

12 ZİHİNSEL ENGELLİ YETİŞKİNLERİN FİZİKSEL UYGUNLUKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE FİZİKSEL AKTİVİTEYE KATILIMLARININ DESTEKLENMESİ

Marta Bibro

12.1 Zihinsel Engellilik Kavramı

Zihinsel engellilik kavramı ve tanımları, literatürde nispeten kısa bir süredir kullanılmaktadır. Bu kavram, "gerilik", "özel ihtiyaçlar", "hastalık", "özürlü" veya "zihinsel özürlü" gibi terimlerin yerini almıştır. "Zihinsel Engellilik" kavramı, Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Engellilik Derneği [AAIDD] ve Amerikan Psikiyatri Derneği [APA] tarafından yayımlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı [DSM-5] sınıflandırmasında yer almaktadır (American Psychiatric Association, 2022; Schalock ve diğerleri, 2010). Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının 11. Revizyonunun en son baskısında, zihinsel gerilik kavramı, zihinsel gelişim bozuklukları ile değiştirilmiştir. Bu sınıflandırma, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1 Ocak 2022 tarihinde onaylanmış ve giderek daha fazla ülke tarafından uygulanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2022).

Zihinsel gelişim bozukluklarını teşhis etmek için şu koşulların doğrulanması gerekmektedir:

1. Algısal akıl yürütme, çalışma belleği, işlem hızı ve sözel anlama gibi çeşitli alanlarda zihinsel işlevde önemli sınırlamalar mevcuttur. Mümkünse, sonuçlar, uygun şekilde standartlaştırılmış ve zekâ fonksiyonu testleri kullanılarak ölçülmeli ve skorların ortalamadan yaklaşık 2 veya daha fazla standart sapma aşağıda olduğu (2.-3. persentilden daha düşük) sonucuna varılmalıdır.
2. Günlük yaşamda kullanılan kavramsal, sosyal ve pratik becerilerden oluşan uyum sağlama davranışlarında önemli sınırlamalar mevcuttur.
3. Başlangıç, gelişimsel dönemde meydana gelmelidir (K. Lee ve diğerleri, 2024).

12.2 Fiziksel Uygunluk Kavramı

Spor, beden eğitimi ve rehabilitasyon alanlarında faaliyetleri planlama ve uygulamanın temel unsurlarından biri, fiziksel uygunluğun değerlendirilmesidir. Bu, özellikle çeşitli engellilik durumları olan kişilerle çalışırken önemlidir. Uygulama sırasında elde edilen sonuçlar, güvenli ve etkili bir şekilde ilerlemek, rehabilitasyon prosedürlerini düzeltmek ve değiştirmek için planlama yapmaya olanak tanır. Fiziksel uygunluk kavramı, "tüm motor görevlerin etkili bir şekilde yerine getirilmesini sağlayan insanın yetenek ve becerilerinin bütünlüğü" olarak anlaşılmaktadır (Szopa ve diğerleri,

2000). Bu şekilde geniş bir anlamda bedensel uygunluk, kardiyorespiratuar verimlilik, kas gücü ve dayanıklılığı, vücut kompozisyonu, esneklik, denge, çeviklik, koordinasyon, tepki süresi ve güç gibi unsurlardan oluşmaktadır. Fiziksel uygunluk genellikle spor dallarında ve motor beceri gerektiren alanlarda yüksek performans elde etme yeteneği ile ilişkilendirilir. Ancak, belirli bir düzeyde fiziksel uygunluk, öncelikle çevredeki etkin performansı belirleyen faktörlerden biridir; bu, günlük aktiviteleri etkili, güvenli ve mümkün olan en az çabayla yerine getirme yeteneği sağlar ve ayrıca sağlıklı kalmayı mümkün kılar.

Fiziksel uygunlukla ilgili sayısız teori arasında, engellilik durumu olan kişiler bağlamında Health-Related Fitness/ Sağlıkla ilişkili uygunluk (H-RF) kavramı özel bir dikkat gerektirir. Buna göre, fiziksel uygunluğun amacı, "sağlığı olumlu şekilde belirleyen ve sağlık problemleri riskini düşük tutan bir sağlık durumudur. Diğer taraftan başarılar, günlük görevleri yeterli enerjiyle yerine getirme yeteneği ve seçilen sporlarla tatmin edici bir şekilde katılım sağlama amacına yöneliktir." (Howley & Franks, 1997). Bu kavramın yazarları, fiziksel uygunluğu çok boyutlu bir şekilde anlamakta ve iyi sağlık, iyi fiziksel durum ve iyi bir yaşam kalitesinin belirleyici unsurları olarak uygun düzeyde sürdürülen bileşenleri dikkate almaktadırlar. Bunlar beş grup olarak sıralanabilir:

1. Morfolojik Verimlilik

- BMI/VKİ (Vücut Kitle İndeksi),
- yağ dağılımı,
- kemik mineral yoğunluğu.

2. Kas-İskelet Uygunluğu

- kas gücü ve dayanıklılığı,
- esneklik.

3. Motor Beceriler

- postür kontrolü (denge, koordinasyon, zihinsel kontrol ve nöromusküler hız).

4. Kardiyorespiratuar Uygunluk

- submaksimal egzersiz kapasitesi ve dayanıklılığı,
- oksijen temin sistemi,
- ATP sentezi,
- termoregülasyon süreçleri,
- VO2max (maksimum oksijen tüketimi).

5. Metabolik Verimlilik

- lipid metabolizması,
- karbonhidrat metabolizması,
- endokrin sistem (örneğin insülin)..

12.3 Zihinsel Engelli Bireylerin Fiziksel Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Fiziksel uygunluğun bireysel bileşenlerinin değerlendirilmesi, ontogenez her dönemde önemlidir. Elde edilen sonuçlar, diğerlerinin yanı sıra, uygun aktivite biçimlerinin kullanılması ve yüklerin modifikasyonu için olanak sağlar. Fiziksel uygunluğun değerlendirilmesinin temeli, fonksiyonel alan testleridir. Bu testlerin doğru seçimi ve uygulanması kritik öneme sahiptir.

Engellilik durumu olan bireylerin, zihinsel engellilik de dahil olmak üzere, fiziksel uygunluklarının değerlendirilmesi karmaşık bir süreçtir ve özel dikkat ile bireysel bir yaklaşım gerektirir. Testin seçimi, zorluk derecesi ve talimatlar, zihinsel engelli bir bireyin fiziksel ve bilişsel yeteneklerine göre uyarlanmalıdır. Yanlış test seçimi, testin iptaline veya yanlış sonuçlara yol açabilir. Ayrıca, incelenen kişinin maksimum çaba ve motivasyonu da önemlidir. Zihinsel engelli bireylerin günlük işlevselliğinde önemli olan parametrelerin değerlendirilmesine odaklanmak faydalıdır. Testlerden önce temel antropometrik ölçümler yapılmalıdır; boy, vücut ağırlığı ve BMI indeksinin hesaplanması. Bu değer, vücut ağırlığının boyun karesine bölünmesiyle elde edilir (kg/m^2).

$$VKİ = \frac{\text{vücut ağırlığı}(kg)}{\text{boy uzunluğu}(m)^2}$$

Sonraki adımda değerlendirilmesi gereken unsurlar şunlardır: koordinasyon, denge, kas gücü ve dayanıklılığı, esneklik ve kardiyorespiratuar kapasite.

Zihinsel engelli bireyler grubunun büyük çeşitliliği nedeniyle, homojen ve genel kabul görmüş bir prosedür bulunmamaktadır. Her birey, duygusal durumu, bilişsel yetenekleri, kişiliği ve mizacına saygı gösterilerek bireysel olarak ele alınmalıdır. Maksimum konfor ve güvenliğin sağlanması, test edilen kişilerin maksimum kapasitelerini sergileyebilmelerini sağlayacaktır. Bu amaçla, denekler rahat spor kıyafetleri giymeli ve denemeler kısa bir ısınma ile başlamalıdır. Güvenli spor ayakkabıları özellikle dikkat edilmesi gereken bir unsurdur, ancak tüm denemelerde zorunlu değildir. Daha ağır derecede engeli olan bireylerin genellikle bakım veren kişiye duygusal olarak çok yakın olduklarını ve onlara önemli konuları açıklamanın da çok önemli olduğunu unutmamak gerekir. Bazen, bakım veren kişinin katılımı ve onların muayene sürecinde yardımcı olması oldukça faydalı olabilir.

