. Bilakis, tıp ve sağlığımız ile ilgili bilgilerin uygulanabilir hale gelmesi, kimsenin tekelinde olmadığına göre toplumun sağlığına önem verenler bu sahada daha aktif mücadele yapmalıdır.

Engelli kişilerin, oldukça boş zamanları olduğundan dolayı stres, can sıkıntısı yüzünden sigara içmeye daha fazla zaman ayırabilmekte, boş zamanlarını spora yönlendirerek değerlendirmelerini sağlaya bilirsek bu alışkanlıktan biraz olsun uzaklaşmalarını sağlayabiliriz.

Engelli insanları sigara ile ilgili seminer ve konferanslara, kampanyalara götürebilir veya bunları engelli insanların bulunduğu mekanlarda düzenleyebilirsek sigaradan uzaklaşmalarını sağlayabiliriz.

Sigara ve içki tüketimine çok yönlü olarak bakmak gerekmektedir. Engelli insanlar değişik sebeplerden dolayı ve çeşitli faktörlerin tesiriyle sigaraya ve alkole bağımlı hale gelebilir. Bunlardan kurtarılabilmesi için bu karmaşık faktörlerin tahlil edilmesi gerekmektedir. Her insanın spesifik problemine ve durumuna göre caydırıcı farklı metotlar

denenmek suretiyle, insanların bu gibi kötü alışkanlıklarından vazgeçirilmeleri gerekmektedir. Sigaradan ve alkolden kurtulmak istemenin iyi bir başlangıç olduğunu kabul etmemiz gerekir. Bunun için sigara ve içki içenlerin ikna edilmesi şarttır. Alkolizmden ve sigara bağımlılığından kurtulmak için tıbbi metotların yanında ahlaki, eğitici, ve sporunda önemi büyüktür.

Çocuklar ve gençler, engelliler, boş zamanlarını olumlu, faydalı ve tesirli biçimde değerlendirebilmeleri için her mahallede gençlik eğlence ve spor merkezleri açılmalıdır. Eğitici, eğlendirici sportif faaliyetler yapılmalıdır. Futbol, yüzme, basketbol, masa tenisi, okçuluk, halter ve tenis gibi ve sportif antrenmanlar sadece sağlıklarını değil, psikolojilerini zekalarını da olumlu yönde etkilemektedir.

Engelli okullarında, engelli derneklerinde, sigaranın, içkinin ve uyuşturucu maddelerin zararlarına yönelik eğitime daha fazla önem verilmeli, konuşma ve tartışmalar düzenlemelidir.

Uyuşturucuya karşı mücadelenin başarılı olabilmesi için, bu sahada önemli bir rol alan ebeveynler, eğitimciler, öğretmenler, okul idarecileri, tıp uzmanları, siyasiler, sanatçılar ya bunları kullanmamalı, ya da en azından toplumun ve özellikle öğrencilerin ve gençlerin önünde bunları içmemelidir. Çünkü bir taraftan bunların zararlı olduğunu söylemek, diğer taraftan da bunları içmek veya kullanmak, çocuklar ve gençlerin bunların zararlarına inanmasını güçleştirmektedir.

Engelli, insanlar rahatsızlıklarından dolayı, ilaç ve madde kullanabilmektedirler. Bunların mutlaka doktor kontrolünde kullanılması gerekmektedir. Bu maddeler ilerde sorunlardan uzaklaştırıyor, keyf veriyor ve cazip geldiği için bağımlılık yapabilmektedir. Ailelerin mutlaka bu ilaç ve maddelerden haberdar olmalı ve evde bunları kontrollü bir şekilde alması sağlanmalıdır.

