



**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ŞAHİNBİY UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TARAFINDAN OCAK 2004-TEMMUZ 2007 TARİHLERİ
ARASINDA VERİLEN ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU
RAPORLARININ İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Serdar ÖZDİL
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. H. Ergin DÜLGER**

Ocak – 2008

T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ŞAHİNBAY UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TARAFINDAN OCAK 2004-TEMMUZ 2007 TARİHLERİ
ARASINDA VERİLEN ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU
RAPORLARININ İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Serdar ÖZDİL
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. H. Ergin DÜLGER**

ÖNSÖZ

Adli Tıp Bilimi'ni ve çalışmayı bize sevdiren, tüm ihtisas süresi boyunca her gün yoğun iş azmiyle güçlükleri aşmakta bana yol gösteren, tez aşamasında da destekleriyle her zaman güç veren değerli hocam Sayın Prof. Dr. H. Ergin DÜLGER'e, hırslı, dinamik ve sempatik yapısıyla bizlere hep ileri bakmayı öğreten, tüm kısıtlı imkanlarımıza rağmen bilimsel kongre ve yayınlar yapmamızda tecrübelerini bizimle paylaşan değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Aysun BARANSEL ISIR'a, istatistik aşamasında yardımlarını esirgemeyen yapıcı, iyimser ve güler yüzlü hocam Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN'a ve tüm mesai arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sevgili ailem, tüm öğrenim hayatım boyunca bana verdiğiniz sonsuz destek için size minnettarım. Sizleri seviyorum.

Dr. Serdar ÖZDİL
Gaziantep 2008

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
KISALTMALAR	VII
TABLO LİSTESİ	VIII
ŞEKİL LİSTESİ	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Maluliyet ve Özürlü Kavramı	3
2.2. Yasalar İtibariyle Sakatlık Ve Maluliyet	5
2.2.1. İş Yasası Bakımından	5
2.2.2. Sosyal Güvenlik Yasalarında Sakatlık Ve Maluliyet	6
2.2.2.1. 5434 Sayılı Emekli Sandığı Kanunu'na Tabi Çalışanlar	6
2.2.2.2. 2022 Sayılı Kanun Gereği Sakatlık ve Maluliyet Aylığı	6
2.2.2.3. 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nca Belirlenen Maluliyet	
Sigortası	7
2.2.2.4. 1479 Sayılı Bağ-Kur Kanunu ve Maluliyet	7
2.2.2.5. 4760 Sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu	8
2.2.2.6. 193 Sayılı Kanuna Göre Sakatlar İçin Vergi İndirimi	9
2.3. Sosyal Güvenlik Kavramı	9
2.4. Avrupa ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihi Gelişimi	10
2.4.1. Avrupa'da Sosyal Güvenlik ve Tarihsel Gelişimi	10
2.4.2. Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Tarihsel Gelişimi	12
2.5. Özürlülerin Türkiye'de Konumu	15
2.6. T.C. Anayasası ve Maluliyet	15
2.7. Özürlülerin Çalışma Hayatına Katılımı ve İşverenler İçin Rehber	16
2.8. Yeni Özürlü Yasasında Özürlülere Tanınan Ayrıcalıklar	18
2.9. Türkiye'de Özürlü Nüfus Oranları	20