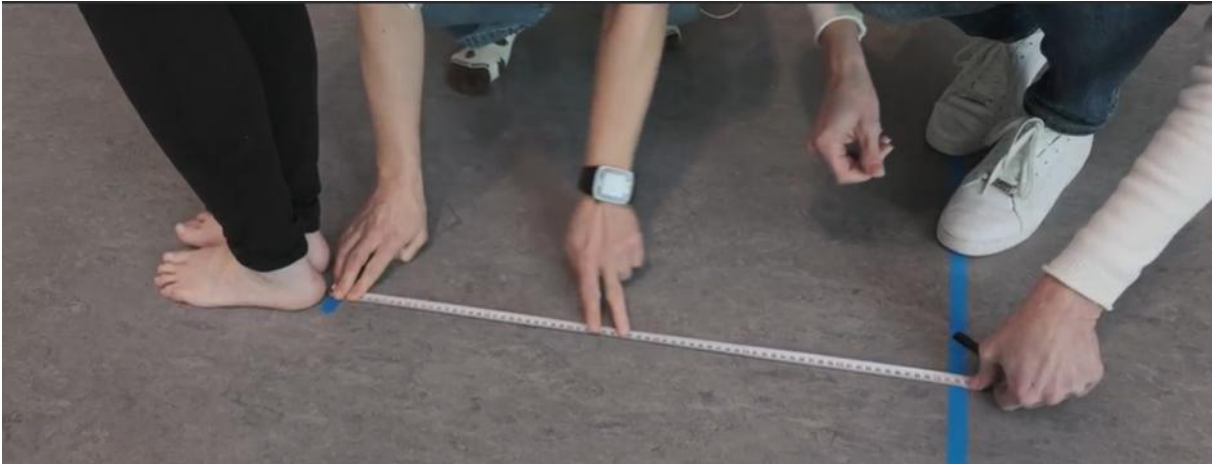
Önerilen testler arasında şunlar seçilebilir:

1. Eurofit Özel Test Bataryası

Altı denemeden oluşur: patlayıcı bacak gücü (dikey uzun atlama testi), kol gücü (2 kg top itme testi), karın kası dayanıklılığı (oturma kalkma testi), hız (25 metre koşu testi), esneklik (otur ve uzan testi) ve denge (bankta yürüme testi) (Skowronski ve diğerleri, 2009).

2. Ayakta Uzun Atlama Testi (VİDEO 2)

Bu test, alt ekstremitelerin patlayıcı gücünü değerlendirir. Denek, her iki bacağı sıçrama çizgisinin önünde durarak, kollarını geriye doğru sallayarak çömelir ve kollarını öne doğru sallayarak mümkün olan en uzağa sıçrar. Uygulayıcının ayakları çıplaktır. İniş, denek dengeyi kaybetmeden her iki bacakla yapılır. İki deneme sıçraması ve iki değerlendirilmiş sıçrama yapılır. Başlangıç çizgisi ile topukların yerle temas ettiği arka kenar arasındaki mesafe ölçülür. Eğer ayakların topukları aynı seviyede değilse, mesafe başlangıç çizgisine daha yakın olan noktadan ölçülür. Ölçüm, santimetre hassasiyetinde yapılır.



Resim 1. Ayakta uzun atlama test sonucunun ölçülmesi

3. Mekik Testi (VİDEO 3)

Bu test, karın kasları ve kalça fleksörlerinin dayanıklılığını ölçer. Hasta sırtı yere paralel şekilde yatar, alt ekstremiteleri diz eklemlerinden yaklaşık 90 derecelik açıyla bükülür, omuzları boynun arkasına yaslanır. Ardından hasta gövdesini öne doğru bükerek dizlere dirsekleriyle dokunur ve gövdesini geri yatma pozisyonuna düzeltir. Egzersiz süresi 30 saniyedir, yalnızca talimatlara göre yapılan bükülmeler sayılır, ölçüm yalnızca bir kez yapılır.



Resim 2. Alt ekstremiteler bükülmüş olarak geriye doğru yatarken gövdenin öne doğru eğilmesi

4. Otur ve Uzan Testi (VİDEO 4)

Esneklik ölçümü, ölçekli bir ölçüm tablası kullanılarak yapılır. Tablanın üst kısmı sıfır noktasından – ayak dokunuşundan – 30 cm dışarıya çıkar. Sonuç, 1 cm hassasiyetle okunur. Test, gövdeyi düz bir pozisyondan öne doğru eğilerek, alt ekstremiteler düz tutularak parmakları mümkün olduğunca banka doğru hareket ettirmeyi içerir. Sonuç, sabit en uzak pozisyon alındığında kaydedilir. Test çıplak ayakla yapılır. İlk eğilme deneme, ikinci eğilme ise kısa bir ara verildikten sonra değerlendirilir. Sonuç, cm cinsinden ölçülen eğilmenin uzunluğudur.



Resim 3. Esneklik ölçümü

5. Yirmi Beş Metre (25m) Koşu Testi

Bu test, hızı değerlendirir. Test, bir spor alanında veya salonda yapılır. Başlangıç ve bitiş noktaları net bir şekilde işaretlenmelidir. Yüksek sesle verilen "HAZIR" komutundan sonra, başlangıç işareti bir düdükle yapılır. Koşu, yüksek bir başlangıçtan yapılır, spor ayakkabıları ile koşulur. Zaman 0,01 saniye hassasiyetle ölçülür.

6. İki Kilogram (2kg) Top İtme Testi (VIDEO 5)

Bu test, üst ekstremité gücünü ve koordinasyonu değerlendirir. İtme, daha güçlü olan üst ekstremité ile yapılır. Denek, itme yapacak üst ekstremitéye karşılık gelen alt ekstremitesinde tek diz üstü/lunge pozisyonunda durur. Top, elin avuç kısmına yerleştirilir ve diğer el tarafından desteklenir. Denek, üst ekstremitéyi dinamik bir şekilde düzelterek, aynı anda gövdesini öne doğru hareket ettirir ve topu mümkün olduğunca ileri itmeye çalışır. Top, atılmak yerine itilecektir, ayaklar sürekli olarak yerle temas halinde olmalı, atış çizgisi geçilmemelidir. Mesafe, topun düştüğü yerden atış çizgisine kadar 1 cm hassasiyetle ölçülür. İki deneme yapılır, daha iyi sonuç dikkate alınır.

7. Bankta Yürüme Testi

Bu test, dinamik dengeyi değerlendirir ve jimnastik bankı üzerinde yapılır (test A) ve mümkünse, ters çevrilmiş bankta yapılır (test B).

Test A – Denek, spor ayakkabısı giymeden bankın kenarından 2 m uzaklıkta bir çizginin önünde durur, banka yaklaşır, üzerine çıkar ve etrafında hareket eder (destek almadan veya ayakları yere koymadan).

Test B – Test A başarılı olduysa, aynı kurallara göre bank ters çevrilerek yapılır; geçiş, bankın dar kenarından yapılır.

Deneme süresi 30 saniyeden uzun olmamalıdır.

Değerlendirme, puanlarla yapılır:

1 puan – test denemesinin yapılamaması

2 puan – banka yaklaşma

3 puan – bankta 2 m uzunluğunda yürümek veya tüm bank boyunca destekle yürüme

4 puan – destek almadan tüm bank boyunca geçiş (deneme A)

5 puan – ters çevrilmiş bankta 2 m uzunluğunda yürümek veya tüm bank boyunca destekle yürüme

6 puan – destek almadan ters çevrilmiş bankın sonuna kadar geçiş (deneme B)



Resim 4. Yüksek bir konumda jimnastik sehpası üzerinde yürüme (A denemesi, B denemesi)

8. Fonksiyonel Uzanma Testi (VİDEO 7)

Bu test, dinamik dengeyi ve düşme riskini değerlendirmek için kullanılır. Denek, duvara yan olarak durur, pelvik bölge duvara dokunur ve duvara yakın üst ekstremiteler, glenohumeral eklemden 90° bükülür. Duvar üzerinde, seçilen parmağın bulunduğu nokta işaretlenir. Biz, hastanın pelvisi sabitlenmiş ve ayaklar yerle temas halinde sabit dururken, öne doğru ne kadar eğilebileceğini ölçeriz. Test iki kez yapılır, daha iyi sonuç kaydedilir ve ölçüm 1 cm hassasiyetle yapılır (Duncan ve diğerleri, 1990).



Resim 5. Uzanma testinin gerçekleştirilmesi

Sonuçların Yorumlanması:

El uzatması ≥ 25 cm – düşük düşme riski

Kol uzatması 15 cm ile 25 cm arasında – düşme riski iki katına çıkar

Kol uzatması < 15 cm – düşme riski dört katına çıkar

Görevi tamamlayamama veya görevi yerine getirmeye isteksizlik – düşme riski sekiz katına çıkar (Bac ve diğerleri, 2022)

9. Tek Ayak Duruş Testi (SLS) (VİDEO 6)

Bu test, statik dengeyi değerlendirmek için kullanılır. Test, denek tarafından seçilen herhangi bir ekstremité üzerinde yapılır. Hasta çıplak ayakla, bir alt ekstremitéyi bükerek kaldırır (diğer ekstremité tarafından desteklenmez), üst ekstremiteler ise göğüs üzerinde çaprazlanır. Test, gözler açıkken yapılır, ardından gözler kapalı iken tekrar yapılır. Gözler açıkken yapılan testte, denekten duvarda göz seviyesiyle bir noktaya odaklanması istenir. Bir kronometre yardımıyla, alt ekstremité kaldırılmaya başlandığı andan itibaren şu ana kadar geçen süre ölçülür: ayakla yere tekrar temas veya diğer ekstremitéye destek verme, dengeyi korumak için üst ekstremitelerin kullanılması veya gözler kapalıyken gözleri açma.

Deneme, 45 saniye geçtiğinde de tamamlanmış kabul edilir. Her deneme iki kez yapılır, daha iyi sonuç kaydedilir (Oppewal & Hilgenkamp, 2020; Springer ve diğerleri, 2007).

