

Terapötik Rekreasyon İçin Geliştirilen Kavramsal Modeller 3

S. Sevil Uludağ Uyaniker¹

Özet

Bu bölümde, terapötik rekreasyon (TR) alanında kullanılan başlıca kavramsal modeller kuramsal temelleri, amaçları ve uygulama alanlarıyla birlikte ele alınmıştır. TR uygulamalarının bilimsel temele oturtulması, bütüncül ve kanıta dayalı bir yaklaşımla sürdürülmesi, kavramsal modellerin doğru biçimde anlaşılmasına bağlıdır. Bölümde; Serbest Zaman Becerisi Modeli, Sağlığın Korunması/Sağlığın Geliştirilmesi Modeli, TR Hizmet Sunumu ve TR Sonuçları Modelleri, Serbest Zaman ve İyi Oluş Modeli, Öz-Belirlenim ve Zevk Artırma Modeli, Yaşam Boyu Sağlığı En Üst Düzeye Çıkarma Modeli (OLH-TR) ve Serbest Zaman Yoluyla Gelişme Modeli kapsamlı biçimde açıklanmıştır. Bu modeller, bireylerin fiziksel, bilişsel, sosyal ve duygusal işlevselliklerini artırmayı; yaşam kalitesini, bağımsızlık düzeyini ve iyi oluşlarını desteklemeyi hedeflemektedir. Ayrıca bölümde, kanıta dayalı uygulamanın (KDU) terapötik rekreasyon süreçlerinde nasıl uygulanabileceğine ilişkin temel aşamalar ve Türkiye bağlamında TR eğitiminin geliştirilmesine yönelik gereklilikler tartışılmıştır. Bu çerçevede, TR modellerinin yalnızca klinik uygulamalara değil, aynı zamanda toplum temelli sağlık ve refah programlarının planlanmasına da yön verdiği vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Terapötik rekreasyon, kavramsal modeller, serbest zaman, iyi oluş, kanıta dayalı uygulama, sağlık geliştirme.

Giriş

Terapötik rekreasyonun (TR) uygulanmasına teorik temeller sunan çok sayıda kavramsal model geliştirilmiştir. Bu modeller, TR uygulamalarına temel oluşturduklarından dolayı bazen uygulama modelleri olarak da adlandırılmaktadır.

1 Dr. Öğr. Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi, Orcid Id: 0000-0003-4997-4861

Witman ve Ligon'a (2011) göre, Sertifikalı Terapötik Rekreasyon Uzmanları (STRU'lar) en sık Serbest Zaman Becerisi Modeli, Sağlığın Korunması/Sağlığın Geliştirilmesi Modeli, TR Hizmet Sunum Modeli ve Serbest Zaman ve İyi Oluş Modelini kullanmaktadır. Bu bölümde söz konusu modellerin yanı sıra diğer modellerin içeriği de özetlenmektedir.

Serbest Zaman Becerisi Modeli (Leisure Ability Model)

Serbest Zaman Becerisi Modeli, ilk olarak 1978 yılında Gunn ve Peterson tarafından ortaya konulmuştur. Bu model, ortaya konan ilk kavramsal model olmasının yanı sıra muhtemelen en çok bilinenidir. Yıllar içinde çeşitli revizyonlardan geçmiş olup, en güncel hali Stumbo ve Peterson'un 2009 yılında yayımlanan kitabında sunulmuştur. Model, rekreasyon ve serbest zamanın, kısıtlılıkları olan bireyler de dahil olmak üzere herkesin deneyimlemesi gereken zorunlu yaşantılar olduğunu ileri sürmektedir. Model kapsamında sunulan hizmetlerin amacı, danışanın "tatmin edici bir serbest zaman yaşam tarzı geliştirmesi, serbest zaman deneyimlerinde ve kendi seçtiği etkinliklerde bağımsız bir şekilde işlev görebilmesi"dir (Stumbo & Peterson, 2009).

Model üç bileşenden oluşmaktadır: işlevsel müdahale, serbest zaman eğitimi ve rekreasyona katılım. Bu bileşenler, bir uçta danışan odaklı terapi, diğer uçta ise özel rekreasyon programları olacak şekilde bir süreklilik üzerinde yer almaktadır.

İşlevsel müdahale bileşeni, esas olarak terapi veya rehabilitasyona yöneliktir ve danışanların serbest zamana katılım için gerekli temel işlevsel becerileri kazanmaları konusunda yardımcı olur.

Serbest zaman eğitimi bileşeni, etkinlik becerilerinin ve sosyal etkileşim becerilerinin geliştirilmesi ile serbest zaman danışmanlığına ilişkin konuları kapsar; danışanların serbest zaman farkındalığı edinmelerine ve serbest zaman kaynakları hakkında bilgi sahibi olmalarına destek olur.

Rekreasyona katılım bileşeni, engelli ya da hastalığı bulunan bireyler için rekreasyon programlarının sunulmasını kapsamaktadır.

TR'ye yönelik Serbest Zaman Becerisi Yaklaşımı, çok çeşitli danışanlara farklı ortamlarda sunulacak hizmetlerin geliştirilmesine ve uygulanmasına yön verir. Bu hizmet alanlarının her biri, farklı danışan ihtiyaçlarına dayanmaktadır ve kendine özgü amaçları, danışanlardan beklenen davranışları, uzmanların rolleri ve hedeflenen danışan çıktıları bulunmaktadır.

Model yalnızca TR hizmetlerinin sunumunda rol alan çeşitli kurumların himayesinde tasarlanıp uygulanabilecek hizmetleri temsil etmektedir.

Bağımsız serbest zaman katılımı ve yaşam tarzı ise bu modelin kapsamı dışında kalmaktadır.