Engellilerin sorumlu olarak yetişmeleri için, toplum hayatına tam olarak katılmaları sağlanmalıdır. İster siyasi, ister sosyal olsun, tüm faaliyet alanlarında engelli olmayanlarla birlikte yer almalı ve demokratik katılım sayesinde bir takım kararlara ortak olmalıdırlar. Sağlıklı bir biçimde kişilik yapılarını geliştirebilmeleri için engellilerin özel olarak korunması gerekmektedir. Engellilerin, her türlü uyuşturucu ve bağımlılık yapan maddelere karşı merak uyandırma ve özendirme çizgisinden uzak tutulabilmeleri için, psiko-sosyal, moral, kültürel ve manevi ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir. Engellilere yönelik sportif ve sosyal tesislerin yaygınlaştırılması zaruridir. Bu tesislerin engellilerin rahatlıkla kullanabileceği şekilde, alt yapısının yapılması şarttır.

## KAYNAKLAR

- Ağılönü, A., (2000). Zararlı Alışkanlıklara Sahip Olan ve Olmayan Fiziksel Uygunluk ve Antropometrik Özellikleri İle Spor Yapma Alışkanlıklarının Karşılaştırılması Muğla Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Muğla
- Akçayer ,B., (1994). Aletli Cimnastikçilerin Sigara Alkol Ve İlaç Kullanımına Olan Eğilimlerinin Elitlik Düzeyleri ve Cinsiyet farklılıklarını Göre İncelenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Akdemir, A., Türkçaper, H., Öztürk Kılıç , E., Altunoğlu, İ., Abdünder, B., Özbay H. (1992). Psikiyatri Kliniğine Başvuran Uçucu Madde Kullanan Ergenlerin Özellikleri Türk Psikiyatri Dergisi, Cilt 5 s: 213 – 126, Ankara
- Akın, A. , (1994). TSK Uçucularının İlaç Kullanma Tutumları Üzerine Bir Araştırma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hava ve Uzay Hekimliği Anabilimdalı Başkanlığı Uzmanlık Tezi, Eskişehir
- Aköz, A., (1996). Alkol Dışı Madde Bağımlılığı Profili. Şişli Eftal Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul
- Aracı H. , (1999). Öğretmen ve Öğrenciler için Okullarda Beden Eğitimi. Bağırğan Yayınevi, 2. Baskı, Ankara.
- Aslan, M.F., Başaran, Z., (2002). Kocaeli Bölgesi İlk Öğretim Okulunda Okuyan Öğrencilerin Spora Yönlendirilmelerinde Ailenin, Beden Eğitimi Öğretmeninin ve Çevrenin etkileri, 27-29 Ekim, 7. Uluslar arası Spor Bilimleri Kongresi, s: 109, Antalya

- Atay, M., ( 1995 ). Engelli bireylerin benlik gelişiminde Spor etkinliklerinin önemi. Antalya Uluslar arası Engellilerde Spor Sempozyumu Bildiri Kitabı .T.C. Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü Spor Eğitimi dairesi Başkanlığı .Yayın No: 1997/1. s: 97\_ 100 Ankara
- Baş, R.( 2004 ) . Omurilik ve Tedavileri, www. ofd. gov, Erişim : 25 Mayıs, İstanbul
- Bilir, N. , Doğan , B. , Yıldız , A. N. ,T. , ( 2000 ). Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunu Uyum Düzeyi, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, s : 1, Ankara
- Bilir, N., ( 1996 ). Sigara ve Sağlık Konusunda En Sık Sorulan 50 Soru ve Cevapları, Sağlık İçin Sigara Alarmı Dergisi Cilt : 3 , Sayı : 1-2 , s : 11, Elazığ
- Boydak, Ö., (1993). Elazığ İl Merkezinde Görev Yapan Subay Astsubay Yedek Subayların Sigara İçme Durumları İle Sigara Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları. Fırat Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Elazığ
- Çakıroğlu , T.,M., ( 1998 ). Balıkesir Üniversitesine Devam Eden Öğrencilerin Alkol ve Sigara Kullanım Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Delikaya, H., (1999 ). Ankara Şehir Merkezinde Bulunan Beş Lisedeki Öğrencilerin Sigara ve Alkollü İçki Kullanma Durumları, Gazi Üniversitesi Kazaların Demografisi ve Epidemiyolojisi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Derelioğlu, Y. ( 1998 ). Üniversite Öğrencilerinin Madde Deneyimleri ile Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