Tablo 1. Tek Ayak Testinin Yorumlanması (Bac ve ark., 2022)

YAŞ	TEK AYAK-GÖZLER AÇIK (S)	TEK AYAK-GÖZLER KAPALI (S)
18 – 39	43,3	9,4
40 – 49	40,3	7,3
50 – 59	37,0	4,8
60 – 69	26,9	2,8
70 – 79	15,0	2,0
80 – 89	6,2	1,3

10. El Kavrama Gücü Testi (VİDEO 8)

Ölçüm, bir el dinamometresi sıkılarak yapılır. Test, ayakta bir pozisyonda gerçekleştirilir, üst ekstremité vücuda paralel olacak şekilde konumlanır, böylece test sırasında kol ve el vücuda temas etmez, diğer ekstremité serbestçe aşağıya sarkar. İkinci deneme kısa bir aradan sonra yapılır ve daha iyi sonuç kaydedilir. Ölçümler her iki ekstremité için yapılır. Katılımcının maksimum çaba ile sıkıp sıkmadığını görmek için, test eğitmeni, kol ve el kaslarının kasılmasını, parmakları ve yüz ifadelerini gözlemlemelidir. Görevi iyi anlaması için, katılımcıya önce bir lastik top sıkması önerilebilir (Oppewal & Hilgenkamp, 2020).

11. Otuz Saniyelik (30s) Sandalyeden Kalkma Testi

Bu test, alt ekstremitelerin güç ve dayanıklılığını değerlendirir. Fullerton fonksiyonel performans test bataryasının bir parçasıdır ve başlangıçta yaşlıları değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Ancak, zihinsel engelli bireyler de dahil olmak üzere her yaştan yetişkinler tarafından kullanılmaktadır (Oppewal & Hilgenkamp, 2020).

Test, standart yükseklikte, kolsuz bir sandalyede yapılır. Sandalyenin hareket etmemesi için duvara yaslanması gerekir. Denek, sandalyeye ortalanmış şekilde oturur, sırtı düz olmalı ve ayakları omuz genişliğinde olmalıdır. Daha iyi denge için bir ayak diğerinin önünde uzatılabilir. Kollar göğüs üzerinde çaprazlanır. Gerçek denemeye başlamadan önce, testin nasıl yapılacağı gösterilmelidir; önce yavaşça, sonra ise hızla. Sonrasında, test deneği birkaç deneme tekrarını yapmalıdır.



Resim 6. 30 saniyelik Sandalyede Kalkma Testinin Gerçekleştirilmesi

Test edilen kişinin görevi, 30 saniye içinde sandalyeden olabildiğince fazla kez kalkmaktır. Her tekrar arasında, tamamen sandalyeye oturulmalıdır. Eğer test deneği, testi yapmak için ellerini kullanmak zorunda kalırsa, 0 puan alır. Yanlış yapılan tekrarlar sayılmaz. 30 saniyenin sonunda, boyun yarısından fazla kalkmak tam performans olarak kabul edilir. Verilen yaş grubuna göre ortalama öngörülen tekrar sayısının altında kalmak, yüksek düşme riski olduğunu gösterir.

Tablo 2. Belirli yaş grupları için ortalama tekrar sayısı normları (<https://www.physio-pedia.com>)

YAŞ	KADIN	ERKEK
60-64	14-19	12-17
60-64	12-18	11-16
70-74	12-17	10-15
75-79	11-17	10-15
80-84	10-15	9-14
85-89	8-14	8-13
90-94	7-12	4-11

12. Beş Defa Otur-Kalk Testi

Beş Defa Otur-Kalk Testi, genellikle yaşlılarda alt ekstremitte fonksiyonel gücünü, geçiş hareketlerini, dengeyi ve düşme riskini değerlendirmek için kullanılır.

Deneme sırasında, deneklerin oturup kalkarak beş kez oturup kalkması için geçen süre (saniyenin ondalıklı kısmına kadar) ölçülür.

Test, standart yükseklikte bir sandalyede yapılır, güvenlik için sandalyenin arkasının duvara yaslanması gerekir. Denek, sandalyeye ortalanmış şekilde oturur, sırtı düz olmalı ve kolları göğsünde çaprazlanmış olmalıdır. Görev, olabildiğince hızlı bir şekilde 5 kez oturup kalkmaktır. Zaman, "başla" komutunun verilmesiyle başlar ve son tekrar sonrası deneğin kalçası sandalyeye temas ettiğinde sona erer. Eğer denek, beş tekrarı yardımsız tamamlayamazsa (örneğin üst ekstremiteleri kullanarak), test başarısız sayılır ve test 2 dakika sonunda da sonlanır (Whitney ve diğerleri, 2005).

Testin yapılma süresi ne kadar kısa olursa, testin sonucu o kadar iyi kabul edilir. Ayrıca, yaşa uygun normlara göre sonuçlar şunlardır:

60-69 yaş grubu için 11.4 saniye

70-79 yaş grubu için 12.6 saniye

80-89 yaş grubu için 14.8 saniye (Bohannon, 2006)

13. 6 Dakika Yürüme Testi (VIDEO 9)

6 dakika yürüme testi, egzersiz toleransını belirlemek için kullanılır.

Test, en az 30 metre uzunluğunda bir koridorda yapılır. Koridor, sık kullanılmayan, düz, sert, düz bir yüzeye sahip olmalı ve başında ve sonunda iki direk yer almalıdır. Test sırasında dinlenme imkânı sağlanmalıdır, örneğin bir sandalye. Yürüyüş yolu boyunca her 1 metreye bir mesafe işareti konmalıdır. Teste başlamadan önce, hasta dinlendirilmelidir. Test, 6 dakika içinde olabildiğince uzun mesafeyi yürümeyi içerir. Denek, yeteneklerine göre hızını değiştirebilir ve yorgunluk veya nefes darlığı hissederse durabilir. Test sırasında denek koşturmamalıdır. Testi yapılan kişiye motive edilmesi önerilir. Test sonucu yorumlanırken, kat edilen mesafe, arteriyel oksijen satürasyonu, kalp hızı, kan basıncı, nefes darlığı ve 10 puanlı modifiye Borg skalasına göre yorgunluk dikkate alınır (Nasuti ve diğerleri, 2013).

Fiziksel uygunluğu değerlendirirken, ilerlemeyi sistematik olarak değerlendirmek önemlidir. Kontrol testleri her zaman aynı koşullarda ve aynı sırayla yapılmalıdır.

Görevlerinizi yerine getirirken ve sonraki fiziksel uygunluk testlerini gerçekleştirirken, her zaman iş ergonomisinin temel ilkelerini hatırlamalısınız; doğru pozisyonları alarak, iskelet ve kas sistemini gereksiz yere yüklememelisiniz. Ayrıca, zihinsel engelli bir kişiye yardımcı olmak ve yer

değiştirmekten kaçınmalısınız, eğer bu gerekli değilse – bu tür bir eylem, kişinin yeteneklerini en üst düzeye çıkarmasına ve araştırmayı yapan kişi için aşırı yük riskini en aza indirmeye olanak sağlar.

Zihinsel engelli bireyler, genellikle, zihinsel normdaki yaşıtlarına kıyasla daha düşük seviyelerde fiziksel uygunluğa sahiptir (Bossink ve diğerleri, 2017; Hsieh ve diğerleri, 2017a).

Fiziksel uygunluğun bireysel bileşenlerinin gelişimindeki gecikme, engelliliğe neden olan faktörlerle doğrudan ilişkili olabilir, ayrıca bu grupta daha sık görülen ek sağlık sorunları ile de ilişkili olabilir.

12.4 Zihinsel Engelli Bireylerin Sağlık Durumu ve Fiziksel Aktivite

Zihinsel engelli bireyler, farklı etiyolojiler, klinik tablolar ve seyirlerle çok heterojen bir bozukluk grubudur. Zihinsel engelli tüm bireyler için tek bir tipik fiziksel ve zihinsel özellik seti yoktur, ancak belirli gruplarda ortak özellikler olabilir. Zihinsel gelişim bozuklukları, eşlik eden zihinsel, davranışsal veya nörogelişimsel bozuklukların yüksek bir yüzdesi ile ilişkilidir, ayrıca epilepsi, doğuştan gelen kusurlar ve gastro-intestinal sistem bozuklukları (duodenum stenozu, çölyak hastalığı), obezite, görsel ve işitsel fonksiyon bozuklukları, tiroit bozuklukları ve duyuusal bozukluklar gibi bazı hastalıkların daha yüksek görülme oranlarına sahiptir. Zihinsel engelli yetişkinler, genel nüfusa kıyasla daha fazla mobilite sorunuyla karşılaşmakta ve sağlık üzerinde olumsuz etkiler yapabilecek ilaçlar kullanmaktadırlar. Zihinsel engelli yetişkinlerde, erken ölüm ve çoklu hastalık durumu, genel nüfusa kıyasla daha yüksek ölüm oranları ile karakterizedir. Bu grup için hastalıkların başlangıcı çok daha erken yaşlarda görülür ve 20-25 yaşlarında eşlik eden hastalık oranı, genel nüfusun 50-54 yaşlarındaki oranına benzerdir. Ayrıca, sağlık sorunlarıyla karşılaşıldığında, gerekli desteğe ve uygun sağlık hizmetlerine erişimde çok daha fazla zorluk yaşamaktadırlar (Cooper ve diğerleri, 2015; de Winter ve diğerleri, 2016; Hermans & Evenhuis, 2014).