TR hizmet sunumunun genel ve beklenen sonucu, danışanın kendi seçtiği serbest zaman deneyimlerinde ve etkinliklerinde bağımsız işlevselliğiyle şekillenen tatmin edici bir serbest zaman yaşam tarzıdır. Bu da kişinin genel yaşam kalitesi, iyilik hali ve yaşam doyumuna katkıda bulunan diğer psikolojik, fiziksel ve sosyal yararları **sağlayabilmektedir** (Stumbo ve Peterson, 2021).

Sağlığın Korunması / Sağlığın Geliştirilmesi Modeli (Health Protection/Health Promotion Model)

Austin (2011), 2011 yılında Sağlığın Korunması / Sağlığın Geliştirilmesi Modelini yeniden yapılandırmış ve bu süreçte pozitif psikolojinin kuramsal bakış açılarını da modele dâhil etmiştir. Model, kronik hastalıkları ve engelleri bulunan bireyler de dâhil olmak üzere tüm danışan yelpazesini kapsamaktadır. Modelin genel misyonu, bireylerin mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşmalarına yardımcı olmaktır. Bu misyon iki amaca sahiptir. İlk amaç sağlığın korunmasıdır. Bunun da iki boyutu vardır:

- Hastalık ya da engel sonrasında bireylerin denge durumuna dönmesine veya yeniden uyum sağlamasına yardımcı olarak sağlık tehditlerinin karşılanması.
- Kronik hastalıkları ve uzun süreli engelleri olan bireylerin koşullarıyla uyumlu baş etme stratejileri geliştirmelerine destek olmak ve mümkün olan en yüksek sağlık düzeyini sürdürmelerine katkı sağlamak.

İkinci amaç sağlığın geliştirilmesidir. Buradaki amaç, bireylerin ulaşabilecekleri en yüksek ya da en uygun sağlık ve iyi oluş düzeyine erişmelerine yardımcı olmaktır. Yüksek düzeyde iyi oluş (high-level wellness), bireyin fiziksel, psikolojik ve çevresel açıdan tam bir iyilik hâinden keyif almasını ifade etmektedir. Dolayısıyla, terapötik rekreasyon uzmanları (TRU) danışanların sağlığını korumalarına, yeniden kazanmalarına ve geliştirmelerine; ayrıca kronik durumlar ve engellerle uyumlu biçimde başa çıkmalarına yardımcı olurlar.

Sağlığı Koruma / Sağlığı Geliştirme Modeli kapsamında, danışanlar ihtiyaçlarına en uygun noktadan sürekliliğe (continuum) dahil olabilirler. Bu süreklilik boyunca üç geniş alan bulunmaktadır. İlk alan, dengeleyici eğilimin baskın olduğu yerdir. En uç durumda danışan, elverişsiz bir ortamda kötü sağlık koşulları yaşamaktadır ve TRU danışanı harekete geçirmeye yardımcı olmakla sorumludur. Bu süreçte TRU, danışanlara

doğrudan öğretim yapmaz; bunun yerine Flynn'in (1980) "rehberlik/işbirliği yaklaşımı" olarak adlandırdığı yöntemi benimser. Bu yaklaşımda, inisiyatif alma sorumluluğunu üstlenemeyen danışan, TRU'dan koçluk desteği alır. Bu yöntemin temelinde, danışanın TRU'ya güven duyması yatar; TRU, danışana önerilerde bulunur ve geçmişte haz ve ustalık kazandığı etkinliklere yeniden katılım sağlamasında danışana yardımcı olur (Stumbo ve Peterson, 2021).

Austin (2018) Sağlık Koruma/Sağlığı Geliştirme Modelinin bütüncül değerlendirme alanlarını şu şekilde sıralamaktadır:

- Danışanın mevcut sağlık durumu hakkındaki genel algısı.
- Duyusal veya motor bozukluklar, bilişsel yetersizlikler, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklar ve herhangi bir önlem gerektiren durumlar (örneğin kalp sorunları).
- Serbest zaman değerleri, ilgi alanları ve uğraşları incelenir; ayrıca danışanın Terapötik Rekreasyon (TR) programlarına katılıma yönelik tutumu değerlendirilir.
- Danışanın gelişim düzeyi değerlendirilerek, başa çıkmaya çalıştığı gelişimsel görevler veya sorunlar belirlenir.
- Danışanın ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla (örneğin ait olma ihtiyacı, özsaygıyı artırma ihtiyacı) problemler araştırılır ve bir ihtiyaç listesi oluşturulur.
- Güçlü yönler (örneğin beceriler, erdemler, aile ve arkadaş desteği) belirlenerek bir güçlü yönler listesi oluşturulur.
- Danışanın beklentileri ve hedefleri tanımlanır.
- Danışanın çevresi değerlendirilerek, çevrede bir değişiklik gerekip gerekmediği ya da danışana çevresel destek sağlanma potansiyeli olup olmadığı belirlenir.

Terapötik Rekreasyon Hizmet Sunumu ve Terapötik Rekreasyon Sonuçları Modelleri (Therapeutic Recreation Service Delivery and Therapeutic Recreation Outcome Models)

Terapötik Rekreasyon Hizmet Sunumu Modeli ve Terapötik Rekreasyon Çıktı Modeli, Glen Van Andel tarafından geliştirilmiş ve ilk kez Carter, Van Andel ve Robb'un 1995 tarihli kitabında ortaya konmuştur. Her iki modelin de amacı, danışanların sağlık, iyi oluş ve yaşam kalitesinde en uygun düzeye ulaşmalarına yardımcı olmaktır.

Terapötik Rekreasyon Hizmet Sunumu Modeli, tanı/ihtiyaç değerlendirmesiyle başlayan ve tedavi/rehabilitasyon, eğitim ve son olarak korunma/sağlığın geliştirilmesi aşamalarıyla devam eden bir süreklilik boyunca sunulan hizmetlerin kapsamını tanımlamaktadır.

İlk aşama olan tanı/ihtiyaç değerlendirmesi sürecinde, TRU danışanın yeteneklerini, güçlü yönlerini ve sınırlılıklarını değerlendirir.

