

**T. C.**  
**DICLE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HAZRO İLÇESİNDE ENGELLİLİK PREVALANSI**

**VE**

**ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Fzt. MUHAMMED ARCA**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. GÜNAY SAKA**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DİYARBAKIR-2017**

ONAY

T.C  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRLÜĞÜ

Hidro İlaçlarda Engellilik Prevalansı ve  
Etkileyen Faktörler ....." isimli Yüksek Lisans Tezi 22.06.2017 tarihinde  
tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Günay SAKA  
Tezi Teslim Eden : Muhammed ARCA

Jüri Üyesinin

Önvanı Adı Soyadı

Başkan : Prof. Dr. Günay SAKA  
Üye : Prof. Dr. Ali CEYLAN  
Üye : Doç. Dr. A. Feridun ÖZTÖNCÜ  
Üye :  
Üye :

Yukarıdaki imzalar tasdik olunur.



Doç. Dr. Hakkı Murat BİLGİN  
Dicle Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## TEŐEKKÖR

Yüksek Lisans eğitimin boyunca ve tez çalışmam sırasında bilgi ve deneyimini esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Günay Saka'ya, Prof. Dr. Ali Ceylan'a ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki bütün hocalarıma saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim ve yaşantım boyunca beni destekleyen ve varlıklarıyla bana güven veren bütün aileme, başta babam ve anneme, canım eşime ve bu tezi hazırlarken zamanlarını çaldığım çocuklarım Ahmet ile Menesa'ya da sonsuz teşekkürlerimi iletirim.



## İÇİNDEKİLER

ONAY .....	I
TEŞEKKÜR .....	II
İÇİNDEKİLER .....	III
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	VII
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
ÖZET.....	XI
ABSTRACT .....	XII
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. TANIMLAR.....	4
2.1.1. ENGELLİLİK TANIMI .....	4
2.2.ENGELLİLİK SINIFLANDIRMASI .....	6
2.2.1. ICIDH’NİN AMACI .....	7
2.2.2. ICIDH UYGULAMALARI .....	7
2.2.3. ICF .....	8
2.2.4. DSÖ’NÜN SAHA ÇALIŞMALARINI İÇİN ÖNERDİĞİ KISA ENGELLİLİK LİSTESİ .....	9
2.3. ENGELLİLİK EPİDEMİYOLOJİSİ .....	12
2.3.1. DÜNYA’DA ENGELLİLİK EPİDEMİYOLOJİSİ .....	12
2.3.2. TÜRKİYE’DE ENGELLİLİK EPİDEMİYOLOJİSİ .....	14
2.4. ENGELLİLİK NEDENLERİ.....	17
2.4.1. DOĞUM ÖNCESİ NEDENLER (PRENATAL NEDENLER) .....	18
2.4.2. DOĞUM SIRASINDAKİ NEDENLER (PERİNATAL NEDENLER) .....	19
2.4.3. DOĞUM SONRASINDAKİ NEDENLER (POSTNATAL NEDENLER) .....	19
2.4.4. AKRABA EVLİLİĞİ .....	20
2.4.5. YAŞLILIK VE KRONİK HASTALIKLAR.....	21
2.4.6. KAZA VE YARALANMALAR .....	23
2.4.6.1. Ev Kazaları .....	25
2.4.6.2. İş Kazaları .....	26
2.4.6.3. Trafik Kazaları.....	27
2.5. ENGELLİLİĞİN ÖNLENMESİ.....	28

2.6. REHABİLİTASYON.....	31
2.6.1. TOPLUM TEMELLİ REHABİLİTASYON .....	32
2.6.2. TIBBİ REHABİLİTASYON .....	33
2.6.3. MESLEKİ REHABİLİTASYON.....	34
2.6.4. SOSYAL REHABİLİTASYON .....	34
2.7. ENGELLİ HAKLARI.....	35
2.7.1. EĞİTİM.....	36
2.7.2. SAĞLIK .....	38
2.7.3. İSTİHDAM .....	40
2.7.4. SOSYAL YARDIMLAR.....	41
2.8. ENGELLİLERLE İLGİLİ MEVZUATLAR .....	43
2.8.1. ULAŞILABİLİRLİK MEVZUATI .....	44
2.8.2. SAĞLIK BAKANLIĞI MEVZUATI .....	45
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>48</b>
3.1. ARAŞTIRMA BÖLGESİ VE ÖZELLİKLERİ .....	48
3.2.ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ .....	49
3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ .....	49
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ .....	49
3.5. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜNÜN BELİRLENMESİ VE SEÇİMİ.....	49
3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER.....	51
3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN BAĞIMLI DEĞİŞKENLER .....	51
3.8. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI .....	51
3.9. ÖN UYGULAMA .....	52
3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	52
3.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....	52
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>54</b>
4.1.ARAŞTIRMAYA KATILANLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	54
4.1.1. Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı	2654
4.1.2. Katılımcıların Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı .....	56
4.1.3. Araştırmaya Katılanların Mesleklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	56
4.1.4. Katılımcıların Sosyal Güvencelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	57
4.1.5. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumu .....	58
4.1.6. Araştırmaya Katılanların Ekonomik Durumu.....	58
4.1.7. Araştırmaya Katılanların Soy geçmişlerinde Engelli Bulunma Durumu .	59
4.1.8. Araştırmaya Katılanların Anne Baba Arasındaki Akrabalık Dereceleri	
Sıklığı.....	59

4.2. ARAŞTIRMADA BELİRLENEN ENGELLİLİK SIKLIĞI .....	60
4.2.1 Araştırmaya Katılanlarda Engelliliğin Ortaya Çıkış Zamanına Göre Dağılımı .....	61
4.3.ARAŞTIRMAYA KATILANLARIN ENGELLİLİK DURUMUNA GÖRE BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI .....	61
4.3.1. Cinsiyete Göre Engellilik Durumunun Dağılımı .....	61
4.3.2. Yaşa Göre Engellilik Durumunun Dağılımı .....	62
4.3.3. Eğitim Durumuna Göre Engellilik Durumunun Dağılımı .....	63
4.3.4. Katılımcıların Mesleklerine Göre Engellilik Durumunun Dağılımı.....	64
4.3.5. Sosyal Güvencelerine Göre Engellilik Durumunun Dağılımı .....	64
4.3.6. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Engellilik Durumunun Dağılımı .....	65
4.3.7. Katılımcıların Ekonomik Durumlarına Göre Engellilik Durumunun Dağılımı .....	66
4.3.8. Katılımcıların Soy geçmişlerinde Engelli Bulunma Durumuna Göre Engellilik Durumlarının Dağılımı.....	66
4.3.9. Katılımcıların Anne Babalarının Akrabalık Derecelerine Göre Engellilik Durumunun Dağılımı.....	67
4.3.10. Katılımcıların Engellilik Durumunun Ortaya Çıkış Zamanına Göre Akrabalık Durumlarının Dağılımı .....	68
4.4. ARAŞTIRMADA BELİRLENEN ENGELLİLİK TÜRLERİ VE NEDENLERİ.....	68
4.4.1. Araştırmada Tespit Edilen Engellilik Türleri .....	68
4.4.2. Araştırmada Tespit Edilen Engellilik Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	69
4.4.3. Araştırmada Bulunan Engellilik Türlerinin Yaşa Göre Dağılımı.....	70
4.4.4. Araştırmada Tespit Edilen Engellilik Türlerinin Kendi İçindeki Dağılımı .....	71
4.4.5. Araştırmada Tespit Edilen Annenin Hamileliği Döneminde veya Doğum Sırasında Meydana Gelen Engelin Nedenlerine Göre Dağılımı.....	73
4.4.6 Araştırmada Tespit Edilen Sonradan Ortaya Çıkan Engellerin Nedenlerine Göre Dağılımı .....	73
4.4.7 Araştırma Tespit Edilen Engele Neden Olan Kaza Türlerinin Dağılımı ...	74

4.5. ARAŞTIRMADA BELİRLENEN ENGELLİLERİN HİZMETLERE ULAŞILABİLİRLİĞİ VE BEKLENTİLERİ .....	74
4.5.1. ENGELLİLERİN ENGELİNE YÖNELİK TEDAVİ VE BAKIM İHTİYAÇLARININ ÖZELLİKLERİ .....	74
4.5.2 Engelli Bireylerin Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Değerlendirilmesi .	75
4.5.3. Katılımcıların Bir İşe Sahip Olup Olmamalarına Göre Engellilik Durumunun Dağılımı .....	76
4.5.4 Engellilere Yönelik Verilen Hizmetler ve Yararlanma Durumları.....	77
4.5.5 Engellilerin Rehabilitasyon ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmama Nedenleri.....	78
4.5.6 Engellilerin ve Ailelerinin Kurum/Kuruluşlardan En Önemli Beklentileri	79
4.5.7 Engellilerin ya da Ailelerinin Çevredeki İnsanların Bakışlarından Rahatsızlık Duyma Durumu .....	80
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>81</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>94</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>98</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>107</b>
EK- 1	
EK- 2	
EK -3	
EK- 4	
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>113</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları .....	3
Şekil 2. Biyopsikososyal Model– ICF Bileşenleri Arasındaki Etkileşim .....	9
Şekil 3. 2012-2014 yılları arası UKAY Kaza Yaralanma Verileri .....	24
Şekil 4. Cinsiyete göre UKAY verileri .....	24
Şekil 5. Sektörlere Göre İş Kazası Geçirenlerin Oranı, 2007-2013 .....	27
Şekil 6. Araştırmaya katılanların nüfus piramidi .....	55
Şekil 7. Engelliliklerin görülme zamanının yaş aralıklarına göre yüzde dağılımı.....	63

### Resim No

Resim 1. Hazro ilçe merkezinden bir görünüm.....	48
Resim 2. Araştırma bölgesinin haritası.....	50



## TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1.</b> Tüm nüfusta cinsiyet ve yaş gruplarına göre en az bir engeli bulunan kişiler, 2011 .....	15
<b>Tablo 2.</b> Tüm nüfusta engel gruplarına göre engelli kişiler, 2016 .....	16
<b>Tablo 3.</b> İşgücü durumuna göre nüfus oranı .....	17
<b>Tablo 4.</b> TSA 2012 Kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı .....	22
<b>Tablo 5.</b> IDB Türkiye ve Avrupa’ da görülen kazaların karşılaştırılması .....	25
<b>Tablo 6.</b> 2017 Şubat Ülke Geneli Trafik Kazaları ve Sonuçlarının Türlerine Göre Dağılımı .....	28
<b>Tablo 7.</b> Engelli öğrencilerin sayılarının yıllara göre dağılımları .....	36
<b>Tablo 8.</b> Sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanan engel türüne göre kayıtlı engelli bireyler, 2010 .....	39
<b>Tablo 9.</b> Kamu kurumlarında engelli kotasında istihdam edilen memurların yıllara göre dağılımı .....	41
<b>Tablo 10.</b> Mahallelerden seçilen hane sayılarının dağılımı.....	50
<b>Tablo 11.</b> Nüfusun Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı .....	55
<b>Tablo 12.</b> Katılımcıların Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı .....	56
<b>Tablo 13.</b> Katılımcıların Mesleklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	57
<b>Tablo 14.</b> Katılımcıların Sosyal Güvencelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	58
<b>Tablo 15.</b> Araştırmaya Katılanların Medeni Durumu .....	58
<b>Tablo 16.</b> Katılımcıların Ekonomik Durumu .....	59
<b>Tablo 17.</b> Katılımcıların Soy geçmişlerinde Engelli Bulunma Durumu .....	59
<b>Tablo 18.</b> Katılımcıların Anne Baba Arasındaki Akrabalık Dereceleri .....	60
<b>Tablo 19.</b> Araştırmada Belirlenen Engellilik Prevalansı.....	60
<b>Tablo 20.</b> Araştırmaya Katılanlarda Engelliliğin Ortaya Çıkış Zamanına Göre Dağılımı .....	61
<b>Tablo 21.</b> Katılımcıların Cinsiyete Göre Engellilik Durumunun Dağılımı.....	61
<b>Tablo 22.</b> Katılımcıların Yaşa Göre Engellilik Durumunun Dağılımı .....	62
<b>Tablo 23.</b> Katılımcıların Engellilik Durumuna Göre Eğitim Durumu Dağılımı .....	63
<b>Tablo 24.</b> Katılımcıların Mesleklerine Göre Engellilik Durumunun Dağılımı .....	64

<b>Tablo 25.</b> Katılımcıların Sosyal Güvencelerine Göre Engellilik Durumunun Dağılımı .....	65
<b>Tablo 26.</b> Medeni Durumlarına Göre Engellilik Durumunun Dağılımı.....	65
<b>Tablo 27.</b> Araştırmaya Katılanların Engellilik Durumuna Göre Ekonomik Durumlarının Dağılımı.....	66
<b>Tablo 28.</b> Soy geçmişlerinde Engelli Bulunma Durumuna Göre Engellilik Durumlarının Dağılımı.....	67
<b>Tablo 29.</b> Engellilerin Anne Babalarının Akrabalık Derecelerinin Dağılımı.....	67
<b>Tablo 30.</b> Akrabalık Durumuna Göre Engellilik Durumunun Dağılımı .....	68
<b>Tablo 31.</b> Araştırmada Tespit Edilen Engel Türleri .....	69
<b>Tablo 32.</b> Engellilik Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	70
<b>Tablo 33.</b> Engellilik Türlerinin Yaşa Göre Dağılımı .....	71
<b>Tablo 34.</b> Engellilik Türlerinin Kendi İçindeki Dağılımı.....	72
<b>Tablo 35.</b> Annenin Hamileliği Döneminde veya Doğum Sırasında Meydana Gelen Engelin Nedenlerine Göre Dağılımı.....	73
<b>Tablo 36.</b> Sonradan Ortaya Çıkan Engellerin Nedenlerine Göre Dağılımı.....	74
<b>Tablo 37.</b> Araştırma Tespit Edilen Engele Neden Olan Kaza Türlerinin Dağılımı ..	74
<b>Tablo 38.</b> Engellilerin Tedavi ve Bakım İhtiyaçlarının Özellikleri.....	75
<b>Tablo 39.</b> Engelli Bireylerin Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Değerlendirilmesi	76
<b>Tablo 40.</b> Araştırmaya Katılanların Bir İşe Sahip Olup Olmamalarına Göre Engellilik Durumunun Dağılımı .....	77
<b>Tablo 41.</b> Engellilere Yönelik Verilen Hizmetler ve Yararlanma Durumları .....	78
<b>Tablo 42.</b> Rehabilitasyon ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmama Nedenleri .....	79
<b>Tablo 43.</b> Engellilerin ve Ailelerinin Kurumlardan Beklentileri.....	80
<b>Tablo 44.</b> Engellilerin ya da Ailelerinin Çevreden Etkilenişi .....	80

## KISALTMALAR LİSTESİ

- BM:** Birleşmiş Milletler
- CBR:** Toplum Temelli Rehabilitasyon
- ÇSGB:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- EHİBMS:** Engelli Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi
- EKPSS:** Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı
- EYHGM:** Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- ICF:** Uluslar Arası Sınıflandırma Sistemi
- ICIDH:** Sakatlık, Özür ve Engelliliklerin Uluslararası Sınıflandırılması
- IDB:** Avrupa Yaralanma Veri Tabanı
- MEB:** Milli Eğitim Bakanlığı
- SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu
- TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- TSA:** Türkiye Sağlık Araştırması
- TTR:** Toplum Temelli Rehabilitasyon
- TUİK:** Türkiye İstatistik Kurumu
- UKAY:** Ulusal Kaza ve Yaralanmalar Veri Tabanı
- UNESCO:** Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu
- UNICEF:** Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
- YGS:** Yükseköğretime Geçiş Sınavı

## ÖZET

### HAZRO İLÇESİNDE ENGELLİLİK PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

#### Giriş ve Amaç

Engellilik, küresel bir halk sağlığı sorunudur. Engelliliklerin bazılarında korunmak ve rehabilitasyon aldıkları takdirde bağımlı olmaları önlenemediği için engelliler halk sağlığı faaliyetlerinin bir amacı olmuştur. Bu çalışmada Hazro'daki, engelli kişi sayısını bulmak ve engelliliğin nedenlerini belirlemek, engelliliklerin doğuştan mı, kazanılmış mı olduğunu tespit etmek, engellilerin rehabilitasyon alıp almadıklarını saptamak ve daha sonra engellilerle ilgili yapılacak projelere kaynak olması amaçlanmıştır.

#### Gereç ve Yöntem

Kesitsel bir araştırma olan bu çalışmanın evrenini Hazro ilçesinin merkez 7 mahallesindeki 4222 bireyi temsil eden 1069 kişi oluşturmaktadır. Çok aşamalı (ağırlıklandırma ve sistematik) örnekleme seçilen 1069 kişiye ait veriler, 199 hane ziyaret edilip, yüz yüze anket uygulanarak toplanmıştır. Araştırmada hane halkının sosyodemografik özellikleri ile ilgili anket ve Engelli Birey Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Araştırma verileri bilgisayar ortamında SPSS 21 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

#### Bulgular

Araştırmaya katılanların % 44,3'ünü kadınlar, % 55,7'sini erkekler oluşturmaktadır. Engelli prevalansı toplam %13,8, erkeklerde %12,8 ve kadınlarda %15,2 olarak saptanmıştır. 65 yaş ve üstü grupta olanlarda en fazla olup oranı %53,3'tü. Engellilerin %48,2'si okur-yazar değildi ve %16,7'si herhangi bir sosyal güvenceye sahip değildi. Engellilerin % 21,6'sında engel durumunun doğuştan olduğu, % 78,4'ünde ise sonradan kazanılmış olduğu tespit edilmiştir. Sonradan ortaya çıkan en önemli engellilik nedeni kronik hastalıklardı, doğuştan engellilik nedenlerinin en önemlisi ise genetik bozukluklar idi. En sık görülen engellilik türleri sırasıyla; kronik iç organ bozuklukları (%56,0), iskelet sistemi bozuklukları (%25,0), işitme bozuklukları (%13,5), göz ve görme ile ilgili bozukluklar (%12,8), öğrenme

bozuklukları (%8,1), şekil görünüm bozuklukları (%4,7), lisan ve konuşma bozuklukları (%4,0), psikolojik bozukluklar (%0,6) idi. Anne babası arasında akraba evliliği olanlarda ve soy geçmişinde engelli bulunanlarda doğumsal engelli sıklığı, olmayanlardan daha yüksek idi. Engellilerin %37,8'inin engeline yönelik olarak tedavi görmediği, %98,0'ının rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmadığı tespit edilmiştir. Engelliler ve ailelerinin, engellilere yönelik kurum ve kuruluşlardan en önemli beklentilerinin %15,5'inin parasal katkı, %12,2'sinin iş bulmaya yardım etme ve %50,0'ının ise sağlık hizmetlerine ulaşmada kolaylık sağlanması olduğu bulunmuştur.

### **Sonuç**

Düşük eğitilmiş grupta engelli sıklığının fazla olduğu, ilçede kronik hastalıkların sık görüldüğü ve yine bölgenin önemli bir sorununun da akraba evlilikleri olduğu tespit edilmiştir. Bölge halkına eğitilmiş personel tarafından genetik danışmanlık ve kronik hastalıklara yönelik danışmanlık hizmetleri verilmelidir. İlçedeki engellilere eğitim verilmesi, bütün engellilerin sağlık kuruluşlarına ulaşabilmesi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanması önem arz etmektedir. Bu anlamda sağlık ve sosyal hizmet kurumlarına önemli görevler düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Epidemiyoloji, Engellilik türleri, Diyarbakır

## ABSTRACT

### DISABILITY PREVALANCE AND AFFECTING FACTORS IN HAZRO

#### Introduction and Objectives

Disability is a global public health issue. People with disabilities have become an object of public health because they are protected from some of them and if they are rehabilitated they can be prevented from being addicted. In this study, it is aimed to find the number of the defective people in Hazro, to find the reasons of these disablements, to determine if these disablements are natural born or occurred, to find out if they are taking rehabilitation or not and to be reference for the future projects about disablement.

#### Material and Method

This cross-sectional research population consists of 1069 people representing 4222 individuals in the central 7 quarter district of Hazro. Data from 1069 individuals selected with multi-stage (weighted and systematic) sampling are collected by visiting 199 households and conducting face-to-face surveys. Survey on the socio-demographic characteristics of the households and the Individual Disability Evaluation Form are used in the survey. The research data is evaluated in computer environment by using SPSS 21 package program.

#### Results

The women constitute the 55,7% of the participants and the men are the 44,3% of them. The prevalence of disability is found to be 13,8% in total, 12,8% in males and 15,2% in females. Disability prevalances are the highest in 65 and over age group (53,3%). 42,8% of the disabled people are ineducate and 16,7 % of them don't have any social insurance. 21,6% of disabled individuals' disabilities are congenital, 78,4% of disabilities occurred after birth. First of the disability causes which occurred after birth is found as chronic diseases, the first inborn disability cause is found as genetics disorders. The most common defect types are successively; visceral disablement (56,0%), skeleton system disablement (25,0%), hearing disablement (13,5%), eye and visual disablement (12,8%), intellectual

disablement (8,1%), language and speech disablement (4,0%), appearance disablement (4,7%) and physiological disablement (0,6%). Among those with consanguineous marriage between parents and those with disabilities in their family history, the incidence of congenital disabilities is higher than non-consensual marriages. It is defined that 37,8 % of the disabled don't take any suitable medical treatment for their disability, 98,0 % don't use rehabilitation services. It is found that the most important expectations of the disabled people and their families are 15,5% for financial contribution, 12,2% for helping to find a job, and 50,0% for facilitating access to health services.

### **Conclusion**

It is determined that the rate of the disablement is more in under-educated group, the chronic diseases are frequent and another important problem of the area is relative marriage. Genetic consultancy and consultancy services for chronic diseases should be provided by educated personnel to the people of the region. It is important to educate the disabled in the province, to access the health institutions and benefit from rehabilitation services for all the disabled people. This means that important duties are charged to health and social security institutions.

**Key Words: Epidemiology, Disability types, Diyarbakır**

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsan hayatındaki önemli amaçlardan biri, doğum anından başlayıp hayatın sonuna kadar bütün ömrünü sağlıklı olarak yaşayabilmektir. Sağlık, daha önceleri hastalıkların görülmemesi ve ölümün olmayışı şeklinde açıklanıyordu. Günümüzde kullanılan tanımı ise; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yasalarında yer alan, "Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır." biçimindedir (1).

Sağlık alanındaki gelişmeler son zamanlarda engelli bireylere daha fazla önem verilmesini sağlamıştır. Yaşam süresinin uzaması, doğum hızındaki azalma ve bunun sonucunda yaşlı nüfusun giderek artması engelli birey sayısını azaltmayıp aksine arttırabileceğini tahmin ettirmektedir. Kişisel faktörlerin yanında (örneğin; yaş, cinsiyet, ırk, eğitim), çevre şartlarının bozulması da bu oranları yükseltebilecektir. Sağlıktaki gelişmeler, travma, beyin hasarı, nörolojik hastalıklar, kronik hastalıklar gibi çeşitli hastalıklar sonrası kalan hasarlara bağlı bireylerin engelli olarak yaşamalarına yol açacaktır. Bundan dolayı engellilik son yıllarda halk sağlığı açısından üzerinde daha çok durulan ve tedbirler alınması gereken bir konu olmuştur (2) .

Dünya'daki insanların yaklaşık %15'ine denk gelen bir milyardan daha fazla kişide birçok engellilik durumu mevcuttur. Bunların 110-190 milyonu çok ciddi engel durumuna sahiptir ve fonksiyonlarını yerine getirmekte çok güçlük çekmektedirler. Kronik hastalıkların artması ve nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak engellilik hızı da artış göstermektedir. Trafik kazaları, doğal afetler ve savaşlar da engelliliğe yol açmaktadır. Engellilikle ilişkili sağlık durumlarının bazıları kötü sonuçlanıp ve daha kapsamlı sağlık hizmeti gerektirirken, bazıları da daha iyi şekilde sonuçlanmaktadır (3).

Engelli insanların eğitim, istihdam, sağlık, ulaşım ve bilişim hizmetlerine erişimde büyük güçlüklerle karşılaştıkları belirtilmektedir. Ancak engelli bireylerde diğer insanlarla aynı sağlık hizmetlerine gereksinim duymakta ve bu hizmete ulaşmak istemektedirler. Birleşmiş Milletler (BM) Engelli Kişilerin Hakları



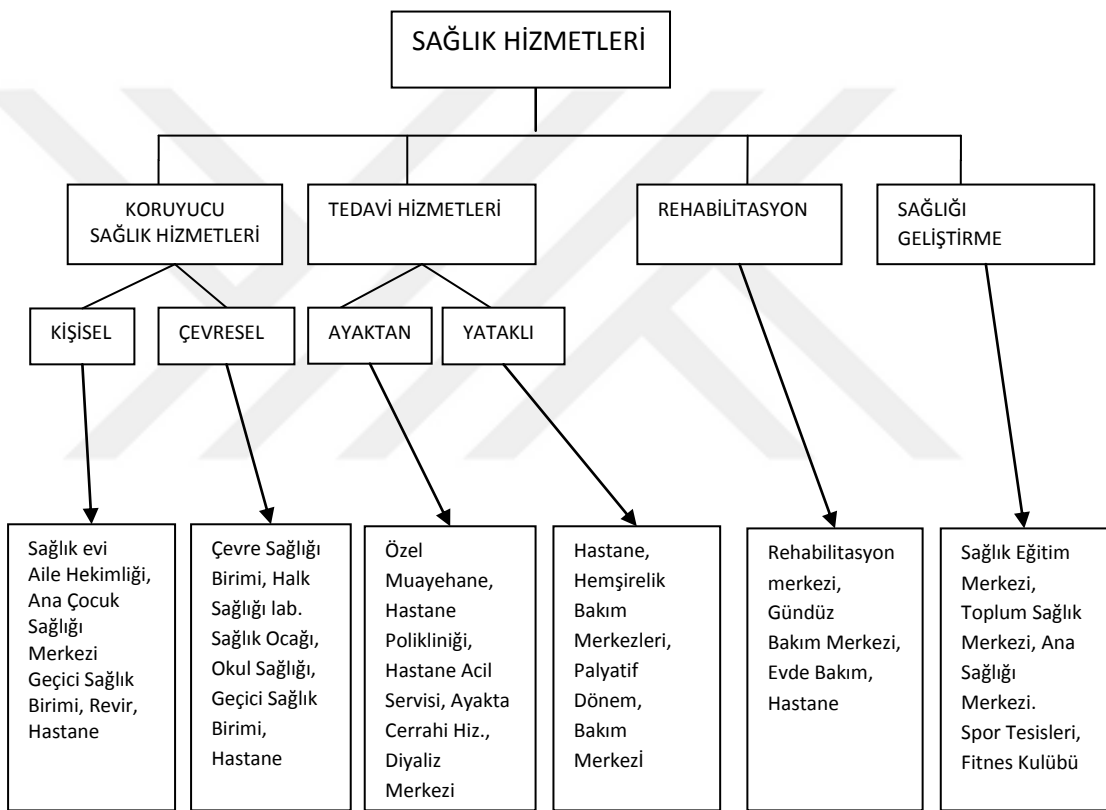
Sözleşmesi'nde hiçbir ayırım yapılmaksızın engellilerin en iyi sağlık hizmetlerine ulaşma haklarının olduğu belirtilmiştir (4).

Engelli sayısı, türü ve nedenleri konusunda toplumu temsil etme gücü yüksek olan bilimsel verilerin varlığı önemlidir. Engellilere yönelik alınacak önlemler ve uygulanacak tedavileri belirlemek için böyle epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır. Bütün toplumu içine alan istatistiki bir kayıt sisteminin kurulması ve kapsamlı epidemiyolojik çalışmalarla veri bankası oluşturulabilir.

Bu çalışmanın amacı, Diyarbakır ili Hazro ilçesinin merkez 7 mahallesini temsil edecek bir örnekte tüm yaş gruplarında engellilik prevalansını ve etkileyen faktörleri belirlemek, engellilerin demografik, kültürel ve sosyoekonomik ilişkilerini değerlendirmek, mevcut engellilik türlerini ve engellilik türlerinin kendi içindeki dağılımını belirlemek, engelli bireylerin ne kadarına tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verildiğini tespit etmektir. Bulunacak veriler Türkiye'nin engellilik profiline katkı sağlayıp, engellilere engellerine yönelik sunulacak hizmetlerin planlanması ve yürütülmesi için kaynak olacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Sağlık hizmetleri geniş kapsamlıdır. Genel olarak, sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için sağlık uzmanları tarafından sağlık kurumlarında verilen çalışmaları kapsamaktadır (Şekil.1). Sağlık hizmetlerinin tanımı, " ...daha kapsamlı olarak insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavi ve esinlendirme için yapılan çalışmaların tümü olarak nitelendirilebilir." (5).



**Şekil 1.** Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları (5)

Sağlık hizmetleri planlanırken toplumun bütün sağlık gereksinimleri göz önünde bulundurulmalıdır. Bunun için planlamanın en temel noktalarından biri "Epidemiyoloji" dir. Epidemiyoloji, hem klinikte hem de toplum tıp bilimlerinde hastalıklar ve sağlık sorunlarının dağılımı (tanımlayıcı epidemiyoloji), sebepleri (analitik epidemiyoloji) ve bunların teşhis, tedavi ve önlenmesi için (deneysel

epidemioloji) uygun olan yöntemleri belirlemeye yarayan bilim dallarından biridir (6).

Dünya’da çeşitli türlerde ve birçok derecede yaklaşık 600 milyon engelli bulunmaktadır. Buna engellilerin aileleri de dâhil edilince dünyanın %25’inin engellilikle baş başa kaldığı görülmektedir (7). Bu engellilerin %80’i bilhassa da çocuk nüfusu, rehabilitasyonu da kapsayan temel sağlık hizmetlerine erişimin çok yetersiz olduğu düşük gelirli ülkelerde yaşayanlardır. Engellilik seviyeleri ne olursa olsun engellilerin en önemli amaçları hayatta kalabilmek, barınma ve yiyecek bulma gibi temel ihtiyaçlarına erişebilmektir (8).

## **2.1. Tanımlar**

### **2.1.1. Engellilik Tanımı**

Halk sağlığı değerlendirmesi, bir topluluğun veya nüfusun sağlığı hakkındaki bilgilerin düzenli, sistematik olarak toplanması ve analizi olarak tanımlanır. Sağlık durumuna, nüfusun sağlık ihtiyaçlarına, epidemiyolojik ve sağlıkla ilgili diğer çalışmalara ilişkin verileri içermelidir. Tarihsel olarak, engelliliğe ilişkin tanımlamalar ve engelliliği olanların tanımlanması, kamu sağlığı veya eğitim, iş ve ekonomi gibi diğer sektörlerde büyük farklılıklar göstermiştir (2).

Doğuştan veya sonradan görülen anormallikler, yapısal bozukluklara bağlı dış görünüm farklılıkları, doku ve organların normal halinden daha farklı gelişim göstermesindeki bozukluklar engellilik kavramı olarak tanımlanabilir. Engelliler; vücudun duyuşsal, fonksiyonel, zihinsel ve davranışsal farklılıkları ileri sürülerek; yönetsel ya da toplumsal tutum ile tercihler sonucu, birçok alanda kısıtlılıklar ve engellerle karşılaşmak zorunda kalabilirler.

Heiden’in tanımlamasına göre engellilik, “bedensel fonksiyonlardaki hasarlar sebebiyle oluşan kayıpların yarattığı sosyal dezavantajlardır” (9). BM’nin nüfus sayımları önerilerinde International Classification Impairment, Disability and Handicap-2’nin (ICIDH-2) kavramsal yapısı bağlamında engelli “ uzun dönemli fiziksel veya zihinsel sorunlara ya da sağlık problemlerine bağlı olarak yapabileceği

aktivitelerin türünde veya sayısında kısıtlılıklar olan kişidir” şeklinde nitelendirilmiştir (10).