Eşlik eden hastalıklar, belirli fiziksel aktiviteler için bir kontrendikasyon olabilir ve bu, planlama aşamasında dikkate alınmalıdır. Egzersiz planının modifikasyonu, özellikle şu durumlarda göz önünde bulundurulmalıdır:

· Kalp Problemleri

Down sendromlu bireyler grubunda, kalp problemleri özellikle yaygındır (çocukların neredeyse yarısında bulunur). En yaygın olanları, ortak atriyoventriküler kanal ve interventriküler ve/veya interatrial septumda açılmadır. şu anda, çoğu vakada etkili bir şekilde tedavi edilebilmekte ve daha sonraki dönemlerde fiziksel aktiviteyi önemli ölçüde azaltmamaktadır. şüphe durumunda, rehabilitasyon planı hakkında bir kardiyologla görüşmek faydalı olabilir.

· İskelet Bozuklukları

Fiziksel aktivite planlaması bağlamında, aksiyal instabilite (AAI – atlanto-aksiyel instabilite) oluşumu özellikle önemlidir, bu da Down sendromlu çocukların %13'ünde görülür. AAI tanısı genellikle röntgen muayenesi ile konur. Yüksek instabilite durumunda, periferik semptomlar ortaya çıkar, çoğunlukla nörolojik niteliktedir. Bu anormalliğin tanısı, sıçrama, takla atma veya çiftler halinde kuvvet egzersizleri gibi bazı hareket biçimlerini yapmayı engeller. Düşme riski kontrolsüz olan aktiviteler, örneğin kayak veya at binme, tehlikelidir. Hippoterapi planlarken özellikle dikkatli olmak da faydalıdır.

- **Endokrin Bozukluklar**

Tiroid hastalıkları (hipotiroidizm, daha nadiren hipertiroidizm) ve diyabet, genel nüfusa kıyasla daha yaygındır.

- **Bağışıklık Sistemi Bozuklukları**

Bağışıklık sistemi bozuklukları, enfeksiyonlara daha duyarlı hale gelmeye, daha sık enfeksiyonlar yaşanmasına ve ayrıca kanser ve otoimmün hastalıkların görülme sıklığının artmasına yol açar. Doğru fiziksel aktivitenin bağışıklık sisteminin düzgün çalışmasını etkilediğini ve hem viral hem de bakteriyel enfeksiyon riskini azalttığını unutmamak önemlidir. Orta şiddetteki egzersizler, tercihen açık havada yapılması önerilir. Aşırı yorgunluktan kaçınılmalı ve ani sıcaklık değişimlerinden kaçınılmalıdır.

- **Görme Problemleri**

Hipermetropi, miyopi, astigmatizma, şaşılık ve katarakt daha yaygındır. Bazı göz hastalıkları, belirli egzersizler için kontrendikasyon olabilir. Bazı göz kusurları ve hastalıklarında, ani basınç değişikliklerine neden olan egzersizler, yani sıçramalar, kuvvet egzersizleri ve başın aşağıda olduğu egzersizler (eğilmeler, taklalar), kontrendike olabilir. Bir göz doktoru ile egzersiz programı hakkında görüşmek faydalı olabilir. Bazı kusurlar, gözlük tedarikini gerektirir. Zihinsel engelli bireylerde, gözlükler günlük aktiviteler sırasında özellikle spor yaparken zarar görebilir. Bu nedenle, güvenlik amacıyla spor gözlükleri tercih etmek, gözlüklerin korunması için faydalı olacaktır.

- **İşitme Bozuklukları**

Zihinsel engelli bireyler grubunda işitme bozuklukları daha yaygındır. Down sendromlu bireylerin birkaç onluk kısmı, tekrar eden otitis nedeniyle işitme kaybı yaşar. İşitme bozuklukları, egzersiz seçiminde etkili olmasa da konuşma gelişiminin gecikmesine ve dil becerilerinin bozulmasına yol açabilir. Eğitim programları uygulanırken, işitme kaybı olan bireylerin alternatif iletişim şekillerine ve bireysel yaklaşıma ihtiyaç duydukları unutulmamalıdır.

- **Büyüme Bozuklukları ve Anormal Vücut Ağırlığı**

Bazı zihinsel engelli çocuklar, sağlıklı yaşlılarına göre daha yavaş büyür ve daha kısa boylara ulaşır. Anormal vücut ağırlığı da daha sık gözlemlenir. Yavaş metabolizma ve beslenme ihtiyaçlarını belirleme sorunları, aşırı kilolu veya obeziteye yol açabilir. Zihinsel engelli bireyler

arasında, kilo problemi olan veya aşırı zayıf olan hatta aşırı derecede kötü beslenmiş bireyler de bulunabilir; bu, yutma ve yemek yeme sorunları, ihtiyaçlarını karşılayamama ve yetersiz bakım gibi durumlar nedeniyle olabilir. Birçok durumda, diyet danışmanlığı faydalı olabilir. Aşırı vücut ağırlığı durumunda, aerobik egzersizler önemlidir. Yürüyüş, nordik yürüyüş, yüzme ve su egzersizleri, bisiklet sürme (tandem bisikletle de) önerilebilir.

· **Kas Tonusu Bozuklukları**

Kas tonusu bozuklukları, zihinsel engelli bireylerde sıkça gözlemlenir. Down sendromlu bireylerde kas tonusu düşüklüğü, hipermobilité ve artmış eklem gevşekliliği karakteristiktir. Serebral palsili bireylerde ise artmış kas tonusu baskındır ve bu durum sınırlı hareket kabiliyeti ve manipülasyon yeteneklerine yol açabilir.

Zihinsel gelişim bozukluklarının genel prevalansı erkeklerde biraz daha yüksektir. Bazı toplumlarda, kadınlara yönelik sosyal değerlerin ve beklentilerin erkeklere kıyasla düşüklüğü, zihinsel engelli kadınların doğru bir şekilde teşhis edilmesini ve uygun destek almasını olumsuz etkileyebilir. Bu durum, onların yeteneklerini sergileyip geliştirmelerini zorlaştırabilir. Erkekler ve kadınlar, belirli davranışlar ve zihinsel, davranışsal veya nörogelişimsel bozuklukların prevalansında da farklılık gösterir. Erkekler, hiperaktivite ve davranış bozuklukları gösterme eğilimindeyken, kadınlar, daha çok ruh hali bozuklukları ve artmış kaygı (yeni durumlar, zorluklar, fiziksel aktivite öncesi) gösterme eğilimindedirler ve fiziksel aktivite planlarken bunu göz önünde bulundurmak faydalıdır (Cooper ve diğerleri, 2015; Kosmol ve diğerleri, 2021; van Timmeren ve diğerleri, 2017; Dünya Sağlık Örgütü, 2022).

Fiziksel potansiyeldeki azalma ve ek fonksiyonel bozukluklar, çeşitli aktiviteleri üstlenme yaklaşımını ve yeteneğini etkiler. Araştırma sonuçları, fiziksel ve psikolojik faktörlerin bir sonucu olarak, zihinsel engelli bireylerin daha pasif bir yaşam tarzına sahip olduğunu ve düzenli fiziksel aktiviteye katılma motivasyonlarının daha düşük olduğunu açıkça göstermektedir. Bu, fiziksel uygunluk üzerinde güçlü bir etkiye sahip olan bir diğer faktördür (Bossink ve diğerleri, 2017; Hsieh ve diğerleri, 2017b; Martin Ginis ve diğerleri, 2021).

12.5 Fiziksel Aktivitenin Belirleyicileri

Şu anda, engelli bireylerin fiziksel aktiviteleri ile ilgili küresel analizler bulunmamaktadır, ancak mevcut veriler, zihinsel engelli bireyler arasında %58-89'unun fiziksel aktiviteye yönelik önerileri yerine getirmediğini göstermektedir (Hsieh ve diğerleri, 2017b). Bu nedenle, zihinsel engelli bireyler, hareketsizlikle ilgili ciddi sağlık sorunları yaşama riski açısından genel nüfustan daha yüksek bir orana sahiptir (Martin Ginis ve diğerleri, 2021). Düşük fiziksel aktivite seviyeleri, uzun süredir büyük bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimi için ana risk faktörü olarak kabul edilmektedir; bunlar arasında tip 2 diyabet, koroner kalp hastalığı, inme ve bazı kanserler bulunur ve dünya genelinde yılda yaklaşık üç milyon ölümlle sonuçlanan ölüm oranlarının dördüncü en büyük risk faktörü olarak tanınmaktadır (I. M. Lee ve diğerleri, 2012). Zihinsel engelli bir bireyi fiziksel aktiviteye katılmaya teşvik ederken, katılımı zorlaştıran veya kolaylaştıran faktörlerin belirlenmesi faydalı olabilir.

Kişisel, sosyal, finansal, çevresel ve aile faktörleri arasında düşük öz yeterlilik, ebeveyn desteği eksikliği, yetersiz veya mevcut olmayan düzenlemeler ve uygun programların olmaması yer almaktadır. En yaygın olarak bildirilen kolaylaştırıcılar arasında yüksek öz yeterlilik, fiziksel aktiviteyi sevme, sevdiklerinden yeterli destek, akranlarla sosyal etkileşim, okul beden eğitimi derslerine katılım ve özel olarak hazırlanmış fiziksel aktivite programları yer almaktadır. Fiziksel aktiviteyi etkileyen faktörlerin tanımlanması, zihinsel engelli bireylerin pozitif davranışları değiştirmeleri ve sürdürmeleri için genellikle kritik öneme sahiptir. Bu alandaki bilgi eksikliği, etkili ve uzun vadeli eylemleri engellemektedir. Optimal sonuçlara ulaşmak için, bir fizyoterapist, ergoterapist ve sıklıkla kardiyolog, nörolog, diyetisyen gibi diğer profesyonellerden oluşan bir disiplinlerarası ekip ile işbirliği yapmak da gereklidir. Aile, arkadaşlar ve bakım veren kişilerden gelen anlayış ve destek de önemlidir (Bossink ve diğerleri, 2017, 2020; Jacinto ve diğerleri, 2021).