- The Alcohol Drug And Disability Problem, <http://www.naadd.org/resources/accesslimited.html>
- Doğan , O., (1989). Lise Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlığı İle Bazı Değişkenler Arası İlişkiler. Düşünen Adam cilt 3, sayı 1, s : 19\_24, İstanbul
- Drug Use Rates Are on the Rise For Teenage Girls ,<http://www.girlpower.gov/AdultsWhoCare/campinfo/hometown/samples.htm>
- Erkal, M., ( 1992 ). Sosyolojik Açıdan Spor. 3 . Baskı, Kutsan Matbaası, İstanbul
- Girls aged 11 - 15 more likely to smoke , <http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=719>
- Görücü , A. (2001). Beden Eğitimi ve Spor Yüksek okullarında okuyan öğrencilerin spor yapma amaçları ve spora yönlendirilmelerinde etken olan faktörler Konya Örneği, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya
- Kaptanağası, S., ( 1997 ). Uyuşturucu İnsanlığı Uyuşturuyor. Yeşilay, sayı : 760  
Alıntı : Seyyar, A., (2001). Özürlü Olmamak İçin Nelere Dikkat Etmeli, İstanbul
- Karaküçük, S., ( 1997 ). Rekreasyon 2. Baskı Seren Matbaacılık, Ankara
- Kimlik Dergisi, ( 2004 ). Olimpiyat Ruhu Engel Tanımıyor, sayı : 7, s: 47-48, İstanbul
- Köknel, Ö., ( 1989 ). Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Bozukluklar Genel ve Klinik Psikiyatri , Nobel tıp Kitapevi, İstanbul

- Nearly One-Quarter of High School Graduates Finish School with More than a Diploma  
[http://preventionpartners.samhsa.gov/stat\\_tobacco.asp](http://preventionpartners.samhsa.gov/stat_tobacco.asp)
- Ögel, K., (1997). Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık. İletişim Yayınları, İstanbul
- Özden, S., Yaşar, P., Zoi, J., Zoi, A., (1987). Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılarının Psiko\_Sosyal Yönden Araştırılması. Yeni Symposium Yıl 25, sayı 1, s: 15 \_ 25, Ankara
- Özer, D.S., (2001). Engelliler için Beden Eğitimi ve Spor . Nobel Yayınevi, Ankara
- Rates of use for alcohol , other drugs and tobacco, [http://www.stats.gov.nt.ca /  
Stainfo/Health/alcdrug/report.html](http://www.stats.gov.nt.ca/Stainfo/Health/alcdrug/report.html)
- Substance abuse and Student Eith Disabilities Little Know Facts  
<http://www.med.wright.edu/citar/sardi/brochures/facts.html>
- Tatar, G., (2001). Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Spor Yapma Durumu Mersin Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Mersin
- Teen Drug Use, Abuse, Addiction, and Treatment <http://www.drug-rehab-addiction-treatment.com/teens-and-drugs.html>
- Tor, M. M. , (1996). Çocuklarda Pasif Sigara Dumanına Maruziyetin Belirlenmesinde İdrar Kotinin Düzeyi Ve Ebeveynin Sigara İçme Alışkanlığına Etkisi, Sosyal Sigortalar Kurumu Süreyyapaşa Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Eğitim Hastanesi Uzmanlık Tezi s : 4, İstanbul

- Tuğrul, C., Akman, Y., (1996). Üniversite Gençliğinde Alkol Kötüye Kullanım Riskini Yordayan Değişkenler, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Cilt 13, sayı 2 , s: 73 \_ 79, Ankara
- Usanmaz, S., ( 1993 ). Ankara Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Kullanım Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara
- Yüksel, N., Dereboy, Ç., Çiftler, İ ., ( 1994 ). Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı. Türk Psikiyatri dergisi, cilt 5, s: 283\_286, Ankara
- Zorba, E., (1999 ). Herkes İçin Spor ve Fiziksel Uygunluk. Neyir Yayıncılık, Ankara



## ÖZGEÇMİŞ

Düzce doğumludur.. İlk ve orta öğrenimini İzmit' in ilçesi Hereke' de , Lise öğrenimini Bursa 'da tamamladı.. Trakya Üniversitesi Meslek Yüksek Okul Maden bölümünü bitirdi. Lisans öğrenimini Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Beden Eğitimi ve Spor Bölümünde tamamladı. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisidir.