“Özürlülük”, “engellilik”, “sakatlık” kavramları ile bu kavramların oluşturduğu anlam kargaşası ve dünyadaki dağılımı çokça karşılaşılan başlıklardan biridir. Ancak bu kavramsal farklılıkların günlük yaşamda pek bir değerinin olmadığı belirtilmektedir. Zira önemli olan, kişilerin engellilik durumlarını tanımlayan kavramlar değil, engellilerin diğer sağlıklı insanlara göre farklı hizmet gereksinimlerinin olduğunun bilincinde olmaktır (11). Mevzuatımızda “özürlü” sözcüğü kullanılırken, engelli bireyler “engelli” sözcüğünü tercih etmekte ve ilgili dernek ve vakıfların isimlerinde engelli ya da sakat sözcüğü de çoğunlukla kullanılmaktadır.

ICIDH'nin yerine düzenlenen "International Classification of Functioning" de (ICF), sağlık açısından insan fonksiyonlarını gruplandırmak için kapsamlı bir kuramsal çerçeve çizmektedir. ICF özürlülük kavramını, vücudun yapı ve işlevsellik düzeyinde bozukluk, bireysel düzeyde aktivite sınırlılığı olarak ve engelliliği de toplumsal hayata katılım kısıtlılığı şeklinde kavramlar olarak tanımlamaktadır(10).

Halk Sağlığı Sözlüğünde bu kavramlar şöyle tanımlanmaktadır (12):

**Sakatlık:** Kişilerde ortaya çıkabilecek fiziksel ya da düşünsel kaynaklı her tür eksiklik ve bozuklukları içermektedir. Ortaya çıkan bozukluklar herhangi fonksiyonel kısıtlamaya yol açmayacak kadar önemsiz olabileceği gibi kişinin fonksiyonlarını tamamen sınırlayıcı da olabilir.

**İş göremezlik:** Kişide bulunan sakatlık durumunun kişinin fiziksel ya da düşünsel fonksiyonlarının bir kısmının ya da tamamının engellediği durumdur. Örneğin; kişilerdeki kol, bacak kırıkları, felç gibi sakatlıklar fonksiyonlarının bir kısmının ve ya tamamen engeller.

**Engelli kişi:** Kişinin mesleğini yapamayacak hale getiren sakatlık durumu. Örneğin; ayağı kopan şoför gibi

**Sürekli iş görmezlik:** Hayatı boyunca iyileşme gösteremeyecek kamburluk, cücelik, körlük, zekâ geriliği gibi özellikleri içeren sakatlıktır.

**Sürelî iş görmezlik:** Kişinin hayatını geçici bir süre engelleyerek iş görmezliğe yol açan üzüntü, diş ağrısı, kol, bacak kırığı, ayak incinmesi gibi geçici bir süre iş görmezliğe yol açan sakatlıktır.

**Tam iş görmezlik:** Bir kişinin mesleğini tamamen yapmasına olanak vermeyen sakatlık durumudur. Bu durum kişinin fiziksel ve ya düşünsel kabiliyetlerinin tamamını ortadan kaldırır. Bu sakatlık kişinin iş bulup çalışabilmesini ve gelir sağlayabilmesini engellediği için kişi doğal ve toplumsal gereksinimlerini bile karşılayamayacak kadar başkasının yardım ve bakımına bağımlı olur.

**Tam sakatlık:** Kişiyi günlük hayattaki giyinme, yemek yeme gibi temel ihtiyaçlarını dahi yapamaz duruma getiren sakatlık halidir.

## 2.2.Engellilik Sınıflandırması

DSÖ, engellilere ait verileri toplamaya yönelik uluslararası geçerliliği olan karşılaştırılabilir ve standartlaştırılmış bir sınıflandırma sistemi geliştirmiştir. Bu sınıflandırma, 1980 yılında ilk olarak ICIDH-1 adıyla, daha sonra ICIDH-2 olarak yeni haliyle ve en son da 2001 yılında ICF olarak yayınlanmıştır. ICF, genel bir perspektif açısıyla olayı ele alarak uluslararası düzeyde ortak ve standart bir dil oluşturması verilerin kullanılabilirliği açısından çok önemlidir (13).

DSÖ, bu sınıflandırmaya göre engelliliği şu kavramlarla açıklamaktadır (14):

**Yetersizlik veya sakatlık:** Sağlık açısından bireyin anatomik yapı, fizyolojik, psikolojik veya fonksiyonlarındaki kısıtlılık yada anormallik demektir.

**Özürlülük:** Yetersizliğe bağlı olarak normal sınırlar içinde gerçekleştirilebilecek bir aktiviteyi yaparken ortaya çıkan eksiklik veya sınırlamadır.

**Engellilik:** Kişilerdeki sakatlık veya özür sebebiyle yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel etmenlere bağlı olarak kişiden beklenen işlevdeki kısıtlılık veya işlevi yerine getirememektir. İşlevsel kısıtlılık, sadece bir aktiviteyle sınırlı olmayan, aynı zamanda kişinin tüm yaşamını etkileyen bir roldür. Örneğin, fiziksel engellilik

bedenin belli bir bölgesini ilgilendirirse de, yarattığı etki o kısımla sınırlı kalmayıp, sonuçlarıyla kişinin tüm hayatını ve toplumun tamamını etkiler.

### **2.2.1. ICIDH'nin Amacı**

ICIDH, yalnızca engellilere yönelik değil bütün insanlarla alakalıdır. Bu sınıflandırma birçok disiplinler ile birimler tarafından uygulanmak için programlanmıştır (10). Bu amaçlar şöyledir:

- Sağlıkla alakalı fonksiyonel durumların daha net olarak anlaşılabilmesi ve daha iyi çalışılabilmesi için bilimsel bir taban yaratmak.
- Sağlık çalışanları, engelli bireyler ve diğer sektörler arasındaki iletişimi bağlantısını kurmak için sağlık durumlarıyla alakalı ortak bir dil yaratmak.
- Araştırmalardan sağlanan bilgilerin ülkeler, sağlık birimleri ile servisleri ve zaman bakımından karşılaştırmak.
- Sağlık enformasyon sistemleri için bir kodlama sistemi oluşturmak.

### **2.2.2. ICIDH uygulamaları**

ICIDH, ilk kez tanımlandığı 1980 yılından beri birçok yerde kullanılmıştır (10). Bu uygulamalar şu şekildedir:

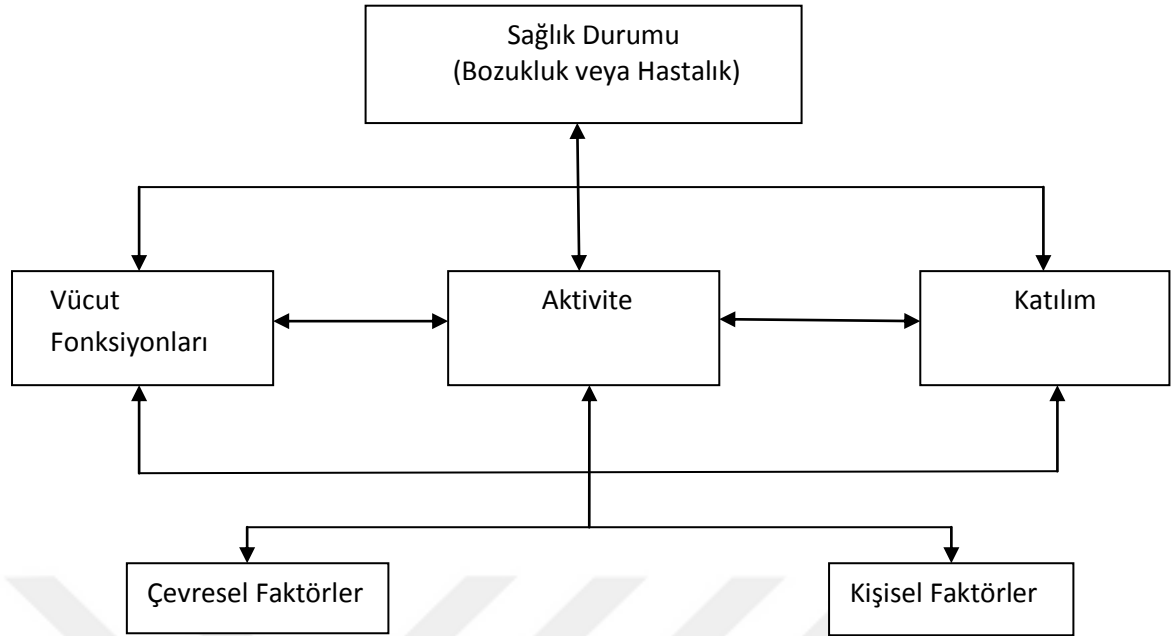
- İstatistiksel açıdan bilgilerin toplanması ve kayıt sistemine eklenmesi
- Araştırma aracı olarak, bulunan sonuçların ölçülmesi, yaşam kalitesi veya çevresel etmenlerin etkisinin incelenmesi
- Klinik araç olarak, gereksinimlerin saptanması, özel durumlarla tedavilerin karşılaştırılması, rehabilitasyon ve bulunan sonuçların incelenmesi
- Sosyal politika açısından, sosyal güvenliğin tasarlanması, politikaların oluşturulması ve uygulanması
- Eğitim aracı olarak.

### 2.2.3. ICF

ICF, DSÖ'nün 2001 yılında ICIDH'ın yerine "İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması" adıyla yayınladığı sınıflandırma sistemidir. İşlevsellik, bütün bedensel fonksiyonlarını, etkinlikleri ve de kişinin katılımını içeren bir kavram olarak tanımlanır. Bu sınıflandırma, engelli yerine daha geniş kapsam olan "yeti yitimi" kelimesinin kullanılmasını öngörmektedir. Örneğin "zihinsel engelli" kişi değil de yerine "öğrenme güçlüğü olan kişi" ifadesini kullanmıştır (15).

ICF, DSÖ'ye göre sağlık açısından fonksiyonel durumları araştırmak için yapılan çalışmalara bilimsel kaynak oluşturmak, sağlık çalışanları ve engelli bireyler arasında daha iyi bir iletişim sağlayacak standart bir dil oluşturmak, ulusal sağlık sistemlerinin değerlendirilmesini sağlamak, veri sistemi oluşturmak için sistematik sınıflandırma sağlamak amaçlarıyla geliştirilmiştir (15).

ICF; engelliliğin sınıflandırılmasında bireyin zihinsel, ruhsal, fiziksel, işitsel veya duyuşal açıdan eksikliği ve kaybedilmesi; bireyin aktivitelerine katılım sınırlanması; bireysel ve çevresel etmenleri de kapsayan çok boyutlu bir sistemdir (16).



**Şekil 2.** Biyopsikososyal Model– ICF Bileşenleri Arasındaki Etkileşim (16)

ICF Sınıflaması 2004 yılında Türkçeye çevrilmiş ve engelliliğin ölçülmesinde temel alınması strateji olarak benimsenerek kurslar düzenlenmiştir (17).

#### **2.2.4. DSÖ'nün Saha Çalışmalarına Yönelik Tasarladığı Kısa Engellilik Listesi**

DSÖ, engellilere yönelik saha çalışmaları için kullanılmak üzere kısa listeler tasarlamıştır. Tasarlanan bu liste şu şekildedir (18):

1. Zekâ gerilikleri
2. Diğer psikolojik bozukluklar (mental, davranışsal)
3. Şiddetli konuşma ve iletişim bozuklukları
4. Diğer konuşma bozuklukları
5. Total veya şiddetli iki taraflı işitme kaybı
6. Orta derecede iki taraflı işitme bozukluğu
7. İşitme ile ilgili diğer bozukluklar



8. Her iki gözde total görme kaybı
9. Bir gözde şiddetli görme bozukluğu
10. Diğer görme bozuklukları
11. Kardiyorespiratuvar bozukluklar
12. Gastrointestinal bozukluklar
13. Diğer tüm iç organ bozuklukları
14. İskelet sisteminin engellilikleri
15. Postür şekil bozuklukları
16. Ekstremitelerin mekanik bozuklukları
17. Hemiplejiler
18. Paraplejiler
19. Tetraplejiler
20. Diğer bütün paraliziler
21. Ekstremitelerde görülen diğer motor bozukluklar
22. Ekstremitelerin proksimal kısımlarından amputasyon
23. Ekstremitelerin distal kısımlarından amputasyon

Ülkemizde yapılan araştırmalar için, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan “2002 Türkiye Özürlüler Araştırması”nda engel türleri sınıflandırılarak kullanılmıştır. Bu sınıflandırmadaki gruplar ve tanımlar şu şekildedir (19):

**Ortopedik Engelli:** Doğum öncesi, doğum esnasında veya doğum sonrası dönemde herhangi bir sebepten dolayı kas ve iskelet sisteminde görülen yetersizlik, kısıtlılık ya da fonksiyon kaybı oluşan kişilerdir. El, kol, ayak, parmak ve omurgalarında kısalık, eksiklik, fazlalık, kas güçsüzlüğü, hareket kısıtlılığı, şekil

bozukluğu, kemik hastalığı olanlar, felçliler, serebral palsi ve diğer tüm spastikler bu grubu oluşturmaktadır.

**Görme Engelli:** Bir ya da iki gözünde tam ya da kısmi görme kaybı veya görme bozukluğu olan kişidir. Görme kaybı sonrası göz protezi kullananlar, gece körlüğü ve renk körlüğü olanlar bu grubu oluşturmaktadır.

**İşitme Engelli:** Bir ya da iki kulağında tam ya da kısmi işitme kaybı olan kişidir. İşitme cihazı kullanan kişilerde bu grubun içindedir.

**Dil ve Konuşma Engelli:** Herhangi bir sebepten dolayı konuşamayan veya konuşmanın hızında, ifadesinde bozukluk olan ya da ses bozukluğu bulunan kişidir. İşittiği halde konuşamayanlar, konuşmak için alet kullananlar, kekemeler, afazi, dil-dudak-damak-çene yapısında bozukluk olanlar bu grubu oluşturmaktadır.

**Zihinsel Engelli:** Zekâ geriliği bulunanlar (mental retardasyon), fenilketonüri (zekâ geriliğine neden olmuşsa), Down sendromu bu grubu oluşturmaktadır. Ağırılık derecesine göre hafif düzey, orta düzey ve ağır düzeyde zihinsel gerilik şeklinde sınıflandırılmaktadır.

**Ruhsal ve Duygusal Engelli:** Duygu, düşünce ve davranışlardaki normalden farklı örüntülerden dolayı günlük aktivitelerini yerine getirmede, diğer insanlarla olan ilişkilerini sürdürmekte zorluk yaşayan kişilerdir. Depresyon, şizofreni gibi hastalıklar bu grubu oluşturmaktadır.

**Süreğen (kronik) Hastalık:** Kişinin yaptığı iş kapasitesi ve fonksiyonlarının engellenmesine yol açan, sürekli bir bakım ve tedavi gerektiren hastalıklar grubudur. (Kan hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, kalp-damar hastalıkları, kanserler, idrar yolları ve üreme organı hastalıkları, endokrin ve metabolik hastalıklar, cilt ve deri hastalıkları)

**Çoklu Engellilik:** Birden fazla engel türü mevcut olan kişiler bu grubu oluşturmaktadır.

## 2.3. Engellilik Epidemiyolojisi

### 2.3.1. Dünya’da Engellilik Epidemiyolojisi

Bugün dünyada bir milyardan fazla insan engelliliğe maruz kalıyor. Bu insanlar genellikle yetersiz sağlık imkânı, düşük eğitim başarıları, daha az ekonomik fırsat ve daha yüksek yoksulluk oranlarına sahiptir.

DSÖ tarafından, 9 Haziran 2011’de Dünya Engellilik Raporu adıyla, engellilik hakkında en iyi kanıtları bir araya toplayan bu alanda ilk ciddi girişim olarak büyük bir önem ifade eden bir belge yayınlanmıştır. Bu belgede, engellilerin Dünya’daki tüm nüfusun yaklaşık %15’ini oluşturduğu üzerinde durulmaktadır. Bunların 110 milyonunun çok ciddi olan engellere sahip oldukları ve fonksiyonlarını yerine getirmede zorluk çektikleri vurgulanmaktadır. Yeti yitimi olan kişilerin eğitim, istihdam, sağlık, ulaşım ve bilişim hizmetlerine erişimde büyük zorluklarla karşılaştıkları belirtilmektedir (20).

Dünya Sağlık Araştırması, 15 yaş ve üstü kişilerde engellilik durumu bulunanların sayısını %15,6 ile (yüksek gelirli ülkelerde %11,8, düşük gelirli ülkelerde %18) 785 milyon olarak bildirirken, Küresel Hastalık Yüğü araştırması ise bunu yaklaşık olarak 975 milyon (%19,2) kişi olduğunu tahmin etmektedir. Bu kişilerden 110 milyonunun (%2,2) fonksiyonlarını yerine getirmede çok ciddi güçlükler yaşadığını belirtmektedir. Küresel Hastalık Yüğü körlük, kuadripleji veya şiddetli depresyon gibi durumlar için tanımlanan “şiddetli engellilik” yaşayan kişilerin 190 milyon (%3,8) olduğunu öngörmektedir (21).

Engelli kişilerin sayısı gün geçtikçe artış göstermektedir. Dünya çapında diyabet, kalp-damar hastalıkları ve nörolojik hastalıkları gibi engellilikle ilişkin kronik sağlık sorunlarının çoğalıyor olması ve nüfusun yaşlanıyor olması yaşlılarda engellilik riskini daha fazla arttırmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, kronik hastalıkların engellilikle geçirilen yılların %66,5’ini oluşturduğu öngörülmektedir (22).

Engelli insanlar, engelli olmayan insanlara göre sağlık hizmetlerinden yararlanmayı daha fazla istemekte ve karşılanmamış ihtiyaçlara daha fazla

sahiptirler. Örneğin, ciddi bir zihinsel rahatsızlığı olan insanlar üzerinde yapılan son araştırmalar, gelişmiş ülkelerdeki insanların %35-50'si ve gelişmekte olan ülkelerdeki %76-85'inin çalışmadan önceki yılda tedavi almadığını göstermiştir (22).

UNICEF'in 2006 yılında çeşitli ülkelerde yaptığı araştırmada engelli oldukları belirlenen çocukların oranı, Hindistan'da %12,7, Orta Afrika Cumhuriyeti'nde %48, Özbekistan'da %3 ve Bahreyn'de %0,4 bulunmuştur. Bu farklılığın olması, ülkeler arasında gerçek bir engellilik prevalansı farkının olup olmadığını net olarak yansıtmamaktadır (23).

Amerika'da, 2010 yılında Sağlık Bakanlığı'nın engelli çocuk veri tabanına göre, ülkedeki çocukların %15'nin ve çocuk sahibi hanelerin %23'ünün en az bir engelli çocuğu olduğu belirlenmiştir. 2011 yılında ülkede yayınlanan başka bir çalışmada da, 3-17 yaş aralığındaki bireylerde serebral palsi, otizm, hiperaktivite, orta derece işitme kaybı, öğrenmede güçlük, görme kaybı ve diğer gelişimsel gerilikler gibi durumlar değerlendirildiğinde, son 12 yıldaki engellilik prevalansının %12,84'ten %15,04'e çıktığı saptanmıştır (24).

İngiltere'de yapılan araştırmalarda, tüm nüfusta %14,2 ile 6 milyon engelli kişi olduğu ve bu engellilerin de %70'inin 60 yaş ve üzeri kişilerden oluştuğu bulunmuştur. Engellilik, çocuklarda genellikle kalıtsal ve doğumdan kaynaklı hastalıklara bağlı iken, yaşlılarda daha çok nörolojik hastalık, kas-iskelet hastalıkları ve kalp damar hastalıkları gibi kronik hastalıklara bağlıdır (25).

Düşük, orta ve yüksek gelirli ülkeler arasında kaynak bakımından engellilik yaygınlığı farklılık göstermektedir. Anketlerde sayımlara göre daha yüksek engellilikler saptanmaktadır. Kıyaslamalar için nüfus sayımı yapılması gerekiyor, çünkü yoksul ülkeler genellikle veri toplamak için başka bir mekanizmaya sahip değildir (26). 2006 ve 2008 yıllarında çeşitli ülkelerde tüm toplumdaki engelli oranı İspanya'da %8,5, Almanya'da %8,4, Çin'de %6,4, Zambia'da %11,0 ve Mısır'da %1,2 olarak bulunmuştur (21).

Engellilik, yalnızca bir halk sağlığı sorunu değil, aynı zamanda bir insan hakları ve kalkınma meselesidir. DSÖ'nün Engelliliği ele almak için Üye Ülkeleri destekleme çabaları, DSÖ küresel engelleme eylem planı 2014-2021,

Dünya Engellilik Raporu ve Engelli Kişilerin Hakları Sözleşmesi'nde belirtilen kapsamlı ilkeler ve yaklaşımlar tarafından yönlendirilmektedir (27).

### 2.3.2. Türkiye’de Engellilik Epidemiyolojisi

2002’de yapılan engelliler araştırması sonuçlarına göre, Türkiye’de 8.431.937 engelli olup, bu nüfusun toplam nüfusa oranı %12,29 olarak tespit edilmiştir. Ortopedik engelli, dil-konuşma, görme, işitme ile zihinsel engellilerin oranı %2,58 (yaklaşık 1,8 milyon) olduğu görülürken, kronik (süreğen) hastalığı olanların oranının da %9,70 (yaklaşık 6,6 milyon) olduğu görülmüştür. Her iki engel grubu da yaş açısından incelendiğinde engelli olma oranlarının ileri yaşlarda artış gösterdiği görülmüştür (19).

2010 yılında da Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı bulunan mevcut engellilere yönelik “Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması” adlı çalışma tüm ülke genelinde yapılmıştır (28).

Ulusal Özürlüler Veri Tabanında kayıtlı bulunanların %25,6’sı kronik hastalığı olan engelliler, %29,2’si zihinsel engelliler, %8,8’i ortopedik engelliler, %8,4’ü görme engelliler, %5,9’u işitme engelliler, %3,9’u ruhsal ve duygusal engelliler, %0,2’si dil ve konuşma engelliler ve %18’i çoklu engelliliği olan kişilerdir. Bunların %58,6’sı erkek ve %41,4’ü de kadındır (28).

Kayıtlı engellilerin %56,8’inin engeli hastalık sonucu olarak ortaya çıktığı görülmüştür. Engelin ortaya çıkma sebepleri incelendiğinde, genetik bozukluklar %15,9 ile ikinci sırada, sonrasında ise kazalar %9,6 ve hamilelikte/doğum esnasında yaşanan problemler de %3 ile gelmektedir (28).

Türkiye genelinde engelli bireylerin dağılımına yönelik yapılan son araştırma TÜİK tarafından yürütülen “2011 Nüfus ve Konut Araştırması” olmuştur. 2011 Ekim-Aralık ayları arasında, yaklaşık olarak 2,2 milyon hanede 9 milyon kişiyle yüz yüze gerçekleştirilen geniş bir araştırma olmuştur. Sonuçlar 2013 Temmuz’da TÜİK tarafından yayınlanmıştır (29).

Bu araştırmada kişilere engellilik durumlarına yönelik olarak 6 farklı soru sorulmuştur. Bunlar:

1. Görme
2. Duyma
3. Konuşma
4. Yürüme ve merdiven inip-ıkma
5. Herhangi bir Őey taşıma ya da tutma

6. Yaşıtlarına göre öğrenme, hatırlama ya da dikkatini toplamaya çalışmada güçlük çekip çekmedikleri Şeklinde sorgulanmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, en az bir engeli bulunan(bir işlevi yaparken çok zorlanan ya da hiç yapamayan 3 ve üstü yaştaki kişilerin) tüm nüfustaki oranı %6,9 ile 4.876.000 kişidir. Erkeklerde bu oran %5,9, kadınlarda ise %7,9 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Tüm nüfusta cinsiyet ve yaş gruplarına göre en az bir engeli bulunan kişiler, 2011 (29)

Engelli Birey	Nüfus Oranı (%)	Erkek (%)	Kadın (%)
<i>Tüm yaş grupları</i>	<b>6.9</b>	<b>5.9</b>	<b>7.9</b>
<b>3-9</b>	2.3	2.5	2.1
<b>10-14</b>	2.1	2.4	1.8
<b>15-19</b>	2.3	2.6	2.0
<b>20-24</b>	2.7	3.4	2.0
<b>25-29</b>	2.6	3.0	2.3
<b>30-34</b>	3.2	3.4	3.0
<b>35-39</b>	4.0	4.0	4.1
<b>40-44</b>	5.1	4.7	5.6
<b>45-49</b>	6.9	5.9	7.8
<b>50-54</b>	8.8	7.1	10.7
<b>55-59</b>	12.1	9.2	15.0
<b>60-64</b>	16.5	12.3	20.4
<b>65-69</b>	23.0	18.3	27.2
<b>70-74</b>	31.9	26.3	36.3
<b>75+</b>	46.5	40.9	50.3

TUIK 2016 Türkiye Sağlık Araştırması güncellemelerine göre genel nüfus içinde engel gruplarının dağılımı (Tablo 2) ise şu şekildedir (30):

**Tablo 2.** Tüm nüfusta engel gruplarına göre engelli kişiler, 2016 (30)

Engel Grubu	Nüfus Oranı (%)
Görmede sorunu olan kişiler	6,9
İşitme sorunu olan kişiler	4,5
Hiçbir yardım almadan veya yardımcı araç kullanmadan yürüyemeyenler	6,5
Merdiven çıkıp-inemeyenler	8,7
Yaşlarına göre öğrenmekte ve hatırlamakta zorluk çeken bireyler	5,1

En az bir işlevi yaparken güçlük çeken ve okuryazar olmayan nüfusun (6 ve üstü yaşın) oranı toplamda %23,3 iken, erkeklerde %10,9 ve kadınlarda da %32,4'tür. Bu oran tüm nüfus içinde toplam olarak %4,5 iken, erkeklerde %1,4 ve kadınlarda da %7,6 olduğu saptanmıştır. En az bir engele sahip ve yükseköğretim mezunu olan erkekler %4, kadınlar ise %1,5 idi. Tüm nüfus içinde bu oran %12,1 ile erkek, %8,5 ile de kadın olarak bulunmuştur(29).

Tüm nüfusta istihdam oranı %47,5 iken, en az bir engeli bulunan kişilerde %22,1 olduğu görülmüştür. En az bir işlevi yapmakta güçlük çeken nüfusun (15 ve üstü yaşın) işgücüne katılma oranı erkeklerde %35,4 iken, kadınlarda da %12,5 olmuştur. Bütün nüfus içinde işgücüne katılım oranı erkeklerde %69,2, kadınlarda da %25,9 olarak saptanmıştır (Tablo 3). Bu da engellilerin istihdam oranının tüm nüfusa oranının yarısı kadar olduğunu göstermiştir. Genel nüfusun işsizlik oranı %7,9'dir ve engellilerin işsizlik oranı da %8,8'dir (29).

**Tablo 3.** İşgücü durumuna göre nüfus oranı (29)

15 ve üstü yaş		(%)		
		İşgücüne katılım oranı	İstihdam oranı	İşsizlik oranı
<b>Tüm nüfus</b>	<b>Toplam</b>	47,5	43,7	7,9
	<b>Erkek</b>	69,2	64,4	7,0
	<b>Kadın</b>	25,9	23,1	10,6
<b>En az bir engeli olan nüfus</b>	<b>Toplam</b>	22,1	20,1	8,8
	<b>Erkek</b>	35,4	32,0	9,5
	<b>Kadın</b>	12,5	11,6	7,3

Engellilerin %70'i çalıştıkları işyeri koşullarının onlara uygun olmadığını bildirmişlerdir. Ortopedik engellilerin %32'sinin çevre düzenlemelerinin yetersiz olmasından dolayı sokağa çıkamadıkları, %28'inin kamuya açık yerlere giremedikleri, %50'sinin toplu taşıma araçlarını kullanmakta zorluk yaşadıkları ve %29'unun da sosyal ve kültürel faaliyetlere katılamadıkları belirlenmiştir. Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken başka birine tam bağımlı olanların %68'i, başka birine yarı bağımlı olanların %46'sı ve kendi başına bağımsız olanların da %24'ü çalıştıkları işyeri koşullarının engel durumlarına uygun olmadığını dile getirmişlerdir (31).

#### 2.4. Engellilik Nedenleri

Hiçbir aile çocuğunun engelli olarak doğmasını ya da yaşarken kaza veya hastalığa bağlı engelli duruma gelmesini istememektedir. Aileden geçen kalıtsal bazı hastalıklar dışında, diğer engellilik nedenlerinin çoğu erken tanıyla fark edilebilir ve kontrol altına alınabilir.

Ülkelerde hükümet ve sivil kuruluşların raporlarına göre, en sık görülen engellilik nedenlerinin çoğu çocukluk döneminden kaynaklanmaktadır. Bu nedenler: kalıtsal hastalıklar, doğum öncesi bakım alınmaması, doğum travmaları, doğuştan olan anomaliler, çocuk felci, kötü konut koşulları, doğal afetler, öğrenim düzeyinin



düşük olması, yetersiz hijyenik koşullar, yetersiz beslenme, bulaşıcı hastalıklar, trafik kazaları, iş kazaları, yaşlılık, sigara kullanımınıdır (32).

Son yıllarda silahlı çatışmalar toplumu etkilediğinden, çocuklar arasındaki önemli engellilik nedenlerinden biri haline gelmiştir. Savaşlarda engelli kalan dört milyon çocuk olduğu tahmin edilmektedir. Yine çalışan çocuklar da zihinsel ve fiziksel engellilikle sonuçlanabilen çeşitli yaralanma ve kazalara maruz kalmaktadır (32).

#### **2.4.1. Doğum Öncesi Nedenler (Prenatal Nedenler)**

Engelliliğin önlenmesinde doğumdan önceki dönemde yapılacak bakım çok önemlidir. Ayrıca anne adayının riskli gebelik öyküsüne sahip olması da engellilik açısından olumsuz etki eder. Doğum öncesi temel nedenleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Doğumsal ve Genetik Bozukluklar,
- Hormonal bozukluklar,
- Kan Uyuşmazlığı,
- Yakın akraba evlilikleri,
- Annenin 17 yaşından küçük ve 35 yaşından da büyük olması,
- Annenin beş seferden fazla doğum yapmış olması,
- Annede bulunan çeşitli metabolik sistemik hastalıklar,
- Annenin hamileliği sırasında kontrolsüz kullanılan ilaçlar
- Annenin hamileliğinde sigara/ alkol/ uyuşturucu madde kullanması
- Annenin hamileliğinde yetersiz/ kötü beslenmesi
- Annenin hamileliğinde röntgen çekilmesi/ radyasyona maruz kalması,
- Hamilelikte ortaya çıkan diabetes mellitus
- Hamilelikte ateşli, döküntülü hastalık geçirilmesi, anne karnındaki bebeği kötü etkileyen bulaşıcı hastalıkların (Hepatit B ve C, Toksoplazmoz, Sifiliz, kızamıkçık) geçirilmesi engelli çocuk doğurma olasılığını arttırmaktadır (33).

Ayrıca doğum öncesi nedenlerinden bir tanesi de, engelli çocuk doğmasını önleyici tedbir alınmaması ve ülkemizde aile planlanması konusuna yeterince önem verilmemesidir. Bu hizmetlerin eksikliğinde, hamilelikler daha erken, daha geç veya

daha fazla ve çok sık görülebilmektedir. Buna bağlı oluşan komplikasyonlar, annenin ve bebeğin engelli olma, hastalanma veya ölüm riskinde artışa neden olmaktadır (34).