12.6 İletişimin Rolü

Zihinsel engelli bireyleri fiziksel aktivite programlarına etkin bir şekilde dahil etmek için, alıcının bireysel ihtiyaçlarına uygun iletişim gereklidir. Zihinsel engelli bireyler hakkında konuşurken ve bir zihinsel engelli bireye hitap ederken, büyük bir hassasiyet göstermeli ve tüm insanların ortak toplumumuzun tam üyeleri olarak değerini vurgulayan bir dil kullanmalıyız. Bir yetişkinle ilgili isek ve yakın bir ilişki içinde değilseniz, bu kişi bize ilk adıyla hitap etse bile, "Hanımefendi, Beyefendi" gibi nazik bir form kullanmalıyız. İlişki daha yakınsa, tabii ki her iki taraf için de rahat olacak şekilde bir isim veya daha sıcak ifadeler kullanılabilir. İlk olarak, her zaman zihinsel engelli kişiye doğrudan hitap etmeli, onların özerkliklerine saygı göstermeli ve bakım veren kişiye hitap etmemeliyiz.

Zihinsel engelli bir bireyle iletişimde, özel empati gereklidir. Bu grupta, zihinsel işlevdeki sınırlamaların yanı sıra, günlük yaşamda kullanılan kavramsal, sosyal ve pratik becerilerde de sınırlamalar vardır. Zihinsel engelli bireyler, iletişim, kişilerarası ilişkiler, kurallara ve yasaya uyum ve davranışlarıyla ilgili sorumluluk konusunda zorluklar yaşayabilirler. Konuşma ve dil anlama veya dilin iletişim amacıyla kullanılmasıyla ilgili problemler daha yaygındır. Zihinsel gelişim bozukluğu olan yaşlı yetişkinler, genel nüfusa kıyasla demans başlangıcının daha hızlı olabileceği veya becerilerinin azalabileceği durumu yaşayabilirler. Zihinsel engelli bir kişi göz teması kurmaz veya sözlere yanıt vermezse, bunun onların bizi dinlemediği veya göz ardı ettiği anlamına gelmediğini unutmamak önemlidir. Zihinsel engelli bireyler, ne beklenildiğini anlamak ve bazı kararlar almak için daha fazla zamana ihtiyaç duyabilirler, ancak bu, bunu yapamayacakları anlamına gelmez. İletişim zorlukları büyük ölçüde zihinsel engelliliğin derecesine bağlıdır. Genel olarak, hafif engelli bireyler geçmiş, şimdi ve gelecek hakkında akıcı bir şekilde iletişim kurabilirler. Çoğu, gelecekteki hedefler, sağlık hizmetleri ve ilişkiler hakkında kararlarını iletebilir (örneğin, kiminle vakit geçirmek istedikleri ve nasıl vakit geçirmek istedikleri). Çoğu, 3 adıma kadar olan talimatları takip edebilir.

Orta derecede zihinsel engeli olan bireyler genellikle kısa cümlelerle iletişim kurabilir ve gelecekteki hedefler, sağlık hizmetleri ve ilişkiler konusundaki tercihlerinin iletebilir, ancak söylediklerini her zaman yerine getirmezler. Çoğu, iki adıma kadar olan talimatları takip edebilir, bu nedenle bireysel fiziksel uygunluk testlerini tanımlarken kısa ve basit talimatlar kullanmanız gerekir.

Ağır derecede zihinsel engelli çoğu birey, belirli seçimler konusunda, gelecekteki hedefler, sağlık hizmetleri ve ilişkilerle ilgili tercihlerinin belirtmek için iletişim stratejilerini kullanabilir. Görsel yardımcılar, iletişimde faydalı olabilir. Bu gruptaki çoğu kişi, tek adımlı talimatları takip edebilir ve istendiğinde aktiviteyi durdurabilir.

Derin zihinsel engeli olan bireyler, genellikle temel ihtiyaçlarını ve tercihlerinin bilgisini, sözsüz stratejiler, çeşitli ifadeler, jestler ve gülümsemeler kullanarak iletebilirler. Tek kelimelerle yapılan sözlü iletişim nadirdir. Çoğu, ipuçları ve yardım kullanarak çok basit görevleri yerine getirebilir (García ve diğerleri, 2020; Smith ve diğerleri, 2020; Dünya Sağlık Örgütü, 2022).

Zihinsel engelli bireylerle iletişimde, Arttırıcı ve Alternatif İletişim/Augmentative and Alternative Communication (AAC) alanındaki araç, teknik ve stratejilerin kullanılması faydalı olabilir.

Bu, sözlü iletişim zorlukları yaşayan kişiler arasında iletişimi desteklemek için kullanılan çeşitli yöntemleri içerir. Bu yöntemler, doğuştan veya sonradan edinilen nedenlerle, geçici veya kalıcı olarak konuşma yoluyla iletişimde sorun yaşayan herkes tarafından kullanılabilir. AAC, hem yetişkinlerde hem de çocuklarda iyi sonuç verir.

AAC kısaltmasındaki ilk "A" Augmentative/Arttırıcı, doğrudan genişletme, güçlendirme anlamına gelir. Bu bağlamda, iletişimi desteklemek: işaret dili, görseller, panolar, işaretleri içeren iletişim cihazları aracılığıyla konuşmayı iyileştirmek, eklemek, tamamlamak anlamına gelir. Bu, mesajın dinleyiciye daha anlaşılır olmasını sağlar.

AAC'deki ikinci "A" Alternative/Alternatif İletişim anlamına gelir. Bir kişinin konuşamadığı veya başkalarının konuşmasını anlamadığı durumlarda uygulanır. Böyle durumlarda, iletişimin diğer yollarına ihtiyaç vardır.

"C" harfi, İletişim anlamına gelir (Crowe ve diğerleri, 2022; Przybysz-Zaremba, 2020).

Zihinsel engelli bireyler grubunda konuşma bozuklukları, genel nüfusa kıyasla daha yaygındır. Düşüncelerini ve ihtiyaçlarını ifade edemeyen bireyler, dezavantajlı bir duruma düşerler ve fiziksel aktivite alanında bile çevreleri tarafından yetkinlikleri, potansiyelleri ve kabiliyetleri yanlış değerlendirilebilir. Ayrıca, iletişim eksikliği, hayal kırıklığına yol açabilir ve ek bir acı kaynağı olabilir.

Destekleyici ve alternatif iletişim, zihinsel engelli bireylerin ihtiyaçlarını, tercihlerinin ve görüşlerini ifade etmelerini kolaylaştırabilir, ayrıca fiziksel aktivite ile ilgili konularda da yardımcı olabilir. Etkili bir iletişim yolu bulmak, diğer insanlarla ilişkiler kurmayı kolaylaştırır ve bireyin bağımsızlığını artırır. Ayrıca, bir bireyin başlangıçta tahmin edilenden çok daha büyük bir zihinsel potansiyele sahip olduğunu da görebiliriz.

Çalışmanızda, şunlar da dahil olmak üzere araçları kullanabilirsiniz:

Ø Grafik Bilgi Taşıyıcıları – Piktogramlar

Bir piktogram, bir kişi, nesne veya etkinliği grafiksel olarak temsil edebilir veya bunlardan tüm ifadeler oluşturulabilir. İletişim işaretleri olarak, günlük bir program oluşturmak, aktif bir tahta veya eğitim broşürü hazırlamak için kullanılabilirler. En popülerleri şunlardır:

Ø PCS (Picture Communication Symbols), Görsel İletişim Sembolleri

PCS seti, yaklaşık 5000 temel sembol içerir, ek semboller ve ülkeye özgü sembollerle tamamlanmıştır. Örneğin, Polonya versiyonunda, Polonya yemeklerinin, para birimlerinin, ünlü kişilerin resimleri yer alır. Dünya çapında en yaygın kullanılan sembol sistemlerinden biridir, şu anda PCS sembollerinin 40 farklı dile çevrilmiş hali bulunmaktadır. PCS'deki her sembol, "İnsanlar", "Yemek", "Boş Zaman" gibi kategoriler altında düzenlenmiş bir kelimeyi veya cümleyi grafiksel olarak temsil eder.

Bazı semboller, farklı anlayış seviyelerine sahip bireylerin ihtiyaçlarına göre iki versiyon halinde sunulmaktadır, bu da zihinsel engelli bireylerle iletişimde özellikle önemli olabilir. Sistem, kitapçıklar, renkli etiketler ve Boardmaker™ veya Speaking Dynamically™ Pro gibi bilgisayar programları şeklinde erişilebilir olabilir. Bu programlar, doğrudan veya bilgisayar kullanılarak kullanılabilecek eğitim materyalleri oluşturmanıza olanak tanır.



yemek



daha fazla



neden



ne zaman



istemek



gitmek

Resim 7. Örnek semboller (<https://goboardmaker.com/>)

Ø PIC, Piktogram İdeogram İletişimi

Bunlar, siyah bir zemin üzerine yapılmış beyaz karakterlerdir ve sıklıkla bir imza içerir. İki rengin karşıt kombinasyonu, işaretlerin daha kolay anlaşılmasını sağlamak amacıyla kullanılır. Bu sistem, sözlü konuşma bozuklukları olan bireylerin iletişim kurmalarına olduğu kadar, tamamen farklı dillerde ve kültürlerde iletişim kuran bireyler için de uygundur.