7 Yıldır Milli Eğitimde Beden Eğitimi Öğretmenliği yapmaktadır,



Sevgili Katılımcılar;

Yüksek Lisans Tez kapsamında yaptığımız bu çalışmanın amacı Omurilik Felçlisi Engellilerde spor yapma eğilimi, Alkol, İlaç ve Madde kullanma alışkanlıklarının incelenmesini araştırmaktır.

Elde edilecek sonuçların güvenilirliği , aşağıdaki sorulara verdiğiniz yanıtların doğruluğu ile yakından ilgilidir. (Lütfen isminizi yazmayınız)

Bu çalışma, bilimsel bir araştırmadır. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar , toplu olarak hazırlanacak ve içindeki kişilerin durumu özel olarak belirtilmeyecektir.

Bu konuda yardımcı olacağınıza inanıyoruz. Yapılan bu bilimsel çalışmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ediyoruz.

Lütfen aşağıdaki sorularda, uygun bulduğunuz cevapların yanına (X) işareti koyunuz ve boşlukları, uygun şekilde doldurunuz.

1. Cinsiyeti:
  - Erkek
  - Kadın
2. Yaş:.....
3. Eğitim durumunuz:
  - Okur-yazar değil
  - Okur-yazar
  - İlkokul-orta okul
  - Lise
  - Üniversite
4. Medeni durumunuz:
  - Evli
  - Bekar ü Ayrılmış
5. Kaza Geçirdiğiniz tarih(gün/ay/yıl).....
6. Egzersiz yapıyor musunuz?
  - Evet, her gün
  - Haftada 4-5 gün
  - Haftada 3-4 gün
  - Yalnız hafta sonlarında veya haftada 1-2 gün
  - Nadiren
  - Hayır, aktif olmayan biriyim
7. Engelli olmadan önce Egzersiz yapıyor muydunuz?
  - Evet her gün
  - Haftada 4-5 gün,
  - Haftada 3-4 gün
  - Yalnız hafta sonlarında veya haftada 1-2 gün
  - Nadiren
  - Hayır aktif olmayan biriyim
8. Engelli olmadan önce Spora başlama yaşınız:.....  
bıraktıysanız bırakma yaşınız:.....
- 9 Engelli olduktan sonra Spora başlama yaşınız:.....  
Bıraktıysanız bırakma yaşınız:.....
- 10 Engelli olmadan önce Sizi spor yapmaya yönelten etkenler nelerdir (En fazla 3 maddeyi önem sırasına göre numaralandırarak işaretleyiniz):
  - İşimin gereği
  - Sosyal çevre edinmek
  - Boş zamanlarımı değerlendirmek
  - Fiziksel görünümümü korumak
  - Günlük sıkıntılardan uzaklaşmak
  - Şöhret olma isteği
  - Kilo vermek
  - Sağlıklı olmak
  - Diğer, açıklayınız: .....
11. Engeli olduktan sonra sizi spor yapmaya yönelten etkenler nelerdir. ( En fazla 3 maddeyi önem sırasına göre numaralandırarak işaretleyiniz)
  - İşimin gereği
  - Sosyal çevre edinmek
  - Boş zamanlarımı değerlendirmek
  - Fiziksel görünümümü korumak
  - Günlük sıkıntılardan uzaklaşmak
  - Şöhret olma isteği
  - Kilo vermek
  - Sağlıklı olmak
  - Diğer, açıklayınız:.....
12. Engelli olmadan önce ne tür spor etkinliklerine katılıyordunuz?
  - Bireysel (yürüyüş, hafif koşu, vb.)
  - Takım sporu (basketbol, voleybol, vb.)
  - Aerobik, jimnastik
  - Step
  - Tenis
  - Yüzme
  - Dış mekan etkinlikleri (dağcılık, kampçılık, vb.)
  - Diğer, açıklayınız:.....
13. Engelli olduktan sonra ne tür spor etkinliklerine katılıyorsunuz?
  - Bireysel (yürüyüş, hafif koşu, v .b.)
  - Takım sporu (basketbol, voleybol v.b.)
  - Aerobik, jimnastik
  - Step
  - Tenis
  - Yüzme
  - Dış mekan etkinlikleri ( dağcılık, kampçılık v.b.)
  - Diğer, açıklayınız:.....
14. Branşınızda spor yarışmalarına katılıyor musunuz?
  - Evet
  - Hayır
15. Engelli olmadan önce Hiç milli sporcu oldunuz mu?
  - Evet
  - Hayır
16. Engelli olduktan sonra hiç milli sporcu oldunuz mu?
  - Evet
  - Hayır
17. Genelde kimlerle spor yapıyorsunuz?
  - Yalnız yapıyorum
  - Eşimle
  - Çocuklarımla
  - Annem-babamla
  - Arkadaşlarla
  - Okulda öğretmenler eşliğinde
  - Diğer, açıklayınız:.....