Tedavi/rehabilitasyon aşamasında, hastalık ya da engelin etkilerini azaltmaya yönelik müdahaleler uygulanır.

Eğitim aşamasında, danışanın bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine odaklanılır; bu da sağlık ve iyi oluşun artmasına katkı sağlar.

Son aşama olan korunma/sağlığın geliştirilmesi, taburculuk sonrası sağlıklı yaşam alışkanlıklarının sürdürülmesini sağlayacak, yaşam biçimlerinin desteklenmesini ve pekiştirilmesini vurgular.

Terapötik Rekreasyon Çıktı Modeli, danışanın yaşam kalitesi ile sağlık durumu ve işlevsel yeterlilikleri arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Belirtilerin azalması, sağlığın iyileşmesi ve işlevsel kapasitenin artmasıyla birlikte danışanın yaşam kalitesi yükselir. Model, yaşam kalitesini oluşturan altı alanı tanımaktadır: bilişsel, psikolojik, fiziksel, ruhsal, sosyal ve serbest zaman. Bu alanların herhangi birinde ya da tümünde işlevsel becerilerin gelişmesi, danışanın yaşam kalitesinde iyileşmeye katkı sağlayabilmektedir (Carter & Van Andel, 2011; Carter, Van Andel, & Robb, 1995, 2003).

Serbest Zaman ve İyi Oluş Modeli (Leisure and Well-Being Model)

Carruthers ve Hood (2007) tarafından geliştirilen Serbest Zaman ve İyi Oluş Modeli (LWM), büyük ölçüde pozitif psikolojiye dayanmaktadır. LWM'nin temel varsayımları, danışanın yalnızca sınırlılıklarına değil, güçlü yönlerine odaklanmanın önemi; anlamlı bir yaşam yaratmada olumlu duyguların rolü ve serbest zaman deneyimlerinin bu duyguları yaratmada ve kaynak oluşturmada oynadığı kilit roldür (Hood ve Carruthers, 2007). Yazarlar, modellerinin amacını şu şekilde ifade etmişlerdir: “Kişinin yaşamıyla başarılı, tatmin edici ve üretken bir etkileşim içinde olması ve fiziksel, bilişsel ve sosyal-duygusal potansiyelinin tamamını gerçekleştirmesi”.

Serbest zaman deneyimi ve danışanların engelliliğe verdikleri tepkiler, Serbest Zaman ve İyi Oluş Modelinin temel özellikleridir. Model, uygulayıcının serbest zaman deneyimine ilişkin kuramsal ve ampirik bilgiyi kavramasına dayanır. Modelin yazarları, bu bilginin “TR'nin, engellilik ve diğer sınırlayıcı koşullara uyum sağlama ve adapte olma konusunda güçlük

yaşayan bireylerle etkili bir şekilde çalışabilmesi için gerekli dili ve teknikleri sağladığını” belirtmişlerdir (Carruthers & Hood, 2007).

Model kapsamında sunulan hizmetlerin odak noktasını, iyi oluşun iki boyutu oluşturmaktadır. Bunlar: olumlu duyguların kullanımı ve danışanın güçlü yönleri ile kaynaklarının geliştirilmesidir. Danışanın güçlü yönlerinin ve kaynaklarının geliştirilmesine verilen önem, yazarların şu ifadelerinde açıkça görülmektedir: Modelleri, “hem bireysel kapasitenin geliştirilmesine hem de bireyin dışında yer alan bağlam ve kaynakların geliştirilmesine odaklanarak, TR’nin danışanların yaşamlarındaki rolüne daha ekolojik bir bakış açısı getirmektedir”.

Carruthers ve Hood (2007), yüksek düzeyde iyi oluşa sahip bireylerin düzenli olarak olumlu duygular deneyimlediklerini ve yaşamlarında nasıl kullanacaklarını bildikleri güçlü yönler ile kaynaklara sahip olduklarını ifade etmektedir.

Öz-Belirlenim ve Zevk Artırma Modeli. (Self-Determination and Enjoyment Enhancement Model.)

Öz-Belirlenim ve Zevk Artırma Modeli Dattilo, Kleiber ve Williams (1998) tarafından geliştirilmiştir. Bu modelin amacı, öz-belirlenim ve zevkin artırılması yoluyla engelli danışanların işlevsel kapasitelerini geliştirmelerine yardımcı olmaktır. Modelin temel varsayımı, engelli bireylerin genellikle öz-belirlenimlerini geliştirme ve kullanma fırsatlarına sahip olmadıkları, yaşamları üzerinde kontrol sahibi olma gereksinimi duydukları ve öz-belirlenimin zevk aracılığıyla kolaylaştırıldığıdır.

Bu modelin bileşenleri; öz-belirleme, içsel motivasyon, yönetilebilir zorluk algısı, dikkat yatırımı, haz (zevk) ve işlevsel gelişmeleri içermektedir.

Öz-Belirleme (Self-Determination): Öz-belirleme, kişinin hayatında **temel** nedensel etken olarak hareket etmesini ve dış etki ya da müdahaleden bağımsız olarak seçimler yapmasını ve kararlar almasını içerir. Deci (1980), öz-belirlemenin özerklik, seçenekleri seçme esnekliği ve yeteneği ile yalnızca bir seçeneğin mevcut olduğu durumlara uyum sağlama becerisini içerdiğini ileri sürmüştür.

“Özerk olduklarında, insanlar yaptıkları şeyi tamamen isteyerek yaparlar ve faaliyeti ilgi ve bağlılık duygusuyla benimserler” (Deci, 1995). Wehmeyer vd. (1996,1998) Deci’nin (1980, 1995) geliştirdiği öz-belirleme teorisini engelli bireylere uygulamışlardır.