Ø Picturegrams – Picturegraphs, hem siyah-beyaz hem de renkli.

Ø Makaton® Dil Programı- Bir işaret ve grafik semboller sistemi

Makaton sistemi, grafik ve manuel işaretleri birleştirir. Başlangıçta, işaret dilinden yararlanarak, işitme engelli ve zihinsel engelli yetişkinler için geliştirilmiştir. Şu anda, "karmaşık iletişim ihtiyaçları" olan çocuklar ve yetişkinler tarafından kullanılmaktadır, bu grup arasında zihinsel engel, Down sendromu, serebral palsi, otizm, kraniyoserebral travma sonrası, inme gibi durumlar da yer alır; ayrıca bu kişilerin bakım verenleri, aileleri ve arkadaşları tarafından da kullanılır. Makaton kullanan her ülkenin, İngilizce konuşan ülkeler hariç, kendi farklı işaret seti vardır. Örneğin, Polonya'daki Makaton® işaretleri, İngiliz versiyonundan önemli ölçüde farklıdır ve Polonya kültürüne: dil, din, davranış ve geleneklere atıfta bulunur. Ayrıca, KONİ®- Engellilerin İletişimi adlı ek bir adı da vardır.

Makaton® işaretleri, uygulanması basit, okunabilir (belirli bir işaretin anlamı tahmin edilebilir) ve ikonik (hatırlanması ve tekrar edilmesi kolay) özelliklere sahiptir.



Resim 8. Örnek grafik ve manuel işaretler (<https://www.keenoxford.org/the-keen-blog/all-about-makaton>)

Makaton®'un grafik işaretleri, elle çizilebilecek kadar basit siyah-beyaz çizimlerdir. Bu işaretler, özellikle belirli motor fonksiyon bozuklukları nedeniyle doğru işaretleri yapamayan kişiler için kullanışlıdır.

Ø Bliss İletişim Sistemi

Bu, kelimelerin çizimler şeklinde sunulduğu bir iletişim yöntemidir. Semboller, daireler, çizgiler, kareler, oklar gibi basit geometrik şekillerden oluşur. Basit bir sembole başka bir grafik ögesi eklendiğinde, sembolün anlamını mantıklı bir şekilde değiştiren yeni bir görüntü oluşturulur. Sisteminin avantajı, daha uzun ifadeler kurmanıza ve olayları ve duyguları tanımlamanıza olanak tanımasıdır. Ancak, bu yöntem, daha düşük düzeyde zihinsel gelişime sahip kişiler için öğrenmesi zor olabilir.

TEMEL SEMBOLLER

							
kişi	hissetmek/duygu	zihin	bilgi	zaman	yoğunluk	konteyner	iş
							
ev, bina	oda	sandalye	masa	merdiven	göz	kulak	el
							
sayı	ve, artı, bu yüzden	eksi, olmayan	çarpma işlemi	bölme	eşit, aynı	parça, kısım	hayvan
							
dil	kalem, kurşun kalem	kağıt, sayfa	kitap	koruma	sağlık	tıp/ilâç	dünya
							
doğa	yeryüzü	gökyüzü	ışık	su	ateş	hava	bulut
							
ağaç	çiçek	kaya	tekerlek	elektrik	güneş	ay	toprak/Dünya

Resim 10. Bliss sembolü örnekleri (<https://www.omniglot.com/writing/blissymbolics.htm>)

Ø AAC'de Modern Teknolojiler

Son yıllarda, zihinsel ve gelişimsel engelli bireylere yönelik eğitim ve destek alanında teknoloji kullanımı önemli ölçüde artmıştır. İletişim sürecini desteklemek için özel olarak hazırlanmış bilgisayar yazılımları ve konuşma destekli iletişim sistemleri kullanılmaktadır (örneğin Apple™ cihazlarındaki uygulamalar, GoTalk9+, AMDi Tech/Plus 32, ablenet® BIGmack; Logan, Iacono ve Trembath, en sık olarak dokunmatik ekranlarla). Bu teknolojilerin işlevselliği her yıl artmakta, erişilebilirliği de yükselmekte, maliyetleri ise azalmaktadır. Ancak, engelli bireylerin genellikle dezavantajlı bir mali durumda olduğunu ve modern teknolojilere erişimlerinin sınırlı olabileceğini unutmamak gerekir (Allen ve diğerleri, 2017; Kaczmarek, 2021; Lang & McLay, 2023; Syriopoulou-Delli & Eleni, 2022).

Kültürlerarası İletişim İçin Öneriler:

- İletişim tarzınızı, hastanın ihtiyaçlarına ve tercihlerine göre uyarlayın. Kolay anlaşılabilir olması için basit dil, görsel yardımcılar ve somut örnekler kullanın.
- Güven oluşturmak ve hasta ile ilişkileri geliştirmek için zaman ayırın. Kendilerini ifade etmekte ve hedeflerini tartışmakta rahat hissettikleri, destekleyici ve yargılayıcı olmayan bir ortam yaratın.
- Hastanın ve yakınlarının, belirli bir fiziksel aktiviteyi yapmaya yönelik ilgi, motivasyon ve endişelerini anlamak için aktif dinleme pratiği yapın. Onların katılım konusundaki heyecanlarını ve isteklerini takdir edin.
- Hastanın belirli bir spor etkinliği için fiziksel yeterliliğini kapsamlı bir şekilde değerlendirin. Gerekirse, meslek terapistleri, özel eğitimciler, kardiyologlar veya diyetisyenler gibi diğer sağlık profesyonelleriyle danışmayı düşünün.
- Her aktivite için güvenlik önlemleri ve teknikleri hakkında net ve basit talimatlar verin. Yaralanmaları önlemek için güvenlik ipuçlarına uyulmasının önemini vurgulayın.
- Hastanın seçtiği disiplinde becerileri ve özgüveni kademeli olarak geliştirmesine olanak tanıyan yapılandırılmış ve aşamalı bir eğitim programı geliştirin. Görevleri takip edilmesi kolay adımlara bölün ve küçük başarıları bile takdir edin. Hedeflerine ulaşırken çaba, azim ve kararlılığı takdir edin.
- Spor merkezinde kapsayıcı ve destekleyici bir ortam oluşturun. Personeli ve diğer sporcuları, engelli bireyler için sabırlı, anlayışlı ve saygılı olmaya teşvik edin.
- Aile üyelerini veya sorumlu kişileri planlama ve destek sürecine dahil edin. Zihinsel engelli bireyler için fiziksel aktivitenin faydalarını ve zorluklarını anlamalarına yardımcı olacak rehberlik ve kaynaklar sağlayın.

12.7 Fiziksel Aktivite için Fırsatlar

Engelli bireyler için fiziksel aktivitenin sakıncalı olduğuna dair bir kanıt bulunmamaktadır. Diğer taraftan, fiziksel aktivitenin hem fiziksel hem de bilişsel engelli bireylerde kardiyorespiratuar uygunluk, kas gücü, fonksiyonel beceriler ve psikososyal iyilik hali üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Zihinsel engelli bireylerin ihtiyaçlarına yönelik toplumların artan farkındalığı ve açıklığı sayesinde, çeşitli spor dallarına katılarak keyif ve tatmin sağlama fırsatları sunulmaktadır. Bu disiplinlerin kuralları ve düzenlemeleri, engelli olmayan bireylerin uyguladığı disiplinlere dayalıdır veya engelli bireylerin ihtiyaçlarına göre uyarlanmıştır. Bazı durumlarda, uygun şekilde değiştirilmiş ve uyarlanmış ekipman şeklinde ek destek de gerekebilir.

Zihinsel engelli bireyler aşağıdaki gibi disiplinlerde tutkularının peşinden gidebilirler:

- Takım oyunları
- Yüzme
- Dans
- Judo
- Golf

- Tenis
- Powerlifting/Halter
- At biniciliği
- Atletizm
- Cross-country skiing/ Kayak
- Alpine/ Kayak
- Yelken
- Spor ve dağcılık
- Frizbi oyunları ve daha birçokları.

Özellikle özel fiziksel ve zihinsel eğilimlere sahip bireyler için tasarlanmış gibi görünen bir spor dalı, spor tırmanışı örneği verilebilir. Çeşitli engellilik biçimleri, zihinsel engel de dahil olmak üzere, bu etkinliği başarıyla uygulayabilen kişiler için, fiziksel uygunluk ve zihinsel sağlık alanında birçok fayda sağlamaktadır. Bu aktivite, Down sendromu, otizm spektrum bozukluğu, Asperger sendromu, serebral palsy, çeşitli kökenli nörolojik hastalıkları olan bireylerde terapi olarak da kullanılmaktadır. Zihinsel engelli bireyler için, birçok ülkede tırmanışın çeşitli unsurları yıllardır spor aktiviteleri ve rehabilitasyon kampları kapsamında kullanılmaktadır. Ayrıca spor yarışmaları düzenlenmekte, çeşitli spor topluluklarını birleştiren tırmanış etkinlikleri yapılmaktadır. Bu tür etkinliklere katılım, yalnızca genel fiziksel uygunluğu artırmakla kalmaz, aynı zamanda özsaygıyı ve özgüveni de artırır (Bibro & Żarów, 2021; Liu ve diğerleri, 2022).