#### **2.4.2. Doğum Sırasındaki Nedenler (Perinatal Nedenler)**

Doğum sırasında oluşabilen olumsuzluklar ve doğumun uygun olmayan yerlerde yapılması da çocukların engelli olmasına yol açmaktadır. Doğum sırasında görülebilen problemler şunlardır (35):

- Zor doğum: Başlayan doğumun normale göre yavaş ilerlemesi ve doğumun uzaması nedeniyle bebeğin oksijensiz kalma durumudur.
- Geliş pozisyonu anomalileri,
- Doğum esnasında oluşan travmalar,
- Doğumda yanlış uygulamalar,
- Doğum kanalının enfeksiyonları,
- Erken ve geç doğum

#### **2.4.3. Doğum Sonrasındaki Nedenler (Postnatal Nedenler)**

Doğum sonrası oluşan bazı etmenler de engelliliğe neden olabilmektedir. Bunlar şöyle sıralanabilir (36):

- Yeni doğan döneminde görülen metabolik sorunlar (Hipotroidi, Fenilketonüri)
- Bulaşıcı Hastalıklar (Kızamık, Suçiçeği, Polio)
- Malnutrisyon
- Mental Bozukluklar (Epilepsi, şizofreni, mental retardasyon)
- Enfeksiyonlar (menenjit, ensefalit, beyin apseleri)
- Kazalar
- Yaşlılık
- Kronik Hastalıklar
- Doğal afetler,
- Psikolojik ve sosyal sıkıntılar

#### 2.4.4. Akraba Evliliği

Akraba evliliği, üzerinde durulması gereken çok önemli bir engellilik ve halk sağlığı sorunudur. Akraba evliliği, aralarında kan bağı bulunan eşlerin ortak atadan gelmesidir.

DSÖ'ne göre akraba evliliklerinde, doğumsal anomaliler, bebek ile çocuk ölüm oranları ve zihinsel engelli prevalansının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir ve olumsuz sağlık sonuçlarının göz ardı edilmesine neden olmaktadır (37).

Akraba evliliği, kalıtsal hastalıkların epidemiyolojisine etki eden önemli bir faktördür ve belki de dünyadaki toplumların %20'sinden daha fazlası tarafından kabul görmektedir. Dünyadaki çocuk nüfusunun en az %8,4'ü akraba evliliklerinden olmaktadır. Bilhassa Batı Akdeniz ve Güney Hindistan'da akraba evliliği çok daha yaygın görülmektedir. Bu evliliklerin sık görüldüğü ülkelerde doğan çocukların engelli olma riski, diğer ülkelere oranla iki kat daha artıp %8-9 bandına çıkmaktadır (38).

Türkiye, akraba evliliklerinin yaygın görüldüğü ülkeler arasındadır. Teyze-amca, hala-dayı çocuklarının birbiriyle olan kuzen evlilikleri I. derece, kardeş torunlarının birbirleriyle olan evlilikleri de II. derece olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde gerçekleştirilen her beş evlilikten birinde eşlerin birbirleriyle akraba olduğu (%21,7) ve bu evliliklerin %70'inin de I. dereceden akraba olanlar olduğu görülmüştür. Bu oran Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde (%49) daha fazladır. Fakat akraba evliliği, beraberinde bazı tıbbi sorunlara yol açmakta ve bir kısım kalıtsal hastalıkların görülme riskini arttırmaktadır. Genelde doğmuş her 100 bebekten 2'sinde herhangi bir sebebe bağlı konjenital bir uyumsuzluk saptanırken akraba evliliklerinden doğmuş çocuklardaki bu risk oranı iki kat artar. Bu risk oranı, I. dereceden kuzen evliliklerinde, II. kuzen evliliklerine göre daha yüksektir (39).

Türkiye'de gelenekler, coğrafi ve kültürel koşullar, psikolojik faktörler ve sosyo-ekonomik koşullar akraba evliliklerinin başlıca nedenlerindedir. Denizli'deki bir araştırmada akraba evliliğinin oranı %20,4 ve Şanlıurfa ilinde ise %49,6 oranında olduğu saptanmıştır (40).

#### 2.4.5. Yaşlılık ve Kronik Hastalıklar

Yaşlılık, 65 yaş ve üstü olan kişilerin durumunu ifade etmektedir. Yaşlanma, engelliliklerin artmasına ve kişilerin başkalarına daha çok bağımlı hale gelmesine yol açan bir durumdur.

Nüfus yaşlanması, 21. yüzyılda öne çıkan en önemli güncel sorunlardan biridir. İnsanlar artık daha uzun yaşamakta, var olan doğum sayıları azalmakta ve yaşlı nüfusun oranı gittikçe artmaktadır. Yaşlanma olgusu, gelişmiş ülkelerde daha belirginken, bugün gelişmekte olan ülkelerde de artık önem kazanmıştır. Nüfusun yaşlanması, sağlık, eğitim, iş hayatı ve aile yaşamı gibi bütün toplumsal olayları etkilemeyi başarmaktadır. Türkiye’de 65 yaş ve üstü nüfus 2015’te %8,2 iken, 2023’te %10,2 ve 2075’te ise yüzde 27,7’ye yükselebileceği öngörülmektedir (41).

Ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresi artış göstermektedir. DSÖ’nün 2013 yılındaki araştırmalarına göre Türkiye’de, 1990’da 66 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresinin, 2011’de 76 yıla yükseldiği görülmüştür. Bu sürenin erkeklerde 73 ve kadınlarda da 78 yıl olduğu tespit edilmiştir. TÜİK’in verdiği bilgilerde, bu süre her iki cinsiyette 2010 yılında 74,6 olduğu, 2050 yılında 78,5 olacağı öngörülmektedir. Ayrıca bu oranların 2023’te erkeklerde 75,8 ve kadınlarda da 80,2 olacağı düşünülmektedir (42).

Amerika’da engelliliğin, artrit ve diğer kas-iskelet sistemi problemlerinin, 18-44 yaşlarındaki çalışma yaşındaki erişkinlerde kısıtlılıkla ilişkili olduğu belirtilmiştir. 45-64 yaş grubu arttıkça, artrit hala aktivite kısıtlılığı ile ilişkili olduğu ancak kalp ve dolaşım problemlerinin de görüldüğü izlenmiştir. Zihinsel hastalıklar ve diyabet de sıklıkla belirtilmiştir. Aynı koşullar 65-74 yaşlarındaki kişilerde aktivite sınırlamaları ile ilişkilidir, ancak 75 yaş ve üzeri yaş grubunda bilişsel bozukluklar ve görme ya da işitme sorunları büyük oranda artmıştır. Bununla birlikte, artrit ve kalp problemleri en çok aktivite sınırlamalarına neden olmuştur (43).

Engellilikle büyüyen bebeklerin ve çocukların hayatta kalma oranlarının artması, fiziksel travmayı takiben insanların hayatta kalmasının iyileştirilmesi, kronik hastalıklar ve obezite gibi değişen sağlık koşullarının yetişkinler arasındaki engelli prevalansını etkilediği gösterilmektedir. Yaşlılık ile birlikte kardiyovasküler,

pulmoner, gastrointestinal sistemler ve vücut fonksiyonları değişiklik göstermekte; görme, işitme, tatma, koklama duyularında ciddi derecede gerilemiş oluşmakta ve bunun sonucunda diyabet, böbrek bozuklukları, kemik hastalıkları, kanserler ve hipertansiyon gibi kronikleşen hastalıkların yaşlı insanlarda daha çok görüldüğü belirtilmektedir (44).

Kronik hastalıklar engelliliğin dünyadaki en bilinen sebeplerinden biri olarak görülmekte ve bu hastalıklar birçok fonksiyonlarda kısıtlamalara yol açmaktadır. Amerika’da, kısıtlılıklara ve engelliliğe yol açan bu kronik hastalıkların takriben 61.047.000 kişide görüldüğü belirtilmektedir. En sık görülen kronik hastalıkların başında ise şunlar gelmektedir; kalp-damar hastalıkları (7.932.000), astım (2.592.000) ve diyabet (2.569.000) (45).

2012 Türkiye Sağlık Araştırması’na göre, hekim tarafından teşhis edilen 15 yaş üstü kronik hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre yüzde olarak dağılımı (Tablo 4) aşağıda verilmiştir (28):

**Tablo 4.** TSA 2012 Kronik hastalıkların cinsiyet açısından dağılım oranları(28)

<b>KRONİK HASTALIK (%)</b>	<b>ERKEK</b>	<b>KADIN</b>	<b>TOPLAM</b>
<b>HİPERTANSİYON</b>	8,5	17,1	12,8
<b>DİABET</b>	5,5	7,9	6,7
<b>KANSER</b>	0,6	0,7	0,6
<b>KALP HASTALIKLARI</b>	5,1	6,4	6,2
<b>AKCİĞER HASTALIKLARI</b>	6,1	9,3	7,8
<b>ROMATİZMAL HASTALIKLAR</b>	4,2	11,4	7,9

DSÖ’ nün verilerine göre dünyada 135 milyon görme engelli bulunmaktadır ve bu engellilerin 45 milyonu günlük yaşam aktivitelerinde ailesine ya da başka bakım merkezlerine bağımlı olarak hayatını sürdürmektedir. Yaşlı nüfusun giderek artması ile glokom, diyabetik retinopati ve yaşla ilişkili maküler dejenerasyonların sebep olduğu körlüklerin 21. yüzyılda artması beklenmektedir (46).

#### 2.4.6. Kaza ve yaralanmalar

Önceden gerçekleşmesi beklenmeyen, aniden ortaya çıkan hasarlara, yaralanmalara, can ya da mal kayıplarına yol açan vakalara kaza denir. Kaza, önlenebilen bir olaydır.

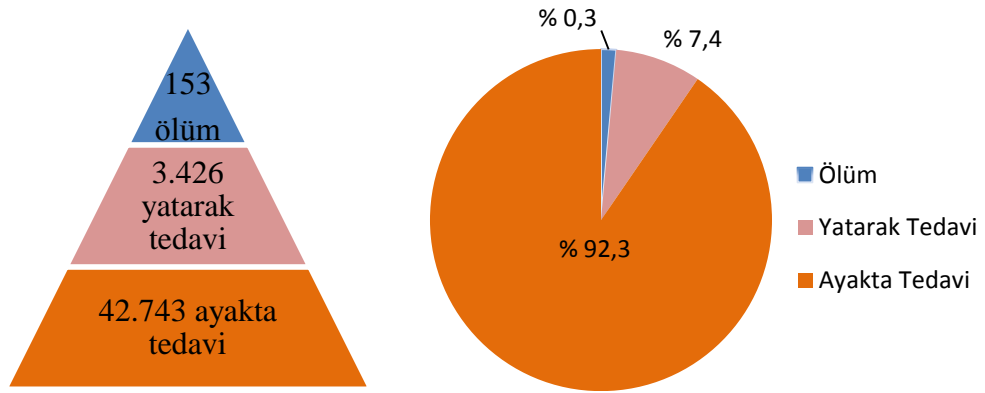
Kaza ve yaralanmalar önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Avrupa Birliği'ndeki toplam 28 ülkede her 2 dakikada en az 1 kişi ölümcül olan kazalardan dolayı yaşamını yitirmektedir. Avrupa'da yıllık tespit edilen 37,8 milyon yaralanma olayının 5,3 milyonu hastaneye yatırılmakla sonuçlanmaktadır. Bu yaralanmalar Avrupa'da ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve kanserlerden sonra dördüncüken, Dünya'da ise HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtmadan gerçekleşen ölümlerin tümünün 1/3'ünü geçerek, ölüm nedenleri arasında %9 oranındadır (47).

DSÖ'ne göre Avrupa'da her sene yaklaşık olarak 800.000 kişi yaralanmalar sebebiyle yaşamını yitirmektedir. Yaralanmalar 5-44 yaş aralığındaki kişiler arasında en ciddi ölüm nedenidir, çocuklarda ve gençlerde ise bir numaralı ölüm nedeni olarak gelmektedir. Bunların %80'i akla çok az gelen yerlerde: evde, okulda, spor yapma esnasında oluşmaktadır. Düşük ya da orta gelirli ülkelerdeki insanların yaralanma sebebiyle ölebilme riskleri, yüksek gelirli ülkelere kıyasla dört kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (48).

Yaralanmaların takip edilmesi için ülkemiz, Avrupa ülkeleriyle daha uyumlu programlar hedeflemelidir. Bu konuda ilk girişim Avrupa Yaralanma Veri Tabanının (European Injury Database-IDB) Türkiye'ye uyarlanması ve bir diğer hamle de Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun, Avrupa Yaralanma Veri Tabanı Ağında Türkiye'nin de bulunmasını sağlamasıdır.

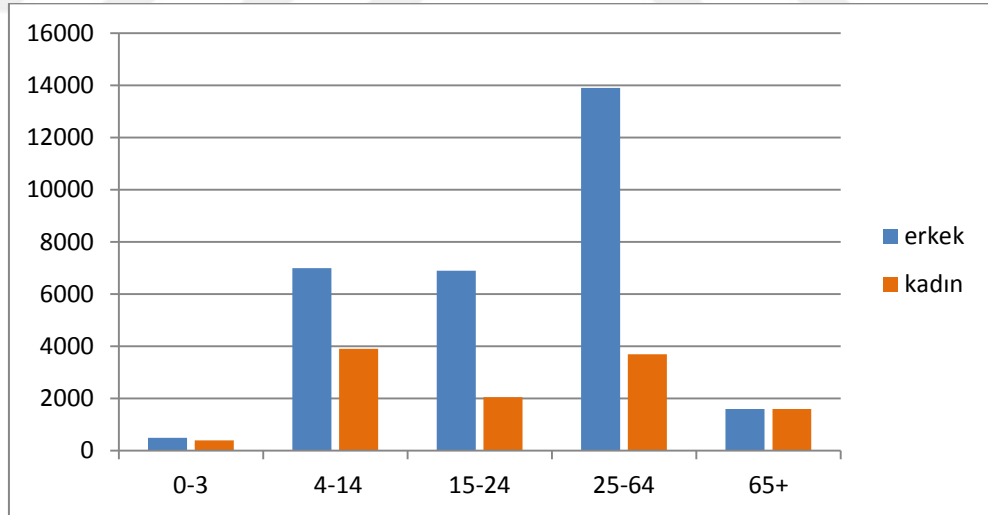
Ülkemizde Halk sağlığının profilinin geliştirilmesi, politika ve önlem stratejilerinin üretilmesi hedefiyle uluslararası geçerliliği olan bir yapıda tasarlanan Ulusal Kaza ve Yaralanmalar (UKAY) kayıt sistemi, 2012 Ağustos'tan bu yana Türkiye genelindeki 15 hastanenin acil servisindeki yaralanma verilerinin internet ağıyla veri tabanına kayıtların girilmesiyle ortaya konmuştur.

UKAY tarafından 2012-2014 yıllarında kaydedilmiş, 46.322 verinin dağılımı aşağıdaki grafiklerde belirtilmiştir (Şekil 3) (49):



**Şekil 3.** 2012-2014 yıllarındaki UKAY Verileri (49)

Kaza ve yaralanma verilerinden tespit edilen erkeklerin oranı %69,05 ve kadınların da %30,90 olduğu bulunmuştur. Bu verilerine göre erkekler kadınların iki katı kaza ve yaralanma riskine sahiptirler (Şekil 4). Bunlar aşağıdaki şekilde verilmiştir:



**Şekil 4.** Cinsiyete göre UKAY verileri (49)

Engelliliklerin görülmesinde önemli bir husus da kaza sonucu yapılan yanlış tutum ve yetersiz ilk yardım müdahaleleridir. Paraplejik ve tetraplejik olan kişilerin %10'ununda gelişen engel durumu, kaza sonrası yanlış tutumdan kaynaklanmaktadır (50).

### 2.4.6.1. Ev Kazaları

Herhangi bir evin içinde, etrafında, otopark veya bahçesinde, ahır kısmında oluşabilecek her türlü yaralanmayı, kazayı belirtmektedir. Zehirlenmeler, düşme, yabancı cisim ile tıkanma, yanık, boğulma ve ateşli silahlarla yaralanmalar ülkemizde en çok görülen ev kazalarındandır. Bu kazalardan en sık 4 yaş ve altı çocuklar, yaşlılar ve engelliler etkilenmektedir. Dünyada her sene birçok kişinin ev ortamında meydana gelen kazalardan dolayı engelli kaldığı görülmektedir (51).

Ev kazaları, ülkemizde ve dünyada diğer kaza çeşitlerine oranla daha fazla görülmektedir. Bu kazalar mevsime göre de değişiklik göstermektedir. İlkbahar ve yaz dönemlerinde boğulmalar, düşmeler, zehirlenmeler artmaktayken, kış mevsiminde de yanıklar fazla görülmektedir. Kazalar incelendiğinde, büyük bir kısmının ihmal, bilgisizlik, tedbirsizlik gibi önlenbilir insan hatalarından kaynaklandığı görülmektedir (52).

IDB, 2012-2014 sağlık yükü çalışmasında evde oluşan, boş zaman aktiviteleri esnasında oluşan, okul ve spor aktiviteleri sırasında görülen kaza veya yaralanmalar ile trafik ve iş kazaları, şiddet olayları araştırılmıştır (49). Ülkemizdeki veriler ve IDB yüzdelerinin kıyaslanması (Tablo 5) aşağıda verilmiştir:

**Tablo 5.** IDB Türkiye ve Avrupa’ da görülen kazaların karşılaştırılması (49)

<b>Avrupa Yaralanma Veritabanı (IDB)</b>	<b>Ev, Boş zaman aktivitesi, Okul, Spor</b>	<b>Trafik</b>	<b>İş</b>	<b>Kendine Zarar verme</b>	<b>Şiddet</b>	<b>Diğer</b>	<b>Toplam</b>
<b>Türkiye rakamsal</b>	26.138	7.092	7.914	1.154	2.052	1.972	46.322
<b>Türkiye %</b>	56,4	15,3	17,1	2,5	4,4	4,3	100,0
<b>Avrupa %</b>	64,9	8,9	8,3	1,1	2,6	14,2	100,0



### 2.4.6.2. İş Kazaları

Çalışılan yerde veya yapılan iş esnasında aniden gelişen, bedensel ya da maddi hasarlara yol açabilen olaylardır.

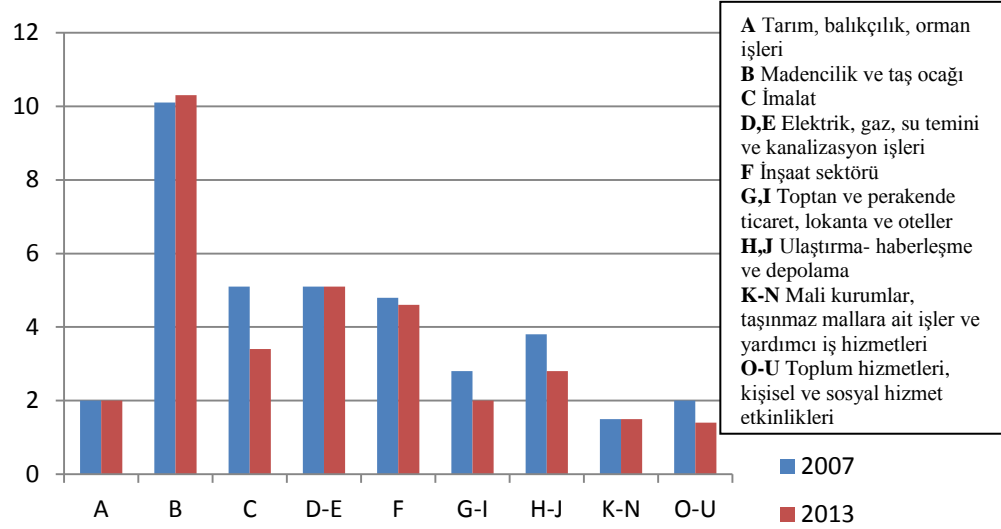
İş kazaları engelliliğe yol açan önemli nedenler arasında yer almaktadır. Yalnızca Türkiye’de değil, tüm Dünya’da iş kazasına bağlı olarak sayısız kişi sakat kalmakta veya yaşamını yitirmektedir. İş kazalarının meydana gelmesinde üretim teknolojisi ve çevre şartlarının yanı sıra fizyolojik, sosyolojik, psikolojik etkenlerin rolü de vardır. Son yıllarda araştırma sonuçlarında, iş kazalarında belirli kişisel faktör ile duygusal faktörlerin de yüksek kaza oranlarına yol açtığı ortaya çıkmıştır (53).

2013 yılında Türkiye’de son 12 ayda bir işte çalışanların %2,3’ünün (30614 kişi) iş kazası geçirdiği saptanmıştır. Kaza geçiren erkeklerin %2,8 (20428 kişi), kadınların ise %1,3 (10187 kişi) olduğu bulunmuştur. Toplamda iş kazası yaşayanların %81,6’sının erkekler olduğu tespit edilmiştir (54).

İş kazalarında yaralanmalar en fazla üst ve alt ekstremitelerde ve baş bölgesinde meydana gelmektedir. Kazaların %38,7’sinde üst ekstremiteler yaralanırken, bunu her beş kazadan biriyle alt ekstremiteler izlemektedir. Yaralanmaların yaklaşık yarısı (%45,7) yaralar ya da yüzeysel yaralanmalar halinde olmaktadır. Çıkık, burkulma ve incinmeler %14,3 ile ikinci sırada yer almaktadır. Buna bağlı gelişen meslek hastalıkları %4,9 gürültü maruziyeti kaynaklı işitme kaybı, %4,7 kas-iskelet sistemi rahatsızlığı, %1,2 deri rahatsızlığı olduğu teşhis edilmiştir (55).

Sektörel bazda değerlendirildiğinde, madencilik ve taş ocakçılığı iş alanında iş kazası geçirenlerin oranı %10,4, elektrik, gaz, su ve kanalizasyon işlerinde %5,2, inşaat alanında ise %4,3’tür (54).

Sektörel tabandaki sonuçlar, 2007 yılıyla kıyaslandığında iş kazası geçiren kişilerin oranı madencilik ve taş ocakçılığı alanında 0,1 puan artış ve inşaatta 0,2 puan azalış göstermiştir. Kaza geçiren kişilerde en büyük oran, imalat sanayi alanında 1,8 puan azalışla %3,3 olarak görülmüştür. 2007 ile 2013 yıllarına ait sektörlere göre iş kazası geçirenlerin oranı grafikte (Şekil 5) verilmiştir (54):



**Şekil 5.** Sektörlere Göre İş Kazası Geçirenlerin Oranı, 2007-2013 (54)

#### 2.4.6.3. Trafik Kazaları

Yalnızca Türkiye’de değil, Dünya’nın tamamında sosyal, sağlık ve ekonomik bakımdan çok büyük sorunların görülmesine yol açan kazalardır. Çoğu ülke trafik sorunuyla çok ciddi olarak uğraşmak zorunda kalmaktadır. Trafik kazaları ölüme ve engelliliğe yol açan önemli nedenler arasındadır. Kara yollarında gerçekleşen kazalar trafik kazalarının en başında gelmektedir (56).

Trafik kazalarına bağlı olarak görülen baş yaralanmaları veya birden fazla oluşan kırıklar kişilerin geçici ya da sürekli sakat kalmalarına yol açabilmektedir. En çok görülen kaza türü olan trafik kazaları en çok 15-34 yaş grubunda ve erkeklerde görülmektedir (56).

DSÖ’nün 1990 yılının istatistiklerine göre, her 100 ölümün 45’inin kazalar ve kaza sonrası ölümlerin de 36’sı trafik kazalarına bağlı olmuştur. DSÖ, trafik kazalarının önemli birer halk sağlığı problemi olduğunu vurgulayarak, dünyada her sene bundan dolayı 127000 kişinin yaşamını yitirdiğini, 2,4 milyon kişinin de yaralandığı ve bu kazaların yol açtığı maddi hasarların bir ülkenin gayri safi yurtiçi gelirinin %2’sine ulaştığını bildirmiştir (57).

Ülkemizde 2015’te meydana gelen 183011 adet ölüme sonuçlanan yaralanmalı trafik kazalarına göre 3831 kişi kaza alanında, 3699 kişi de yaralanıp kaldırıldığı sağlık kuruluşlarında kazanın neden ve etkisiyle 1 ay içinde yaşamını

yitirmiştir. Görülen ölümlerin %48,8'i, yaralanmaların %67,3'ü yerleşim alanlarında oluşurken, diğer ölümlerin %51,2'si yaralanmaların ise %32,7'si yerleşim alanı dışında gerçekleşmiştir (58).

Yalnızca 2017 Şubat ayına ait Emniyet Genel Müdürlüğü kaza verilerine (Tablo 6) bakılarak trafik kazalarının ülkemiz için ne kadar ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir (59). Bu veriler:

**Tablo 6.** 2017 Şubat Ülke Geneli Trafik Kazaları ve Sonuçlarının Türlerine Göre Dağılımı (59)

<b>TRAFİK KAZALARI</b>	<b>YERLEŞİM YERİ</b>	<b>YERLEŞİM YERİ DIŞI</b>	<b>TOPLAM</b>
<b>TOPLAM KAZA SAYISI</b>	21.687	4.924	26.611
<b>ÖLÜMLÜ KAZA SAYISI</b>	53	90	143
<b>YARALANMALI KAZA SAYISI</b>	7.846	2.198	10.044
<b>MADDİ HASARLI KAZA SAYISI</b>	13.788	2.636	16.424
<b>ÖLÜ SAYISI</b>	57	115	172
<b>YARALI SAYISI</b>	11.752	4.807	16.559

Trafik kazalarının çok sık görüldüğü yerlerde acil yardım servislerinin bulunmaması; ilk yardımın ve uygulama yöntemi öneminin topluma yeterince anlatılmamış olması; otoban, üstgeçit, çift şeritli yolların dünya standartlarına göre uygun olmaması ve yollardaki yetersiz denetimler de kazalara ve sonuçlarına sebep oluşturmaktadır. Bunlara bağlı olarak da ölümler ve sakatlanmalarda artışlar olmaktadır (56).

## 2.5. Engelliliğin Önlenmesi

Koruyucu sağlık hizmetlerinin esas hedefi, toplumu sağlığı bozan faktörlerden uzak tutmak ve hastalık yapıcı etkenlerin ortadan kaldırılmasına ilişkin sağlık hizmetleri uygulamaktır. Koruyucu hizmet, engelliliğe yol açan sebepleri

ortadan kaldırmak veya en aza indirgeyebilmek için uygulanan planların tümünü kapsamaktadır (60).

Koruyucu sağlık hizmetleri şu üç aşamadan oluşmaktadır:

**1. Birincil Korunma:** Sağlığı geliştirmek için, aşılama, dengeli beslenme, bedensel ve duygusal açıdan iyi olma hali amacıyla gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamaktır. Birincil düzeyde koruma için yapılabilecekler;

- Gebe-çocuk takibi, genel ve sağlık eğitimi, uygun şartlar altında doğum,
- Hijyeni sağlama ve bakımı iyileştirme,
- Aşılama, enfeksiyon hastalıklarından korunma, bulaşıcı hastalıklar ile mücadele,
- Anne ile çocuklar arasında görülen beslenme bozukluklarına bağlı malnütrisyon, vitamin ya da mineral yetersizliklerinin önlenmesi,
- Sigara, alkolizm ve ilaç alışkanlıklarına karşı mücadele,
- Akraba evliliklerinin önlenmesi, genetik danışmanlık (buna yönelik sağlık personelinin de eğitilmesi),
- Kronik hastalıkların önlenmesi amacıyla diyet ve egzersiz yapma, kişinin yaşam tarzı şeklini değiştirmek,
- Çevre sağlığına yönelik temiz su kaynağı sağlama, hava, gürültü ve radyolojik kirlilik denetimi
- Kazaları önleme girişimleri, iş-işçi sağlığı, ilk ve acil yardım hizmetleri,
- İş kazalarının oluşmasını azaltmak için çalışanların ve işverenlerin eğitilmesi, kazaları azaltmaya yönelik yasalar çıkartma,
- Doğum öncesi, esnası ve sonrasında ortaya çıkabilecek engellilikler hakkında anne adaylarının eğitilmesi ve bu konuda bilinçlendirilmeleri,
- Sağlık ocakları aracılığıyla topluma sunulan bütün temel sağlık hizmetlerinin engelli kişilerin de erişebileceği biçimde düzenlenmesidir (32).

**2. İkincil Korunma:** Hastalık oluşumu engellenememiş ve bir hasar bırakmışsa bunun sakatlığa dönüşmesini önlemek için kişisel ve toplumsal düzeyde yapılan müdahalelerin bütünüdür.

- Erken teşhisle hastalıkların, bozuklukların tedavisi,
- Yeni doğanlarda görülen metabolik bozukluklar (hipokalsemi, hipoglisemi)
- Yeni doğan dönemi sarılığı: Hamilelik öncesinde anne ile babanın kan gruplarının bilinmesi, yeni doğanlarda sarılık görülme olasılığı olan bebeklerin saptanmasına ve erken müdahalede bulunulmasını sağlar. Aksi takdirde zihinsel engellilik ve işitme kayıpları oluşabilir.
- Kronik (süreğen) hastalıkların erken teşhis ve tedavisi (diabet, hipertansiyon, kanser gibi)
- Cinsel yollarla bulaşabilen hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi
- Gereken ortopedik veya cerrahi hizmetlerinin olması, kolayca erişebilir olmaları,
- Gerekli ilaçların hazır bulundurulması (epilepsi, hipertansiyon, diyabet)
- Kötü bakımın önlenmesi,
- Zararlı ajanların veya diğer risk faktörlerinin azaltılması,
- İşe ve işyerine uygun gerekli şartların oluşturulması
- Mesleki ve eğitimsel danışmanlık hizmetleri verilmesi
- Psikolojik destek sağlanması,

Taramalar; erken teşhis amacıyla çok uygulanan ve en net sonuçlar veren metotlardır. Engellilik nedenleri arasında Türkiye'de akraba evliliği sonucu en çok görülen doğuştan metabolik hastalıklardan fenilketonüri ve hipotroidi taraması yapılabilen önemli hastalıklardır.

Fenilketonüri taraması: Türkiye'de her sene yaklaşık olarak 400-500 fenilketonüri çocuk doğmaktadır. Bu test, bebek doğduktan sonra birkaç günde

içinde topuklarından "Guithrie kartı" denilen spesifik filtre kâğıdı üzerine birkaç damla kan damlatılarak yapılmaktadır.

Hipotroidi taraması: Bu testin erken dönemde uygulanıp sonuç alınmasıyla zihinsel engellilik gelişimi önlenmektedir (35).

**3. Üçüncül Koruma:** Rehabilitasyon hizmetlerinden oluşmaktadır. Hastalık sonrası gelişebilen sakatlık veya kalıcı hasarların en az seviyeye indirilmesi, kişinin oluşan yeni durumuna uyum sağlaması için alınması gereken önlemlerdir. Bunlar:

- Bozukluk veya Yeti Kaybının Erken Tanısı,
- Engelli İnsanları ve Ailelerini Eğitmek ve Bilgilendirmek,
- Fiziksel engelleri ortadan kaldırmak,
- Ameliyat, fizyoterapi, iş uğraşı, konuşma terapisi vb. hizmetleri sağlamak,
- Kendine bakım eğitimleri,
- Eğitim hizmetleri ve kişiye uygun işlerin ayarlanması,
- Sosyal Entegrasyonu Kolaylaştırmak, Sosyal ve Psikolojik Uyum Düzenlemeleri sağlamak (61)

## 2.6. Rehabilitasyon

Doğuştan görülen veya sonradan gelişen hastalık, kaza ve yaralanma sebebiyle bazı yeteneklerini yitirmiş kişiyi tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki açıdan mümkün olabilecek en iyi seviyeye ulaştırıp kişinin kendine, ailesine, bütün topluma daha faydalı olmasını ve kalıcı sakatlıkların hasarlarını en aza indirgeyebilmek için sunulan tüm tedavi hizmetleri rehabilitasyonu oluşturmaktadır (62).

DSÖ, rehabilitasyona ilişkin yayınladığı belgede 3 önemli konuyu ele almıştır (63). Bunlar;

1. Sakatlık veya engelliğin yarattığı tesirin, onların çevreye uyumsuzluğunu azaltmayı amaçlayan tüm yöntemler,

2. Kişilerin yalnızca çevreye uyumlarını sağlamak için sakat ve engellileri eğitmek değil, aynı zamanda toplumsal bütünleşme için de yaşadığı çevre ve toplumla ilgili düzenlemeler yapmak,

3. Sakat ve engelli kişilerin birlikte yaşadıkları aileleri ve toplumlarla beraber rehabilitasyon hizmetlerinin tasarlanması ve uygulanması olarak bildirilmiştir.