2.10. Engelli Bireyin Çalışma Hakkı	23
2.11. Özürlü Örgütlenmeleri İle İlgili Gelişmiş Ülkelerden Örnekler	24
2.11.1. A.B.D.	24
2.11.1.1. ABD’de Çocuk Özürlüler	25
2.11.1.2. ABD’de Yetişkin Özürlülerin Durumu	26
2.11.1.3. ABD’de Özürlü İstihdamı	26
2.11.1.4. ABD’de Hükümet Yardım Programları	26
2.11.1.5. ABD’de Kişisel Yardım	27
2.11.2. İngiltere	27
2.11.2.1. Özürlülere İlişkin Yasal Durum	27
2.11.2.2. Özürlü Ayrımcılığı Yasası İle Getirilen Özürlülerin Yeni Hakları	28
2.11.2.3. Mal, Olanak, Hizmetler ve Maluliyet	28
2.11.2.4. Ulusal Sağlık Örgütü Yasası	28
2.11.2.5. Ulusal Yardım Yasası	28
2.11.2.6. İstihdam ve Eğitim Yasaları	29
2.11.2.7. İstihdam Eğitimi	29
2.11.2.8. Koordinasyon ve Global Plan	29
2.11.2.9. Medeni Haklar	29
2.11.2.10. İstihdam	29
2.11.2.11. İngiltere’de Özürlü İstihdamına Ait Veriler	30
2.11.2.12. Girişimcilik	30
2.11.3. Almanya	31
2.11.3.1. Sosyal Yasa	31
2.11.3.2. Federal Çalışma Bürosu	32
2.11.3.3. Sosyal Yardım Üst Kurulu	33
2.11.3.4. Eğitim	33
2.11.3.5. İstihdam	33
2.11.4. Özürlüler İle İlgili Diğer Ülkelerden Örnekler	34
2.11.5. Japonya	34
2.11.5.1. Temel Özürlüler Yasası	34
2.12. Engelli Bireye Sahip Ailelerde Baş Etme Mekanizmaları	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Çalışmanın Tipi	38
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Sağlık Kurumu’nun Tanıtılması ve Balthazard	

Formülü	38
3.3. Uygulanan Cetveller	39
3.4. Değişkenler	39
3.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları	39
3.6. Veri Değerlendirme	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	59
5.1. Günlük Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar	74
6.SONUÇ	79
7. KAYNAKLAR	82

ÖZET

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ TARAFINDAN OCAK 2004-TEMMUZ 2007 TARİHLERİ ARASINDA VERİLEN ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU RAPORLARININ İNCELENMESİ

Dr. Serdar Özdil
Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Anabilim Dalı
Tez Yöneticisi: Prof. Dr. H. Ergin DÜLGER
Ocak 2008, 89 sayfa

Özürülülerin toplum yaşamına tam katılımının sağlanması ve yaşam standartlarının yükseltilmesi çağdaş toplum anlayışının gereğidir. Özürlü insanlar, normal sağlıklı bireylerin faydalandığı çoğu haklardan yararlanamamaktadırlar. Gelişmiş devletlerin özürülülere sağladığı geniş imkânlar, ülkelerin sosyoekonomik seviyeleri ile doğru orantılı olarak farklılık göstermektedir. Sosyal güvenlik uygulamaları toplumda adil bir paylaşım ve eşitliği sağlamada etkin bir araç olma konumundadır. Öncelikle kabul edilmesi gereken konu, özürülülerin sağlam insanlara göre istihdam edilmeye çok daha fazla ihtiyaç duyduklarıdır.

Araştırmamızda, Ocak 2004-Temmuz 2007 tarihlerini kapsayan dönemde özürlü raporu almak için başvuran 601 olgunun raporları geriye dönük incelendi. Bunların 494'ü (%82.2) erkek, 107'si (%17.8) kadındı. Olgular en çok 21-40 yaş aralığında başvurdular. Başvuranların 205'i (%31.1) için malulen emeklilik kararı verildi. Araştırmamız daha çok bir sakatlığı olup, bunu raporla belgelemek isteyen olguları kapsadığı için, maluliyet oranları Türkiye'de genel nüfus üzerinde yapılan araştırmalara oranla yüksek çıkmıştır.

Resmî Gazete'nin 16 Temmuz 2006 tarih, 26230. sayısında yer alan özürlü maluliyet cetveli'nin uygulanmaya başlamasıyla, uygulayıcılar çeşitli sorunlar yaşamaktadır. Cetveldeki eksiklik ve hatalardan oluşan bu sorunlar, dağınık bir görüntü içinde olan özürülüler ile ilgili kurum ve kuruluşların koordinasyon halinde olması gerektiğinin kanıtıdır.