İçsel Motivasyon (Intrinsic Motivation): Deci ve Ryan (1985), öz-belirlemenin hem içsel motivasyonu yönlendirdiğini hem de içsel motivasyon

tarafından yönlendirildiğini belirtmişlerdir. İçsel olarak motive edilmiş etkinlikler, davranışı harekete geçirir ve öz-belirleme duygularının oluşmasına yol açar. İlgi, heyecan ve rahatlama gibi duygular, uyarılma düzeyini optimum seviyeye getirerek etkinlikleri pekiştirir. Bu deneyimler genellikle serbest zaman ve rekreasyonla ilişkilendirilir ve Terapötik Rekreasyon (TR) müdahalelerinin hedefleri arasında yer alır.

Yönetilebilir Zorluk Algısı (Perception of Manageable Challenge): Katılımcıların yoğun katılım ya da tamamen bir etkinliğe dalma durumunu tanımlamak için sıkça kullandıkları kelime “akış”tır (Csikszentmihalyi, 1990). Bu kelimenin ima ettiği hareket duygusu, bir etkinliğin sunduğu zorluklar etrafında eylem ile farkındalığın birleşmesi ve kişinin bu zorlukların üstesinden gelebilme becerisini pekiştiren geri bildirimle ortaya çıkar.

“Akış, genellikle bir kişinin becerilerinin, tam anlamıyla yönetilebilir düzeydeki bir zorluğun üstesinden gelmek için tamamen devreye girdiği durumlarda ortaya çıkar” (Csikszentmihalyi, 1997).

Dikkat Yatırımı (Investment of Attention): Csikszentmihalyi’ye (1997) göre, hedefler net olduğunda, geri bildirim anlamlı olduğunda ve zorluk ile beceriler dengede olduğunda dikkat düzenli hâle gelir ve tamamen odaklanır. Csikszentmihalyi ve diğer araştırmacıların çalışmalarından, dikkat yatırımı sürecinin yoğunlaşma, çaba ve kontrol duygusunu içerdiği açıkça anlaşılmaktadır. Eğer dikkat ve derin katılım sağlanacaksa, bu faktörler hem uygulayıcılar (kolaylaştırıcılar) hem de bireylerin kendileri tarafından anlaşılmalı ve yönetilmelidir.

Zevk (Enjoyment): Zevk, kişinin dikkatini içsel olarak motive edici eylem kalıplarına yatırmaktan kaynaklanan bir deneyimdir. Etkinlik, kendi başına o kadar ilgi çekici olabilir ki kişi tamamen etkinliğe dalar, kendilik bilincini ve zaman farkındalığını yitirir. Zevk; yoğunlaşma, çaba, kontrol ve yeterlilik duygusuyla uyumludur.

İşlevsel Gelişmeler (Functional Improvements): Zevk, Terapötik Rekreasyon (TR) hizmetlerinin değerli bir hedefi olsa da, fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel işlevlerle ilgili gelişmeler de aynı derecede önemlidir. Katılımcılar bağımsız olarak zevke erişebildiğinde ve zevki destekleyen ortamlar oluşturduğunda, bu durumun işlevsel gelişmelere yol açması beklenir. Massimini, Csikszentmihalyi ve Delle Fave (1988), zevkin insanları mevcut yeteneklerinin ötesine geçmeye motive ettiğini ve bu şekilde işlevsel gelişimlerine katkı sağladığını belirtmişlerdir.

Wehmeyer, Agran ve Hughes (1998), çok fazla sayıda engelli bireyin öz-belirleme becerilerini öğrenme ve kullanma fırsatına sahip olmadığını

belirtmiş ve Halloran (1993) ile aynı doğrultuda, engelli bireylerin yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmalarını sağlama konusunda kritik bir ihtiyaç olduğunu ifade etmişlerdir (Dattilo, Kleiber ve Williams, 1998).

Terapötik Rekreasyon Yoluyla Yaşam Boyu Sağlığı En Üst Düzeye Çıkarma Modeli (OLH-TR). (Optimizing Lifelong Health Through Therapeutic Recreation Model (OLH-TR).)

OLH-TR Modeli, Wilhite, Keller ve Caldwell (1999) tarafından geliştirilmiştir. Modelin amacı, yaşam boyu sağlık ve iyi oluşu geliştirmek ve hastalık ile engelin etkilerini en aza indirmektir. Bu modelde ulaşılmak istenen hedef, bireylerin ihtiyaçlarını karşılayan, iyi seçilmiş serbest zaman etkinliklerini içeren sağlıklı bir serbest zaman yaşam tarzı ile optimal sağlığa ulaşmaktır.

OLH-TR Modeli'nin temel bileşenleri dört süreçten oluşmaktadır: seçme, en iyileştirme, telafi etme ve değerlendirme.

Seçme, danışan ve terapötik rekreasyon uzmanının danışanın ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik etkinlikleri seçmesini ifade eder. En iyileştirme, danışanın seçilen etkinliklere katılımını içerir. Telafi etme, bozulmuş yetenekleri dengelemek amacıyla alternatif etkinliklerin kullanılmasını kapsar. Değerlendirme ise, seçilen etkinliklerin danışanın ihtiyaçlarını karşılama konusundaki etkililiğinin ölçülmesini içerir.

OLH-TR modelinin en önemli gücü, değişim felsefesine dayanan temelidir: sağlık odağında değişim, insan hizmetlerinde değişim ve yaşam süreci perspektifinde değişim. Model, günümüz kamu politikası girişimleriyle uyumludur. Siyasi olarak doğru terminoloji, ilerici stratejiler ve ileriye dönük sonuçlarla tamamlanmış modern tasarımı, terapötik rekreasyon mesleğinin diğer sağlık disiplinleri tarafından gölgede bırakılmadan liderlik rolünü sürdürmesini sağlamak için uygulayıcıya önemli araçlar sunar (Coyle vd., 1998).