Resim 11. Tırmanış dersleri katılımcıları, Tarnów Akademisi, Polonya

**Special
Olympics**



Özel Olimpiyatlar Misyonu

Dünyanın en büyük spor ve sosyal organizasyonu olan Özel Olimpiyatlar, zihinsel engelli bireyleri bir araya getiren bir kuruluştur. Hareketin başlangıçları, 20. yüzyılın 60'lı yıllarına dayanmaktadır; bu dönemde Başkan John Kennedy'nin kız kardeşi Eunice Kennedy Shriver, zihinsel engelli bireyler için uluslararası bir spor organizasyonu kurma fikrinin öncüsü olmuştur. Gençler için düzenlenen ilk yaz kampı, fiziksel aktivitenin ve çeşitli spor yarışmalarının zihinsel engelli bireylerin gelişimi için ne kadar önemli olduğunu göstermiştir. İlk Özel Olimpiyatlar Uluslararası Yaz Oyunları, 1968'de Chicago'da düzenlenmiş ve 1977'de Colorado'da, Özel Olimpiyatlar Dünya Kış Oyunları sırasında atletler ilk kez kış sporlarında yarışmıştır. Başlangıçta hareket Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da gelişmiştir, ancak şu anda tüm dünyada şubeleri ve temsilcileri bulunmaktadır. İlk baştan itibaren Oyunlar çok popüler olmuştur, ilk etkinlikte 1000 zihinsel engelli atlet katılmıştır. Son olarak, 2023 Özel Olimpiyatlar Dünya Oyunları, Almanya'nın Berlin şehrinde düzenlenmiş ve 6.500 atlet, 3.000 antrenör, destek personeli ve 9.000 gönüllü ile desteklenmiştir. Organizasyon, bireysel etkinliklerin toplamda 330.000 seyirci çektiğini tahmin etmektedir. O zamandan beri, giderek daha fazla dünya çapında etkinlik sistematik olarak düzenlenmektedir. Eunice Kennedy Shriver, zihinsel engelli bireyler için sporun gelişimine, zihinsel engellilik konusundaki kamu farkındalığının artmasına, bu alandaki bilginin artmasına ve engelli bireylerin haklarının artırılmasına kuşkusuz büyük katkılarda bulunmuş bir kişidir. Bu alandaki büyük katkıları takdir edilmiştir ve her yıl 22 Eylül'de, onun onuruna EKS Günü kutlanmaktadır.

Şu anda Özel Olimpiyatlar Hareketi:

- 177 ülkede 227 Ulusal Program
- 3,9 milyon oyuncu
- 7 Kıtasal Ofis, Washington D.C. Merkez
- 1 milyondan fazla aile üyesi
- 500 binden fazla gönüllü
- 300 binden fazla antrenör
- Yılda 20 binin üzerinde spor yarışması ve etkinlik
- 32 kış ve yaz sporu.

Özel Olimpiyatlar'ın misyonu, en az sekiz yaşındaki zihinsel engelli bireylere, Olimpiyat disiplinlerinde geniş bir yelpazede yıl boyunca eğitim ve spor yarışmaları sunmaktır. Özel Olimpiyatlar'ın faaliyetleri, zihinsel engelli bireyler için eğitim ve spor yarışmaları düzenlemeye odaklanmaktadır. Spor aracılığıyla oyuncular hem fiziksel hem de sosyal olarak gelişirler. Yeni beceriler öğrenirler, kendi engellerini aşarlar, daha cesur, açık fikirli ve özgüvenli hale gelirler. Sporun yanı sıra, zihinsel engelli bireylerin potansiyeli, becerileri ve ihtiyaçları hakkında kamu farkındalığını değiştirmek için de girişimler oluşturulmaktadır. "Genç Sporcular" programı, daha genç bireyler için ayrılmıştır. Bu program, 2-12 yaş arasındaki zihinsel engelli çocukların fiziksel

ve sosyal gelişimlerini destekler. Spor oyunları ve etkinliklerinin yanı sıra, basketbol, futbol, bisiklet ve yüzme gibi disiplinlere hazırlık içermektedir. Özel Olimpiyatlar'ın bir diğer programı ise "Birleştirilmiş Sporlar" programıdır. "Bu program, her iki gruptan, yani Özel Olimpiyatlar atletleri ile zihinsel olarak normal atletlerin (ortaklar olarak adlandırılır) eşit sayıda olacağı spor takımlarını oluşturur. Atletlerin ve ortakların yaşı ve kondisyon düzeyi, disipline göre detaylı olarak belirlenir." Programda uygulanan disiplinler arasında şunlar yer alır: basketbol, badminton, salon hokeyi, futbol, softbol, masa tenisi, hentbol, tenis ve voleybol. Ortak antrenmanlar ve yarışmalara katılım, fiziksel uygunluğun gelişmesini destekler, yeni deneyimler kazandırır ve yeni tanışıklıklar ve arkadaşlıklar kurmayı sağlar.

Özel Olimpiyatlar'ın benzersiz rehabilitasyon ve eğitim programlarından biri, Motor Aktivite Eğitim Programı (MATP)'dir. Bu program, fiziksel engeller nedeniyle, zihinsel engellerle birlikte yer alan ve Özel Olimpiyatlar'a ait spor etkinliklerine katılamayan, ya da yarışma ve spor kurallarını anlamakta ve bunlara uymakta zorluk yaşayan bireyler için ayrılmıştır. Örneğin, ağır zihinsel engeli olan kişiler bu program kapsamında yer alır.

MATP, Özel Olimpiyatlar'da uygulanan spor disiplinlerine atıfta bulunur. Resmi Özel Olimpiyatlar yarışmalarında, en düşük fiziksel uygunluğu olan bireyler için örnekler şunlardır: atletizmde – örneğin, top fırlatma, hareketsiz halden uzun atlama, 25 m'lik yürüyüş; yüzmede ise – 10 m'lik yürüyüşle yardım.

MATP programı, öncelikli olarak terapist ve sporcu arasındaki sistematik ve tutarlı çalışmanın faydalarına vurgu yapar. Spor disiplinlerinin aksine, bu programda katılımcılar arasında rekabet unsuru yoktur ve kurallara ve düzenlemelere sıkı sıkıya uyma zorunluluğu bulunmamaktadır.

Özel Olimpiyatlar sadece sportif faaliyetlerden ibaret değildir, aynı zamanda her seviyedeki yeteneklere sahip bireyler için davetkar sosyal ortamlar oluşturmakla da ilgilidir. Öğretmenlere, antrenörlere, gönüllülere, öğrencilere ve idari personele destek sağlayarak herkesin değerli ve hoş karşılandığı alanların yaratılmasına olanak tanır. Özel Olimpiyatlar, dünyadaki çeşitli girişimleri finansal olarak destekleyerek, kapsayıcı bir ortam oluşturan projelerin hayata geçmesini sağlar. Ayrıca, bu alanda bilimsel araştırmaları da desteklemektedir.

Kendi ülkenizdeki Özel Olimpiyatlar web sitesinde, bölgesel ofislerin adreslerini ve iletişim bilgilerini kolayca bulabilirsiniz. Ayrıca, bölgenizde uygulanan ve zihinsel engelli bireyler için ayrılmış programlar ve projeler hakkında bilgi alabilirsiniz (Özel Olimpiyatlar; Özel Olimpiyatlar).

12.8 Zihinsel Engelli Bireylerin Hukuki Durumu

Zihinsel engelli kişiler söz konusu olduğunda, onların yasal durumu sağlık ve fiziksel aktivite ile ilgili olanlar da dahil olmak üzere karar vermede ek bir role sahip olabilir. Zihinsel engelli yetişkinlerin yasal durumu genellikle karmaşıktır. Polonya medeni hukuku hükümlerine göre, her kişi 18 yaşına ulaştıktan sonra kendi kaderini bağımsız olarak yönetme yetisini kazanır. Bu nedenle, yapılacak testler, araştırmalar ve faaliyetlerle ilgili tüm kararlar doğrudan danışanla anlaşılmalıdır. Bununla birlikte, zihinsel engelli bazı yetişkinler durumu tam olarak anlamada zorluk çeker ve ayrıca iradelerini açık bir şekilde iletmede sorunları olabilir. Bu nedenle,

eylemlerinizde vasi/ebeveynin görüşlerini dikkate almaya değer. Çoğu zaman, bakıcılar/ebeveynler kişiyi en iyi tanıyan, onlarla en kolay iletişim kuran ve ihtiyaçlarını ve tercihlerini en iyi bilen kişilerdir. Onların yardımı hem muayene sırasında hem de iyileştirme sürecini planlamada çok önemli olabilir.