Bu raporlar, Hastanemiz'e başvuru yapan olguları kapsadığından, raporu olmayan benzer olgular hakkında da yorum yapmamızı sağlayacağı gibi, elde ettiğimiz veriler, yapılacak benzer araştırmalara basamak olabilir. Ülkemizde bu konuda yapılan araştırmaların sayısının az, veri tabanının sınırlı olması ve özürülülerle ilgili uygulamaların farklı kurumlar tarafından değişik kanunlarla yürütülmesi, özürülülere daha fazla önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Özürlü Sağlık Kurulu Raporu, Maluliyet, Rehabilitasyon, Özürlü Sınıflandırması

ABSTRACT**THE STUDY OF HEALTH COMMITTEE REPORTS ABOUT THE DISABLED
GIVEN BY GAZIANTEP UNIVERSITY ŞAHİNBEY MEDICAL FACULTY
RESEARCH AND APPLICATION HOSPITAL BETWEEN JANUARY 2004-JULY
2007**

Dr. Serdar ÖZDİL

Residency Thesis, Forensic Science Department

Supervisor: Professor Dr. H. Ergin DÜLGER

January 2008, 89 pages

It is a necessity for a modern society concept to provide fully participating of the disabled in society life and to promote their life standards. The disabled aren't able to benefit from many of the advantages which normal healthy people make use of. The broad advantages which developed countries provide for the disabled are increasing directly proportional to socioeconomic levels of that countries. Practices of social security remains as an effective mean in society to provide a just sharing and equality. First of all, it must be admitted that the disabled need to be employed much more than healthy people.

In our study, between January 2004-July 2007, reports of 601 cases which apply for getting disability medical certificate were studied retrospectively. There were men and women in study respectively 494(%82.2) and 107(%17.8). The cases applied mostly in the ages of 21-40. For 205(%31.1) of them, disability retirement was decided. As our study covered the ones who are disabled and want to document this with a certificate, the rates of disability retirement appeared high than other studies which performed in Turkey on general population.

With the start of practicing of disablement and disabled schedule which appear in official gazette dated July 16, 2007, issue 26230, practitioners have had problems. This problems stemming from deficiencies and errors in the schedule proves that organizations and institutions concerning the disabled are disorganized and so should act in coordination.

As this reports covered the phenomenons applying to our Hospital, we can comment on other similar phenomenons without reports and this data can be a step to other similar studies. In our country, that the number of studies concerning this subject are very few and database is limited; the practices about the disabled are conducted by different institutions with divergent laws show that necessary importance to the disabled isn't given.

Key Words: The Disabled Health Committee Report, Disability, Rehabilitation, Disability Categories

KISALTMALAR

ÖİB: Özürlüler İdaresi Başkanlığı

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

WHO: Dünya Sağlık Teşkilatı

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü

TSD: Türk Sakatlar Derneği

ADA: Özürlü Amerikalılar Yasası

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESCAP: Asya-Pasifik Ekonomik ve Sosyal Komisyonu

DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmaya katılan olguların cinsiyete göre dağılımı	41
Tablo 2. Yaş gruplarına göre olgu dağılımı	41
Tablo 3. Olguların başvuru tarihi ve cinsiyete göre dağılımı	42
Tablo 4. Olguların başvuru yılları ve yaş gruplarına göre dağılımı	42
Tablo 5. Olguların çocuk ve ergen olma durumuna göre dağılımı	42
Tablo 6. Olguların başvuru amacı ve yıllara göre dağılımı	43
Tablo 7. Özür yüzdesi gruplarına göre olgu dağılımı	44
Tablo 8. Olguların muayene sayısı, maluliyet yüzdesi, tanı sayıları ve yaşlarına göre frekans dağılımı	44
Tablo 9. Başvuru amacına göre olguların dağılımı	44
Tablo 10. Raporların yaş grupları ve başvuru amacına göre dağılımı	45
Tablo 11. Olguların tanı aldıkları bölümlere göre dağılımı	45
Tablo 12. Raporların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı	46
Tablo 13. Başvuranların eski ve yeni özürlü cetveli ve cinsiyete göre dağılımı	46
Tablo 14. Eski ve yeni özürlü cetveliyle başvuru amacına göre dağılımı	47
Tablo 15. Malulen emekli olmasına karar verilenlerin cinsiyetlerine göre dağılımı	47
Tablo 16. Özürlü sağlık kurulu raporu için başvuranların eski ve yeni özürlü maluliyet cetveli ve malulen emekliliğe göre dağılımı	48
Tablo 17. Raporların maluliyet durumu ve başvuru amacına göre dağılımı	48
Tablo 18. Malulen emeklilik kararı alınanların teşhis bölümündeki tanı sayısına göre dağılımı	49
Tablo 19. Olguların başvuru amacı ve sevk şekline göre dağılımı	49
Tablo 20. Eski ve yeni özürlü maluliyet cetveline göre başvuranların raporun sürekliliğine göre dağılımı	50
Tablo 21. Çocuk ve ergenlerin başvuru amacına göre dağılımı	50
Tablo 22. Özürlü sağlık kurulu raporlarının maluliyet yüzdesi ve aldıkları tanı sayısına göre dağılımı	51
Tablo 23. Olguların malulen emeklilik durumları ve tanı gruplarına göre dağılımı	51
Tablo 24. Olguların yaş grubu ve malulen emekliliklerine göre dağılımı	52
Tablo 25. Tanı gruplarının eski ve yeni özürlü maluliyet cetveline göre dağılımı	52
Tablo 26. Tanı gruplarının raporun sürekliliğine göre dağılımı	53
Tablo 27. Özürlü sağlık kurulu raporlarının maluliyet yüzdesi grubu ve rapor sürekliliğine göre dağılımı	53
Tablo 28. Yaş grupları ve olguların tanı sayısına göre dağılımı	54
Tablo 29. Olguların yaş grupları ve raporların sürekliliğine göre dağılımı	54
Tablo 30. Tanı gruplarının yaş gruplarına göre dağılımı	55
Tablo 31. Olguların cinsiyet ve tanı gruplarına göre dağılımı	55
Tablo 32. Çocuk raporlarının (0-17 yaş arası) yıllara ve cinsiyete göre dağılımı	56
Tablo 33. Çocukların cinsiyetlerine ve maluliyet oranına göre dağılımı	56
Tablo 34. Çocukların maluliyet oranı ve rapor süresine göre dağılımı	56
Tablo 35. Olguların aldıkları tanılarının başvuru yaptıkları yıllara göre dağılımı	57
Tablo 36. Olguların eski ve yeni cetvel, malulen emeklilik ve cinsiyete göre dağılımı	57
Tablo 37. Olguların başvuru yılları, başvuru amaçları ve sevk şekline göre dağılımı	58

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmaya katılan olguların cinsiyete göre dağılımı	41
Şekil 2. Çocuk ve ergen olma durumuna göre olguların dağılımı	43

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizde henüz sayıları, özürllük oranları, özürllük nedenleri, özürllük grupları, nerede yaşadıkları; net olarak bilinmeyen, dolayısıyla sorunları ve gereksinimleri de tam anlamıyla saptanamamış bir özürllü nüfus yaşamaktadır. Ayrıca özürllüler ile ilgili bir veri tabanının olmaması, hizmetlerin planlanması ve önceliklerin belirlenmesi konusunda ciddi bir engel yaratmaktadır. Bu kitlenin diğer toplumsal kesimlerden farklı olmayan temel gereksinimleri bulunmaktadır. Ancak temel gereksinimler açısından bir farklılık bulunmamasına karşın, özel bir grubu oluşturan özürllüler, mevcut hizmetlere ulaşılabilirlik açısından diğer bireylerle eşitsiz bir konuma sahiptirler (1).