Ancak her modelin güçlü yanları olduğu gibi zayıf yanları da bulunmaktadır. Model kavramsal olarak Baltes ve Baltes'in (1990) insan yaşlanması/uyum gelişim teorisine dayanmasına rağmen, yazarlar okuyucuya bu teori hakkında kapsamlı bilgi sunmamışlardır. Ayrıca, yazarlar okuyucuya sağlığın artırılmasında serbest zamanın rolü konusunda iyi bir teorik temel de sunmamışlardır. Sağlıklı bir serbest zaman yaşam tarzının değerine daha fazla vurgu yapılması gerekmektedir. Terapötik rekreasyon mesleği, sağlıklı bir serbest zaman yaşam tarzı ile artmış yaşam kalitesi arasındaki bağı açıkça gösterebilmelidir.

Ayrıca modelde, sağlık ya da sağlıklı serbest zaman yaşam tarzı kavramlarının içeriği açıklığa kavuşturulmamıştır. Bu durumda TR hizmetlerinden kimlerin yararlanması gerektiği belirlenemez. Başka bir ifadeyle, bu kavramların anlamına ilişkin ortak bir anlayış ve uzlaşma sağlanmadıkça TR'nin hedefleri muğlak kalacak, hangi yöntem ve uygulamaların tercih edileceği belirsizleşecek ve TR'nin etkileri nesnel olarak değerlendirilemeyecektir. Ayrıca, TR hizmet sunumunun etik ve değer temelli boyutları da büyük ölçüde göz ardı edilmiş olacaktır (Freysinger, 1999).

Serbest Zaman Yoluyla Gelişme Modeli (The Flourishing Through Leisure Model.)

Anderson ve Heyne'nin (2012) geliştirdiği Serbest Zaman Yoluyla Gelişme Modeli, TR alanında kullanılan en yeni kavramsal modeldir. Bu model, Serbest Zaman ve İyi Oluş Modelini ekolojik bir bakış açısıyla genişleterek, bireye odaklanan yaklaşımların yanı sıra çevresel yaklaşımları da eşit şekilde katılıma dâhil etmektedir. Bu model, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması'nda (ICF) (WHO, 2003) önerdiği biçimiyle sosyal ya da ekolojik engellilik modeline dayanmaktadır. ICF, TRU'lar da dahil olmak üzere profesyonellere, bireyin sağlık durumuna yönelik değişimlerin yanı sıra çevresel değişimlere de eşit düzeyde odaklanmaları için açık bir temel sunmaktadır.

Serbest Zaman ve İyi Oluş Modeli gibi, Serbest Zaman Yoluyla Gelişme Modeli de engelli bireylerin serbest zaman deneyimlerini zenginleştirmelerine ve güçlü yönlerini geliştirmelerine yardımcı olmayı hedeflemektedir. Ancak Anderson ve Heyne'nin (2012) modeli, yalnızca bireylerin gelişimini desteklemekle kalmaz; aynı zamanda danışanların ulaşmak istedikleri hedeflere yönelik çabalarını destekleyecek şekilde, çevrenin değiştirilmesini de içerir.

Bireylerin serbest zaman becerileri ve bilgilerini geliştirmeleri ile çevresel düzenlemelerin bir araya gelmesinin, danışanların iyi oluş düzeylerinde artış sağlayacağı düşünülmektedir. Anderson ve Heyne'ye (2012) göre bu modelin amacı, danışanların “zenginleştirilmiş ortamlarda birçok alanda gelişen bir yaşam ve iyi oluş düzeyine” ulaşmalarına yardımcı olmaktır (Austin, 2018). İyi oluş amacıyla serbest zaman katılımı, terapötik rekreasyon mesleğinin özünü oluşturmaktadır. Terapötik rekreasyonda kullanılan bu model serbest zamanın başlı başına bir güçlü yön olduğu ve diğer güçlü yönlerin geliştirilmesi için bir bağlam sağladığı varsayımına dayanmaktadır.

Serbest Zaman Yoluyla Gelişme Modeli, bir TRU'nun ne yaptığına ve

katılımcının hizmetlerden ne tür çıktılar elde ettiğine açıklık getirir. Terapötik süreç, güçlü yönler yaklaşımının temel unsuru olarak, katılımcının kendi hedefleri, hayalleri ve arzuları tarafından yönlendirilir.

Katılımcının serbest zaman deneyimini geliştirmek için terapötik rekreasyon uzmanı (TRU), bireyin çeşitli serbest zaman becerilerini ve bilgilerini geliştirmesine ve bunları kolaylaştırmasına aracılık eder. Katılımcıların serbest zaman deneyimleri geliştikçe, diğer güçlü yönleri ve kaynakları da gelişmektedir. Keyifli bir koşu etkinliğine katılım, bir kişinin fiziksel uygunluğunu artırabilir (fiziksel alan), yeni insanlarla tanışmasına olanak sağlayabilir (sosyal alan) ve hayırsever bir kuruluşa katkı yapmasına imkân verebilir (ruhsal alan) (Anderson ve Heyne, 2016).

Terapötik Rekreasyonda Kullanılan Kavramsal Modeller Hakkında Ek Bilgiler

TR kavramsal modellerine yönelik tarafsız eleştiriler Bullock ve Mahon (2017), Carter ve Van Andel (2011), Kunstler ve Stavola Daly (2010) ve Porter'ın (2016) ders kitaplarında bulunmaktadır. Jennings ve Guerin (2014) de TR için seçilmiş kavramsal modellerde yer alan temel unsurları incelemiştir.

Terapötik rekreasyonda (TR) kanıta dayalı uygulamaya (KDU) yönelik çağrılar, danışan sonuçlarını iyileştirmek, profesyoneller arasında tutarlılığı ve iletişimi sağlamak, danışan değerlendirmeleri için protokoller ve kriterler oluşturmak ve terapötik rekreasyon uzmanlarının (TRU'ların) araştırma kapasitesini artırmak amacıyla tekrarlanmaktadır (Steffen ve Reid, 2017).