### **2.6.1. Toplum Temelli Rehabilitasyon**

Toplum temelli rehabilitasyon (Community Based Rehabilitation, CBR), rehabilitasyonda fırsat eşitliği ve engellilerin toplumsal entegrasyonu için oluşturulan bir süreci kapsamaktadır (64).

Toplum temelli rehabilitasyon (CBR), DSÖ tarafından, engelli insanlar ve aileleri için yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla 1978'de Alma-Ata Deklarasyonunu takiben başlatılmıştır. Temel ihtiyaçlarını karşılamak, düşük maliyet ile daha geniş kapsamlı rehabilitasyon hizmeti sunmak ve engelli bireylerin topluma katılımlarını sağlamak amaçlanmıştır. Başlangıçta kaynak kısıtlı ortamlarda rehabilitasyon hizmetlerine erişimi artırmak için bir strateji olan CBR, artık fakirlik ve engelliliğin sürekli döngüsü ile mücadele ederken fırsatların eşitlenmesini ve engellilerin sosyal katılımını artırmak için çalışan çok sektörlü bir yaklaşımdır. CBR, engellilerin, aileleri ile topluluklarının ve ilgili hükümet ile hükümet dışı sağlık, eğitim, mesleki, sosyal ve diğer hizmetlerin birleşik çabaları aracılığıyla uygulanmaktadır (65).

CBR'nin hedefleri şunlardır (66):

- Engelli insanlara karşı olumlu tutum oluşturulması
- Rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması
- Eğitim ve öğretim fırsatlarının sağlanması
- Mikro ve makro gelir yaratma fırsatlarının yaratılması
- Uzun süreli bakım tesislerinin sağlanması
- Engellilik nedenlerinin önlenmesi

- İzleme ve değerlendirme

Engelli bireyler için hizmetlerin geliştirilmesi Projesi'nin amaçlarından biri de ülkemizin koşullarına ve gereksinimlerine uyan bir toplum temelli hizmet modelinin yaratılmasını sağlamaktır (67).

### 2.6.2. Tıbbi Rehabilitasyon

Engelli bireyin fiziksel kapasitesini arttırıp, günlük yaşam aktivitelerinde fonksiyonel bağımsızlığa ulaşmasını sağlamak için yapılan teşhis, tedavi, ortez ve protez, izlem ve kontrol aşamalarından oluşmaktadır.

Tıbbi rehabilitasyon, savaş yaralanmaları, trafik, ev ve iş kazaları, birçok hastalıkların başlangıç dönemlerinde görülen fonksiyon kayıplarının düzeltilmesi amacıyla uygulanmaktadır. Rehabilitasyona alınacak kişinin durumuna göre: klinik rehabilitasyon, fizik tedavi ajanları, oksijen ve aerosol tedavi yöntemleri, postüral drenaj, boş zamanları değerlendirme, tıbbi jimnastik, sporlar, iş ve uğraşı terapileri uygulanmaktadır. Bunlar fizyoterapistler, fizik tedavi uzmanları, spor eğitmenleri, sosyal hizmet uzmanları, mühendis ve teknikerler vasıtasıyla multidisipliner bir yaklaşım şeklinde sunulmaktadır (68).

Türkiye'de tıbbi rehabilitasyon hizmeti sunan kurum sayısı da yeterli düzeyde değildir. On altı fiziksel tıp ve rehabilitasyon hastanesi ve sadece bir adet spastik çocuklar rehabilitasyon merkezi bulunmaktadır. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon yatak sayısı 7364 olarak belirtilmektedir (69).

Türkiye'de medikal rehabilitasyon hizmetleri daha çok kurum merkezlidir. Kurum sayısı tüm engellilerin ihtiyaçlarını karşılamaktan uzaktır; kurumlara yönlendirmeyi sağlayacak koordinasyon hizmeti bulunmamakta, fizyoterapist, uğraşı terapisti ve dil-konuşma eğitmenleri sayısı yetersiz kalmakta, kurumlarda klinik psikolog ve ilgili sosyal hizmet uzmanları yer alamamaktadır; bazı belediyelerin sınırlı aktiviteleri dışında toplum temelli model ile ilgili geniş çapta uygulama bulunmamaktadır (70).



### 2.6.3. Mesleki Rehabilitasyon

Tıbbi tedavi ve rehabilitasyonlardan sonra engelli kişilerin mesleklerini devam ettirebilmelerini sağlamak veya onları yeni durumlarına uygun bir işe yerleştirmektir.

**1. İş yeri alanının seçilmesi bölümü:** Bu bölüm dört ayrı disiplinden oluşur.

- Tıp alanı
- Endüstri ve iş psikolojisi
- Eğitim uzmanlığı
- Ülkelerin resmi otoritesini temsil eden yetkilidir.

**2. Mesleki Eğitim:** Bu aşamada engelli kişilere mesleki açıdan eğitim sunulur. Genel olarak büyük merkezlerdeki yataklı kurumlardan oluşmaktadır.

**3. İşe yerleştirme:** Mesleki rehabilitasyonu tamamlayan engelli kişi, eğitim aldığı alana göre uygun bir iş bulunarak çalışmaya başlar (68).

Engellilerin çalışma hayatında etkin bir biçimde yer alabilmeleri açısından yasal düzenlemeler yeterli olmakla birlikte, konuyla ilgili sorunlar da bulunmaktadır. Bu çerçevede, mesleki rehabilitasyon konusundaki yönetmelik ve aktiviteler önemlidir. Fiziksel tıp uzmanı ve fizyoterapistlerin ergonomi konusundaki çalışmaları engelliliğin önlenmesi ve engellilerin çalışma şartlarının kolaylaştırılması bağlamında işverenlerin eğitimi açısından yararlıdır (71).

### 2.6.4. Sosyal Rehabilitasyon

Sosyal Rehabilitasyon, engelli bireylerin sosyal etkinlikler ve kültürel etkinliklere katılmalarını sağlamaktır.

Engelli bireye ve ailesine profesyonel bir yardım desteğiyle kişinin önündeki ekonomik ve sosyal zorlukları meydana kaldırıp, kişinin toplum ve iş hayatına uyumu sağlanmaktadır. Kişinin hastalığı sebebiyle yaşadığı çevreden soyutlanması, rehabilitasyon döneminde ve sonunda fiziki ya da psikolojik açıdan bir değişime

uğraması, eski çevresine veya yeni bir sosyal çevreye girmesi kişi açısından bazı sosyal sorunların görülmesine yol açmaktadır. Bu durumlar engellilerin çevreleriyle olan ilişkilerine etki edebilmektedir. (34).

## 2.7. Engelli Hakları

DSÖ engelliliği küresel bir halk sağlığı meselesi, bir insan hakları meselesi ve bir kalkınma önceliği olarak görmektedir. Engelli bireyler, yaşamları boyunca, rehabilitasyon gibi sağlık ve ilgili hizmetlere erişmede yaygın engeller ile karşı karşıyalar ve engelsiz insanlara göre daha kötü sağlık sonuçlarına sahiptirler. Bazı sağlık koşulları, Down sendromlu kişilerde daha yüksek obezite insidansı ve diyabet veya bağırsak kanseri prevalansının daha yüksek olması gibi kötü yönetilen diğer sağlık sorunları için bir risk faktörü olabilir (8).

Engellilik, aynı zamanda bir insan hakları sorunudur çünkü yetişkinler, ergenler ve engelli çocuklar damgalanma, ayrımcılık ve eşitsizlikler yaşarlar. Örneğin, engelliliklerinden dolayı şiddet, istismar, önyargılar ve saygısızlık eylemleri yoluyla haysiyetleri de dâhil olmak üzere haklarının birden fazla ihlaline maruz kalmaktadırlar. Engellilik, düşük gelirli ülkelerde daha yaygın olması ve engelli olma ve yoksulluğun birbirini güçlendirmesi ve devam ettirmesi nedeniyle bir kalkınma önceliğidir (21).

Yetersiz beslenme, yeterli olmayan sağlık hizmetleri ve tehlikeli yaşam, çalışma ve seyahat koşulları büyük sorunlardır. Engellilik, eğitim ve istihdama erişimin yetersizliği ve engelliliğe bağlı olarak artan harcamalar yoluyla düşük bir yaşam standardı ve yoksulluğa neden olabilir (21).

Engelliliğin önlenmesinde, engellilere yönelik yapılacak gerekli tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yürütülmesinde, kişilerin engellilikle ilgili farkındalığının artırılmasında ve engellilerin kendi haklarının bilincine varmasında, sağlık alanından, eğitim sektörüne kadar pek çok birimin işbirliği içinde olması gerekmektedir.

### 2.7.1. Eğitim

Engelli kişilerin en başlıca sorunu eğitim hizmetlerine ulaşamamalarıdır. Engellilerin eğitimsiz kalması, onların toplumla bütünleşmesini önleyen en önemli unsurlardan birisidir. Eğitim alma hakkı, anayasa ve kanunlarla sabit kılınmış ve devlet tarafından güvence altına alınmış bir haktır. Hiçbir birey eğitim ve öğrenim hakkından yoksun bırakılmamalı ilkesi engelli bireyler için de geçerlidir.

Türkiye’de engellilerin eğitim hizmetlerinden nasıl yararlanacağını belirlemek için her ilde Rehberlik Araştırma Merkezleri kurulmuştur. Tam teşekküllü hastanelerden alınan sağlık raporlarıyla beraber bu merkezlere başvurularak verilecek eğitimin planı ve programı çıkarılmaktadır. Burada engellilere birkaç eğitsel değerlendirme uygulanabilir ve aileler buralardan verilecek eğitimle alakalı net bir bilgi alabilirler (72).

Milli Eğitim Bakanlığı, Özel Eğitim ve Rehberlik Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün mevcut kayıtlarına göre; özel eğitim okullarında, özel eğitim sınıflarında ve kaynaştırma sınıflarında eğitim ve öğrenim gören öğrenci sayılarının yıl bazında dağılımları (Tablo 7) aşağıda verilmiştir (73):

**Tablo 7.** Engelli öğrencilerin sayılarının yıllara göre dağılımları

Öğretim Yılı	Öğrenci Sayısı			
	Özel Eğitim Okullarında	Özel Eğitim Sınıflarında	Kaynaştırma Eğitiminde	Toplam
2015-2016	49.206	36.742	202.541	288.489
2014-2015	43.796	32.265	183.221	259.282
2013-2014	40.505	29.094	173.117	242.716
2012-2013	33.877	25.477	161.295	220.649
2011-2012	42.896	20.968	148.753	212.617
2010-2011	40.189	18.576	93.000	151.765
2009-2010	36.599	15.712	76.204	128.515
2008-2009	30.671	13.015	70.685	114.371
2007-2008	28.252	9.252	58.504	96.008
2006-2007	27.439	9.643	55.096	92.178
2005-2006	25.238	8.921	45.532	79.691
2004-2005	22.082	8.130	42.225	72.437
2003-2004	19.895	7.405	35.625	62.925
2002-2003	17.988	6.912	31.708	56.608
2001-2002	17.320	6.912	29.074	53.306

## **Eğitim Ortamları**

**Kaynaştırma:** Özel eğitime ihtiyacı olan çocukların eğitim ve öğrenimlerini normal gelişim gösteren çocukların eğitimini sürdürdüğü resmi ya da özel okullarda devam ettirmeleridir. Okul öncesi, ilköğretim veya orta öğretim kurumlarında kaynaştırma eğitimi verilebilmektedir.

**Özel Eğitim Sınıfı:** Resmi veya özel okulların himayesinde özel eğitime ihtiyacı olan öğrenciler için açılan sınıflara denir.

**Otistik Çocuklar Eğitim Merkezi:** Zorunlu eğitim alma çağında olup genel olarak herhangi bir ilköğretim programını sürdüremeyecek durumda olan otistik çocuklara yönelik açılan merkezlerden oluşmaktadır.

**Otistik Çocuklar İş Eğitim Merkezi:** İlköğretimi bitiren, ama genel ya da mesleki ortaöğretim programlarını sürdüremeyecek durumda olup ve 21 yaşından küçük olan otizmli kişilere yönelik kurulmuş iş eğitimi uygulamaları bulunan merkezleridir.

**Özel Eğitim:** Özel eğitime gereksinim duyan kişilerin zorunlu eğitim çağı, okul öncesini de kapsayan 3-14 yaş aralığı olduğu kabul edilmiştir. Engellilere ilişkin verilecek erken eğitim de 0-6 yaşında başlamalıdır. Türkiye’de engellilere yönelik eğitimden Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) sorumludur. Eğitim ve öğretim hizmetlerinin sunulmasında MEB’in yanı sıra üniversitelerin ilgili bölümlerinden de bilgi ve yönlendirme hizmetleri verilebilir (74).

MEB adı altında işitme engelliler meslek liseleri, ortopedik engelliler meslek liseleri, zihinsel engellilere yönelik olan meslekî eğitim merkezleri, iş eğitim merkezleri ve yetişkin zihinsel engelliler iş eğitim merkezlerinde engelliler için meslekî eğitim programları yürütölmektedir (75).

20.06.2006 tarihinde, 26200 sayılı resmi gazetede yayınlanan “Yükseköğretim Kurumları Engelliler Danışma ve Koordinasyon Yönetmeliği” ne göre üniversitelerde, engelli öğrencilerin öğrenim hayatlarını kolaylaştırmak için gereken önlemleri almak ve bu alanda düzenlemeler yapmak için “Engelliler Danışma ve Koordinasyon Birimi” oluşturulmuştur (75).

YGS, EKPSS gibi merkezi sınavlarda engelli öğrencilere yönelik uygun ortamlar oluşturulmakta ve sınava giren engellinin engel türüne göre soru kitapçıkları hazırlanmaktadır. Örneğin, görme engellilere yönelik Braille Alfabesi ile yazılmış soru kitapçıkları hazırlanmakta ve onlara 30 dakika daha ek süre verilmektedir. Yine ortopedik engellilere de asansörlü binalar ayarlanmakta veya sınavlara zemin katlarda girmeleri sağlanmaktadır. Ayrıca YGS’de engelli öğrencilere “özel tür” adı altında ek puan verilmesi de sağlanmaktadır (75).

### 2.7.2. Sağlık

Tıbbın bütünüleyici hizmet organlarının engellilere verdiği hizmetler, engellilerin hareket etme yetisini arttırmak, dolayısıyla sosyal ve fiziki ortamlara uymalarını, hastane ortamında diğer hastalar gibi işlemlerini yürütebilmelerini ve hareket etmeleri açısından son derece önemlidir (76).

Sağlık Bakanlığı, engellilerin sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşabilmeleri için gerekli olan çeşitli düzenlemeler yapmaktadır. Çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu içerik bakımından engellilerin de herhangi bir ayrıma tabi tutulmadan sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamaktadır. Özellikle engelliliğe neden olabilecek sistemik hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik doğum öncesi, doğum sonrası hatta doğum anında yapılması gereken müdahaleleri düzenlediği kanunlar yanı sıra çeşitli genelgeler, yönergeler ve yönetmeliklerle belirlemiştir (77).

Engellilere sağlık hizmetlerinin sunulmasında sağlık kurumlarının yeterli imkanlara sahip olmadığı, kurumlara erişim güçlüğü yaşandığı, bu kurumlarda bakım ve rehabilitasyon birimlerinin yeterli olmadığı, engellilikleri dışındaki sağlık problemlerine yönelik hizmetten yararlanmada geç kalındığı gibi sıkıntıların olduğu belirtilmektedir. Türkiye’de engelli çocukların engelliklerine yönelik ve engellilik dışı sağlık problemlerinin tespit edilmesi, sağlık hizmetlerinden faydalanmaları ve sağlık hizmeti alımında görülen olumsuzlukların saptanması ile çözüm yollarının geliştirilmesi hayli önemli ve öncelikli bir konuyu oluşturmaktadır (78).

2010 yılında yapılan “Özürülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması”nın sağlık ile rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanan engel türüne göre kayıtlı engelli bireyler oranı (Tablo 8) aşağıdaki gibidir (79):

**Tablo 8.** Sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanan engel türüne göre kayıtlı engelli bireyler, 2010 (79)

	Görme	İşitme	Konuşma	Ortopedik	Zihinsel	Psikolojik	Kronik Hastalıklar	Toplam
Sağlık Hizmetlerinden Yararlananlar	3,2	8,3	15,0	9,4	20,5	32,2	9,5	14,0
Psikoterapi ve Danışmanlık	2,5	4,0	9,4	2,5	10,7	29,2	4,2	7,3
Fizik tedavi ve Rehabilitasyon	0	3,2	5,4	7,2	9,2	4,6	5,6	6,8
Öz Bakım, Bağımsız Yaşam Becerileri Eğitimi	0	2,2	3,5	1,7	6,6	4,1	0,8	3,2
İş ve Uğraşı Terapisi	0	2,2	2,6	0	4,6	2,6	1,0	2,4

Evde bakım hizmetleri genellikle, kişinin sağlığını korumak, kalitesini yükseltmek, onu yeniden sağlığına kavuşturabilmek için sağlık ve sosyal hizmetlerin uzmanlar veya aile bireyleri vasıtasıyla kişinin kendi evinde veya yaşadığı ortamda ona verilmesidir. Bu hizmetler, hem sağlık hem de sosyal hizmetleri kapsayan geniş bir yelpazede kişinin ihtiyaçları doğrultusunda onun yaşam kalitesini ve toplumsal itibarının korunmasını da hedeflemektedir (80).

Sosyal güvencesi olan engellilerin muayene, tedavi, ilaç ve ortez-protez gereksinimleri bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarından katkı payları karşılığında sağlanmaktadır. Hiçbir sosyal güvenceye sahip olmayan bireylerin sağlık hizmetleri yeşil kart verilerek karşılanmaktadır. Ayrıca tam teşekküllü hastanelerdeki heyet kurullarından “Engelliler İçin Sağlık Kurulu Raporu” alınabilmektedir (81).

Türkiye tarafından onaylanan EHİBMS engeli olan bireylere, eğitim, istihdam, ailelerini geçindirebilme ve topluma katkıda bulunmaları amacıyla kapasitelerini geliştirmeleri için esas olan rehabilitasyona erişim açısından sorumluluklar yüklemektedir. Rehabilitasyon hizmetlerine erişime insan hakları perspektifinden bakıldığında, rehabilitasyon hizmetleri ve programlarının eşitlik, ayrımcılığın olmaması, erişilebilirlik, kullanıma hazırlık, elverişlilik, yeterlilik, kalite, mahremiyete saygı ve bilgilendirilme ve hesap verme sorumluluğu gibi insan hakları ilkelerine sadık kalarak daha iyi organize edilmesi, kapsamının genişletilmesi ve güçlendirilmesi büyük önem kazanmaktadır (82).

### 2.7.3. İstihdam

Engellilerin, üreten kişiler olarak toplumda yer bulamaması ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Bu da, onların toplumla bütünleşmesini önleyen en önemli unsurlardan birisidir. Engelli kişi iş bulamadığı ve yaşadığı topluma üreterek bir katkı sağlayamadığı için kendini geliştirme olgusunu yaşamamanın bunalımına girmekte, ailesine ve topluma yük olduğunu düşündüğü için de sürekli bir depresif durumda olmaktadır.

Engelliler Hakkında Kanunda engellilerin istihdamına ilişkin ayrımcı uygulamalar yasağı, engelleri azaltıcı önlemlerin alınması ve işyerinde fiziksel düzenlemelerin yapılması ve rehberlik ve mesleki danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik önlemler alınması yükümlülüğü vurgulanmıştır (83).

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda %3 oranında engelli çalıştırılması, yardımcı araç ve gereçlerin kurumlarınca sağlanması ve engelliler için ayrı bir merkezi sınav uygulanması hükümleri yer almaktadır. Bu zorunluluklar sonucu 2011'de 20.829 memur olarak işe alınan engelli sayısı 2016 yılsonunda 43.151'e ulaşmıştır. Özel sektörde istihdam edilen engelli işçi sayısında da 2,5 kattan fazla artış olmuştur. Ancak, halen engelli istihdamına ayrılan kadroların tamamına istihdam sağlanamamıştır (84).

Devlet Personel Başkanlığı kayıtlarının 2002-2016 yılları arası kamu kurumlarında engelli kotasında memur olarak işe alınan engellilerin yıl bazında dağılımı (Tablo 9) aşağıda verilmiştir (85):

**Tablo 9.** Kamu kurumlarında engelli kotasında istihdam edilen memurların yıllara göre dağılımı (85)

Yıllar	Engelli Memur Sayısı
2016	43.151
2015	40.655
2014	34.078
2013	32.787
2012	27.314
2011	20.829
2010	18.787
2009	10.357
2008	9.966
2007	9.193
2006	8.915
2005	8.717
2004	8.717
2003	6.727
2002	5.777

Türkiye İş Kurumu verilerine göre, 2016 yılı sonunda kamu kurumlarında veya özel sektörde engelli kişi kontenjanından başvuru yapıp, işe alınan işçi sayısı 15.031'dir. 2016 yılında iş başvurusu yapan işsizler ve daha iyi koşullarda çalışmak için iş arayan engellilerin sayısı da 79.321'dir (86).

Şubat 2014'te engellilerin istihdamını teşvik hükümleri kanun seviyesinde yeniden düzenlenmiştir. İşverenin engellilerin istihdamına olumlu baktığı, kota ve teşvik uygulamasının benimsendiği belirlenmiştir (87).

#### 2.7.4. Sosyal Yardımlar

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, hayatın normal akışına ayak uyduramayacak olan engellilerin tespit edilmesi, onların korunması, bakım ve rehabilitasyonlarıyla toplumsal hayatta bağımsız olarak yaşamalarını sağlayıcı hizmetleri sunmak, bunlardan faydalanamayacak olan engellilere devamlı bakım ulaştıracak hizmetleri sağlamak, merkezler açmak ve bütün bu hizmetleri idame etmek sorumluluğunu almıştır (88).



Ülkemizde engelli bireylerin bakımının öncelikle evde ailelerin yanında sağlanması stratejisi benimsenmiş, evde bakım hizmeti için aileye maddi destek ve bakıcı personel desteği, rehberlik ve danışma hizmeti verilmesi öngörülmüştür (89).

Amerika'daki yaşlıların aile bakıcılarına ilişkin 2009 yılı verilerine göre, herhangi bir zamanda bakım hizmeti verenlerin 42 milyondan fazla olduğu belirtilmiştir (90). Bu bakımın ekonomik değeri 2007'de 375 milyar dolardan 2009'da 450 milyar dolara yükseldiği tahmin edilmektedir. Daha düşük sağlık ve artan stres, genellikle bakım yoğunluğu ve bakım saati olanlara göre artmaktadır (91). Bu konuyu sadece yüksek gelirli ülkelerdeki halk sağlığı dernekleri ele alıyor ve düşük gelirli ülkeler bu önemli sağlık sorununu daha da az dillendiriyorlar (92).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü'nün kayıtlarında, 2016 yılında 2022 sayılı Kanuna göre maaş alan engelli sayısı 284.951 (1.577 Milyon TL kaynakla) ve engelli bakım veren kişi sayısı da 91.478'dir (93).

Dünya Engellilik Raporunda teknoloji açısından uygun yardımcı teknolojilere erişimin artırılması ve düzenli yardımcı cihaz hizmeti oluşturulması, kullanıcı eğitimi ve izlemi, yerel üretimin geliştirilmesi, ithalat ve vergilerin azaltılması, kaynak artırılması ve telerehabilitasyon gibi bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılması önerilmektedir (21). Ülkemizde engellilerin ihtiyacı olan tekerlekli sandalye, ortez, protez, özel bilgisayar programları vb. her türlü araç ve gereç katma değer vergisinden muaf tutulmuştur (94).

Şehirlerarası otobüs seyahati yapmak isteyen, sağlık raporlarına %40 ve üzeri engel oranına sahip engellilere bütün şehirlerarası çalışan otobüs firmaları tarafından Karayolları Taşıma Yönetmeliği hususlarına göre tam bilet fiyatlarının %30'u kadar indirim uygulanmaktadır. Yine sağlık raporu %40 ve üzeri oranına sahip engellilere Türk Hava Yolları tarafından da yaptıkları tüm iç hat uçuşlarındaki bilet fiyatlarının üzerinden %25 indirim yapılmaktadır (88).

Engeli olan bireylerin yaklaşık %90'ının en büyük beklentisi sosyal yardım ve desteklerin artırılmasıdır. Ancak, engeli olan bireylerin topluma tam katılımının sağlanması konusunda nakdi yardımlar bir çözüm olamaz. Hedef tüm engellilerin tüm yaşam alanlarına/topluma katılımlarını sağlamak olmalıdır. Dünya Engellilik

Raporunun önerileri ile uyum sağlayan, engeli olan bireylerin ekonomik ve sosyal olarak topluma tam ve eşit katılımlarını güçlendirmek amacıyla, EYHGM'nin ve ilgili sivil toplum kuruluşlarının altyapılarının ve kişilerin bilgi, anlayış, donanım ve deneyimlerinin geliştirilmesi ve işbirliğinin güçlendirilmesi gereksinimine yönelik planlanan “Engellilerin Toplumsal Entegrasyonunun Geliştirilmesi Projesi” hizmet kalitesinin geliştirilmesi açısından önemlidir. Ancak bu proje ile ilişkili raporda tüketici seçim ve kontrolü açısından önemli olan engelli kaydı, ulusal veri tabanı ve kurumlar arası bilgi akışı yönünden Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında “orta” derecede bir ilerleme kaydedildiği bildirilmiştir. Veri tabanı yetersizliği giderilerek, bilgi paylaşımı ve etkin denetimin sağlanmasını mümkün kılacak bir altyapı oluşturmayı ve güçlendirmeyi amaçlayan “Bütünleşik Sosyal Yardım Hizmetleri Projesi” tamamlandığında hizmet sunumu kalitesi de artacaktır (95).

## **2.8. Engellilerle İlgili Mevzuatlar**

Engellilikle ilgili genel durumu tanımlayıcı çok önemli bir unsur olan kanunlar açısından, Anayasamızdaki devletin ‘sakatların toplum hayatına intibaklarını sağlayan tedbirler alması ve tedbirlerin eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamayacağı’ hükümleriyle engellilerin topluma katılım hakları ve engeli olan bireylere olumlu ayrımcılık gereği güvence altına alınmıştır (96).

Ülkemizde engellilikle ilgili en önemli girişim 2005 yılında uygulamaya konulan “Engelliler Hakkında Kanun” dur. Bu kanunun ana amaçları engelliliğin önlenmesi, engeli olan bireylerin sağlık, eğitim, istihdam, bakım, rehabilitasyon ve sosyal güvence alanlarındaki sorunlarının çözülmesi, engellerin kaldırılarak, engeli olan bireylerin sosyal yaşama katılımının ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarının sağlanmasıdır. Ülkemizin 30 Mart 2007’de EHİBMS’yi ilk kabul eden ülkeler arasında yer alması ve 3 Aralık 2008 tarihinde Kanun ile onaylanması Türkiye’nin engellilik konularına verdiği önemin göstergesidir. Konuyla ilgili odak kurum olan EYHGM, EHİBMS hükümlerini farklı taraflarca anlaşılması amacıyla bilgilendirme toplantıları düzenlemiş ve uygulama rehberleri hazırlamıştır (97).

Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu'nun alt komisyonu ile de engelli haklarının ve hak ihlallerinin incelenmesi amaçlanmaktadır (98).

12 Eylül 2010'da Halk Oylaması'na sunulduktan sonra kabul edilen 5982 sayılı "Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" hükümleriyle Anayasaya 10. maddesine ilave edilen fıkralarda bulunan; "Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür. Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz." kısmı ve "Çocuklar, yaşlılar, özürllüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malûl ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz." kısmıyla engelliler açısından pozitif bir ayrımcılık bulunduran ayrıcalıkların kabulüne ilişkin eşitlik ilkesine karşıt olmayacağı hükmüne varılmıştır (99).

### **2.8.1. Ulaşılabilirlik Mevzuatı**

Ulaşılabilirlik konusu, EHİBMS metninin, 3. ve 9. maddesinde belirtilmiştir. Bu maddeler; üye ülkelerin engellilerinin bağımsız yaşayabilmelerini ve hayatın her alanına etkili bir şekilde katılımını yapmak ve diğer insanlarla eşit şartlarda fiziki çevre koşullarına, ulaşım, bilgi ve iletişim teknolojilerini barındıran her coğrafyada tüm tesis ve hizmetlere erişimini sağlamaya yönelik gereken önlemlerin alınmasını hüküm altına alınmasını sağlamaktadır. Bu önlemlerin nerede ve nasıl alınması gerektiğini belirtmektedir. Türkiye'de engellilere yönelik ulaşılabilirliğin sağlanması için ilk yasal düzenleme 1997'de 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile gerçekleştirilmiştir. Bu Kararnameyle birçok kanunda engellilere ilişkin düzenleme gerçekleştirilirken 3194 sayılı İmar Kanununa erişimle alakalı bir madde de dahil edilmiştir. İmar Kanunundaki bu değişiklikten sonra, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı tarafından diğer alakalı yönetmelikte engellilere yönelik çevre faaliyetlerinde erişimin sağlanması için gereken değişiklikler düzenlenerek 02.09.1999'da 23804 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak hizmete sunulmuştur (100).

Toplu taşıma hizmetlerinin konu edildiği Kanunun 3. maddesinde de; "Büyükşehir belediyeleri ve belediyeler, şehir içinde kendilerince sunulan ya da

denetimlerinde olan toplu taşıma hizmetlerinin engellilerin erişilebilirliğine uygun olması için gereken tedbirleri alır. Mevcut özel ve kamu toplu taşıma araçları, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren yedi yıl içinde engelliler için erişilebilir duruma getirilir.” kararıyla 2012 yılına kadar tüm büyükşehir belediyeleri ve diğer belediyelerin bu taşıtlarında ve kendi sistemlerinde engelliler için ulaşılabilirlik tedbirlerini sağlaması zorunlu kılınmıştır (101).

### **2.8.2. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı**

Sağlık Bakanlığı, 2010-2014 Stratejik açıdan kurguladığı planı temel başlıklarda engellilerin sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi öngörmektedir:

**Nihai Amaç:** Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek

**Stratejik Amaç 1:** Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak

**Stratejik hedef 1.1.** Sağlığın teşviki (geliştirilmesi) ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkın ulaşabilmesini sağlamak.

**Stratejik Amaç 3:** Sağlık hizmetlerinde insani değer yaklaşımı benimsenerek ihtiyaçlara ve toplumun beklentilerine çözüm üretebilmek

**Stratejik Hedef 3.1.** Sağlık hizmet sunumunda insani değer yaklaşımı benimsenerek fiziksel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik koşullar açısından özel gereksinimi olan kişilere öncelik tanımak

Fiziksel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik koşulları açısından özel gereksinimi olan insanların (yaşlı, engelli, aile içi şiddete maruz kalan kişiler, sokak çocukları vb. gibi) korunması, bu grupların kendi gereksinimlerine uygun olan sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirliğinin sağlanması (102).

Engelli Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin 2010/79 sayılı Genelge ile aşağıdaki hususlar düzenlenmiştir:

1) Engellilere yönelik verilen sağlık hizmetlerinde Bakanlığın 2010/73 sayılı “Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırasına İlişkin Genelgesi” hükümlerine göre yol alınacaktır.

2) Engelli sağlık kurulu raporları, Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik ekinde yer alan Ek-3 sayılı formda gösterilen formata uygun olarak ve Ek-4'te yer alan Özur Durumuna Göre Tüm Vücut Fonksiyon Kaybı Oranları Cetveli yönergesinde yetkili hastaneler tarafından eksiksiz olarak uygulanacaktır.