Özürllülerin, toplumsal yaşamın tüm alanlarına, diğer bireylerle eşit koşullarla katılmalarını engelleyen etkenlerin ortadan kaldırılması, ancak olumlu ayrımcılık olarak adlandırılacak düzenlemelerle olanaklı hale getirilebilecektir (1). Bu nedenle, özürllülerin diğer toplumsal kesimlerle birlikte gereksinimlerinin karşılanması hizmetlerin sağlıklı bir biçimde planlanması ve toplumsal kaynakların rasyonel dağılımı ile olanaklıdır (1).

Ülkemizde özürllülerin tespit edilmesi ve incelenmesi zor ve karışıktır. Bunun nedenleri; özürllülüğün standart olarak tanımının ve sınıflamasının yapılmamış olması, Özürllü taramasında kullanılacak olan anket gibi ölçüm aletlerinin uluslar arası nitelikte olması ile birlikte ülkenin eğitim, kültür ve sosyal yapısına göre düzenlenmemiş olmasıdır. Özürllülerin tespitinde görev alacak kişilerin özürllerin tanımı ve türleri ile ilgili eğitim programına alınma gerekliliği ve ülke çapında yapılacak özürllü taramasının maliyetinin yüksek olmasıdır (2).

Amacımız, nüfusun %12'sini etkileyen, 8 milyonluk (3,4) özürllü gerçeğine toplumun dikkatini çekmek, sorunlarıyla beraber yaşayan bu insanların problemlerini görmek, hissetmek, azaltmak, paylaşmak ve bu verileri topluma yansıtmaktır. Bu

insanlar özellikle Türkiye’de toplumdan kopuk, evlerde, izole bir şekilde ailelerin desteği ile ayakta durabilmektedirler.

Diğer amacımız da, Ocak 2004-Temmuz 2007 tarihleri arasında özürlü sağlık kurulu raporu almak için Hastanemiz’e başvuran olgu raporlarının, cinsiyet, yaş, maluliyet oranı, başvuru amacı, bölümlerden aldıkları tanı sayısı, başvuru yılları, malulen emeklilik, çocuk ve ergenler gibi değişkenler bazında, eski ve yeni cetveller ışığında irdeleyerek bu konuyla ilgili insanları bilgilendirmektir. Bu raporların incelenmesi, daha önce ülkemizde bu tarz bir çalışmanın yapılmamış olması nedeniyle önemlidir. Böylece gelecekte bizim çalışmamız paralelinde, ülke çapında daha geniş kapsamlı benzer çalışmalar yapılabilir. Çalışmamızın, özürlü insanların ihtiyaçlarını, oranlarını, sorunlarını ve haklarını belli bir çerçevede dâhilinde yansıtması bakımından önemli işlevler göreceği düşüncesindeyiz.

Sosyoekonomik haklar, bireyi toplumdan alacaklı kılar ve devlete de bir takım yükümlülükler getirir. Devletin alacağı önlemler arasında tüm bireylere sosyal güvenlik sağlanması için gerekli yasal düzenlemeler yapmak, uygun finansman kaynağı ve örgütsel alt yapı oluşturmak olarak sayılabilir.

Gelişmeye bağlı olarak kentleşme ve endüstrileşme süreçleri aile kurumunu büyük ölçüde etkilemekte, aile yapısı değişmekte, aile küçülmekte, kadın ev dışında iş yaşamına katılmakta, dolayısıyla ailenin üyelerine sağladığı maddi manevi güvence büyük kayba uğramakta ve ailenin bu fonksiyonu giderek devlete devredilmektedir (5).

Devletin görevi, sosyal güvenlik önlemleriyle ulusal gelirin dezavantajlı kesimler lehine yeniden dağıtımını ve toplumsal dayanışmayı sağlayarak, aynı zamanda sosyal adaletin de gelişmesine katkıda bulunmaktır. Bu yönüyle sosyal güvenlik uygulamaları toplumda adil bir paylaşım ve eşitliği sağlamada önemli bir araç olmaktadır (6).