8. Engelli olmadan önce Spor yapmaya başlayınca aşamınızda öncekine göre ne gibi değişiklikler oldu?

- Hiçbir değişiklik olmadı
- Kendimi daha sağlıklı hissediyorum
- Kendime güvenim arttı
- Kilo verdim
- Psikolojik olarak daha huzurluyum
- Ailemle çatışmalarım azaldı
- Çevreme karşı daha duyarlı oldum
- Arkadaş çevrem değişti
- Diğer, açıklayınız: .....

9. Engelli olduktan sonra Spor yapmaya başlayınca aşamınızda öncekine göre ne gibi değişiklikler oldu?

- Hiç bir değişiklik olmadı
- Kendimi daha sağlıklı hissediyorum
- Kendime güvenim arttı
- Kilo verdim
- Psikolojik olarak daha huzurluyum
- Ailemle çatışmalarım azaldı
- Çevreme karşı daha duyarlı oldum
- Arkadaş çevrem değişti
- Diğer, açıklayınız: .....

20. Sporcuysen kullandığınız ilaçlar daha çok hangi gruptandı, işaretleyiniz.

- İlaç kullanmadım
- Ağrı kesiciler
- Uyarıcı ilaçlar
- Enerji veren ilaçlar
- Vitaminler
- Sakinleştiriciler
- Diğer, açıklayınız: .....

11. Engelli olmadan önce Neden spor yapmıyordunuz (En fazla 3 maddeyi önem sırasına göre numaralandırarak işaretleyiniz):

- Boş vaktim yok
- Spor yapmaya ilgi duymuyorum
- Ailem ya da eşim izin vermiyor
- Bu etkinlikleri yürütecek param yok
- İnançlarım, gelenek ve göreneklerime ters düşüyor
- Yaşım uygun değil
- Sağlık durumum uygun değil
- Çevremde beni yönlendirecek kimse yok
- Uygun tesis yok
- Çevrem bu tür etkinlikleri hoş karşılamıyor
- Diğer, açıklayınız: .....

12. Engeli olduktan sonra neden spor yapmıyorsunuz? (En fazla 3 maddeyi önem sırasına göre numaralandırarak sıralayınız)

- Boş vaktim yok
- Spor yapmaya ilgi duymuyorum
- Ailem ya da eşim izin vermiyor
- Bu etkinlikleri yürütecek param yok
- İnançlarım, gelenek ve göreneklerime ters düşüyor
- Yaşım uygun değil
- Sağlık durumum uygun değil
- Çevremde beni yönlendirecek kimse yok
- Uygun tesis yok
- Çevrem bu tür etkinlikleri hoş karşılamıyor
- Diğer, açıklayınız: .....