3) Engellilere ilişkin sağlık hizmetlerinin sağlandığı sağlık kuruluşlarının iç ve dış mekânlarının mimari ve çevresel düzenlemelerine ilişkin olarak;

a) TSE Standartlarına uygun düzeltmeler yapılması,

b) Ortak alanlarda ve asansörlerde her engel grubundaki kişilerin algılayabileceğı şekilde yazılı, sesli ve görsel yönlendirmelerin sağlanması,

c) Asansör, tuvalet, lavabo, müracaat bankosu vb. gibi ortak alanların her engel grubuna hizmet verecek şekilde düzenlenmesi, tekerlekli sandalye transferini kolaylaştıracak ve tekerlekli sandalye manevrasına olanak tanıyacak şekilde gerekli tüm alanların tutunma barlarıyla desteklenerek düzenlenmesi,

d) Görme engelliler için ortak alanlarda takip izi yapılması,

e) Sağlık kuruluşlarında, engellilerin ve ailelerinin kendilerine tanınan öncelikleri belirten tabelaların kolayca görebilecekleri yerlere asılması, söz konusu bilgilere görme engellilerin ulaşmalarını sağlayan Braille Alfabesinin de kullanılması.

4) Sağlık kuruluşlarında engellilerin kullandıkları araçların rahat hareket edebilmesini sağlayacak iç ve dış mimari değişiklikler uygulanacaktır

5) Sağlık kurumlarında engelli ve yaşlı hastalara hizmet verilmesini kolaylaştıracak, onlara yapılacak işlemlerinde yardımcı olmak için refakatçi personel sağlanacaktır.

6) İşitme engellilerin iletişimi sağlamak üzere işaret dili bilen personel işe alınacaktır.

7) Engellilerin başvurdukları sağlık kuruluşundan başka bir kuruluşa nakli gerektiğinde, transferi yapılmalıdır.

8) Sağlık kuruluşlarının otoparkında engelli personel ve engelli hastaların araçları için yer ayrılmalı ve bu yer standartlara uygun olarak işaretilenip belirtilmelidir.

9) Evde bakım hizmetleri bünyesinde her ilde ihtiyaca cevap verecek sayıda engelli nakil aracı temin edilmelidir.

10) Engellilere sunulan sağlık hizmetleriyle alakalı personel hizmet içi eğitim programlarına alınacak ve eğitimlerinin sürekliliği sürdürülecektir (103).



### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Araştırma Diyarbakır ili, Hazro ilçe merkezinde bulunan 7 mahallede yapılmıştır. Hazro, Cumhuriyet kurulduğunda küçük bir bucak iken, 1943'te ilk kez belediye teşkilatı kurulmuş ve 1954 yılında da Diyarbakır iline ait bir ilçe statüsüne kavuşmuştur. Güneybatısında Diyarbakır İl merkezi bulunan ilçe, diğer yönlerden de Diyarbakır'ın Lice, Silvan ve Kocaköy ilçeleriyle komşudur.

Hazro, şehir merkezine 72 km uzaklıkta Diyarbakır'ın küçük yerleşim yerlerinden biridir. Genellikle dağlık bir yapıya sahip olan ilçenin yüzölçümü 419 km<sup>2</sup> ve denizden yüksekliği 1030 metredir. Bölgede yazları sıcak ve kurak hava etkiliyken, kışları buna oranla soğuk ve yağışlı olan karasal iklim hüküm sürmektedir. İlçenin geçim kaynağı tarım, üzüm bağcılığı ve hayvancılık üzerinedir. İlçe nüfusu 2016 TÜİK verilerine göre 16.830, ilçe merkezi ise 4222 kişidir. İlçe merkezinde 1 Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. 2016 yılında Devlet Hastanesi olarak hizmet vermek üzere ilçede yeni bir hastane yapılmış, ancak nüfus yetersizliği nedeniyle hizmete girememiştir.



**Resim 1.** Hazro ilçe merkezinden bir görünüm

### **3.2.Araştırma Hipotezleri**

1. Hazro ilçesi engellilik sıklığı Türkiye engellilik verilerine uymaktadır.
2. Engelli kişilerin eğitim düzeyleri diğer kişilere göre daha düşük olmaktadır.
3. Engellilerde işsizlik sıklığı engelli olmayan kişilere göre daha yüksektir.
4. Evlenme durumları engelli kişiler arasında daha az görülmektedir.
5. Engellilik oluşumu çoğu kişide sonradan görülen hastalıklar ya da önlenemez olaylar sonucu oluşmuştur. Örneğin, kazalar en önemli nedenlerden biridir.
6. Engelliliklerin ciddi bir kısmı kronik hastalıklar sonucunda görülmektedir.
7. Engelliliğin ortaya çıkmasıyla engelli ve ailesinin bazı sosyodemografik özellikleri birbiriyle ilişkilidir. Örneğin akrabalık durumu, soy geçmişte engelli bulunma durumu gibi.

### **3.3. Araştırmanın Tipi**

Hazro ilçe merkezinde engellilik prevalansını, engellilik türlerini ve etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Araştırmayı yapabilmek için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Araştırma Kurulu'ndan onay alınmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Evreni**

Çalışmanın evrenini Hazro ilçe merkezinde yaşayan kişiler oluşturmaktadır. 2011 TÜİK kayıtlarına göre ilçe merkezi nüfusu 4222 kişidir.

### **3.5. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Seçimi**

Hazro ilçesinde engellilik epidemiyolojisini araştırmak için engelli kişi taraması yapmak amacıyla evrenden seçilecek örnek büyüklüğü, Epi İno programı ile belirlenmiştir. DSÖ'nün 2011'de yayınladığı raporda engellilik prevalansı %15 olarak bildirilmiştir. Formüllerde engellilik prevalansı %15 alınarak, %95



güvenilirlik ve %2 standart hata ile 950 kişi örnek büyüklüğü olarak hesaplanmıştır. Bu bağlamda 1000 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

Hane başına kişi sayısı  $4222/811 = 5,20$  formülünden ortalama 5 olarak hesaplandı ve 200 haneye ulaşılması düşünülmüştür. Muhtarlık kayıtlarındaki 811 hanenin kapı numaralarından ağırlıklandırma ve sistematik örnekleme bu haneler seçilmiştir. Bu hanelerin mahallelere göre dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir:

**Tablo 10.** Mahallelerden seçilen hane sayılarının dağılımı

Mahalle İsmi	Mahalledeki Hane Sayısı	Seçilen Hane Sayısı
Cami	164	41
Bahçe	77	19
Topalan	86	21
Elhuvan	95	23
Hürriyet	180	44
İşkar	102	25
Çökeksu	107	27
<b>Toplam</b>	<b>811</b>	<b>200</b>



**Resim 2.** Araştırma bölgesinin haritası

### 3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Kişinin mesleği ve çalışıp çalışmama durumu
- Eğitim durumu
- Sosyal güvencesinin olup olmaması
- Medeni durum
- Ailenin ekonomik durumu
- Soy geçmişte engelli bulunma durumu
- Anne ve babanın akrabalık durumu ilişkisi

### 3.7. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler

- Herhangi bir engellilik durumuna sahip olunmak
- Belirlenen engelliliklerin türleri
- Engelli kişilerin günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi
- Engelli kişilerin bir başkasına veya yardımcı cihaza ihtiyaç duyup duymadığı

### 3.8. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri 2017 Şubat-Mart-Nisan aylarında toplandı. Araştırmada 199 hane ziyaret edilmiş ve 1069 kişiye ait veri toplanmıştır. Belirlenen haneler ziyaret edilip, veriler yüz yüze anket uygulanarak kişinin kendi verdiği beyana göre toplanmış ve ankete katılan kişilere katılmayı kabul ettiklerini belirten yazılı aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Örneklem yöntemiyle önceden seçilen 200 haneden yalnızca bir aile araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Veriler tek kişi tarafından toplandığı için kişiler teker teker muayene edilememiştir. Bunun yerine

DSÖ'nün önerilerine göre tasarlanmış engellilik listesi doğrultusunda kişinin engelli olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Araştırmada uygulanan anketler iki bölüm olarak hazırlanmıştır. Birinci bölümde hane halkının sosyodemografik özellikleri sorgulanmıştır. Bunlar yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim, akraba evliliği, sosyal güvence, hanenin gelir düzeyi, vs. ile ilgilidir. Bu özellikler Ek 3'de yer almaktadır. Daha sonra DSÖ'nün önerileri doğrultusunda hazırlanmış engellilik listesi kullanılarak evde yaşayan engelli birey olup olmadığı sorgulanmıştır (Ek 3).

İkinci bölümde Engelli Birey Değerlendirme Formu doldurulmuştur (Ek 4). Bu formda engellilik türü, zamanı, nedeni, engele yönelik; tedavi olma, yardımcı cihaz kullanma, rehabilitasyon hizmetinden yararlanma ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumları sorgulanmıştır.

### **3.9. Ön Uygulama**

Araştırmaya başlamadan önce amaca uygun olarak hazırlanan anket yöntemiyle 01 Ocak–15 Ocak 2017 tarihleri arasında bir ön uygulama yapılmış, anketin işlerliği değerlendirilmiş ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra veri toplanmaya başlanmıştır.

### **3.10. Verilerin Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler istatistiksel analizde SPSS 21.0 paket programıyla değerlendirilmiştir. Tablolarda sayılar ve yüzdeler birlikte verilmiştir. İstatistiksel analizler yapılırken ki kare testi uygulanmış ve  $p < 0,05$  değeri analizlerde istatistiksel olarak anlamlı sayılmıştır.

### **3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma saha uygulaması sırasında yeterli anketör ve ulaşım için araç olmadığından sadece ilçe merkezinde yapılmış, merkezden uzak olan köylere gidilememiştir. Bireyler tek tek muayene edilemediğinden DSÖ'nün önerdiği engellilik listesi doğrultusunda bilgi toplanmış ancak bazı aileler araştırma sırasında

hazır bulunmayan evdeki engelli kişileri söylememiş olabilirler ve bu durumlar engellileri kaçırmış olmamıza sebep olmuş olabilir.



## 4. BULGULAR

### 4.1.Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma, 199 hanede 1069 kişiyi kapsamaktadır. Araştırma sonucunda hanede yaşayan kişi sayısı ortalama 5,37 olarak bulunmuştur. Elde edilen bulgular beş grupta toplanmıştır:

1. Bölgede yaşayan nüfusun yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, sosyal güvence, medeni durum, gelir durumu, akraba evliliği, akrabada engelli bulunma durumu gibi sosyodemografik özellikleri.
2. Araştırmada belirlenen engellilik sıklığı
3. Engelli olan ve olmayan kişilerin sosyo-demografik özellikleri.
4. Engellilik türleri ve engellilik nedenlerine ait veriler.
5. Engelli bireylerin engelliliklerine yönelik tedavi olma, yardımcı cihaz kullanma, rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma, günlük yaşam aktivitelerine ait veriler ve engellilik sorunlarına yönelik beklentileri.

#### 4.1.1. Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı

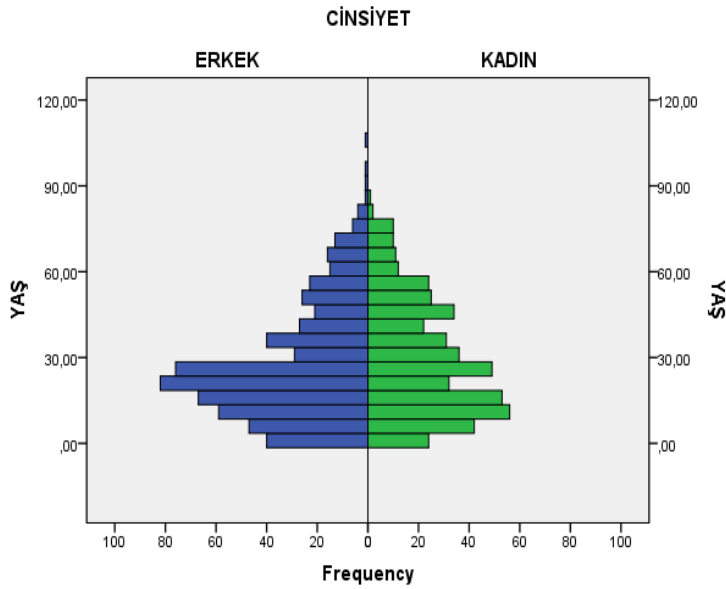
Araştırmaya katılanların %44,3'ü (474) kadın, %55,7'si (595) erkekti. Yaş gruplarına bakıldığında, incelenen nüfusun en çok %32,1 ile 15-29 yaş grubunda, en az ise %7,0 ile 65 yaş ve üzeri grupta olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanlar yaş gruplarına göre sınıflandırıldığında gruplar arasında sayıca anlamlı fark olduğu görülmüştür. (Tablo 11)

**Tablo 11.** Nüfusun Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
0-14	161	27,1	131	27,6	292	27,3
15-29	214	36,0	129	27,2	343	32,1
30-44	97	16,3	92	19,4	189	17,7
45-64	81	13,6	89	18,8	170	15,9
65 ve üstü	42	7,1	33	7,0	75	7,0
<b>Toplam</b>	<b>595</b>	<b>100,0</b>	<b>474</b>	<b>100,0</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\*Sütun yüzdesi, ( $X^2=12,195$ ,  $p<0,05$ )

Araştırma grubunun yaş ortalaması ise  $29,02\pm 19,90$  olarak saptanmıştır. Yaş ve cinsiyete göre nüfus piramidi aşağıda verilmiştir (Şekil 6).

**Şekil 6.** Araştırmaya katılanların nüfus piramidi

#### 4.1.2. Katılımcıların Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Araştırmaya katılanların %17,5'i (187) okuryazar değil, %2,2'si (24) okur yazar, %27,1'i (290) ilkokul, %19,6'sı (210) ortaokul, %19,0'ı (203) lise, %5,0'ı (53) üniversite, %9,5'i (102) okul çağında değildir. Araştırma grubunda ortaokul, lise ve üniversite mezunu olan gruplarda erkeklerin, okuryazar olmayan grupta da kadınların oranı daha yüksektir. Bu farklar nedeniyle cinsiyetler arasındaki eğitim düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı biçimde birbirinden farklı olarak bulunmuştur. (Tablo 1)

**Tablo 12.** Katılımcıların Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Eğitim	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Okur Yazar Değil	50	8,4	137	28,9	187	17,5
Okur Yazar	10	1,7	14	3,0	24	2,2
İlkokul	141	23,7	149	31,4	290	27,1
Ortaokul	141	23,7	69	14,6	210	19,6
Lise	155	26,1	48	10,1	203	19,0
Üniversite	38	6,4	15	3,2	53	5,0
Okul Çağında Değil	60	10,1	42	8,9	102	9,5
<b>Toplam</b>	<b>595</b>	<b>100,0</b>	<b>474</b>	<b>100,0</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\*Sütun yüzdesi, ( $X^2=123,492$ ,  $p=0,000$ )

#### 4.1.3. Araştırmaya Katılanların Mesleklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde, kadınların %62,7'sinin (297) çalışmadığı, %36,3'ünün (172) 0-14 yaş altı ve öğrenci oldukları, erkeklerin ise %32,7'sinin (194) çalıştığı, %38,5'inin (229) 0-14 yaş grubu ve öğrenci oldukları görülmüştür (Tablo 13). Çalışmayan grupta kadınların oranı yüksek iken işçi, kamu çalışanı ve esnaflarda ise erkeklerin oranı daha yüksek olduğundan istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.

**Tablo 13.** Katılımcıların Mesleklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Meslek	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
14 Yaş Altı	61	10,3	42	8,9	103	9,6
Öğrenci	168	28,2	130	27,4	298	27,9
Ev Hanımı	0	0,0	226	47,7	226	21,1
Memur	35	5,9	3	0,6	38	3,6
Esnaf	36	6,1	1	0,2	37	3,5
Emekli	38	6,4	1	0,2	39	3,6
Geçici İşçi	123	20,7	1	0,2	124	11,6
Çalışmıyor	134	22,5	70	14,8	204	19,1
<b>Toplam</b>	<b>595</b>	<b>100,0</b>	<b>474</b>	<b>100,0</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\*Sütun yüzdesi, ( $X^2=461,840$ ,  $p=0,000$ )

#### 4.1.4. Katılımcıların Sosyal Güvencelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Sosyal güvence dağılımları açısından nüfusun büyük çoğunluğunun sosyal güvenceye sahip olduğu, ancak yeşil kartlı oranının yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların %46,5'inin yeşil kartlı olduğu, %10,7'sinin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığı %41,3'ünün SGK, %1,6'sının da özel sigortalı olduğu saptanmıştır (Tablo14). Sosyal güvenceye sahip olanların oranının kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür.



**Tablo 14.** Katılımcıların Sosyal Güvencelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Sosyal Güvence	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Yok	56	9,4	58	12,2	114	10,7
SGK	253	42,5	188	39,7	441	41,3
Yeşil kart	277	46,6	220	46,4	497	46,5
Özel Sigorta	9	1,5	8	1,7	17	1,6
<b>Toplam</b>	<b>595</b>	<b>100,0</b>	<b>474</b>	<b>100,0</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\* Sütun yüzdesi, ( $X^2=2,548$ ,  $p>0,05$ )

#### 4.1.5. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumu

Araştırmaya katılanların medeni durumları incelendiğinde katılanların %32,6'sının bekâr, %39,5'inin evli, %3,7'sinin boşanmış ya da eşi ölmüş ve % 24,2' sininde 14 yaş altı olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

**Tablo 15.** Araştırmaya Katılanların Medeni Durumu

Medeni Durum	Toplam	
	Sayı	%
Bekâr	348	32,6
Evli	422	39,5
Boşanmış/ Eşi Ölmüş	40	3,7
14 Yaş Altı	259	24,2
<b>Toplam</b>	<b>1069</b>	<b>100</b>

#### 4.1.6. Araştırmaya Katılanların Ekonomik Durumu

Araştırmaya katılanların ekonomik durumu kendi verdikleri beyanlarına göre incelenmiştir. Buna göre ulaşılan 199 haneden, %55,8 (111) ile düşük ekonomik duruma sahip olan hanelerin en fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

**Tablo 16.** Katılımcıların Ekonomik Durumu

Ekonomik Durum	Toplam	
	Sayı	%
Düşük	111	55,8
Orta	79	39,7
İyi	9	4,5
<b>Toplam</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.7. Araştırmaya Katılanların Soy geçmişlerinde Engelli Bulunma Durumu

Araştırmaya katılanların soy geçmişlerinde herhangi bir engelli birey olup olmadığı incelendiğinde, %66,0'ının ailesinde engelli olmadığı, %19,6'sının ailesinde 1. dereceden engelli bulunduğu görülmüştür (Tablo 17).

**Tablo 17.** Katılımcıların Soy geçmişlerinde Engelli Bulunma Durumu

Soy geçmişte Engelli Bulunma Durumu	Toplam	
	Sayı	%
Yok	706	66,0
1. dereceden akraba	209	19,6
2. dereceden akraba	132	12,3
Uzak akrabada	22	2,1
<b>Toplam</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.8. Araştırmaya Katılanların Anne Baba Arasındaki Akrabalık Dereceleri Sıklığı

Katılımcıların %13,1'inin 1. derece( yeğen; teyze, amca, hala-dayı çocukları arasındaki evlilikler) akraba evliliği yapmış olduğunu, %17,5'inin 2. derece( kardeş

torunları) ve uzak akraba evliliği yaptığını belirtmişlerdir. Genel olarak %55,4'ünün ise akraba evliliği yapmadığı anlaşılmıştır (Tablo 18).

**Tablo 18.** Katılımcıların Anne Baba Arasındaki Akrabalık Dereceleri

<b>Anne Baba Akrabalık Derecesi</b>	<b>Toplam</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
1. derece	140	13,1
2. derece	187	17,5
Uzak akraba	150	14,0
Akrabalık yok	592	55,4
<b>Toplam</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

#### 4.2. Araştırmada Belirlenen Engellilik Sıklığı

Araştırmada engellilik prevalansı %13,8 bulunmuştur. Bu engelli bireylerin %11,8'inin bir engeli, %1,6'sının aynı anda iki engeli, %0,4'ünün ise üç ve daha fazla engelli olduğu görülmektedir (Tablo 19).

**Tablo 19.** Araştırmada Belirlenen Engellilik Prevalansı

<b>Engellilik Durumu</b>	<b>Toplam</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Var (Toplam)</b>	<b>148</b>	<b>13,8</b>
Tek engeli var	127	11,8
İki engeli var	17	1,6
Üç ve daha fazla engeli var	4	(0,4)
<b>Yok</b>	<b>921</b>	<b>86,2</b>
<b>Toplam</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

#### 4.2.1 Araştırmaya Katılanlarda Engelliliğin Ortaya Çıkış Zamanına Göre Dağılımı

Araştırmada tespit edilen engellilerin %21,6'sında (32) engellerinin doğuştan olduğu, % 78,4'ünde (116) ise engellerin sonradan ortaya çıktığı saptanmıştır (Tablo 20).

**Tablo 20.** Araştırmaya Katılanlarda Engelliliğin Ortaya Çıkış Zamanına Göre Dağılımı

Engelin Ortaya Çıkış Zamanı	Sayı	%
Doğuştan	32	21,6
Sonradan	116	78,4
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>

#### 4.3. Araştırmaya Katılanların Engellilik Durumuna Göre Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

##### 4.3.1. Cinsiyete Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre engelli olup olmadıkları incelendiğinde, kadınların %15,2'sinin, erkeklerin de %12,8'inin engelli olduğu saptanmıştır. Ancak yapılan analizde, erkeklerle kadınlar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo 21).

**Tablo 21.** Katılımcıların Cinsiyete Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Cinsiyet	Engellilik Durumu				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Erkek	76	12,8	519	87,2	595	100,0
Kadın	72	15,2	402	84,8	474	100,0
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>13,8</b>	<b>921</b>	<b>86,2</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\* Satır yüzdesi, ( $X^2=1,292$ ,  $p>0,05$ )

### 4.3.2. Yaşa Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

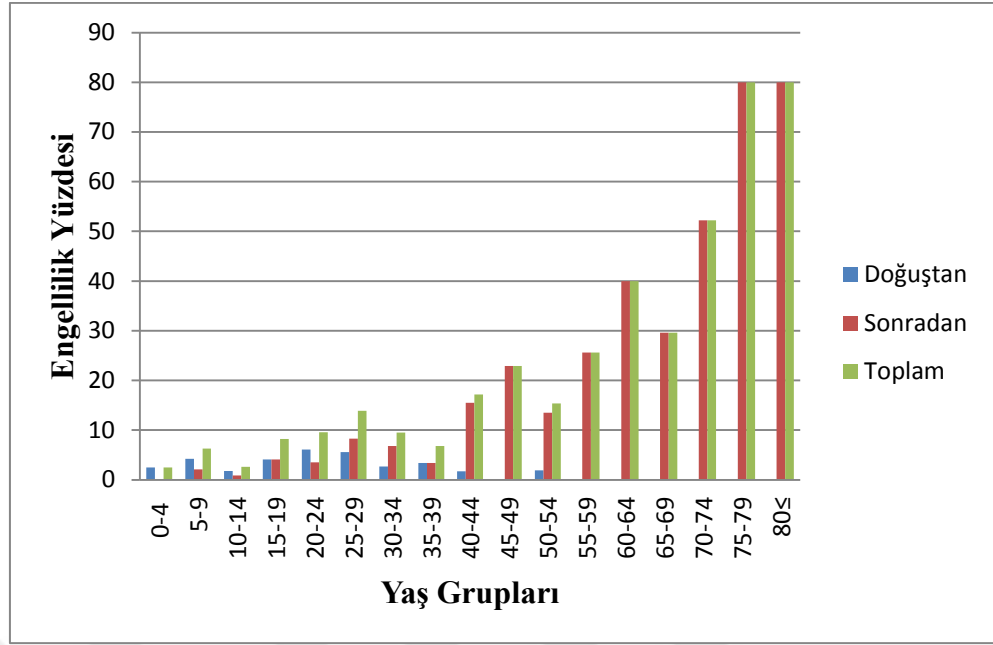
Yaş gruplarına göre engellilik prevalansının dağılımına bakıldığında, engelliliğin yaşla birlikte giderek arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir. 65 yaş ve üstü, %53,3 ile en yüksek yaş grubunu oluşturmuştur (Tablo 22).

**Tablo 22.** Katılımcıların Yaşa Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Yaş Grubu	Engellilik Durumu			
	Var		Yok	
	Sayı	%*	Sayı	%*
0-14	11	3,8	281	96,2
15-29	36	10,5	307	89,5
30-44	21	11,1	168	88,9
45-64	40	23,5	130	76,5
65 ve üstü	40	53,3	35	46,7
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>13.8</b>	<b>921</b>	<b>86.2</b>

\* Satır yüzdesi, ( $X^2=140,687$ ,  $p=0,00$ )

Engelli prevalansı çocuk ve yetişkin bazında değerlendirildiğinde 18 yaş altı % 5,2 ve 18 yaş üstü ise % 18,8 olarak saptanmıştır. Doğuştan engellilik ve sonradan oluşan engelliliğin yaş gruplarına göre detaylı dağılımı incelendiğinde, ileri yaşla beraber sonradan kazanılmış engellilik oranının arttığı görülmektedir (Şekil 7).



Şekil 7. Engelliliklerin görülme zamanının yaş aralıklarına göre yüzde dağılımı

#### 4.3.3. Eğitim Durumuna Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Katılımcıların eğitim durumları ile engelli olup olmadıkları değerlendirildiğinde; okuryazar olmayan grupta (%48,2 ile) engelliliğin diğer öğrenim kademelerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların Engellilik Durumuna Göre Eğitim Durum Dağılımı

Eğitim	Engellilik Durumu				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Okur Yazar Değil	80	42,8	107	57,2	187	100,0
Okur Yazar	5	20,8	19	79,2	24	100,0
İlkokul	24	8,3	266	91,7	290	100,0
Ortaokul	15	7,1	195	92,9	210	100,0
Lise	16	7,9	187	92,1	203	100,0
Üniversite	2	3,8	51	96,2	53	100,0
Okul Çağında Değil	6	5,9	96	94,1	102	100,0
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>13,8</b>	<b>921</b>	<b>86,2</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\* Satır yüzdesi, ( $X^2=163,676$ ,  $p=0,00$ )

#### 4.3.4. Katılımcıların Mesleklerine Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Araştırmadaki katılımcılar mesleklerine göre incelendiğinde engellilik sıklığının en çok çalışmayan grupta (%28,4) ve emeklilerde (%20,5) olduğu saptanmıştır (Tablo 24). Meslek grupları ve engellilik durumu arasındaki farklılık istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur.

**Tablo 24.** Katılımcıların Mesleklerine Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Meslek	Engellilik Durumu				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
14 Yaş Altı	6	5,8	97	94,2	103	100,0
Öğrenci	10	3,4	288	96,6	298	100,0
Ev Hanımı	45	19,9	181	80,1	226	100,0
Memur	4	10,5	34	89,5	38	100,0
Esnaf	3	8,1	34	91,9	37	100,0
Emekli	8	20,5	31	79,5	39	100,0
Geçici İşçi	14	11,3	110	88,7	124	100,0
Çalışmıyor	58	28,4	146	71,6	204	100,0
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>13,8</b>	<b>921</b>	<b>86,2</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\* Satır Yüzdesi, ( $X^2=79,907$ ,  $p=0,000$ )

#### 4.3.5. Sosyal Güvencelerine Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Sosyal güvence durumuna göre engellilik durumu karşılaştırıldığında, sosyal güvencesi olmayan grupta (%16,7 ile) engelliliğin daha yaygın olduğu saptanmıştır (Tablo 25). Engellilik ile sosyal güvenceye sahip olup olmama arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 25.** Katılımcıların Sosyal Güvencelerine Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Sosyal Güvence	Engellilik Durumu				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Yok	19	16,7	95	83,3	114	100,0
SGK	61	13,8	380	86,2	441	100,0
Yeşil kart	67	13,5	430	86,5	497	100,0
Özel Sigorta	1	5,9	16	94,1	17	100,0
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>13,8</b>	<b>921</b>	<b>86,2</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\* Satır Yüzdesi, ( $X^2=1,720$ ,  $p>0,05$ )

#### 4.3.6. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Araştırmadaki katılımcıların medeni durumlarına ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı incelendiğinde eşi ölmüş ya da boşanmış olan grupta (%70,0) engelli sıklığının diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla beraber bekarlarda engelli sıklığı %10,6 ve evlilerde de %17,1 olarak bulunmuştur (Tablo 26).

**Tablo 26.** Medeni Durumlarına Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Medeni Durum	Engellilik Durumu				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%*	Sayı	%		
Bekar	37	10,6	311	89,4	348	100,0
Evli	72	17,1	350	82,9	422	100,0
Boşanmış/ Eşi Ölmüş	28	70,0	12	30,0	40	100,0
14 Yaş Altı	11	4,2	248	95,8	259	100,0
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>13,8</b>	<b>921</b>	<b>86,2</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\* Satır Yüzdesi, ( $X^2=132,422$ ,  $p=0,000$ )



#### 4.3.7. Katılımcıların Ekonomik Durumlarına Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Ekonomik durum açısından engelli sıklığı değerlendirildiğinde, ekonomik durumu düşük olanlar %15,2'lik oranla en yüksek bulunmuştur. Ekonomik durumu iyi olan grupta (%3,3) ise engelli sıklığının en düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 27). Ekonomik durum ile engellilik durumu arasında anlamlı olarak istatistiksel bir fark bulunmuştur.

**Tablo 27.** Araştırmaya Katılanların Engellilik Durumuna Göre Ekonomik Durumlarının Dağılımı

Ekonomik Durum	Engellilik Durumu				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Düşük	89	15,2	495	84,8	584	100,0
Orta	57	13,4	367	86,6	424	100,0
İyi	2	3,3	59	96,7	61	100,0
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>13,8</b>	<b>921</b>	<b>86,2</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\* Satır Yüzdesi, ( $X^2=6,719$ ,  $p<0,05$ )

#### 4.3.8. Katılımcıların Soy geçmişlerinde Engelli Bulunma Durumuna Göre Engellilik Durumlarının Dağılımı

Araştırmada bulunan engellilerin soy geçmişlerinde herhangi bir engelli birey olup olmadığı incelendiğinde, doğuştan engellilerin %5,0'nın (18) ailesinde engelli birey bulunduğu görülmüştür (Tablo 28). Engellilik durumu ile soy geçmişinde engelli birey olup olmama arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

**Tablo 28.** Soy geçmişlerinde Engelli Bulunma Durumuna Göre Engellilik Durumlarının Dağılımı

Soy geçmişte Engelli Bulunma Durumu	Engellilik Durumu				Toplam	
	Doğuştan Engelli		Engelli Olmayan		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Yok	14	2,0	692	98,0	706	100,0
Var	18	5,0	345	95,0	363	100,0
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>3,0</b>	<b>1037</b>	<b>97,0</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\*Satır Yüzdesi, ( $X^2=7,310$ ,  $p<0,05$ ), OR 2,5 (%95 GA 1,3 – 5,0)

#### 4.3.9. Katılımcıların Anne Babalarının Akrabalık Derecelerine Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Araştırmaya alınanların anne ve babalarının akrabalık dereceleri ile engellilik durumu ilişkisi incelendiğinde; 1. dereceden akraba olanların çocuklarında %23,6 (33), 2. dereceden akraba olanların çocuklarında %13,4 (25), uzak akraba olanların çocuklarında %10,7 (16) oranında engelli olduğu gözlenmiştir (Tablo 29). İstatistiksel analiz açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

**Tablo 29.** Engellilerin Anne Babalarının Akrabalık Derecelerinin Dağılımı

Anne Baba Akrabalık Derecesi	Engellilik Durumu				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%*	Sayı	%*		
1. derece	33	23,6	107	76,4	140	100,0
2. derece	25	13,4	162	86,6	187	100,0
Uzak akraba	16	10,7	134	89,3	150	100,0
Akrabalık yok	74	12,5	518	87,5	592	100,0
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>13,8</b>	<b>921</b>	<b>86,2</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\* Satır Yüzdesi, ( $X^2=13,307$ ,  $p<0,05$ )

#### 4.3.10. Katılımcıların Engellilik Durumunun Ortaya Çıkış Zamanına Göre Akrabalık Durumlarının Dağılımı

Akrabalık durumuna göre engelliliğin olup olmamasına bakıldığında anne babasında akrabalık durumu bulunanların %4,8'inin (23) doğuştan engelli olduğu saptanmıştır (Tablo 30). Doğuştan engelli olanlar ve engeli olmayanlar arasında, akrabalık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

**Tablo 30.** Akrabalık Durumuna Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Akrabalık Durumu	Engellilik Durumu				Toplam	
	Doğuştan Engelli		Engelli Olmayan		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Akrabalık var	23	4,8	454	95,2	477	100,0
Akrabalık yok	9	1,5	583	98,5	592	100,0
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>3,0</b>	<b>1037</b>	<b>97,0</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\***Satır Yüzdesi**, ( $X^2=9,916$ ,  $p=0,000$ ), OR 3,2 (%95 GA 1,5 – 6,8)

#### 4.4. Araştırmada Belirlenen Engellilik Türleri ve Nedenleri

Araştırmada 148 kişide toplam 185 adet özür tespit edilmiş olup kişi başına 1,25 özür düşmekte idi.