Klinik uygulamada hangi kavramsal modelin izlendiğinden bağımsız olarak, uygulayıcıların kanıta dayalı uygulamaya (KDU) yönelmeleri kritik öneme sahiptir.

Nedir Bu Kanıta Dayalı Uygulama?

Kanıta dayalı uygulama (KDU), birçok sağlık disiplini içerisinde giderek daha fazla yaygınlaşmaktadır. Bunun temel özelliklerinden biri, sağlam bilimsel kanıtlar, klinik uzmanlık ve bireysel hasta ihtiyaçları ile tercihleri arasındaki iş birliğine dayanmasıdır (McKibbin, 1998). Kanıta Dayalı Uygulama (KDU), terapötik rekreasyon uzmanlarının danışanlara bakım sunarken uygun ve etkili klinik kararlar vermelerine yardımcı olan bir problem çözme yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, mevcut en iyi kanıtların bilinçli bir şekilde kullanılmasını, terapistin uzmanlığı ve deneyimleri ile danışanın tercihleri ve değerleriyle bütünleştirir.

Potter, Perry, Stockert ve Hall (2013), KDU'yu şu şekilde tanımlamaktadır: “Klinik uygulamaya yönelik, hasta bakımına ilişkin kararlar verirken en iyi kanıtların bilinçli kullanımını, klinisyenin uzmanlığını ve hasta tercihleri ile değerlerini bir araya getiren problem çözme yaklaşımıdır”. Dolayısıyla KDU, uygulayıcıların kendi klinik uzmanlıklarını ve danışan tercihlerini dikkate alarak, klinik uygulamalarını mevcut en iyi kanıtlara dayandırdıkları bir süreçtir.

Corey (2017), KDU'nın üç temel dayanağını şu şekilde önermektedir:

- Mevcut en iyi kanıtların incelenmesi,
- Klinik uzmanlığa güvenilmesi,
- Danışanın özellikleri, kültürü ve tercihlerinin dikkate alınması.

Bhargava ve Bhargava'nın (2007) ifade ettiği gibi klinik kararlar alabilmek için üç bileşenin birlikte olması gerekir. Bu bileşenler ise kanıt, deneyim ve beklentilerdir.

Dolayısıyla, KDU terapötik rekreasyon uzmanlarını geleneksel yaklaşımlardan (“Bunu her zaman böyle yaptık, bu yüzden böyle yapıyoruz”) kanıta dayalı yaklaşımlara (“Bunu bu şekilde yapıyoruz çünkü en güncel kanıtlar bunun en doğru yol olduğunu gösteriyor”) yönlendirir. Mevcut en iyi araştırmaları ve iyi tasarlanmış diğer kanıt türlerini kullanmak, terapötik rekreasyon uzmanlarının klinik uzmanlık ve deneyimlerini kullanmalarını ortadan kaldırmaz. KDU ayrıca danışanı karar alma sürecinden çıkarmaz. Bununla birlikte, TRUların uzmanlığı ve deneyimi ile danışanın tercihleri, mevcut en iyi klinik kanıtlar bağlamında dikkate alınır.

Mevcut en iyi kanıtlar olsa bile, TRUlar, müdahaleleri uygulamak için gerekli uzmanlığa ve deneyime sahip olup olmadıklarını değerlendirmelidir; özellikle de müdahaleler, danışanlarının ait olduğu grup üzerinde etkili olduğu kanıtlanmışsa bu daha da önemlidir (örneğin, terapist gençlerle araştırma çalışmaları yürütmüş olabilir, ancak TRU'nun bakım sunduğu yaşlı danışanlarla çalışmamış olabilir). Ayrıca, danışanın ihtiyaçlarıyla doğrudan ilişkili kanıtlar mevcut olsa ve TRU müdahaleyi uygulama konusunda gerekli uzmanlığa ve deneyime sahip olsa bile, klinik kararlar alınırken danışanın tercihleri gözletilmelidir. KDU'nın üç yönü —kanıt, uzmanlık ve deneyim, danışanın tercihleri— bir arada bulunmadığında, TRU alternatif bir kanıta dayalı müdahale aramak zorunda kalacaktır.

Terapötik Rekreasyonda Kanıta Dayalı Uygulamanın Aşamaları

Terapötik rekreasyonda etkili bir KDU yapabilmek zaman ve enerji

gerektirmektedir ve beş aşamalı bir süreçten oluşmaktadır (Brown,1999; Rosenberg ve Donald,1995; Lee ve McCormick, 2002).

Klinik soruların formüle edilmesi: İlk adım, danışan sorunuyla ilgili klinik soruların belirlenmesidir. Örnek olarak, “Bu tür danışanlarda hangi müdahaleler en iyi sonucu verir?” sorusu verilebilir.

Kanıtı dayalı kaynakların araştırılması: **Güncel ders kitapları, mesleki dergiler ve MEDLINE ile PsycINFO** gibi veritabanları potansiyel kaynaklardır. Ek olarak, CINAHL (Hemşirelik ve Yardımcı Sağlık Alanları için Kümülatif İndeks), genel bir hemşirelik veritabanı; Ovid, sağlık bilimleri veritabanları koleksiyonunu içeren bir veritabanı; ve REHABDATA, Ulusal Rehabilitasyon Bilgi Merkezi tarafından sağlanan engellilik ve rehabilitasyon odaklı bir kütüphane ve bilgi merkezi veritabanlarıdır. Sistematiik araştırma derlemeleri için en iyi kaynaklardan biri Cochrane Library’dir (<http://www.cochrane.org/>). Campbell Collaboration (<https://campbellcollaboration.org/>), müdahalelerin etkilerine dair sistematiik derlemeler sunmaktadır (Craig & Smyth, 2007; Larrabee, 2009; Law & MacDermid, 2008).

Kanıtların değerlendirilmesi: Bu aşamada, uygulayıcının araştırmayı eleştirel bir şekilde tüketme becerisine sahip olması gerekir.