23. Çevrenizde yararlanabileceğiniz hangi spor tesisleri var (Birden fazla işaretleyebilirsiniz):

- Hiç yok
- Spor ya da jimnastik salonu
- Koşu parkuru
- Yüzme havuzu
- Tenis kortu
- Masa tenisi D Hah saha
- Açık oyun sahası (basketbol, voleybol, vb)
- Diğer, açıklayınız: .....

24. Ailenizde spor yapan var mı?

- Evet, ise kim/kimler açıklayınız: .....
- Hayır

25. Sağlık sorunuzdan dolayı sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?

- Evet, ise isimlerini ve kullanma nedeninizi açıklayınız: .....

- Hayır

26. İlaç kullanırken ilacın içindeki rehberi (prospektüsü) inceler misiniz?

- Doktorun açıklamasıyla yetinirim, hiç incelemem
- Eczacı ya da ilacı önerenin açıklamasıyla yetinirim, hiç incelemem
- İlacın türüne göre prospektüsü incelerim ya da incelemem
- İlaç iyileşmemi sağlamazsa ya da kötü bir etkisi olursa incelerim

27. İlaçlarınızı nasıl sağlıyorsunuz?

- Genellikle bir arkadaş ya da yakınımın tavsiyesi ile
- Genellikle eczacının tavsiyesi, bazen bir arkadaş veya yakınımın tavsiyesi ile
- Genellikle doktora giderek, bazen eczacının tavsiyesi ile
- Her zaman doktora giderek, muayene olarak
- Diğer, açıklayınız: .....

28. Doktora danışmadan ilaç kullandığınız oldu mu?

- Evet, ise isimlerini, zamanını, ilaç kullanma nedeninizi açıklayınız: .....
- Hayır

29. Doktora danışmadan ilaç kullanma sıklığınız nedir?

- Günde birden fazla
- Günde bir
- Haftada bir
- On beş gün veya ayda bir
- Çok daha seyrek
- Doktora danışmadan hiç kullanmıyor
- Şimdiye dek aşağıdaki ilaç veya maddelerden hangilerinin isimlerini duydunuz, işaretleyiniz.
- Yatıştırıcı, sakınleştirici
- Amfetamin
- LSD
- Relewin
- Ecstasy
- Esrar
- Crack
- Kokain
- Eroin
- Metadon
- Uçucular (Tiner, bali, gibi)
- Sarıkız
- Roş
- Diğer: .....

31. Engelli olmadan önce yukarıdaki ilaç veya maddelerden hiç denediniz mi?

- Evet ise hangi ilaç veya maddeleri denediniz, açıklayınız -
- Hayır

32. Engeli olduktan sonra yukarıdaki ilaç veya maddelerden hiç denediniz mi?

- Evet ise hangi ilaç veya maddeleri denediniz, açıklayınız: .....
- Hayır

33. Halen yukarıdaki ilaç veya maddelerden kullanıyor musunuz?

- Evet ise hangi ilaç veya maddeleri kullanıyorsunuz, açıklayınız: .....
- Hayır

34. Engelli olmadan önce Yukarıdaki ilaç veya maddeleri ilk olarak kaç yaşında kullandınız? .....

- Engeli olduktan sonra yukarıdaki ilaç ve maddeleri ilk olarak kaç yaşında kullandınız? .....

35. Engelli olmadan önce İlaç veya madde kullanmaya başlama nedenlerinizden önemli bulduklarınızı, önem sırasına göre belirtiniz:

- a. ....
- b. ....
- c. ....

36. Engelli olduktan sonra ilaç ve madde kullanmaya başlama nedenlerinizden önemli bulduklarınızı, önem sırasına göre belirtiniz.

- a. ....  
b. ....  
c. ....

37. Yukarıdaki ilaç veya maddeleri ne kadar süre kullandınız, açıklayınız:.....

38. Engelli olmadan önce Sigara içmeyi hiç denediniz mi?

- Evet, yarım paketten fazla içtim.  
- Evet, birkaç tane içtim.  
- Evet, bir iki nefes aldım,  
- Hayır, hiç denemedim

39. Engelli olduktan sonra sigara içmeyi hiç denediniz mi

- Evet yarım paketten fazla içtim  
- Evet birkaç tane içtim  
- Evet bir iki nefes aldım  
- Hayır hiç denemedim

40 İlk denemenizden sonra devam ettiniz mi, neden?