Özürülülerin büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu insanlar sağlıklı bireylerin faydalandığı sosyal ve ekonomik haklardan yararlanamamaktadırlar (7).

Her geçen gün dünya nüfusundaki özürlü oranı artmaktadır. Bu oranı artıran sebeplerin başında yaşam süresinin uzaması ve kazaların artması gelmektedir. Giderek artan bu özürlü popülasyona gerekli olan rehabilitasyon hizmetinin götürülebilmesi için toplumdaki özürlü sayısının ve tiplerinin bilinmesi gerekir. Bu konuda ülkemizde yapılmış istatistikî çalışma sayısı azdır (8).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MALULİYET VE ÖZÜRLÜ KAVRAMLARI:

Özürllüer ve bazı Kanun ve Kanun Hükümünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında çıkarılan 01.07.2007 tarih, 5378 sayılı Kanun'a göre;

a) Sakat: Beden ve zihin gücünden belirli bir oranda yoksun olduğu, sağlık kurulu raporu ile belirlenen ve iş bulmakta zorluk çeken, fakat herhangi bir işyerinde söz konusu yetersizliğine rağmen bazı işleri derhal veya kısa bir alıştıırma sonucu yapabilecek durumda olan kimseye denir (9).

b) Özürlü: Doğuştan veya sonradan, bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal, ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım ve rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyulan kişiyi, (9)

c) Özürlülük ölçütü: Uluslararası temel ölçütler esas alınarak hazırlanan ve gerek duyuldukça revize edilen ölçütleri, (9)

d) Ağır özürlü: Özürlülük ölçütü olarak ağır özürlü olarak tanımlanan kişiyi,

e) Özürlü sağlık kurulu: Kişilerin hastalık ve özürlü hakkında karar vermeye yetkili olan ve bu yönetmeliğin 6. ve 7. maddelerinde belirtilen organları,

f) Özürlü sağlık kurulu raporları: Özürlü sağlık kurulunca hazırlanan kişilerin özürlü ve sağlık durumunu, yararlanabileceği sosyal hakları ve çalıştırılmayacağı iş alanlarını gösterir belgeyi, (9)

g) Özürlülük oranı: Özürlü olan nüfusun toplam nüfusa oranına, (10).

h) Maluliyet: Çalışanların yaptıkları iş ya da başlarına gelen kaza nedeniyle kendilerinde oluşan arızalar sonucu çalışma güçlerindeki eksiklik ve kayıp oranı,

ı) Balthazard formülü: Tüm vücut fonksiyon kaybı hesabında, birden fazla özürlü olanlar için kullanılan hesaplama şekline denir.

i) Rehabilitasyon: Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle oluşan özürlü ortadan kaldırmak veya özürlülüğün etkilerini mümkün olan en az düzeye indirmek, özürlüye fiziksel, zihinsel, psikolojik, ruhsal, sosyal, mesleki ve ekonomik yararlılık alanlarında başarabileceği en üst düzeyde yetenekler kazandırarak; evinde, işinde ve sosyal yaşamında kendine ve topluma yeterli olabilmesi ve özürlünün toplum ile bütünleşmesi, ayrımcılığa karşı tüm tedbirlerin alınması amacıyla verilen koruyucu, tıbbi, mesleki, eğitsel ve psikososyal hizmetler bütününe denir (9).