Pratiğimizde tamamen ehliyetsiz bir kişiyle de karşılaşabiliriz. Böyle bir karar, kendi işlerini yönetemeyen zihinsel engelli bir kişi söz konusu olduğunda mahkeme tarafından verilebilir. Ehliyetsizliğin temeli her zaman sadece ehliyetsiz hale getirilecek kişinin yararı olabilir ve kararının gerekçesi memurların ihtiyacı, aile, ekonomik durum veya belirli bir kişiyle iletişim kuramamak olamaz. Tam ehliyetsizlik kararının temel etkisi fiil ehliyetinin kaybıdır. Vasinin korunan kişinin yasal temsilcisi olarak yetkileri, ebeveyn otoritesini kullanan ebeveynlerin haklarına benzer ve tanı ve tedavi alanındaki tüm faaliyetlere onay vermeleri gereken onlardır. Ancak böyle bir durumda bile, her zaman öncelikle zihinsel engelli bir kişiyle iletişim kurmalısınız.

Polonya hukukuna göre, engelli bir yetişkin kendisi hakkında karar verme konusunda tam kapasiteye sahiptir. Ancak gerçekte, bu bireyler nadiren yaşar, çoğunlukla günlük aktivitelerini organize etmek için ebeveynlerine ve diğer aile üyelerine güvenir. Bu, spor aktivitesine katılmak için ebeveyn rızasına ihtiyaç duydukları anlamına gelir. Ebeveynler ve bakıcılar farklı tutumlar sergileyebilir. Aşırı korumacılıkları ve aşırı bakımları, ayrıca korunan kişinin yeteneklerine olan inançsızlıkları yoluyla, onların gelişimini sınırlayabilirler. Üstlendikleri faaliyetlere aktif olarak katılan destekleyici ebeveynler, çocuğun gelişim şanslarını artırarak bir teşvik ve arkadaşlık olacaktır. Şüphesiz, danışanınızın yakın çevresindeki kişilerle etkili iletişim ve işbirliği, herhangi bir spor veya terapötik programın planlanmasını ve uygulanmasını kolaylaştıracaktır.

Kaynaklar

- Allen, A. A., Schlosser, R. W., Brock, K. L., & Shane, H. C. (2017). The effectiveness of aided augmented input techniques for persons with developmental disabilities: a systematic review. *Augmentative and Alternative Communication*, 33(3), 149–159. <https://doi.org/10.1080/07434618.2017.1338752>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR®)*.
- Bac, A., Jankowicz-Szymańska, A., Liszka, H., & Wódka, K. (2022). *Diagnostics of the musculoskeletal system in physiotherapy. Volume 1. Edra Urban & Partner*
- Bibro, M. A., & Żarów, R. (2021). The Influence of Climbing Activities on Physical Fitness of People with Intellectual Disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*. 70(4), 530-539. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2021.1895085>
- Bohannon, R. W. (2006). Reference Values for the Five-Repetition Sit-to-Stand Test: A Descriptive Meta-Analysis of Data from Elders. *Perceptual and Motor Skills*, 103(1), 215–222. <https://doi.org/10.2466/pms.103.1.215-222>
- Bossink, L. W. M., Van der Putten, A. A. J., & Vlaskamp, C. (2020). Physical-activity support for people with intellectual disabilities: a theory-informed qualitative study exploring the direct support professionals' perspective. *Disability and Rehabilitation*, 42(25), 3614–3620. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1602851>
- Bossink, L. W. M., van der Putten, A. A., & Vlaskamp, C. (2017). Understanding low levels of physical activity in people with intellectual disabilities: A systematic review to identify barriers and facilitators. *Research in developmental disabilities*, 68, 95-110.. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.06.008>
- Cooper, S.-A., McLean, G., Guthrie, B., McConnachie, A., Mercer, S., Sullivan, F., & Morrison, J. (2015). Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: population-based cross-sectional analysis. *BMC Family Practice*, 16, 1-11.. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0329-3>
- Crowe, B., Machalicek, W., Wei, Q., Drew, C., & Ganz, J. (2022). Augmentative and Alternative Communication for Children with Intellectual and Developmental Disability: A Mega-Review of the Literature. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 34(1), 1–42. <https://doi.org/10.1007/s10882-021-09790-0>
- de Winter, C. F., van den Berge, A. P. J., Schoufour, J. D., Oppewal, A., & Evenhuis, H. M. (2016). A 3-year follow-up study on cardiovascular disease and mortality in older people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 53, 115-126. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.01.020>
- Duncan, P. W., Weiner, D. K., Chandler, J., & Studenski, S. (1990). Functional reach: a new clinical measure of balance. *The Journals of Gerontology*, 45(6), M192-197.
- García, J. C., Díez, E., Wojcik, D. Z., & Santamaría, M. (2020). Communication Support Needs in Adults with Intellectual Disabilities and Its Relation to Quality of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7370. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207370>
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2014). Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 35(4), 776-783. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.01.022>
- Howley, E. T., & Franks, B. D. (1997). *Health Fitness Instructor's Handbook*. Human Kinetics.
- Hsieh, K., Hilgenkamp, T., Murthy, S., Heller, T., & Rimmer, J. (2017). Low Levels of Physical Activity and Sedentary Behavior in Adults with Intellectual Disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1503. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121503>
- Jacinto, M., Vitorino, A. S., Palmeira, D., Antunes, R., Matos, R., Ferreira, J. P., & Bento, T. (2021). Perceived Barriers of Physical Activity Participation in Individuals with Intellectual Disability-A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, (Vol. 9, No. 11, p. 1521). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111521>
- Kaczmarek, B. (2021). *Makaton – a system supporting communication with gestures and images*. Impuls Publishing House.
- Kosmol, A., Molik, B., & Morgulec-Adamowicz, N. (2021). *Disabled sport for physiotherapists and occupational therapists*. PZWŁ

Lang, R., & McLay, L. (2023). Technological Innovations in the Education and Treatment of Persons with Intellectual and Developmental Disabilities. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 7(3), 311–313. <https://doi.org/10.1007/s41252-023-00349-y>

Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838), 219–229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)

Lee K, Cascella M, Marwaha R. Intellectual Disability. 2023 Jun 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. PMID: 31613434.

Liu, S., Gong, X., Li, H., & Li, Y. (2022). The Origin, Application and Mechanism of Therapeutic Climbing: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9696. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159696>

Ginis, K. A. M., van der Ploeg, H. P., Foster, C., Lai, B., McBride, C. B., Ng, K., ... & Heath, G. W. (2021). Participation of people living with disabilities in physical activity: a global perspective. *The Lancet*, 398(10298), 443–455. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01164-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01164-8)

Nasuti, G., Stuart-Hill, L., & Temple, V. A. (2013). The six-minute walk test for adults with intellectual disability: A study of validity and reliability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(1), 31–38. <https://doi.org/10.3109/13668250.2012.748885>

Special Olympics. (n.d.). <https://www.olimpiadyspecialne.pl/>.

Oppewal, A., & Hilgenkamp, T. I. M. (2020). Adding meaning to physical fitness test results in individuals with intellectual disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 42(10), 1406–1413. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1527399>

Przybysz-Zaremba, M. (2020). = Supporting communication of people with intellectual disabilities – overview of selected methods with background guidance.

Schalock, R. L., & wsp. (2010). *Intellectual Disability. Definition, Classification, and Systems of Supports* (11th ed.). AAIDD.

Skowronski, W., Horvat, M., Nocera, J., Roswal, G., & Croce, R. (2009). Eurofit special: European fitness battery score variation among individuals with intellectual disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26(1), 54–67.

Smith, M., Manduchi, B., Burke, É., Carroll, R., McCallion, P., & McCarron, M. (2020). Communication difficulties in adults with Intellectual Disability: Results from a national cross-sectional study. *Research in Developmental Disabilities*, 97, 103557. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103557>

Special Olympics. (n.d.). <https://www.specialolympics.org/>.

Springer, B. A., Marin, R., Cyhan, T., Roberts, H., & Gill, N. W. (2007). Normative values for the unipedal stance test with eyes open and closed. In *Journal of Geriatric Physical Therapy* (Vol. 30, Issue 1, pp. 8–15). [http://geriatrictoolkit.missouri.edu/balance/Normative Values for the Unipedal Stance Test Springer-JGPT.pdf](http://geriatrictoolkit.missouri.edu/balance/Normative%20Values%20for%20the%20Unipedal%20Stance%20Test%20Springer-JGPT.pdf)

Syriopoulou-Delli, C. K., & Eleni, G. (2022). Effectiveness of Different Types of Augmentative and Alternative Communication (AAC) in Improving Communication Skills and in Enhancing the Vocabulary of Children with ASD: a Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(4), 493–506. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00269-4>

Szopa, J., Mleczo, E., & Żak, S. (2000). *Basics of anthropomotorics*. Ed. Naukowe PWN.

van Timmeren, E. A., van der Schans, C. P., van der Putten, A. A. J., Krijnen, W. P., Steenbergen, H. A., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. M. J., & Waning, A. (2017). Physical health issues in adults with severe or profound intellectual and motor disabilities: a systematic review of cross-sectional studies. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(1), 30–49. <https://doi.org/10.1111/jir.12296>

Whitney, S. L., Wisley, D. M., Marchetti, G. F., Gee, M. A., Redfern, M. S., & Furman, J. M. (2005). Clinical Measurement of Sit-to-Stand Performance in People With Balance Disorders: Validity of Data for the Five-Times-Sit-to-Stand Test. *Physical Therapy*, 85(10), 1034–1045. <https://doi.org/10.1093/ptj/85.10.1034>

World Health Organisation. (2022). *International Classification of Diseases 11th Revision* .

World Health Organization. (2022). *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)* .