##### 4.4.1. Araştırmada Tespit Edilen Engellilik Türleri

DSÖ'nün engellilik sınıflaması doğrultusunda araştırmada engellilerde en çok bulunan engel türü kronik iç organ (visseral) bozuklukları (%56,0) idi. İkinci sırada kas iskelet sistemi bozuklukları (%25,0), üçüncü sırada işitme bozuklukları (%13,5) gelmekte idi.

Sadece kronik iç organ bozukluğu olan bireyler çıkarıldığında %42,8 ile en çok kas iskelet sistemi bozuklukları görülmekte ve toplumdaki engelli prevalansı %7,2 olmaktadır (Tablo 31).

**Tablo 31.** Araştırmada Tespit Edilen Engel Türleri

Engel Türü (Engelli Sayısı= 148)	Toplam		
	Sayı	%	%*
Kronik iç organ bozuklukları	83	56,0	-
Kas-İskelet sistemi bozuklukları	37	25,0	42,8
İşitme bozuklukları	20	13,5	14,2
Görme bozuklukları	19	12,8	22,0
Öğrenme bozuklukları	12	8,1	12,9
Şekil- görünüm bozuklukları	7	4,7	9,0
Lisan ve konuşma bozuklukları	6	4,0	1,2
Psikolojik bozukluklar	1	(0,6)	1,2

\* Kronik iç organ bozuklukları dışında

#### 4.4.2. Araştırmada Tespit Edilen Engellilik Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyete göre engellilik türlerinin dağılımı incelendiğinde kas-iskelet sistemi (%56,8) ve kronik iç organ bozukluklarının kadınlarda (%60,3) daha fazla olduğu, görme (%63,1), öğrenme (%83,3) ve diğer bozuklukların ise erkeklerde daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 32). Engel türleri ile cinsiyet arasındaki istatistiksel analize bakıldığında, sadece kronik iç organ bozuklukları grubunda anlamlı bir fark vardır ( $X^2=9,218$ ,  $p<0,05$ ), diğer gruplar açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Tablo 32.** Engellilik Türlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Engellilik Türü	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Kronik iç organ bozuklukları	33	39,7	50	60,3	83	100,0
Kas-İskelet sistemi bozuklukları	16	43,2	21	56,8	37	100,0
İşitme bozuklukları	12	60,0	8	40,0	20	100,0
Görme bozuklukları	12	63,1	7	36,9	19	100,0
Öğrenme bozuklukları	10	83,3	2	16,6	12	100,0
Diğer bozukluklar	7	87,5	1	12,5	8	100,0
Lisan ve konuşma bozuklukları	4	66,6	2	33,3	6	100,0
<b>Toplam</b>	<b>94</b>	<b>50,8</b>	<b>91</b>	<b>49,2</b>	<b>185</b>	<b>100,0</b>

\* Satır Yüzdesi

**4.4.3. Araştırmada Bulunan Engellilik Türlerinin Yaşa Göre Dağılımı**

Engellilik türlerinin yaşa göre dağılımı incelendiğinde, engellilik türlerinin 18 yaş üstünde görülmesinin, 18 yaş altı gruptan daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 33). Engellilik türünün, yaşa göre istatistiksel analizi yapıldığında, kronik hastalıkların ( $X^2=30,212$ ,  $p=0,000$ ), kas-iskelet sistemi bozukluklarının ( $X^2=13,170$ ,  $p=0,000$ ) ve görme bozukluklarının ( $X^2=5,556$ ,  $p<0,05$ ) istatistiksel anlamlı olarak 18 yaş üstü grupta fazla görüldüğü saptanmıştır.

**Tablo 33.** Engellilik Türlerinin Yaşa Göre Dağılımı

Engellilik Türü	Yaş Grupları				Toplam	
	18 yaş altı		18 yaş üstü		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Kronik iç organ bozuklukları	7	8,4	76	91,6	83	100,0
Kas-İskelet sistemi bozuklukları	3	8,1	34	91,9	37	100,0
İşitme bozuklukları	5	25,0	15	75,0	20	100,0
Görme bozuklukları	2	10,5	17	89,5	19	100,0
Öğrenme bozuklukları	4	33,3	8	66,7	12	100,0
Diğer bozuklukları	2	25,0	6	75,0	8	100,0
Lisan ve konuşma bozuklukları	3	50,0	3	50,0	6	100,0
<b>Toplam</b>	<b>26</b>	<b>14,1</b>	<b>159</b>	<b>85,9</b>	<b>185</b>	<b>100,0</b>

\*Satır Yüzdesi

#### 4.4.4. Araştırmada Tespit Edilen Engellilik Türlerinin Kendi İçindeki Dağılımı

Araştırmada tespit edilen engelli türlerinin kendi içinde dağılımı incelendiğinde, kronik iç organ bozukluğu olan kişilerde ilk sırada %25,3 ile yer alan hipertansiyon sıklığı görülmektedir. Bunu %22,9 ile akciğer hastalıkları takip etmektedir. Daha sonra %21,6 ile diyabet, %15,7 ile KVS hastalıkları ve %3,6 ile de kanser gelmektedir. Kas-iskelet sistemi bozukluğu olan bireylerin %29,7'sinde travmatik engel, %35,1'inde felç ve serebral palsi, %16,2'sinde ileri derecede disk hernisi tespit edilmiştir. İşitme bozukluğu olanların %40'ının hiç işitmediği, %15,0'inde de yaşlılığa bağlı işitme bozukluğu olduğu görülmektedir. Göz ve görme ile ilgili bozukluğu olan kişilerde iki gözün veya birinin az görmesi %57,9, gözün hiç görmemesi ise %26,3'tür. Zihinsel engelli olan bireylerin %16,7'sinde hafif derecede, %41,7'sinde orta derece ve yine %41,7'sinde ağır derecede zeka geriliği mevcuttur. Diğer bozukluğu olan bireylerin %75,0'ında epilepsi, %12,5'inde yanık,

%12,5'inde de psikoz mevcuttur. Lisan ve konuşma bozukluğu olanların %83,3'ü hiç konuşmamaktadır. (Tablo 34).

**Tablo 34.** Engellilik Türlerinin Kendi İçindeki Dağılımı

Engel Türü	Doğuştan	Sonradan	Toplam	%
<b>Kronik Hastalıklar (n=83)</b>				
Kalp Hastalıkları	3	10	13	15,7
Akciğer Hastalıkları	1	18	19	22,9
Hipertansiyon	0	21	21	25,3
Diyabet	0	18	18	21,6
Kanser	0	3	3	3,6
Romatizmal Hastalıklar	0	3	3	3,6
Böbrek	2	4	6	7,2
<b>Ortopedik Engelli (n=37)</b>				
Doğuştan uzuv eksiklikleri	1	0	1	2,7
Kas hastalıkları	1	1	2	5,4
Travmatik engelli	0	11	11	29,7
Spastik felç, serebral palsi	7	6	13	35,1
Disk Hernisi	0	6	6	16,2
Yürüme Engeli	0	4	4	10,8
<b>İşitme Engelli (n=20)</b>				
Bir veya iki kulak da hiç işitmiyor	3	5	8	40,0
Her iki kulak veya birinin az duyması	3	9	12	60,0
<b>Görme Engelli (n=19)</b>				
Bir veya iki gözünde hiç görmemesi	1	4	5	26,3
Her iki gözün veya birinin az görmesi	5	6	11	57,9
Şaşılık	1	1	2	10,6
Katarakt	0	1	1	5,3
<b>Zihinsel Engelli (n=12)</b>				
Hafif zihinsel engelli	0	2	2	16,7
Orta derecede zihinsel engelli	5	0	5	41,7
Ağır zihinsel engelli	1	4	5	41,7
<b>Diğer Bozukluklar (n=8)</b>				
Epilepsi	1	5	6	75,0

Yanık	0	1	1	12,5
Psikoz	0	1	1	12,5
<b>Konuşma Engelli (n=6)</b>				
Ses Bozukluğu var	0	1	1	16,7
Hiç konuşmıyor	3	2	5	83,3

#### 4.4.5. Araştırmada Tespit Edilen Annenin Hamileliği Döneminde veya Doğum Sırasında Meydana Gelen Engelin Nedenlerine Göre Dağılımı

Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen engele sahip bireylerin engellilik nedenleri incelendiğinde genetik bozukluklar %43,8'lik oranla ilk sırada yer almaktadır. Doğum travması ve doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması %12,5'er ile bunu izlemektedir. Doğuştan engelli bireye sahip kişilerin %21,9'u nedeni bilmiyor ya da hatırlamıyor diye cevaplamıştır (Tablo 35).

**Tablo 35.** Annenin Hamileliği Döneminde veya Doğum Sırasında Meydana Gelen Engelin Nedenlerine Göre Dağılımı

Doğuştan Engelin Nedeni	Sayı	%
Genetik Bozukluk	14	43,8
Doğum Travması	4	12,5
Doğumda Bebeğin Oksijensiz Kalması	4	12,5
Annenin hamileliğinde sigara/alkol/uyuşturucu madde kullanması	1	3,1
Annenin hamileliğinde röntgen çektirmesi	1	3,1
Annenin hamileliğinde kronik hastalığının bulunması	1	3,1
Bilmiyor ya da hatırlamıyor	7	21,9
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

#### 4.4.6 Araştırmada Tespit Edilen Sonradan Ortaya Çıkan Engellerin Nedenlerine Göre Dağılımı

Araştırmada tespit edilen sonradan ortaya çıkan en önemli engellilik nedeni kronik hastalıklardı (%50,0). Engellilik nedenleri arasında kazaların sıklığı ve



enfeksiyon sıklığı eşit olarak %12,1 idi. Kazanılmış engelin %4,3'ünün ise neden kaynaklandığı bilinmiyordu (Tablo 36).

**Tablo 36.** Sonradan Ortaya Çıkan Engellerin Nedenlerine Göre Dağılımı

Engel Nedeni (Engelli Sayısı= 116)	Sayı	%
Kaza	14	12,1
Kronik Hastalık	58	50,0
Yaşlılık	9	7,8
Enfeksiyon	14	12,1
Bilmiyor	5	4,3

#### 4.4.7 Araştırma Tespit Edilen Engele Neden Olan Kaza Türlerinin Dağılımı

Araştırmada tespit edilen engele neden olan kazalar, %21,5 ile ev kazaları, %28,6 ile trafik kazaları ve %42,9 ile de iş kazalarından oluşmuştur (Tablo 37)

**Tablo 37.** Araştırma Tespit Edilen Engele Neden Olan Kaza Türlerinin Dağılımı

Engele Neden Olan Kaza Türü	Sayı	%
Trafik Kazası	4	28,6
İş Kazası	6	42,9
Ev Kazası	3	21,5
Silahlı Yaralanma	1	7,1
<b>Toplam</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5. Araştırmada Belirlenen Engellilerin Hizmetlere Ulaşılabilirliği ve Beklentileri

##### 4.5.1. Engellilerin Engeline Yönelik Tedavi ve Bakım İhtiyaçlarının Özellikleri

Araştırmada belirlenen engellilerin %31,8'i (47) yardımcı cihaz kullanırken, %68,2'sinin (101) herhangi bir yardımcı cihaz kullanmadığı saptanmıştır. Engellilerin %52,0'ının tedavisinin yapıyor olduğu, %10,1'inin

tedavisinin yapılıp artık tamamlandığı, %37,8'inin engeline yönelik herhangi bir tedavi yapılmadığı ve yine bu engellilerin hiçbirinin evde bakım hizmetlerinden yararlanmadığı saptanmıştır. Engellilerin %2,0'ı engeline yönelik rehabilitasyon hizmeti alırken, %98,0'ı hiçbir rehabilitasyon hizmeti almamıştır. Ayrıca engellilerin %2,7'si bakım maaşı, %14,2'si engelli maaşı alırken, %83,1'i herhangi bir maaş almamaktaydı (Tablo 38).

**Tablo 38.** Engellilerin Tedavi ve Bakım İhtiyaçlarının Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
<b>Yardımcı Cihaz Kullanma Durumu</b>		
Kullanıyor	47	31,8
Kullanmıyor	101	68,2
<b>Tedavi Yapılma Durumu</b>		
Evet yapıyor	77	52,0
Yapıldı, tamamlandı	15	10,1
Hayır, yapılmıyor	56	37,8
<b>Rehabilitasyon Hizmeti Alma Durumu</b>		
Alıyor	3	2,0
Almıyor	145	98,0
<b>Evde Bakım Hizmeti Alma Durumu</b>		
Alıyor	0	0
Almıyor	148	100,0
<b>Maaş Alma Durumu</b>		
Almıyor	123	83,1
Engelli Maaşı	21	14,2
Bakıcı Maaşı	4	2,7

#### 4.5.2 Engelli Bireylerin Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Değerlendirilmesi

Engellilerin günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) bağımlılık düzeylerinin dağılımı değerlendirildiğinde %84,5'inin yemeğini tek başına yiyebildiği, %73,6'sının kendi başına giyinebildiği, %76,4'ünün tuvaletini kendi başına

yapabildiği ve %62,2'sinin banyosunu kendi başına yapabildiği saptanmıştır (Tablo 39).

**Tablo 39.** Engelli Bireylerin Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri Değerlendirilmesi

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Evet		Başkası Tarafından		Başkasının Yardımı İle		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*
Yemeğini tek başına yiyebilme	125	84,5	6	4,0	17	11,5	148	100,0
Kendi Başına Giyinebilme	109	73,6	10	6,8	29	19,6	148	100,0
Tuvaletini kendi başına yapabilme	113	76,4	11	7,4	24	16,2	148	100,0
Banyosunu kendi başına yapabilme	92	62,2	11	7,4	45	30,4	148	100,0

\*Satır yüzdesi

#### 4.5.3. Katılımcıların Bir İşe Sahip Olup Olmamalarına Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

Araştırmaya katılanlar herhangi bir işte çalışan, çalışmayan, 0-14yaş grubu ve öğrenci olarak sınıflandırıldığında, çalışmayan grupta (%75,0 ile) engelli sıklığının diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 40).

**Tablo 40.** Araştırmaya Katılanların Bir İşe Sahip Olup Olmamalarına Göre Engellilik Durumunun Dağılımı

İşe Sahip Olunma	Engellilik Durumu				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Çalışıyor	21	14,2	178	19,3	199	18,6
Çalışmıyor	111	75,0	358	38,9	469	43,9
0-14 yaş/öğrenci	16	10,8	385	41,8	401	37,5
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>921</b>	<b>100,0</b>	<b>1069</b>	<b>100,0</b>

\* Sütun yüzdesi, ( $X^2=72,394$ ,  $p=0,000$ )

#### 4.5.4 Engellilere Yönelik Verilen Hizmetler ve Yararlanma Durumları

Araştırmada belirlenen engellilerin, engellerine yönelik verilen hizmetlerden yararlanma durumları sorgulandığında, %4,7'sinin eğitim, %5,4'ünün bakım ve rehabilitasyon, %0,7'sinin meslek ve beceri edindirme, %0,7'sinin sosyal ve kültürel, %51,4'ünün sağlık ve %43,2'sinin de toplu taşıma hizmetlerinden yararlandığı saptanmıştır. Ancak cadde, sokak, yol gibi çevre düzenlemelerinin hiç olmadığı belirlenmiştir (Tablo 41).

**Tablo 41.** Engellilere Yönelik Verilen Hizmetler ve Yararlanma Durumları

Hizmetler	Evet		Hayır		Bilmiyor	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Hizmeti	7	4,7	105	70,9	36	24,3
Bakım ve Rehabilitasyon Hizmeti	8	5,4	111	75,0	29	19,6
Meslek ve Beceri Edindirme Kursu	1	(0,7)	58	39,2	89	60,1
Sosyal ve Kültürel Hizmetler	1	(0,7)	58	39,2	89	60,1
Sağlık Hizmetleri	76	51,4	68	45,9	4	2,7
Toplu Taşıma Hizmetleri	64	43,2	76	51,4	8	5,4
Bina, Cadde, Sokak ve Yollardaki Düzenlemeler	0	(0,0)	110	74,3	38	3,6

\*Satır yüzdesi

#### 4.5.5 Engellilerin Rehabilitasyon ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmama Nedenleri

Araştırmada belirlenen engellilerin herhangi bir kurum ya da rehabilitasyon merkezine gitmeme nedeni sorgulandığında en çok %44,8 (65) ile yakın çevrede bulunmadığını, ondan sonra da %26,9 (39) ile bu merkezlerden haberlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Yine diğer sağlık hizmetlerinden yararlanmama nedenleri sorgulandığında en fazla %80,4 (119) ile yakın çevrede sağlık kuruluşu olmadığını söylemişlerdir (Tablo 42).

**Tablo 42.** Rehabilitasyon ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmama Nedenleri

<b>Yararlanmama Nedeni</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Herhangi Bir Kurum veya Rehabilitasyon Merkezine Gitmeme Nedeni</b>		
Yaşı küçük	1	0,7
Yakın çevrede yok	65	44,8
Bu tür kurum/kuruluş ya da rehabilitasyon merkezlerinden haberim yok	39	26,9
Bu tür kurum/kuruluş ya da rehabilitasyon merkezlerinin yeterli hizmet vereceğine inanmıyorum	23	15,9
Ekonomik durumumuz yeterli değil	12	8,3
Başvurdum, ama kabul edilmedi	2	1,4
Aile içinde çözüm bulundu	3	2,1
<b>Toplam</b>	<b>145</b>	<b>100</b>
<b>Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmama Nedeni</b>		
Yaşı küçük	-	-
Yakın çevrede yok	119	80,4
Bu tür kurum/kuruluş ya da rehabilitasyon merkezlerinden haberim yok	-	-
Bu tür kurum/kuruluş ya da rehabilitasyon merkezlerinin yeterli hizmet vereceğine inanmıyorum	5	3,4
Ekonomik durumumuz yeterli değil	14	9,5
Başvurdum, ama kabul edilmedi	1	0,7
Aile içinde çözüm bulundu	9	6,1
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

#### **4.5.6 Engellilerin ve Ailelerinin Kurum/Kuruluşlardan En Önemli Beklentileri**

Araştırmada belirlenen engellilerin ve ailelerinin, engellilere yönelik kurum ve kuruluşlardan en önemli beklentilerinin neler olduğu sorgulandığında %15,5'i

(23) parasal katkı, %12,2'si (18) iş bulmaya yardım etme, %50,0'ı (74) sağlık hizmetlerine ulaşmada kolaylık sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 43).

**Tablo 43.** Engellilerin ve Ailelerinin Kurumlardan Beklentileri

<b>Kurumlardan Beklentiler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Parasal Katkıda Bulunmalı	23	15.5
Eğitim Olanakları Yaratmalı	1	0.7
İş Bulmaya Yardım Etmeli	18	12.2
Yasal Hakları Savunmalı	2	1.4
Çevre Düzenlemeleri Yapılmalı	3	2.0
Mesleki Kurslar Düzenlenmeli	4	2.7
Geçici Bakım Hizmeti Sunulmalı	2	1.4
Evde Uzman Personel Tarafından Bakım ve Tedavi Verilmeli	21	14.2
Sağlık Hizmetlerine Ulaşmada Kolaylık Sağlanmalı	74	50.0
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

#### **4.5.7 Engellilerin ya da Ailelerinin Çevredeki İnsanların Bakışlarından Rahatsızlık Duyma Durumu**

Araştırmada belirlenen engellilerin ya da ailelerinin çevredeki insanların bakışlarından rahatsızlık duyup duymadığı sorgulandığında, %59,5 (88) ile kesinlikle hayır diyenler fazla bulunmuştur.

**Tablo 44.** Engellilerin ya da Ailelerinin Çevreden Etkilenişi

<b>Çevredeki İnsanların Bakışlarından Rahatsızlık Duyma</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Kesinlikle Evet	21	14.2
Kesinlikle Hayır	88	59.5
Ediyor Ama Takmıyorum	16	10.8
Bazen	23	15.5
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

## 5. TARTIŞMA

Doğumla başlayan ve yıllar boyu devam eden yaşamın her anının sağlıklı bir şekilde devam ettirilmesi bütün insanların en doğal haklarından birisidir. Kişinin sağlıklı yaşama hakkı hastalık, işsizlik, engellilik, yaşlılık, her türlü doğal afet ve kazalar gibi elverişsiz durumlarda destek görebilmeyi de kapsamaktadır.

Dünya nüfusunun yaklaşık %15'ine denk gelen bir milyardan fazla kişi çeşitli özür durumuna sahiptir. 110-190 milyon insan çok ciddi engele sahip ve fonksiyon görmede önemli ölçüde güçlük çekmektedir (3). Nüfusun yaşlanması ve kronik tedavisinde kaydedilen gelişmeler sayesinde yaşam süresinin uzaması, ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunların artması, çevre koşullarındaki bozukluklar gibi süreçler gelecekte engelli insan sayısının daha da artacağını göstermektedir.

2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre, en az bir engeli olan (engellilikle ilgili en az bir işlevi yerine getirmede çok zorlandığını veya hiç yapamadığını belirten 3 ve daha yukarı yaş) nüfusun oranı %6,9 (4.876.000 kişi)'dur. Erkeklerde %5,9 olan bu oran kadınlarda %7,9' dur. En az bir fonksiyonda zorluk yaşadığını veya hiç yapamadığını belirtenlerin %42,8'i erkek, %57,2'si ise kadındır (29). Engellilik sadece bu sorunu yaşayan bireyi değil, ailesini, yakın çevresini ve hatta tüm toplumu ciddi bir şekilde ekonomik, sosyal ve psikolojik olarak etkileyen bir sorundur.

Araştırma, Diyarbakır ili Hazro ilçesinde 1069 kişi üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmada yaş grubu olarak en yüksek düzeyi %32,1 ile 15-29 yaş grubu, en düşük düzeyi ise %7,0 ile 65 yaş ve üzeri oluşturmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013'te yaşa göre nüfus dağılımında en büyük yüzde %65,8 ile 15-64 yaş arasında bulunmaktadır. En küçük yüzde %7,9 ile 65 yaş ve üzerinde bulunmuştur (104). Çalışmada saptanan Hazro ilçesi nüfusu, Türkiye nüfus dağılımı ile uygunluk göstermektedir

Araştırmaya katılanların, %27,1'i ilkökul, %19,6'sı ortaokul, %19,0'ı liseyi bitirmiş, okuryazar olmayan ya da ilkokulu bitirememiş kadınlar %37,8 erkekler ise %18,5'dir. 2013 TNSA kapsamında Türkiye'de nüfusun çoğunluğu okula gitmiştir. Erkeklerin %49'u, kadınların %36'sı en az ortaokulu tamamlamıştır. En az lise



mezunu olan nüfusun oranı erkeklerde % 29, kadınlarda %21'dir (104). Bu durumun Türkiye ortalamalarının altında olmasının nedeni sosyoekonomik özelliklerle ilişkili olabilir (Tablo 12).

2015 yılı TÜİK işgücü araştırması sonuçlarına göre; Türkiye'de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde istihdam oranı %46 olup, bu oran erkeklerde %65, kadınlarda ise %27,5 olmuştur. Avrupa Birliği üye ülkelerinin istihdam oranı incelendiğinde; 2015 yılında kadın istihdam oranının en yüksek olduğu ülke %74 ile İsveç iken en düşük olduğu ülke %42,5 ile Yunanistan olmuştur. Erkeklerde ise istihdam oranının en yüksek olduğu ülke %79 ile Hollanda iken en düşük olduğu ülke %59,3 ile Yunanistan olmuştur (105). Uskun'un da yaptığı çalışmada kadınların %80'i çalışmazken, toplam çalışmayan %45,9 oranındadır (34). Bu çalışmada çalışmayanların oranı %43,8 iken kadınların %62,7'si çalışmamaktadır. Bu oran yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

TNSA 2013 kapsamında kadınların %50'si herhangi bir sosyal güvence kapsamında yer almamaktadır (104). Tanır'ın yaptığı araştırmaya katılanların %34,2'si yeşil kartlı ve %13,4'inin sosyal güvencesi bulunmamaktadır (106). Bu çalışmada katılımcıların %46,5'inin yeşil kartlı olduğu, %10,7'sinin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığı saptanmıştır. Sosyal güvencesi olanların çoğunun yeşil kartlılardan oluşması ve gelir düzeyinin düşük olmasından dolayı, ayaktan tedavilerinde ilaç masraflarının karşılanmasında güçlük yaşanabileceği tahmin edilmektedir.

Araştırmadaki katılımcıların %13,1'inin 1. derece akraba evliliği yapmış olduğu, toplam akraba evliliği sıklığının ise %44,6 olduğu belirlenmiştir. TÜİK, İstatistiklerle Kadın 2012 Araştırması'nın sonuçlarına akraba evliliği oranı %23,3'dür (107). Akın'ın yaptığı çalışmada akraba evliliği sıklığı %17,4, birinci derecede akraba evliliği sıklığı %14,39 bulmuştur (108). Tekbaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada akraba evliliği sıklığını %18,7 bulmuştur (109). Bu çalışmadaki oranlar ile diğer çalışmalar arasında benzerlik bulunmuştur.

Araştırmada engellilik prevalansı %13,8 (148) bulunmuş, %86,2'sinde (921) ise herhangi bir engel bulunmamıştır. 2002'de yapılan engelliler araştırması sonuçlarına göre, ülkemizde 8.431.937 kişi engelli olup, bu nüfusun toplam nüfusa oranı %12,29'dur (19). Ayrıca 2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre,

en az bir engeli olan nüfusun oranı %6,9 (4.876.000 kişi)'dur (29). Uskun'un Isparta'da yaptığı çalışmada engellilik sıklığı %12,7 olarak (34), Beşer ve arkadaşları da Aydın'da engelli sıklığını %4,9 olarak saptamışlardır (50). Alıç'ın Kayseri' de yaptığı çalışmada engelli sıklığı %11,5 olarak bulunmuştur (110). Çin'de engellilik sıklığı ve risk faktörleri üzerine yapılan kesitsel bir çalışmada 0-6 yaş grubu çocuklarda, engellilik sıklığı binde 11,45 olarak tespit edilmiştir (111). Bu çalışmada engellilik sıklığı yapılan çalışmaların birçoğundan yüksek bulunmuştur.

TUIK' in yaptığı "Türkiye Özürlüler Araştırması" ile ülkemizdeki engellilik profili araştırılmıştır. Bu araştırmaya göre, engelli olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12,29'dur (19). Karademir'in yaptığı çalışmada engellilik sıklığı %15,7 (112), Turhanoğlu ve arkadaşlarının Diyarbakır il merkezinde özürlülük sıklığı ve kronik hastalıklar çalışmasında ise %18,5 bulunmuştur (113). Çalışmadaki engellilik sıklığının, Türkiye'deki engelli oranından yüksek olması, araştırma bölgesindeki kalıtsal hastalıklar, akraba evliliği, kronik hastalıklar ve çevresel etmenlere bağlı olabilir. Çalışmada engelliler içinde kronik hastalık oranı %56,0 olup ve %91,6 ile 18 yaş üstünde daha çok olması, yaş ilerledikçe toplumdaki kronik hastalık sıklığının artmasıyla ilişkili olabilir. İleri yaşla beraber doğuştan engelliliğin azalıp, sonradan kazanılmış engellilik oranının artması buna dayanmaktadır (Şekil 7).

Araştırmada tespit edilen engelli bireylerin, engellerinin ortaya çıkış zamanı incelendiğinde, %21,6'sında (32) engellerinin doğuştan olduğu, % 78,4'ünde (116) ise engellerin sonradan ortaya çıktığı saptanmıştır (Tablo 20). Akbaba'nın yaptığı çalışmada doğuştan engellilerin oranı %13,9 olarak bulunmuştur (56).

2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre; en az bir fonksiyonda zorluk yaşadığını veya hiç yapamadığını belirtenlerin %42,8'i erkek, %57,2'si ise kadındır (29). Bu araştırmaya katılan erkeklerin %12,8'inin ve kadınların da %15,2'sinin engelli olduğu görülmüştür. Beşer ve arkadaşlarının Aydın ilinde yaptığı çalışmada engelliliğin erkeklerde daha yüksek olduğu görülmüştür (50). Diyarbakır'da yapılmış bir çalışmada, engelliliğin bu çalışmadaki gibi kadınlarda daha sık olduğu görülmüştür (113). Bu çalışmada oranlar birbirine çok yakın olduğundan erkeklerle kadınlar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılanlarda engelliliğin yaşla birlikte giderek arttığı ve bu artışın 45 yaş ve üzeri nüfusta açık ara fark ettiği görülmüştür. 65 yaş ve üstü olanlarda %53,3 ile engelli sıklığı en fazlaydı ve aradaki fark anlamlıydı ( $X^2=140,687$ ,  $p=0,00$ ). Uskun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 65 yaş ve üzeri grupta engelli sıklığı %45,5 olarak tespit edilmiştir (34). Yaşam süresinin gittikçe artması ve kronik hastalıkların ilerleyen yaşlarda daha sık görülmesi engellilik oranını da yükseltmektedir.

2011 Nüfus ve Konut araştırması sonuçlarına göre; en az bir fonksiyonu yerine getirmede zorluk yaşayan ve okuma yazma bilmeyen nüfusun oranı toplamda %23,3, erkeklerde %10,9 ve kadınlarda %32,4'tür. Araştırmada engelli bireylerin %42,8'i okuryazar değildi (29). Adana'da yapılan bir araştırmada okuryazar olmayanların %72,1'inin engelli olduğu saptanmıştır (56). Engelliler, engelli olmayanların sahip oldukları eğitim imkânlarına ulaşamamaktadır ve bu da "özel eğitimin" önemini ortaya koymaktadır. Hazro ilçesinde herhangi bir özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinin olmaması, çalışmadaki bu oranın yüksekliğini açıklamaktadır.

Çalışmaya katılanların, herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmayanların %16,7'sinin engelli, yeşil kartlıların %13,5'i, SGK'lıların %13,8'i ve özel sigortalılarında %5,9 engelli olduğu saptanmıştır. Sosyal güvenceye sahip olan engellilerin bu çalışmadaki oranı 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması'nda bulunandan (%45,21) daha düşüktür (19). Engellilerin sosyal güvenceye sahip olmamaları, erken tanı ve tedavinin önemi açısından sağlık hizmetlerinden yararlanamamalarına yol açmakta ve engelliliğin derecesini arttırabilmektedir.

Araştırmadaki katılımcıların medeni durumlarına ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $X^2= 132,422$ ,  $p=0,000$ ). Çalışmada engellilerin eşi ölmüş ya da boşanmış olan grupta %70,0 engelli, bekârlar ve 14 yaş altı olanlarda %14,8 ve evlilerde de %17,1 olarak bulunmuştur. Yaşlıların yalnız yaşaması sakatlanmalara daha çok aday olduklarını ve yaşlılar için özellikle yalnızlığın ciddi bir risk faktörü olduğu görülmektedir (114).