- Evet,.....  
- Hayır,.....

41 Yaşamınızda hiç 6 ay veya daha uzun süreli sigara içtiniz mi?

- Evet  
- Hayır

42. Geçen yılları kıyasladığınızda şimdi ne kadar sigara içiyorsunuz?

- Daha fazla içiyorum  
- Daha az içiyorum  
- Bir yıldan daha kısa süredir sigara içiyorum  
- Aynı miktarda içiyorum  
- Bıraktım

3. Sigara içmeye başlama yaşıınız:.....

4. Engelli olmadan önce Sigara içmeye başlama nedenlerinizden önemli bulduklarınızı, önem sırasına göre belirtiniz:

- a. ....  
b. ....  
c. ....

45. Engelli olduktan sonra sigara içmeye başlama nedenlerinizden önemli bulduklarınızı, önem sırasına göre belirtiniz?

- a. ....  
b. ....  
c. ....

46. Halen hangi sıklıkta sigara içiyorsunuz?

- Her gün, en az bir tane içiyorum  
- Bazen içiyorum  
- İçmiyorum

47. Engelli olmadan önce hangi sıklıkta sigara içiyordunuz?

- Her gün, en az bir tane içiyorum  
- Bazen içiyorum  
- İçmiyorum

48. Sigara dumanını içinize çekiyor musunuz?

- Evet  
- Hayır  
- Bazen

49. İçtiğiniz sigaranın tipi ve markasını belirtiniz?

- Yerli filtresiz:.....  
- Yerli filtreli: .....  
- Yabancı filtresiz:.....  
- Yabancı filtreli: .....

- Sigara dışında tütün ürünleri (Pipo, puro,)

50. İlk sigaranızı sabah uyandığınızda ne zaman içersiniz?

- İlk 5-10 dakika içinde  
- İlk yarım saat içinde  
- İlk yarım saatten sonra

51. Engelli olmadan önce Günde içtiğiniz sigara sayısı (adet):

51. Engelli olduktan sonra günde içtiğiniz sigara sayısı (adet):.....

52. Sabahları günün diğer yarısından daha fazla mı sigara içersiniz?

- Evet  
- Hayır  
- Bazen

54. Sizin sigarayı bırakmanıza neler neden olabilir?

- a. ....  
b. ....  
c. ....

55. Engelli olmadan önce Hiç sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?

-Evet

-Hayır

56. Engelli olduktan sonra hiç sigarayı bırakmayı düşündünüz mü?

- Evet  
- Hayır

57. Sigarayı bırakmayı hiç ciddi olarak denediniz mi?

- Evet  
- Hayır

58. Sigarayı bırakma konusunda yardım almak ister misiniz, kimden?

- Hayır, yardım almak istemiyorum  
- Eşimden  
- Anne ve/veya babamdan  
- Arkadaşlarımdan  
- Hekimden  
- Psikologdan

- Bu konuda eğitilmiş herhangi birinden

59. Sigara kullanmanızdan kaynaklanan sağlık sorunu ya da şikayetiniz oldu mu?

- Evet  
- Hayır

60. Sigara içmeyi bıraktıysanız,

- kaç yaşında bıraktınız?:.....

- ne kadar süredir içmiyorsunuz?:.....ay.....yıl.

61 Sigara-spor ilişkisinde size uyanı işaretleyiniz.

- Spora başlamadan önce sigaraya başladım  
- Sporcuysen sigaraya başladım  
- Sporculuğumun son devresinde sigaraya başladım  
- Sporu bıraktıktan sonra sigaraya başladım  
- Hiç sigara kullanmadım.

62. Sigara-spor çevresi için size uyanı işaretleyiniz.

- Spor çevresi nedeniyle sigaraya başladım  
- Spor çevresi sigara içmemi artırıyor  
- Spor çevresinin sigara içmem veya sigara miktarı üzerine etkisi yok  
- Spor çevresi sigara içmemi azaltıyor  
- Spor çevresi nedeniyle sigarayı bıraktım,

- Hiç sigara kullanmadım.