Araştırma bulgularının veya diğer kanıtların uygulamaya geçirilmesi: Burada uygulayıcı, klinik yargısını kullanmalı ve danışanın tercihlerini dikkate almalıdır.

Müdahalenin etkisinin değerlendirilmesi: Son adımda temel soru şudur: Müdahale işe yaradı mı?

Bireysel TR uygulayıcısı, KDU’yu uygulamak için bu beş aşamalı süreci uygulayacak becerileri geliştirmelidir. Adımların taslak hâli Tablo 1’de sunulmuştur.

KDU günümüzde sağlık hizmetlerinin kabul görmüş ve faydalı bir parçası haline gelmiştir. Bununla birlikte, KDU’yu uygulayan terapötik rekreasyon uzmanlarının şunları göz önünde bulundurarak çalışmalarını gerekmektedir (Austin, 2018):

- a) Hala yararlanılabilecek araştırma kanıtlarının eksikliği vardır,
- b) Bireysel danışanların benzersiz özellikleri dikkate alınmalıdır,
- c) “En iyi” kanıtın ne olduğu konusunda daha geniş bir bakış açısı benimsenmelidir.

Tablo 1. KDU'nun 5 adımı

1. Adım:	Sorunu klinik bir soru olarak ifade et • Sağlıkla ilgili problemi açık ve odaklı bir klinik soru haline getir.
2. Adım:	Kanıtı dayalı kaynakları bul – kanıtı elde et • Spesifik soruyu yanıtlayabilecek araştırma ve literatür kaynaklarını araştır.
3. Adım:	Kritik değerlendirme yap – kanıtı geçerlilik açısından incele • Elde edilen kanıtın kalitesini, güvenilirliğini ve danışanın bakımına uygulanabilirliğini değerlendir.
4. Adım:	Kanıtı uygula • Terapötik rekreasyon uzmanlarının deneyimlerini ve danışanın tercihlerini dikkate alarak kanıtı uygulamaya geçir.
5. Adım:	Kanıtı ve uygulamasını değerlendir • Müdahale işe yaradı mı? • Hangi alanlarda iyileştirme yapılabilir?

Ayrıca, TRUların bilgisi, deneyimi ve sezgisinin değerli olduğunu ve kendilerine iyi hizmet edebileceğini kabul ederek çalışmalarına devam etmeleri önemlidir. Bununla birlikte, terapistlerin sahip olduğu uzmanlık, araştırmalarda veya diğer geçerli kaynaklarda sunulan sağlam kanıtların önüne geçmemelidir. Son olarak, TRUlar, KDU'yu uygularken danışanların değerlerine ve tercihlerine saygı göstermeli ve onları dikkate almalıdır.

KDU, TRU mesleğine uygulamalarını aydınlatma ve birçok TRU'nun işlerine bakış açısını ve yaklaşımını değiştirme fırsatı sunmaktadır. KDU'nun benimsenmesinin önemi, Dearholt ve Dang'ın (2012) şu sözlerinde vurgulanmıştır:

“Eleştirel düşünme ve sürekli öğrenme kültürü, kanıtların klinik ve idari kararları desteklediği, en iyi sonuçları sağlamak, bakımda uygunsuz farklılıkları azaltmak ve hasta ile personel memnuniyetini artırmak için kanıtı kullanan bir ortam yaratır.”

KDU'yu benimsemenin daha doğrudan bir gerekçesi ise Law ve MacDermid (2008) tarafından şu şekilde ifade edilmiştir:

“KDU için gerekçe basittir. Eğer uygulamada daha iyi bir yol varsa, terapistler bunu bulmalıdır.”

TR mesleğinin uzun süreli liderlerinden Sandra Negley (2013), üniversitelerin ve uygulayıcıların KDU’yu geliştirme sorumluluğunu şöyle dile getirmiştir:

“Terapötik rekreasyon uzmanlarının, kanıta dayalı terapötik rekreasyon hizmetleri sunabilmek için yapacak çok işi vardır. TR eğitim programları, uygulayıcılar ve Amerikan Terapötik Rekreasyon Derneği (ATRA), öğrencilerin KDU hakkında temel anlayışa sahip olarak uygulamaya başlayabilmelerini ve kanıta dayalı hizmet sunabilme becerilerini kazanmalarını sağlamakla sorumludur”.

Türkiye bağlamında da terapötik rekreasyon eğitiminin geliştirilmesi büyük bir önem taşımaktadır. Toplumun farklı kesimlerinde dezavantajlı grupların yaşam kalitesini artıracak, psikososyal iyilik halini destekleyecek ve katılımcılara işlevsel beceriler kazandıracak programların yaygınlaşması, ancak nitelikli eğitim almış uzmanlarla mümkündür. Bu nedenle üniversitelerde terapötik rekreasyon alanına yönelik kapsamlı ve çağdaş eğitim programlarının oluşturulması, hem mesleğin kurumsallaşmasına hem de Türkiye’de bireylerin sağlıklı ve dengeli bir yaşam sürmelerine önemli katkılar sağlayacaktır.