Araştırmadaki engellilerin, ekonomik durum ile engellilik durumu arasında anlamlı olarak istatistiksel bir fark bulunmuştur ( $X^2= 6,719$ ,  $p<0,05$ ). Engelli sıklığı ekonomik durumu düşük olanlarda %15,2'lik oranla en yüksek, iyi olan grupta %3,3 ile en düşük olduğu saptanmıştır. Aydın (50), Diyarbakır (115) ve İstanbul' da (116) yapılan çalışmalarda da buna benzer sonuçlar görülmüştür. Engellilerin ekonomik durumlarının düşük olması, engellerine yönelik tedavi ve rehabilitasyon gibi sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamalarına yol açmaktadır.

Araştırmada bulunan engellilerin soy geçmişlerinde herhangi bir engelli birey olup olmadığı incelendiğinde, doğuştan engellilerin %5,0'ının ailesinde engelli birey bulunduğu görülmüştür. Engellilik durumu ile soy geçmişinde engelli birey olup olmama arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 28).

Araştırmadaki engellilerin anne ve babalarının akrabalık dereceleri ile engellilik durumu ilişkisi incelendiğinde; %23,6 1. dereceden, %13,4 2. Dereceden ve %10,7 uzak akraba olanların çocuklarında engelli olduğu gözlenmiştir. İstatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $X^2= 13,307$ ,  $p<0,05$ ). Akrabalık durumuna göre engelliğin olup olmamasına bakıldığında anne babasında akrabalık durumu bulunanların %4,8'inin (23) doğuştan engelli olduğu saptanmıştır (Tablo 30). Tekbaş'ın yaptığı çalışmada akraba evliliği yapan toplumlarda engelli çocuk doğma riskinin diğer toplumlara oranla iki kat fazla (%8-9) olduğu bulunmuştur (109).

DSÖ'nün engellilik sınıflaması doğrultusunda araştırmamızda engellilerde en çok bulunan engel türü kronik iç organ (visseral) bozuklukları (%56,0) idi. İkinci sırada kas iskelet sistemi bozuklukları (%25,0), üçüncü sırada işitme bozuklukları (%13,5) gelmekte idi. Kronik hastalıkların tüm nüfusta görülme sıklığı ise %7,7'dir. 2002 Türkiye özürlülük araştırmasında bulunan en yüksek engellilik türü %9,7 ile kronik hastalıklardır (19). Uskun'un Isparta'da yaptığı çalışmada en çok görülen engelli türü kronik hastalıklar olup katılanlar içindeki görülme sıklığı %9,9 olarak elde edilmiştir. Engelliler içinde kronik hastalıkların görülme sıklığı ise %56,8' dir (34). Alıç'ın Kayseri' de yaptığı çalışmada tüm engelliler içindeki oranı %66,1 ve toplumda görülme sıklığı %7,6 olarak bulunmuştur (110). Araştırmada tespit ettiğimiz sonuçlar diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Engel türleri yaş ve cinsiyet bakımından değerlendirildiğinde, kronik iç organ bozukluklarının 18 yaş ve üstü gruplarda istatistiksel anlamlı olarak fazla olduğu ve kas-iskelet sistemi (%56,8) ile kronik iç organ bozukluklarının kadınlarda görülme sıklığının (%60,3) erkeklerden daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Tablo 32,33). Özkan'ın Balıkesir Pamukçu' da yaptığı çalışmada 65 yaş ve üzeri nüfusun bölge nüfusuna oranının %14,5 olduğunu, %78,3'ünün de en az bir kronik hastalığa sahip olduğunu bildirmiştir (117). Ulusal ve arkadaşlarının İzmir' de yaptıkları Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenleri adlı çalışmada 65 yaş üstü %87,6'sının kronik hastalığının olduğu belirtilmiştir (118). Yaşamın ilerleyen dönemlerinde toplumda kronik hastalıkların görülme sıklığı artmakta ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayabilecek bozukluklar haline gelen önemli sağlık problemlerinden birini oluşturmaktadır.

Araştırmada tespit edilen engelli türlerinin kendi içinde dağılımı incelendiğinde kronik iç organ bozukluğu olan kişilerde ilk sırada %25,3 ile yer alan hipertansiyon sıklığı görülmektedir. Bunu %22,9 ile akciğer hastalıkları takip etmektedir. Daha sonra %21,6 ile diyabet, %15,7 ile KVS hastalıkları ve %3,6 ile de kanser gelmektedir. Akbaba yaptığı çalışmada kronik hastalıklar içerisindeki hipertansiyon sıklığını %42,7 olarak bulmuştur. Özkan'ın yaptığı çalışmada hipertansiyon %43 ile en sık rastlanan kronik hastalık olmuştur (117). 2000 yılı verilerine göre dünyada nüfusunun %26,4'ünde hipertansiyon hastalığı vardır ve bu oranın 2025 yılında %29,2'ye çıkacağı tahmin edilmektedir. Avrupa'daki hipertansiyon sıklığı Almanya'da %55, İngiltere'de %42, Finlandiya'da da %49 olarak bulunmuştur (119). Erken teşhis ile kontrol altına alınabilen, geç kalındığında ise, serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları gibi ölümcül olan komplikasyonlara ya da organ engeline yol açabilen hipertansiyon, tüm dünyada toplumların büyük bir kısmını etkileyen önemli bir hastalık olarak görülmektedir (120).

Araştırmada saptanan kronik hastalıklar içerisinde en çok görülen ikinci hastalık kronik akciğer hastalıkları (%22,9) olarak görülmüştür. Alıç tarafından yapılan çalışmada kronik iç organ bozukluğu olan bireylerin %9,6'sında kronik akciğer hastalığı olduğu görülmüştür (110). Toplumun bu konuda eğitilmeleri ve önemli bir risk faktörü olarak bilinen sigara kullanımının önlenmesi bu oranın

düşmesini sağlayabilir. Ayrıca bölgede genelde kerpiç ev kullanımı olduğundan asbestli toprağın bu duruma etkisi de araştırılmalıdır.

Araştırmada saptanan kronik hastalıklar içerisinde en çok görülen üçüncü hastalık %21,6 ile diyabet olmuştur. Akbaba'nın yaptığı çalışmada kronik iç organ bozukluğu olan bireylerin %29'da diyabet hastalığı görülmüştür (56). Birleşik devletlerde yapılan araştırmada 40-74 yaş grubunda diyabet prevalansı %12,3 bulunmuştur (121). 2007'de tüm Uluslararası Diyabet Federasyonu üyesi ülkelerdeki 20-79 yaşlarındaki erişkinlerin %7,3'ünde diyabet olduğu düşünülmektedir (112). Türkiye'de diyabet sıklığı %7,2 olarak tespit edilmiştir (122). Diabette kontrol altına alınamayan kan şekeri yüksekliği, körlük, amputasyon, iskemik doku hasarı, kalp krizi ve felç riskinde artışa yol açmaktadır. Bu nedenle diabetiklere erken tanı konulmalı ve oluşabilecek engelliliklerin önlenmesi açısından eğitilmeleri oldukça önemlidir.

Araştırmada bulunan engellilerden kronik iç organ bozukluğu olan kişilerde %15,7 ile kardiyovasküler hastalıklar görülmektedir. Ölüm nedeni istatistikleri sonuçlarına göre; 2015 yılında ölüm vakalarının nedenleri arasında ilk sırada %40,3 ile dolaşım sistemi hastalıkları gelmektedir (105). Akbaba'nın yaptığı çalışmada kronik iç organ bozukluğu olan bireylerin %19,1'inde kardiyovasküler hastalıklar görülmüştür (56). Toplum kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri konusunda eğitilerek, sigarayı bırakma, yüksek kan basıncının kontrolünü sağlama, diyet kontrolü ve düzenli egzersiz yapmanın bu konuda etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada bulunan engellilerden kronik iç organ bozukluğu olan kişilerde %3,6 ile kanserler görülmektedir. Araştırmada bulunan kronik hastalıkların %10,8'inde diğer kronik iç organ bozuklukları görülmektedir. Bu bozukluklar romatizmal hastalıklar, kronik böbrek hastalığı ve kronik karaciğer hastalıklarıdır. Bu hastalıklar konusunda toplumun eğitilmesi önemlidir.

Araştırmada bulunan engellilerden kas-iskelet sistemi bozukluğu olan bireylerin %29,7'sinde travmatik engel, %35,1'inde felç ve serebral palsi, %16,2'sinde ileri derecede disk hernisi tespit edilmiştir. Kas iskelet sistemi bozukluklarının tüm nüfus içerisindeki sıklığı ise %3,5 idi. Kas-iskelet sistemi bozukluklarının da 45-64 yaş grubunda istatistiksel anlamlı olarak fazla bulunmuştur ( $X^2= 35,838$ ,  $p=0,000$ ). 2011 Nüfus ve Konut araştırmasında, kas-iskelet sistemi

grubu için yürümede, merdiven çıkmada / inmede zorluk yaşayanlar % 3,3 olarak bulunmuştur (29). Uskun'un yaptığı çalışmada bu oran %4,1 olarak bulunmuştur (34). Karademir tarafından yapılan çalışmada ortopedik bozuklukların diğer engelli grupları içindeki sıklığı %11,5 olarak belirlenmiştir (112). Çalışmada ortopedik engelli sıklığı Türkiye genelindeki oranlarla benzerlik gösterirken, yapılan diğer çalışmalardan ise düşük çıkmıştır.

Kas iskelet sistemi bozukluklarında en yüksek oran olan (%35,1) felç (hemipleji) ve serebral palsiye aynı zamanda öğrenme, işitme, konuşma bozuklukları da eşlik etmektedir. Tayvan'daki bir araştırmada öğrenme bozukluğu olan, serebral palsili ve down sendromlu kişilerde yaş ilerledikçe görme ve işitmede yetersizlik, kardiyovasküler bozukluklar ve nörolojik bozukluklarda artış görülmüştür (123). Bu hastalıkların seyri ağır olduğundan ve fonksiyonel yeteneklerin kısıtlandığından dolayı, engelliler mutlaka rehabilitasyon kapsamına alınmalıdır. Araştırmada saptanan felç ve serebral palsili olgularının sadece %7,7'si ilde bulunan Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinden rehabilitasyon hizmeti almaktayken, %92,3'ü ise rehabilitasyon hizmetlerine erişememekteydi. İlçede herhangi bir rehabilitasyon merkezinin olmaması ve ilçenin il merkezine 70 km uzaklıkta olması bunda etkilidir.

Araştırmada bulunan engellilerden işitme bozukluğu olanların %40'ının hiç işitmediği , %15,0'inde de yaşlılığa bağlı işitme bozukluğu olduğu görülmektedir. Engel türleri içinde görülme sıklığı %13,5 iken, tüm nüfus içerisindeki sıklığı ise % 1,9 olarak bulundu. Yaşlılığa bağlı görülen işitme kayıplarının tamamı 65 yaş ve üstü grupta olduğu gözlemlendi. İşitme bozukluğu olanlar, cinsiyete göre sınıflandırıldığında aradaki anlamlı bir fark olmadığı görüldü. 2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre duymada zorluk yaşayanlar %1,1 olarak bildirilmiştir (29). Aktuğ tarafından Kocaeli Gölcük'te yapılan çalışmada işitme engelli prevalansı %11,3 olarak bulunmuştur (124).

Araştırmada tespit edilen engelli türlerinin içinde göz ve görme ile ilgili bozukluğu olan kişilerde iki gözün veya birinin az görmesi %57,9, her iki gözünde hiç görmemesi ise %26,3, katarakt %5,3'tü ve %63,1 ile erkeklerde daha fazlaydı. Engel türleri içinde görülme sıklığı %12,8 iken, tüm nüfus içerisindeki sıklığı ise %1,8 idi. 2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre görmede zorluk yaşayanlar %1,4 olarak bildirilmiştir (29). Beşer tarafından Aydın' da yapılan

çalışmada görme engelli sıklığı %0,4 olarak bulunmuştur (50). Umman'daki bir araştırmada görme bozukluklarının oranı 40 yaş ve üstü yaşlarda %6,95 olarak saptanmıştır (125). Bu çalışmadaki görme engellilerin en çok iki gözün veya birinin az görmesi (%57,9) ve 65 yaş üstü grubundaki görme engellilerin oranının (%47,4) en fazla olmasına rağmen katarakt oranının (%5,3) az olması göz hastalıklarında yeterli teşhisin olmadığını düşündürmektedir. Bu durum, il merkezindeki hastanelerin uzak olması ve ilçede bu alanda hizmet verebilecek bir devlet hastanesinin olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmada tespit edilen engellilerden, zihinsel engelli olan bireylerin %16,7'sinde hafif derecede, %41,7'sinde orta derece ve yine %41,7'sinde ağır derecede zekâ geriliği mevcuttur. Zihinsel engellilerin engel türleri içinde görülme sıklığı %8,1 iken, tüm nüfus içerisindeki sıklığı ise %1,1 olarak bulundu. 2002 Türkiye özürülük araştırmasında bulunan zihinsel engelli oranı %0,48 olarak bulunmuştur (19). Akbaba, Adana Havutlu'da yaptığı çalışmada tüm engelliler içerisindeki sıklığı %3,1 olarak bulmuştur (56). Çalışmada bulduğumuz sıklık diğer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada tespit edilen engellilerden psikolojik bozukluğu olan yalnızca 1 kişi psikoz tanısı almıştır. Psikolojik bozuklukların engel türleri içerisinde görülme sıklığı %0,6 idi. Akbaba yaptığı çalışmada engelliler içerisinde psikiyatrik bozukluk sıklığını %8,7 olarak bulmuştur (56). Çalışmamızdaki psikolojik bozuklukların diğer çalışmalardan düşük bulunması tanıya ait elde sağlık raporu olmaması ve katılımcının verdiği beyana göre cevaplamadan kaynaklı olabilir.

Araştırmada tespit edilen engellilerden şekil-görünüm ve jeneralize bozukluğu olan bireylerin %85,7'sinde epilepsi, %14,3'ünde de yanık mevcuttur. Jeneralize engellilerin engel türleri içinde görülme sıklığı %4,7 iken, tüm nüfus içerisindeki sıklığı ise %0,6 olarak bulundu. Alıç tarafından Kayseri'de yapılan çalışmada jeneralize bozuklukların tüm engelliler içinde görülme sıklığı %3,7 ve toplumda görülme sıklığı da %0,42 olarak bulunmuştur (110). Çalışmada bulunan oran diğer çalışmalarla uygunluk göstermektedir.

Araştırmada bulunan engellilerden lisan ve konuşma bozukluğu olanların %83,3'ü hiç konuşamamaktadır. Konuşma bozukluğu olanlar, cinsiyete göre sınıflandırıldığında aradaki anlamlı bir fark olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ). Konuşma



engellilerin engel türleri içinde görülme sıklığı %4,0 iken, tüm nüfus içerisindeki sıklığı ise %0,5 olarak bulundu. 2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre konuşmada zorluk yaşayanlar %0,7 olarak bildirilmiştir (29). Uskun'un yaptığı çalışmada bu oran %0,14 ve Akbaba'nın Adana'da yaptığı çalışmada da katılımcılar içerisindeki sıklık %1,7 olarak bulunmuştur (34, 56). Çalışmada bulduğumuz sıklık diğer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur.

Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen engele sahip bireylerin engellilik nedenleri incelendiğinde genetik bozukluklar %43,8'lik oranla ilk sırada yer almaktadır. Doğum travması ve doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması %12,5'er ile eşit bulunmuştur. Doğuştan engelli bireye sahip kişilerin %21,9'u nedeni bilmiyor ya da hatırlamıyor diye cevaplamıştır (Tablo 35).

Araştırmada tespit edilen sonradan ortaya çıkan en önemli engellilik nedeni kronik hastalıklardı (%50,0). Engellilik nedenleri arasında kazaların sıklığı ve enfeksiyon sıklığı eşit olarak %12,1 idi. Kazanılmış engelin %4,3'ünün ise neden kaynaklandığı bilinmemektedir. Alıç'ın yaptığı çalışmada sonradan ortaya çıkan engellilik nedenleri göre bireylerin %90,5'inin engeline kronik hastalıkların yol açtığı görülmüş ve %3,6'sının ise enfeksiyon hastalıklarından dolayı engelli olduğu bulunmuştur (110). Bu sonuçla sonradan görülen engellilik oluşumu, hastalık ve kazalardan korunma ve bunları kontrol altına alma yolu ile önlenbilir.

Araştırmada tespit edilen engele neden olan kazalar, %21,5 ile ev kazaları, %28,6 ile trafik kazaları ve %42,9 ile de iş kazalarından oluşmuştur. Ev kazaları genelde düşme sonucu oluşmaktadır. Düşmelerin yaşlılar açısından mortalite ve morbiditeyi artıran, kalça ve diğer bölge kırıkları, kafa travmalarına neden olmaktadır. Yaşlılarda düşmelerden kaynaklı yaralanmaların önlenmesi birçok hükümetin sağlık politikalarında yer aldığı görülmektedir (126). Kaza sonucu görülen yaralanmaların önlenabilir olmaları ve bunların hayat boyu sürecek kalıcı sakatlıklara neden olabilecekleri üzerinde önemle durulması gereken bir konudur.

Araştırmada belirlenen engellilerin %31,8'i (47) yardımcı cihaz kullanırken, %68,2'sinin (101) herhangi bir yardımcı cihaz kullanmadığı saptanmıştır. Akbaba'nın yaptığı çalışmada %10,9'unun yardımcı cihaz kullandığı, %89,1'inin ise yardımcı cihaz kullanmadığı saptanmıştır (56). Alıç tarafından

yapılan çalışmada engellilerin %11,6'sının protez ve/veya yardımcı cihaz kullandığı görülmüştür (110).

Çalışmadaki engellilerin %52,0'ının tedavisinin yapıyor olduğu, %10,1'inin tedavisinin yapıp artık tamamlandığı, %37,8'inin engeline yönelik herhangi bir tedavi yapılmadığı ve yine bu engellilerin hiçbirinin evde bakım hizmetlerinden yararlanmadığı saptanmıştır (Tablo 38). Aktuğ'un yaptığı çalışmada engellilerin yaklaşık yarısının engeline yönelik tedavi almadığı görülmüştür. Engele yönelik en çok ilaç tedavisi uygulanmıştır (124).

Çalışmadaki engellilerin %2,0'ı engeline yönelik rehabilitasyon hizmeti alırken, %98,0'ı hiçbir rehabilitasyon hizmeti almamıştır. Alıç tarafından yapılan çalışmada engellilerin %90,5'i rehabilitasyon hizmetini aldığı (110), Uskun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise engellilerin %96,4'nün rehabilitasyon hizmeti almadığı tespit edilmiştir (34). Çalışmadaki bu durum Hazro'da herhangi bir rehabilitasyon merkezinin olmaması ve ilçenin il merkezinde bulunan rehabilitasyon merkezlerine uzak olmasından kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda Hazro merkezde birden çok engel türüne hizmet verebilecek bir rehabilitasyon merkezine ihtiyaç vardır.

Araştırmada tespit edilen engellilerin %2,7'si bakım maaşı, %14,2'si engelli maaşı alırken, %83,1'i herhangi bir maaş almamaktaydı (Tablo 38). Aktuğ'un yaptığı çalışmada %40 ve üzerinde özür derecesine sahip olduğunu bilen %99,7 engelli olduğu halde engelli aylığı alanların oranı sadece %20,4'tü (124). Aile ve sosyal politikalar bakanlığı bünyesindeki birimlerin engellilerin bu sosyal yardımlara ulaşmasını daha fazla sağlamalıdır.

Çalışmadaki engellilerin günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) bağımlılık düzeylerinin dağılımı değerlendirildiğinde %84,5'inin yemeğini tek başına yiyebildiği, %73,6'sının kendi başına giyinebildiği, %76,4'ünün tuvaletini kendi başına yapabildiği ve %62,2'sinin banyosunu kendi başına yapabildiği saptanmıştır (Tablo 39). Alıç'ın yaptığı çalışmada engellilerin %5,3'ünün GYA'da başkasına bağımlı olduğu ve %12,7'sinin ise başkasının yardımına gereksinimi olduğu saptanmıştır (110).

Araştırmaya katılanlar herhangi bir işte çalışan, çalışmayan, 0-14yaş grubu ve öğrenci olarak sınıflandırıldığında, çalışmayan grupta %75,0 ile engelli sıklığının

diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ( $X^2= 72,394$ ,  $p=0,000$ ). Yılmaz'ın çalışmasında da özürliülerde %14,1 olarak bulunan işsizlik oranı özürliü olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (116). 2011 Nüfus ve Konut araştırması sonuçlarına göre; nüfusun geneli için işgücüne katılım oranı %47,5 iken, en az bir engeli olan nüfusta bu oran %22,1'dir (29). Diğer bir ifadeyle engelli nüfusun işgücüne katılım oranı tüm nüfusun katılım oranının yarısı kadardır. Bu durum engellilerin eğitim eksikliği, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmış olması, uygun iş imkânlarının azlığı ve yetersiz istihdamdan kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada belirlenen engellilerin engellerine yönelik verilen hizmetlerden yararlanma durumları sorgulandığında, %4,7'sinin eğitim, %5,4'ünün bakım ve rehabilitasyon, %0,7'sinin meslek ve beceri edindirme, %0,7'sinin sosyal ve kültürel, %51,4'ünün sağlık ve %43,2'sinin de toplu taşıma hizmetlerinden yararlandığı saptanmış ancak maalesef cadde, sokak, yol gibi çevre düzenlemelerinin hiç olmadığı belirlenmiştir (Tablo 41). Aktuğ'un yaptığı çalışmada engellilerden, sağlık hizmetinden yararlandığını söyleyenlerin oranı %55,7 olduğu, eğitim hizmetinden yararlananların %12,27, bakım ve rehabilitasyon hizmetinden yararlananların ise sadece %5,9 olduğu bulunmuştur (124). Bunların dışındaki hizmetlerden yararlanma düzeyi sözü edilmeyecek ölçüde düşük bulunmuştur. Bu da engellilerin dernek, vakıf ya da konfederasyon, belediyeler, Milli Eğitim Bakanlığı, Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu ve Türkiye İş Kurumu'ndan yok denecek kadar az hizmet aldığını göstermektedir.

Araştırmada belirlenen engellilerin herhangi bir kurum ya da rehabilitasyon merkezine gitmeme nedeni sorgulandığında en çok %44,8 (65) ile yakın çevrede bulunmadığını, ondan sonra da %26,9 (39) ile bu merkezlerden haberlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Yine diğer sağlık hizmetlerinden yararlanmama nedenleri sorgulandığında en fazla %80,4 (119) ile yakın çevrede sağlık kuruluşu olmadığını söylemişlerdir (Tablo 42). Rehabilitasyon açısından engelli aileleri bilinçlendirilmeli ve ilçe merkezinde bir kurum hizmet vermelidir. İlçedeki tek sağlık kuruluşunun aile hekimliği olması tam teşekküllü devlet hastanesi ihtiyacı doğurduğu açıktır.

Araştırmada belirlenen engellilerin ve ailelerinin, engellilere yönelik kurum ve kuruluşlardan en önemli beklentilerinin neler olduğu sorgulandığında %15,5'i

(23) parasal katkı, %12,2'si (18) iş bulmaya yardım etme, %50,0'ı (74) sağlık hizmetlerine ulaşmada kolaylık sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 43). Aktuğ'un yaptığı çalışmada en önemli beklenti %59 ile birden fazla beklenti beyan etmekle parasal katkı olduğu görülmüştür (124). Bizim çalışmamızda sağlık kuruluşuna ulaşmanın en yüksek olması yine ilçede devlet hastanesi olmamasından kaynaklanmaktadır. İkinci sıradaki parasal katkı beklentisi ise engelli ailelerinin ekonomik durumlarının düşük olmasındandır.

Araştırmada belirlenen engellilerin ya da ailelerinin çevredeki insanların bakışlarından rahatsızlık duyup duymadığı sorgulandığında, %59,5 (88) ile kesinlikle hayır diyenler fazla bulunmuştur. Kesinlikle evet diyenlerin oranı (%14,2) ise en az bulunmuştur. Bu durum bölgenin sosyokültürel yapısı ile ilişkili olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hazro ilçesinde engellilik prevalansı ve etkileyen faktörleri araştırdığımız bu çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar şunlardır:

- Araştırma bölgesinin sosyoekonomik (öğrenim durumu, işsizlik, düşük gelir, sosyal güvenceden yoksunluk) düzeyi oldukça düşüktür. Bu durum gerek engelliliğin yaygın olmasına, gerekse engellilerin sorunlarının fazla olmasına etki etmektedir.

- Hazro ilçesinde engellilik prevalansı %13,8 bulunmuş ve 148 kişide toplam 185 adet özür tespit edilmiştir. Çalışmadaki prevalans, 2002 ve 2011 yıllarında ülkemiz genelinde yapılan araştırmalardan daha yüksek bulunmuştur.

- Araştırmada belirlenen engellilerin %21,6'sının doğuştan olduğu, %78,4'ünün ise engelinin sonradan ortaya çıkmış olduğu görülmüştür.

- Yaş ilerledikçe engelli prevalansı artmaktaydı, 65 yaş ve üstü grupta olanlarda en fazla olup oranı % 53,3'tü. Kadınlar içindeki engelli oranı daha yüksek bulunmuştur.

- Engelli oranı okuryazar olmayan, çalışmayan, ekonomik durumu düşük ve eşi ölmüş ya da boşanmış olan kişilerde daha fazla olduğu bulunmuştur.

- İlçede akraba evliliği sıklığı % 44,6 idi. Anne babası arasında akraba evliliği olanlarda ve soy geçmişinde engelli bulunanlarda doğumsal engelli sıklığı, olmayanlardan daha yüksekti.

- Kronik iç organ bozuklukları en çok görülen engellilik türüydü ve bunu kas-iskelet sistemi bozuklukları izlemekteydi.

- Sonradan ortaya çıkan en önemli engellilik nedeni kronik hastalıklardı, doğuştan engellilik nedenlerinin en önemlisi ise genetik bozukluklar idi.

- Doğumsal nedenli engelliliklerde doğum travmaları ve doğum esnasında bebeğin oksijensiz kalması, genetik bozukluklardan sonra en çok görülen durumlardır.

- Araştırmada tespit edilen engele neden olan kazalardan, iş kazalarının ev ve trafik kazalarından daha çok görüldüğü saptanmıştır.

- Engellilerin hiçbirinin evde bakım hizmetlerinden yararlanmadığı saptanmıştır. Bu durum belediye veya ilçedeki aile hekimliğinin evde bakım programlarının olmamasından kaynaklıydı.

- Engellilerin %37,8'inin engeline yönelik olarak tedavi görmediği, %98,0'ının rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmadığı ve %68,2'sinin engeline yönelik alet yada cihaz kullanmadığı tespit edilmiştir.

- Engellilerin çevre düzenlemesi, sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanmaları yetersizdir. Günlük yaşamda desteğe gereksinim duymaktadırlar.

- Araştırmada belirlenen engellilerin ve ailelerinin, engellilere yönelik kurum ve kuruluşlardan en önemli beklentilerinin %15,5'i parasal katkı, %12,2'si iş bulmaya yardım etme, %50,0'ı sağlık hizmetlerine ulaşmada kolaylık sağlanması olduğunu belirtmişlerdir. Engelli ailelerinin büyük çoğunluğunun ekonomik durumunun düşük olmasından dolayı il merkezindeki hastanelere gidememesi bu sonuçlarda etkilidir.

## ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen sonuçlara dayanarak oluşturulan öneriler aşağıda sıralanmaktadır:

- Toplumun eğitim ve sosyoekonomik düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir.
- Temel sağlık hizmetlerinden olan koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkarılıp, birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha fazla önem verilmelidir.
- Anne ve babalar gebelik öncesinden incelenmeli, doğum sonrasında çocuklar hızlı bir sağlık kontrolünden geçirilerek engellilikler erken tespit edilmeli ve gereken önlemler zamanında alınmalıdır.
- Gebeler, doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmalı ve takipleri düzenli yapılmalıdır. Eğitim almış sağlık personeli bünyesinde, sağlık kuruluşlarında uygun koşullarda doğumların yapılması hedeflenmelidir.
- Akraba evlilikleriyle ilgili eğitimler verilmelidir. Genetik danışmanlık birinci basamak sağlık hizmetlerinde rutin bir hizmet haline getirilmelidir. Toplumun farkındalığını arttırılmalıdır.
- Trafik ve ev kazalarının önlenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
- İş kazaları azaltılmalı, güvenilir çalışma ortamları sağlanmalı ve işverenler işyeri hekimliğinin önemi yönünden bilinçlendirilmelidir.
- Kronik hastalıklara yönelik danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesine daha fazla önem verilmelidir. Topluma diyet ve egzersiz yapma bilinci kazandırılmalıdır.
- Topluma engellilik ve engellilik türleri konusunda açıklayıcı, bilgilendirici konferans ve seminerler verilmesine yönelik projeler geliştirilmelidir.
- Acil sağlık ve ilkyardım hizmetlerine ulaşılabilirlik arttırılmalıdır. Toplum ilk yardım konusunda bilinçlendirilmeli ve bu konuda yeterli kurslar açılarak toplum eğitilmelidir.
- Tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olmalı ve bu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı artırılmalıdır.
- Birincil ve ikincil korumaya gereken önem verilmeli, sakat kalanlar üçüncül koruma kapsamında rehabilite edilmeli ve işe yerleştirilmeleri sağlanmalıdır.

-Birinci basamak sağlık hizmetlerinde fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi meslek elemanlarının istihdamıyla, engellilere ulaşılması ve onların rehabilitasyon sürecine katılması sağlanmalıdır.

- İlçede inşası tamamlandığı halde faaliyet vermeyen devlet hastanesi bir an önce hizmete başlamalıdır. İlçede tespit ettiğimiz kronik bozukluklar doğrultusunda, hastanede ilk etapta en azından kardiyojji, dahiliye, göğüs hastalıkları gibi dahili birimler hizmet üretmelidir.

- Hazro merkezde birden çok engel türüne hizmet verebilecek bir rehabilitasyon merkezine ihtiyaç vardır.

- Birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilerek engelli bireylerin evde hizmet alması da sağlanmalıdır.

- İlçede özel eğitim olanakları artırılmalı, iş hayatına katılımı sağlamak için meslek ve beceri edinme kurslarını arttırmak gereklidir.

- Engellilerin günlük yaşam, spor ve sosyal etkileşim becerilerini arttırmaya yönelik hizmetler sağlanmalıdır.

- Belediye ve kaymakamlık tarafından çevredeki engellerin ortadan kaldırılması, kaldırım, yol, toplu taşıma araçlarının engellilere yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

- İlçede engellilik boyutu ve nedenlerini ortaya koyacak, köylerin de dâhil edildiği daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

- Engellilere yönelik yatırımlara hız vermek, onların yanında olmak, yasal düzenlemelerin uygulanabilirliğini sağlamak engelli bireylerin hayatını kolaylaştıracaktır.

- Hükümet tarafından engellilerin eksikliklerini ve engelleri belirlemek, bunların aşılmasını sağlayacak eylemleri planlamak için, bütün kamunun kullanımı amacıyla ya da özel olarak engellilerin kullanımı için tasarlanmış politikalar, sistemler ve hizmetler gözden geçirilmelidir.



## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. [http://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/index5.html](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html) Erişim Tarihi: 05.03.2017
2. DJ. Lollar and EM. Andresen. People with disabilities. R Detels, Oxford Textbook of Global Public Health, 6 th edition, United Kingdom, Oxford University Press, 2015, 1392-1407.
3. Disability and Health, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> Erişim Tarihi: 09.03.2017
4. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: 2006. <http://www.un.org/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> Erişim Tarihi: 09.03.2017
5. Kavuncubaşı, Ş, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s.29
6. Tezcan S. Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. Ankara, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 1992.
7. International Consultation on Reviewing Community Based Rehabilitation (CBR) Organized by WHO In collaboration with UN Organizations, NGOs and DPOs, Hosted by the Government of Finland,Helsinki, 25-28 May 2003.
8. World Healty Organization. Disability, including prevention, management and rehabilitation. The Fiftyeighth World Health Assembly, May 2005.
9. Heiden, H.G. (1996). Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt Werden. Grundrecht und Alltag: eine Bestandsaufnahme, Reinbek beiHamburg.
10. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH-2) Final draft Full Version, Classification, assesment, Surveys and Terminology Team World Health Organization (WHO) Geneva, 2001.
11. Şahin H. Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 2005, cilt:20 sayı:3, 219-228
12. Öztekin Z. Halk Sağlığı Sözlüğü. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998.
13. Imrie R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. Sociology of Health&Illness, 2004; 26: 287-305
14. Kearney PM. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. Nursing Theory and Concept Development or Analysis, 2004; 46: 162-170
15. ICF: İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması, WHO, T.C.

- Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yay. (çev. E. Kabakçı, A. Göğüs), s.3, Ankara, 2004.
16. Bornman J. The World Health Organisation's terminology and classification: application to severe disability. *Disability and Rehabilitation* 2004; 26 (3): 182-8.
  17. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Stratejik Plan (2008-2012). Ankara: Kalemder Matbaacılık; Aralık, 2007.
  18. Chamie M. "Survey Design Strategies for the Study of Disability". *World Health Statistics Quarterly*, 1989; 42(3): 122-140.
  19. DİE, ÖZİ, Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 2004.
  20. Oral, Aydan, et al. "Dünya engellilik raporu: Harekete çağrı." *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 58.3, 2012.
  21. World Health Organisation, World Bank. *World Report on Disability*. Geneva. WHO; 2011. [www.who.int/disabilities/world\\_report](http://www.who.int/disabilities/world_report) Erişim Tarihi: 18.03.2017
  22. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.
  23. UNICEF (2013). *Children with Disabilities*. United Nation Children' s Fund.
  24. BOYLE CA, BOUTLET S, SCHIEVE LA, COHEN RA, BLUMBERG SJ, YERGIN-ALLSOPP M, VISSER S, KOGAN MD (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008. *Pediatrics*, 127(6), 1034-1042.
  25. *The Disability Partnership, The Experience of Disability*. London, 2003.
  26. Mont, D. (2007a). *Measuring Disability Prevalence*. Social Protection Discussion Paper. New York: World Bank.
  27. <http://www.who.int/disabilities/en/> DSÖ Küresel Engelleme Eylem Planı 2014-2021/ Erişim Tarihi: 22.03.2017
  28. TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2012. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2013.
  29. TÜİK, Nüfus ve Konut Araştırması 2011. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2013.
  30. TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması Engellilik ve yaşlılıkla ilgili göstergeler, 2016 [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095) Erişim Tarihi:31.05.2017
  31. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı, Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi, Ankara, 2012

32. GÜLER, Ç., AKIN, L. (2006), Özürlü çocuklar, Halk sağlığı temel bilgiler kitabı, Hacettepe üniversitesi yayınları, basım yılı:2006, Sayfa:402-420
33. Önder RÜ. (2006), Kalıtsal hastalıklar ve özürlülük, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı El Kitabı:28–32, Ankara
34. Uskun E. Isparta İlinde Özürlülük Epidemiyolojisi. SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Isparta, 2002.
35. Baykan, Zeynep.(2000) "Özürlülük, engellilik, sakatlık nedenleri ve korunma." Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi(Sted). Eylül, 2000
36. Özkeskin, M. Bedensel Özürlülerin Ev Ortamının Değerlendirilmesi. İzmir: 9 Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. 2000.
37. KAYAHAN , M., ŞİMŞEK, Z., ERSİN, F., GÖZÜKARA, F. KURÇER MA.(2003), Şanlıurfa Tıfındır sağlık ocağı bölgesinde akraba evliliği prevalansı ve 5 yaş altı ölümlere etkisi, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1):1-5.
38. Uskun E. Akraba Evlilikleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2001; 10(2); 54-56.
39. GATA Tıbbi Genetik ABD(2007), Akraba evlilikleri, [http://www.gata.edu.tr/temelbilimler/genetik/akraba\\_evlilikleri.htm](http://www.gata.edu.tr/temelbilimler/genetik/akraba_evlilikleri.htm) Erişim Tarihi: 29.03.2017
40. Denizli İlinde Akraba Evliliği Sıklığı ve Tıbbi Sonuçları.Erişim: ([http://sbe.pamukkale.edu.tr/tezarsivi/sevil\\_zencir.pdf](http://sbe.pamukkale.edu.tr/tezarsivi/sevil_zencir.pdf)).Erişim Tarihi: 27.03.2017
41. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520> Erişim Tarihi: 25.03.2017
42. [www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2010/WPP2010\\_Volume-II\\_Demographic-Profiles.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2010/WPP2010_Volume-II_Demographic-Profiles.pdf) Erişim Tarihi: 25.03.2017
43. Centers for Disease Control and Prevention (2006b). Chartbook on Trends in the Health of Americans. Washington, DC: CDC.
44. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H ve ark. Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi,2005; 27: 89 – 94.
45. Kraus LE, Stoddart S, Gilmartin D. Chartbook on Disability in the United States, Amerika:Infouse, 1996.
46. Emmett T, Cunnigam Jr. Lietman TM, Witcher JP. Blindness: a global priority for the twenty-first century. Bulletin of the World Health Organization 79(3): 180, 2001.
47. <http://kronikhastaliklar.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/ukay/1125-ulusal-kaza-ve-yaralanma-bilgi-notu.html> Erişim Tarihi: 28.03.2017

48. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Dairesi Başkanlığı Ulusal Kaza ve Yaralanmalar Bilgi Notu Erişim Tarihi: 28.03.2017
49. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Kaza ve Yaralanmalar Türkiye İstatistikleri 2012-2014.
50. BEŞER, E., ATASOYLU, G., AKGÖR, Ş., ERGİN, F., ÇULLU, E. (2006) Aydın il merkezinde özür lülük prevalansı, etiyo lojisi ve sosyal boyutu, Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, vol:5(4):267-27.
51. T.C. Başbakanlık Özür lülüler İdaresi Başkanlığı. I.Özür lülüler Şurası-Çağdaş Toplum Yaşam ve Özür lülüler. Komisyon Raporları Genel Kurul Görüşmeleri, Ankara: 1999.
52. Tezcan S. , Aslan D. , Yardım N. ve arkadaşları. Ankara İli Altındağ Merkez 1 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Kaza Sıklığının Saptanması ve Kazaların Bazı Faktörlerle İlişkisinin Belirlenmesi. Ege Tıp Dergisi, cilt:40, sayı:3 Eylül-Aralık 2001, s 165-175.
53. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Enstitüsü, İş Yeri Güvenliği, Ankara, 1994, s: 1.
54. TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU İşgücü ve Yaşam Koşulları Daire Başkanlığı İşgücü İstatistikleri Grubu İŞ KAZALARI VE İŞE BAĞLI SAĞLIK PROBLEMLERİ 2013 ARAŞTIRMA SONUÇLARI -2014.
55. İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ PROFİLİ TÜRKİYE, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Genel Yayın No: 62 Ankara – 2016.
56. Akbaba, Muhsin, et al. "Adana Havutlu Beldesinde Özür lülük Sıklığı ve Özür lülülerde Akraba Evliliği Sıklığının Araştırılması." TAF Preventive Medicine Bulletin 11.6 (2012).
57. Kurtuluş A6. Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi Acil Servisi' ne Trafik Kazası Nedeniyle Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Yardım ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara 2002.
58. TUİK, Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri, 2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21611> Erişim Tarihi: 25.04.2017
59. Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Eğitim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı Trafik İstatistik Bülteni 2017, <http://www.trafik.gov.tr/SiteAssets/istatistik/subat17.pdf> Erişim Tarihi: 28.04.2017
60. İlhan, M., et al. "Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar." Toplum Hekimliği Bülteni 25.3 (2006): 33-41.

61. Özgökçeler, Serhat, and Yusuf Alper. "Özürlüler Kanunu'nun Sosyal Model Açısından Değerlendirilmesi /An Assessment of The Turkish Disability Act in View of Social Model." *Business and Economics Research Journal* 1.1 (2010): 33.
62. Özcan O. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ed. Beyazova M. Kutsal YG. Cilt I. Ankara: Güneş Kitapevi. 2000.s.12-52.
63. Akdemir, Nuran, and Y. Akkuş. "Rehabilitasyon ve hemşirelik." *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 13.1 (2006): 82-91.
64. Sunder S. *Text book of Rehabilitation*, 3rd ed. Jaypee brothers; 2010:28-32.
65. CBR, A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities poverty reduction and social inclusion of people with disabilities, Joint Position Paper, 2004.
66. Lanke, Ravindra S., et al. "Community based rehabilitation by paraplegic-a case report." *International Journal of Research in Medical Sciences* 5.3 (2017): 1116-1118.
67. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Engelli Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı Brifing Raporu. <http://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar> Erişim Tarihi: 02.05.2017
68. Sirer H. *Mesleki Rehabilitasyon*. İşyeri Hekimliği Ders Notları, 6. Basım. Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayın No: 011/01. 269-275, 2001.
69. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Bölüm 6. Sağlık Hizmetleri Verilen Kurumlar ve Altyapıları. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Ankara, 2014.
70. Aydın R, Aktaş İ. Sağlık ve Rehabilitasyon Hizmetlerine Erişim. "Engelsiz Türkiye için Yolun Neresindeyiz? Mevcut Durum ve Öneriler" kitabında (Yayına hazırlayanlar. Menda E, Balkan N, Berkday N), Sabancı Üniversitesi Yayınları, İmak Ofset, İstanbul: Mart 2013. s. 274-84.
71. Esmailzadeh S, Ozcan E, Capan N. Effects of ergonomic intervention on work-related upper extremity musculoskeletal disorders among computer workers: a randomized controlled trial. *Int Arch Occup Environ Health* 2014;87:73-83.
72. Ulutaşdemir, Nilgün. "Engelli çocukların eğitimi" *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2.5 (2007): 119-130.
73. Millî Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2015-2016, <http://sgb.meb.gov.tr/www/resmi-istatistikler/icerik/64> Erişim Tarihi: 04.05.2017
74. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü *Aile Eğitim Rehberi Zihinsel Engelli Çocuklar*, Ankara, 2014.

75. MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü ÖZEL EĞİTİM HİZMETLERİ TANITIM EL KİTABI [http://baglarram.meb.k12.tr/meb\\_iys\\_dosyalar/21/15/967807/dosyalar/2013\\_03/15105002\\_ozelegitimelkitabi.pdf](http://baglarram.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/21/15/967807/dosyalar/2013_03/15105002_ozelegitimelkitabi.pdf) Erişim Tarihi: 11.05.2017
76. Güler, E.K., Tıbbi Ortamların ve İlişkilerin Engelli Kişilere Uygunluğunun Etik Yönden Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2005
77. Sapancı F. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. Sağlık hizmetlerinde engellilik kavramı ve engellilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
78. DURDURAN, Yasemin, and Said BODUR. "ENGELLİLERİN ENGELLİLİKLERİ DIŞINDAKİ SAĞLIK SORUNLARI: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA." Selçuk Tıp Dergisi 25.2 (2009): 69-77.
79. TÜİK, Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2011.
80. YILMAZ, Mesut, et al. "Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı" 2010.
81. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Eğitim Rehberi Motor Fonksiyonel Problemleri Olan Çocuklar, Ankara, 2014.
82. Skempes D, Bickenbach J. Strengthening Rehabilitation for People with Disabilities: A Human Rights Approach as the Essential Next Step to Accelerating Global Progress. Am J Phys Med Rehabil 2015;94:823-8.
83. 5378 sayılı ve 1 Temmuz 2005 tarihli Engelliler Hakkında Kanun (değişikliklerle birlikte). T.C. Resmi Gazete. 7 Temmuz 2005, Sayı: 25868.
84. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engelli ve yaşlı bireylere ilişkin istatistiki bilgiler. Yıllık İstatistik Bülteni, 2015.
85. <http://www.dpb.gov.tr/tr-tr/istatistikler/kamu-personeli-istatistikleri> Erişim Tarihi: 17.05.2017
86. <http://www.iskur.gov.tr/kurumsalbilgi/istatistikler.aspx> Erişim Tarihi: 21.05.2017
87. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. İşgücü Piyasasının Özürlüler Açısından Analizi Araştırması. Ankara: Aralık 2011.
88. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aile Eğitim Rehberi Ruhsal Duyusal Bozukluğu Olan Çocuklar, 2014.

89. 2011-2013 Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı. T.C. Resmi Gazete. Tarih: 19 Ocak 2011, Sayı: 27820.
90. Feinberg, L., Reinhard, S.C., Houser, A., and Choula, R. (2011). Valuing the Invaluable: 2011 Update. The Growing Contributions and Costs of Family Caregiving. Washington, DC: AARP Public Policy Institute.
91. Kusano, C., Bouldin, E.D., Anderson, L.A., et al. (2011). Adult informal caregivers reporting financial burden in Hawaii, Kansas, & Washington: results from the 2007 BRFSS. Disability and Health Journal, 4(4), 229–37.
92. DeFries, E.L. and Andresen, E.M. (2010). Caregiver health. In J.C. Cavanaugh and D.K. Cavanaugh (eds.) Aging in America: Vol. 2. Psychological, Physical, & Social Issues, pp. 81–99. Westport, CT: Greenwood Publishing Group.
93. <http://sgb.aile.gov.tr/argeraporlar/bakanlik-faaliyet-raporlari> Erişim Tarihi: 25.05.2017
94. 3065 sayılı ve 25 Ekim 1984 tarihli Katma Değer Vergisi Kanunu. T.C. Resmi Gazete. Tarih: 2 Kasım 1984, Sayı: 18563.
95. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engellilerin Toplumsal Entegrasyonunun Geliştirilmesi Projesi ve GAP Analiz Raporu (Mayıs 2015, Ankara) <http://www.engellentegrasyonu.net/tr/> Erişim tarihi: 27.05.2017
96. 5982 sayılı ve 7 Mayıs 2010 tarihli Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. T.C. Resmi Gazete. Tarih: 23 Eylül 2010, Sayı: 27708.
97. 5825 sayılı ve 3 Aralık 2008 tarihli Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun. T.C. Resmi Gazete. Tarih: 18 Aralık 2008, Sayı:27084.
98. 33.6574 sayılı ve 3 Aralık 2014 tarihli ‘Engellilerin haklarına ilişkin sözleşmeye ek ihtiyari protokolün onaylanmasının uygun bulunduğu dair kanun’. T.C. Resmi Gazete. Tarih:12 Aralık 2014, Sayı: 29203.
99. TÜRKİYE CUMHURİYETİ ANAYASASININ BAZI MADDELERİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUNU Kanun No.5982 Kabul Tarihi:7/5/2010
100. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yerel Yönetimler için Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Teknik El Kitabı, Ankara 2011.
101. Türk Standartları Enstitüsü, 12576 Nisan 1999, Şehir İçi Yollar-Özürlü ve Yaşlılar İçin Sokak, Cadde, Meydan ve Yollarda Yapısal Önlemlerin Tasarım Kuralları



102. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014.
103. Sağlık Bakanlığı, Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelge 2010/79.
104. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013.
105. TÜİK, İstatistiklerle Kadın, Sayı: 24643 07 Mart 2017
106. Tanır, Ferdi. "Aile hekimliği uygulamalarının Doğanlık Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki durumu/The condition of family medicine practices in the Doğanlık Health, Training and Research Region." Turkish Journal of Public Health 12.2 (2014): 91-99.
107. İstatistiklerle Kadın, 2012 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13458>  
Erişim Tarihi: 01.06.2017
108. Akın G. Denizli Kırsal Kesiminde Akraba Evliliği ve Bunu Etkileyen Faktörler. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi (2000) 40; 3-4, 67-80
109. Tekbaş ÖF, Oğur R, Uçar M. Genç erişkin erkekler arasında akraba evliliği sıklığının ve nedenlerinin araştırılması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005; 4:120-128.
110. Alıç, S. "Kayseri İl Merkezinde Seçilmiş Kent Tipi Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Özürlülük Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler (Yüksek Lisans Tezi)." Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007
111. Wang XH, Qu CY, Shi JL, Liu G, Zhang ZX et al. A cross-sectional study on prevalence and risk factors of disabilities in aged 0-6 years children in Beijing, China. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2005; 26(8): 569-73.
112. Karademir Ş. Özürlülük Sınıflandırması İçin Bir Model Oluşturma. Uzmanlık Tezi, Aydın-2008.
113. Turhanoğlu DA, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. Diyarbakır il merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde özürlülük ve kronik hastalık sıklığı. Turkish Journal of Geriatrics, 2000; 3:146-150.
114. Özgül A. Geriatrik Patolojinin Esasları. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y. (Ed). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, I. Baskı. Ankara: Güneş Kitapevi, 1341-1352, 2000.
115. Nas K, Çevik R, Gür A, Erdoğan F, Saraç J. Diyarbakır Merkezinde Okul Çocukları ve Ailelerinde Hareket Sistemi Özürlülerin Sıklığı. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1999; 2 (2): 8-14.

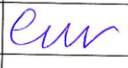
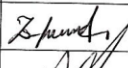
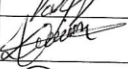



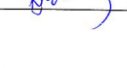



116. Yılmaz H, Kesiktaş N, Eren B, Köse R. İstanbul İlinde Özürlülük Oranı ve Özürlülerin Durumu. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998; 1(2): 51-53
117. Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay BF. Yaşlı Nüfusun Sosyodemografik Özellikleri: Pamukçu Kasabası, Balıkesir, STED, 2006; 15: 199-201.
118. Ulusel, B., A. Soyer, and R. Uçku. "Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam etkinliklerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen risk etmenleri." Turkish Journal of Geriatrics 6.4 (2004): 199-205.
119. Giuseppe M, Guido G, Sverre E. Avrupa Hipertansiyon Derneği Hipertansiyon El Kitabı. Kasım 2009.
120. Altıparmak S, Karadeniz G, Altıparmak O, Ataseven M, Şahin R. Yaşlılarda Hipertansiyon Prevalansı: Manisa Örneği. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(4): 197-201.
121. Ronald K. C et al. Joslin's Diabetes Mellitus. İstanbul Medikal Yayıncılık 1. Baskı 2008.
122. Satman I, et al. Turkey Diabetes Epidemiology Survey (TURDEP): Diabetologia, 2000.
123. Wang KY, Hsieh K, Heller T, Davidson PW, Janicki MP. Carer reports of health status among adults with intellectual/ developmental disabilities in Taiwan living at home and in institutions. Journal Intellect. Disabil Res. 2007; 51(Pt3): 173-83.
124. Aktuğ, E. "Kocaeli İli Gölcük İlçesinde Süreğen Hastalık Dışı Özürlülük Sıklığı, Nedenleri Ve Özürlülerin Sorunları (Yüksek Lisans Tezi)." Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
125. Khandekar R, Mohammed AJ, Raisi AA. Prevalence and causes of blindness & low vision; before and five years after 'VISION 2020' initiatives in Oman: a review. Ophthalmic Epidemiol. 2007; 14(1): 9-15
126. Işık AT, Cankurtaran M, Doruk H, Mas MR. Geriatrik Olgularda Düşmelerin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(1): 45-50.

## EKLER

## EK- 1

## ETİK KURUL ONAYI

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
<b>KARAR</b>					
<p>Prof. Dr. Günay SAKA, Fzt. Muhammed ARCA isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Hazro ilçesinde engellilik prevalansı ve etkileyen faktörler" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Ancak çalışmaya başlanabilmesi için çalışmanın yapılacağı Hazro İlçe Kaymakamlığı'ndan Resmi Çalışma İzininin alınması ve alınan iznin bir örneğinin Etik Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.</p> <p>Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.</p>					
<b>DECISION</b>					
<p>The project titled as "Disability prevalence and effective factors in hazro" planned by Günay SAKA, Muhammed ARCA has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.</p>					
<b>Oturum No ( Meeting number ) :</b>		Tarih (Date): 16.12.2016		Saat (Hour): 14:00-15:00	
<b>KURUL BAŞKANI (CHIEF)</b>		Prof. Dr. Hüseyin BÜYÜKBAYRAM			
<b>KURUL ÜYELERİ/ MEMBERS</b>					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
2	Prof. Dr.	Levent ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyokimya	
3	Prof. Dr.	Zeki AKKUŞ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyostatistik	
4	Doç. Dr.	Aziz KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
5	Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
6	Doç. Dr.	Haktan KARAMAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
7	Doç. Dr.	Zülfikar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıklar	
8	Doç. Dr.	Cemil GÖYA	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
9	Doç. Dr.	Ezeli AZARKAN	Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi	Öğretim Görevlisi	
10	Yrd. Doç. Dr.	M. Veysi BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
11	Yrd. Doç. Dr.	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	

EK- 2

## TEZ BAŞVURU ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/02/2017-11380



I.C.  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 82374608 -050.02-  
Konu : Yönetim Kurulu Kararı

## HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALINA

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans öğrencisi Muhammed ARCA'nın "Hazro İlçesinde Engellilik Prevalansı ve Etkileyen Faktörler" başlıklı Tez Önerisi Yönetim Kurulumuzun 27.01.2017 tarih ve 1/19 sayılı kararıyla uygun görülmüştür.  
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Hakkı Murat BİLGİN  
Enstitü Müdürü V.

Evrak Doğrulamak İçin : [https://ebelge.dicle.edu.tr/en/Vision/Validate\\_doc.aspx?V=BE8R3YLU8](https://ebelge.dicle.edu.tr/en/Vision/Validate_doc.aspx?V=BE8R3YLU8)

Dicle Üniversitesi Rektörlüğü, 21280-Diyarbakır  
Telefon:+90 412 248 80 30 Faks:+90 412 248 83 20  
e-Posta dicle@dicle.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.dicle.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Gönül Yapıcıoğlu  
Evrak Ptn Kodu: 97713  
Ayrıntılı bilgi irtibat tel.: 8458



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK -3****HAZRO İLÇESİNDE ENGELLİLİK PREVALANSI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER İLE İLGİLİ ANKET FORMU****AİLE İLE İLGİLİ BİLGİLER FORMU**

1. Görüşülen kişinin Adı –Soyadı:.....

Anket Sıra-No:

2.Aile reisine yakınlığı : .....

Mahalle:

3.Aile Üyeleri	4.Aile Reisine Yakınlık Derecesi	5.Cinsiyet	6.Yaş	7.Meslek	8.Eğitim 4 ve Üzeri Yaş	9.Medeni Durum 14 ve Üzeri Yaş	10. Özür durumu* Var/yok
1-							
2-							
3-							
4-							
5-							

[ \* özür durumu:

0. yok,

1.-Görme zorluğu ya da kaybı var mı?

2 -Konuşma zorluğu var mı?

3 -İşitme zorluğu var mı?

4 -Hareket zorluğu var mı?

5 -Psikiyatrik hastalığı var mı?(Tamı konmuş)

6 -Öğrenme zorluğu(zeka geriliği )var mı?

7 -Epilepsi (sara)nöbeti geçirme öyküsü var mı?

8 -Kronik bir hastalığı var mı?

**11.Ailenin Ekonomik durumu nedir ?**

1.Düşük 2.Orta Halli 3.Durumu iyi

**12. Sosyal güvence durumu:**

1.SGK 2. Diğer :..... 3. Yok

**13.Akrabalarınızda özürlü/engelli var mı?**

1.Evet 2.Hayır

**14.Evet ise ;yakınlık derecesi**

1.1.derece akraba 2.2.derece akraba 3.uzak akraba

**15.Anne-Babanın akrabalık durumu:**

1. Birinci derece akraba
2. İkinci derece akraba
3. Uzak akraba
4. Akraba değil

**EK- 4****ENGELLİ BİREY DEĞERLENDİRME FORMU****1.Özür/Engel ne zaman ortaya çıktı?**

1. Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında      2. Sonradan

**2. Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen özrün nedeni nedir?**

1. Genetik veya kalıtsal bozukluk
2. Kan uyumsuzluğu
3. Doğum travması
4. Doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması
5. Annenin hamileliği sırasında kullandığı ilaçlar
6. Annenin hamileliğinde sigara/alkol/uyuşturucu madde kullanması
7. Annenin hamileliğinde yetersiz / kötü beslenmesi
8. Annenin hamileliğinde röntgen çekmesi
9. Annenin hamileliğinde geçirdiği hastalık yada kronik bir hastalığı(Kalp, şeker, enfeksiyon)
10. Bilmiyor ya da hatırlamıyor

**3. Sonradan meydana gelen özür/engelin nedeni nedir?**

1. Kaza
2. Kronik hastalık
3. Yaşlılık
4. Enfeksiyon
5. Bilmiyor
6. Diğer.....

**4. Engeli neden olan kazanın türü nedir?**

1. Trafik kazası
2. İş kazası
3. Ev kazası
4. Silahlı yaralanma
5. Doğal afetler(deprem,sel,yangın)
6. Diğer.....

**5.Engellilik Durumu****a)Ortopedik Engeli**

- 1.Doğuştan uzuv eksiklikleri
- 2.Doğuştan kalça çıkığı
- 3.Doğuştan kas hastalıkları
- 4.Travmatik özürlü
- 5.Spastik Felç, Serebral Palsi,
- 6.Diğer.....

**b)Görme Engeli**

- 1.Bir veya iki gözünde hiç görmemesi
- 2.Her iki gözün veya birinin az görmesi
- 3.Şaşılık
- 4.Katarakt
- 5.Yaşlılık
- 6.Diğer.....

**c)İşitme Engeli**

- 1.Bir veya iki kulakta hiç işitmiyor
- 2.Her iki kulağın veya birinin az duyması
- 3.Kronik Otite Bağlı
- 4.Yaşlılığa Bağlı
- 5.Diğer.....

**d)Konuşma Engeli**

- 1.Tutuk konuşuyor (kekeme)
- 2.Ses bozukluğu var
- 3.Hiç konuşmıyor

**e)Zihinsel Engellilik**

- 1.Hafif Zihinsel Gerilik
- 2.Orta Derecede Zihinsel Gerilik
- 3.Ağır zihinsel Gerilik

**f)Ruhsal Davranış Bozuklukları**

- 1.Psikoz
- 2.Otizm

**g)Jeneralize Bozukluklar**

- 1.Epilepsi
- 2.Diğer.....

**h)Kronik Hastalıklar**

1. Kalp Hastalıkları
2. Akciğer Hastalıkları
3. Hipertansiyon
4. Diyabet
5. Kanser
6. Diğer.....

**6. Tek Başına Yemek, Giyinmek, Tuvalet ve Banyo Yapmada bağımlılık düzeyi**

	Yemeğini Tek Başına Yiyebiliyor mu?	Kendi başına giyinebiliyor mu?	Tuvaletini Kendi Başına Yapabiliyor mu?	Banyosunu kendi başına yapabiliyor mu?
Evet				
Başkası tarafından				
Başkasının yardımı ile				

**7. Yardımcı cihaz kullanıyor mu?**

1. Evet 2. Hayır

**8. Engellilik durumuna yönelik herhangi bir tedavi yapıldı mı ?**

1. Evet yapılıyor 2. Yapıldı, tamamlandı 3. Hayır yapılmıyor

**9. Özel bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin hizmetlerinden yararlanıyor musunuz?**

1. Evet Yararlanıyorum 2. Hayır Yararlanmıyorum

**10. Evde bakım hizmetlerinden yararlanıyor musunuz?**

1. Evet Yararlanıyorum 2. Hayır Yararlanmıyorum

**11. Hizmetler ve Yararlanma Durumları**

Hizmetler	Evet	Hayır	Bilmiyor
Eğitim hizmeti			
Bakım ve rehabilitasyon hizmeti			
Meslek ve beceri edindirme kursu			
Sosyal ve kültürel hizmetler			
Sağlık hizmetler			
Toplu taşıma hizmetleri			
Bina, cadde, sokak ve yollarda engellilere yönelik düzenlemeler			

**12. Engeliyle İlgili Herhangi Bir Kurum/Kuruluş veya Rehabilitasyon Merkezine Gitmemesinin En Önemli Sebebi nedir?**

- Yaşı küçük
- Yakın çevrede yok
- Bu tür kurum/kuruluş ya da rehabilitasyon merkezlerinden haberim yok
- Bu tür kurum/kuruluş ya da rehabilitasyon merkezlerinin yeterli hizmet vereceğine inanmıyorum
- Ekonomik durumumuz yeterli değil
- Başvurdum, ama kabul edilmedi
- Aile içinde çözüm bulundu
- Diğer nedenler

**13. Sağlık Hizmetlerinden neden Yararlanmıyorsunuz?**

1. Yaşı küçük
2. Yakın çevrede yok
3. Bu tür kurum/kuruluş ya da rehabilitasyon merkezlerinden haberim yok
4. Bu tür kurum/kuruluş ya da rehabilitasyon merkezlerinin yeterli hizmet vereceğine inanmıyorum
5. Ekonomik durumumuz yeterli değil
6. Başvurdum, ama kabul edilmedi
7. Aile içinde çözüm bulundu
8. Diğer nedenler

**14. Engellilere yönelik kurum kuruluşlardan en önemli beklentiniz aşağıdakilerden hangisidir?**

1. Parasal katkıda bulunmalı
2. Eğitim olanakları yaratmalı
3. İş bulmada yardım etmeli
4. Yasal haklarını savunmalı
5. Yaşamımı kolaylaştıracak fiziksel (çevre) düzenlemeleri yapılmalı
6. Meslek edindirme kursları düzenlenmeli
7. Sosyal aktiviteler düzenlenmeli
8. Psikolojik danışmanlık yapılmalı
9. Rehberlik ve danışmanlık hizmeti verilmeli
10. Geçici bakım hizmeti sunabilmeli
11. Evimde uzman personel tarafından bakım ve tedavi hizmeti verilmeli
12. Sağlık Hizmetlerine ulaşmada kolaylık
13. Diğer (Belirtiniz) .....

**15. Dışarıdayken, okuldayken, sinemadayken, bir alışveriş merkezindeyken herhangi bir sosyal aktivite yaparken insanların dönüp size bakması sizi rahatsız ediyor mu? (Çocuğunuza)**

1. Kesinlikle rahatsız ediyor (Evet)
2. Kesinlikle rahatsız etmiyor (Hayır)
3. Rahatsız ediyor ama takmıyorum
4. Her zaman değil bazen rahatsız ediyor

**\*Soru formu ile ilgili belirtmek istediğiniz görüş var mı ?**

.....

.....

.....

- **YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER**

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Muhammed	<b>Soyadı</b>	Arca
<b>Doğum Yeri</b>	Hazro / Diyarbakır	<b>Doğum Tarihi</b>	01/01/1989
<b>Medeni Hali</b>	Evli	<b>İletişim</b>	05342673023
<b>Meslek</b>	Fizyoterapist	<b>E-mail</b>	<a href="mailto:muhammed-arca@hotmail.com">muhammed-arca@hotmail.com</a>

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurum</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lisans</b>	Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	2008 - 2012
<b>Yüksek Lisans</b>	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	2015 - Halen

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre</b>
<b>Fizyoterapist</b>	Özel Afacanlar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	2012 - 2014
<b>Fizyoterapist</b>	Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014 - Halen

### Katıldığı Eğitim ve Kurslar

1	5. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi “İnme Geçirmiş Hastalara Bakım Verenlerin Akut ve Kronik Dönemdeki Depresyon ve Yaşam Kalitesi Algıları” (11-12 Kasım İzmir) POSTER BİLDİRİ - 6
2	18 – 20 Mayıs tarihleri arasında gerçekleştirilen 1. Ulusal Nöromusküler Hastalıklar Kongresi kapsamında Nöromusküler Hastalıklarda Fizyoterapistlere Yönelik Değerlendirme Ölçekleri Eğitimi Katılım Belgesi

**Yabancı Dili:** İngilizce