63 Kolalı ve alkollü içki içer misiniz

- Kolalı içki içerim

- Alkollü içki içerim

- Her ikisini de içerim

- Hayır, ikisini de içmiyorum

64. Yaşamınızda hiç 6 ay veya daha uzun süreli her gün alkollü içki içtiniz mi?

- Evet  
- Hayır

65. Engelli olmadan önce hangi sıklıkta alkollü içki içiyordunuz?

- Her gün içiyorsanız, lütfen cinsini ve miktarını belirtiniz  
.....tek (rakı),..... bardak (viski),..... kadeh(şarap), Şişe(bira)

- Diğerleri.....

- Bazen içiyorum

- İçmiyorum

66. Engelli olduktan sonra hangi sıklıkta alkollü içki içiyorsunuz?

- Her gün içiyorum, lütfen cinsini ve miktarını belirtiniz  
.....tek (rakı),.....bardak (viski),.....kadeh (şarap)
- .....Şişe (bira)
- Diğerleri.....
- Bazen içiyorum
- İçmiyorum

67. Alkollü içki içmeye başlama yaşıınız:.....

68. Engelli olmadan önce Alkollü içki içmeye başlama nedenlerinizden önemli bulduklarınızı, önem sırasına göre belirtiniz:

- a. ....
- b. ....
- c. ....

69. Engelli olduktan sonra alkollü içki içmeye başlama nedenlerinizden önemli bulduklarınızı, önem sırasına göre belirtiniz?

- a. ....
- b. ....
- c. ....

70. Günün hangi döneminde alkollü içki içmeye başlar siz?

- Şabah
- Öğleden sonra
- Akşam

71. Sizin alkollü içkiyi bırakmanıza neler neden olabilir?

- a.....
- b.....
- c.....

72. Engelli olmadan önce Hiç alkollü içkiyi bırakmayı düşündünüz mü?

- Evet
- Hayır

73. Engelli olduktan sonra alkollü içkiyi bırakmayı düşündünüz mü?

- Evet
- Hayır

74. Alkol kullanmayı bırakmayı hiç ciddi olarak denediniz mi?

- Evet
- Hayır

75. Alkolü bırakma konusunda yardım almak ister misiniz, kimden?

- Hayır, yardım almak istemiyorum
- Eşimden
- Anne ve/veya babamdan
- Arkadaşlarımdan
- Hekimden
- Psikologdan
- Bu konuda eğitilmiş herhangi birinden

76. Alkol kullanmanızdan kaynaklanan sağlık sorunu ya da şikayetiniz oldu mu?

- Evet ise, açıklayınız: .....
- Hayır

77. Engelli olmadan önceki yıllarla kıyasladığımızda şimdi ne kadar alkollü içki içiyorsunuz?

- Daha fazla içiyorum
- Daha az içiyorum
- Bir yıldan daha kısa süredir alkollü içki içiyorum

- Aynı miktarda içiyorum

- Bıraktım
- Hiç içmedim

78. Alkollü içki içmeyi bıraktıysanız,

- kaç yaşında bıraktınız?:.....
- ne kadar süredir içmiyorsunuz? .....ay.....yıl.

79. Spor-alkol kullanımı ilişkisinde size uyan işaretleyiniz.

- Spora başlamadan önce alkol kullanıyordum
- Sporcuymken alkol kullanmaya başladım
- Sporculuğumun son devresinde alkol kullanmaya başladım
- Sporu bıraktıktan sonra alkol kullanmaya başladım
- Hiç alkol kullanmadım

80. Alkollü içki kullanmıyorsanız, sizi alkollü içkiden uzak tutan en önemli neden nedir, açıklayınız:

ANKET FORMUMUZU DOLDURAK,  
ÇALIŞMAMIZA GÖSTERDİĞİNİZ İLĞİ VE  
DESTEĞİNİZ İÇİN TEŞEKKÜR EDİYORUZ.