Kaynakça

- Anderson, L. S., & Heyne, L. A. (2012). Flourishing Through Leisure: An ecological extension of the Leisure and Well-Being Model in therapeutic recreation strengths-based practice. *Therapeutic Recreation Journal*, 46, 129–152.
- Anderson, L. S., & Heyne, L. A. (2016). Flourishing through leisure and the upward spiral theory of lifestyle change. *Therapeutic Recreation Journal*, 50(2), 118.
- Austin, D. R. (2011). Reformulation of the Health Protection/Health Promotion Model. *American Journal of Recreation Therapy*, 10(3), 19–26.
- Austin, D.R. (2018). *Therapeutic Recreation Processes and Techniques: Evidence-Based Recreational Therapy* (8th ed.). Sagamore-Venture Publishing
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.) *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, (pp. 1-34) New York: Cambridge University Press
- Bhargava, K., & Bhargava, D. (2007). Evidence based health care: A scientific approach to health care. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 7, 105–107.
- Brown, S. J. (1999). Knowledge for health care practice: A guide to using research evidence. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Bullock, C. C., & Mahon, M. J. (2017). *Introduction of recreation services for people with disabilities* (4th ed.). Urbana, IL: Sagamore-Venture.
- Carter, M. J., & Van Andel, G. E. (2011). Therapeutic recreation: A practical approach (4th ed.). Prospect Heights, IL: Waveland.
- Carruthers, C., & Hood, C. D. (2007). Building a life of meaning through therapeutic recreation: The Leisure and Well-Being Model, part I. *Therapeutic Recreation Journal*, 41(4), 276–297.
- Carter, M. J., & Van Andel, G. E. (2011). Therapeutic recreation: A practical approach (4th ed.). Prospect Heights, IL: Waveland.
- Carter, M. J., Van Andel, G. E., & Robb, G. M. (1995). Therapeutic recreation: A practical approach (3rd ed.). Prospect Heights, IL: Waveland.
- Carter, M. J., Van Andel, G. E., & Robb, G. M. (2003). *Therapeutic recreation: A practical approach* (3rd ed.). Prospect Heights, IL: Waveland.
- Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2007). The evidence-based practice manual for nurses (2nd ed.). Philadelphia, PA: Churchill Livingstone Elsevier.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.

- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. New York: Harper Collins
- Corey, G. (2017). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (10th ed.). Boston, MA: Cengage Learning.
- Coyle, C, Boyd, R., Kinney, W., & Shank, J. (1998). The changing nature of therapeutic recreation: Maintaining consistency in the face of change. *Parks & Recreation*, 33(5), 57-63
- Dattilo, J., Kleiber, D. A., & Williams, R. (1998). Self-determination and enjoyment enhancement: A psychologically based service delivery model for therapeutic recreation. *Therapeutic Recreation Journal*, 32, 258–271.
- Deci, E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Deci, E. L. (1995). *Why we do what we do: Understanding self-motivation*. New York: Penguin Books
- Deci, E. L., & Ryan, W. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press
- Flynn, P. A. R. (1980). *Holistic health*. Bowie, MD: Robert J. Brady Co.
- Freysinger, V. J. (1999). A critique of the” Optimizing Lifelong Health through Therapeutic Recreation”(OLH-TR) model. *Therapeutic Recreation Journal*, 33, 109-115.
- Gunn, S. L., & Peterson, C. A. (1978). *Therapeutic recreation program design*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Hood, C. D., & Carruthers, C. P. (2007). Enhancing leisure experience and developing resources: The leisure and well-being model part II. *Therapeutic Recreation Journal*, 41(4), 298.
- Jennings, C. L., & Guerin, S. (2014). Therapeutic recreation models of practice. *Therapeutic Recreation Journal*, 48, 303–319.
- Kunstler, R., & Stavola Daly, F. (2010). *Therapeutic recreation leadership and programming*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Larrabee, J. H. (2009). *Nurse to nurse evidence-based practice*. New York, NY: McGraw-Hill Medical.
- Law, M., & MacDermid, J. (2008). *Evidence-based rehabilitation: A guide to practice* (2nd ed.). Thorofare, NJ: SLACK.
- Lee, Y., & McCormick, B. P. (2002). Toward evidence-based therapeutic recreation practice. In D. R. Austin, J. Dattilo, & B. P. McCormick (Eds.), *Conceptual foundations for therapeutic recreation* (pp. 165–181). State College, PA: Venture.

- Massimini, F., Csikszentmihalyi, M., & Delle Fave, A. (1988). Flow and biocultural evolution. In M. Csikszentmihalyi and I. Csikszentmihalyi (Eds.), *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness* (pp. 60—81). Melbourne, Australia: Cambridge University Press
- McKibbin, K. A. (1998). Evidence-based practice. *Bulletin of the medical library association*, 86(3), 396.
- Porter, H. R. (2016). *Recreational therapy basics, techniques, and interventions*. Enumclaw, WA: Idyll Arbor.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby
- Rosenberg, W., & Donald, A. (1995). Evidence-based medicine: An approach to clinical problem solving. *British Medical Journal*, 310, 1122–1226.
- Sands, D. J., & Wehmeyer, M. L. (1996). *Self-determination across the life span: Independence and choice for people with disabilities*. BaltimorePaul H. Brookes
- Steffen, S. A. P., & Reid, C. J. (2017). Evidence-based practice in therapeutic recreation. *Therapeutic Recreation Journal*, 51, 18–34.
- Stumbo, N. J., & Peterson, C. A. (2009). *Therapeutic recreation program design* (5th ed.). San Francisco, CA: Pearson.
- Stumbo, N. J., & Peterson, C. A. (2021). *Therapeutic Recreation Program Design: Principles and Procedure* (6th ed.). Sagamore-Venture Publishing.
- Wehmeyer, M. L. (1996). Self-determination as an educational-outcome: Why is it important to children, youth and adults with disabilities? InD. J. Sands & M. L. Wehmeyer (Eds.), *Self-determination across the life span: Independence and choice for people with disabilities* (pp. 15-34).Baltimore: Paul H. Brookes.
- Wehmeyer, M. L., Agran, M., & Hughes, C.(1998). *Teaching self-determination to students with disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes
- Wilhite, B., Keller, M. J., & Caldwell, L. (1999). Optimizing lifelong health and well-being: A health enhancing model of therapeutic recreation. *Therapeutic Recreation Journal*, 33, 98–108.
- Witman, J., & Ligon, M. (2011). The status of assessment in recreation therapy: A data-based quiz. *ATRA Newsletter*, 27(1), 2–4.
- World Health Organization. (2003). Toward a common language for functioning, disability, and health: ICF. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>