Maluliyet, Arapça kökenli bir kelimedir, sağlam olmayan hastalık ve sakatlık anlamına gelen illet sözcüğünden gelmektedir (11). Her ne kadar maluliyet, sözlük anlamında hastalık ve sakatlık kelimeleri ile aynı kökenden geliyor olsa da kavramsal açıdan farklı bir içeriğe sahiptir. Fakat aralarındaki sıkı bağ nedeniyle maluliyet çoğunlukla bu iki kavram ve bazı başka kavramlarla karıştırılmaktadır. Maluliyetin karıştırıldığı kavramların başında sakatlık gelmektedir. Sakatlık ve maluliyet birbirine benzer kavramlar olmalarına rağmen aynı anlamı ifade etmemektedirler (12). Her şeyden önce maluliyet sakatlıktan daha geniş bir kavramdır. Buna göre, her maluliyet aynı zamanda bir sakatlık durumunu ifade ederken, her sakatlık maluliyet durumunu oluşturmamaktadır. Nitekim Türk Hukuku'nda maluliyet kavramından söz edebilmek için Kanun'da belirlenmiş unsurların mevcut olması gerekmektedir. Sakatlık bu unsurlardan bir tanesini oluşturabilir. Diğer yandan maluliyet, sürekli iş göremezlik durumunu ifade eder. Diğer bir deyişle, maluliyet ve sürekli iş göremezlik kavramları da birbirleriyle aynı anlama gelmemektedir. Maluliyet kavramından söz edebilmek için her şeyden önce sürekli iş göremezliğin belirli bir orana ulaşması gerekmektedir. Ayrıca maluliyet kavramının oluşabilmesi için ise maluliyetin unsurunu oluşturan hastalık ve arızanın kişinin ilk defa sigortalı olarak çalıştığı tarihten sonra meydana gelmesi ya da bu tarihten sonra belli bir seviyeye gelmesi gerekmektedir (13).

Yukarıda ifade ettiklerimizden yola çıkarak, maluliyeti çok genel olarak “kişinin ilk defa sigortalı olarak çalışmaya başladığı tarihten sonra meydana gelen veya bu tarihten sonra belirli seviyeye gelen fiziksel ya da zihinsel hastalığının yahut sakatlığının belirli oranda sürekli iş göremezlik yaratması durumu” olarak tanımlamak mümkündür (14).

Maluliyet kavramının birinci unsuru, kişinin bir veya birden fazla arızaya sahip olmasıdır. Bu hastalık veya arıza kişinin fiziksel sağlığında gerçekleşebileceği gibi

zihinsel olarak da meydana gelebilir (15). Hastalık veya sakatlık halinin belirli bir süreklilik taşıması bu unsurun önemli bir niteliğini oluşturmaktadır. Burada süreklilikten kastedilen, kişinin fiziksel veya zihinsel sağlığında gerçekleşen anormal durumun hayat boyunca sürmesi değil, geçici sayılmayacak ölçüde uzun bir süre devam etmesi veya devam edeceğinin belirlenmesidir (16). Başka bir deyişle, ancak tedavi edilemez veya tedavisi çok zor olan hastalık ve arızalar maluliyet kavramının niteliksel anlamda unsurunu oluşturabilecektir (15).

Maluliyet kavramından söz edebilmek için, söz konusu hastalık veya arızanın kişinin çalışma hayatına bir etkisinin olması gerekmektedir. Burada anlatılan etki ve nitelik “sürekli” iş göremezliktir (15,17). “Sürekli” iş göremezlik, süreklilik taşıyan fiziksel ve zihinsel hastalık ya da arıza sebebiyle kişinin çalışma gücünü belirli oranda kaybetmesi ve kalıcı nitelikte gelir kaybına uğramasıdır. Maluliyet sigortası açısından maluliyet kavramının oluşabilmesi için, sürekli iş göremezliğin belirli bir orana ulaşması gerekmektedir. Bu oran çalışma gücünün en az 2/3 oranında yitirilmesi olarak belirlenmiştir. Çalışma gücünü en az 2/3 oranında yitirmeyen kişi çalışabilir durumda olmasa bile malul olarak kabul edilmemektedir (13).

2.2. YASALAR İTİBARIYLA SAKATLIK VE MALULİYET

Ülkemizde mevzuatta ilgili olan hizmet konularına göre sakatlığın tanımı konusunda, aşağıda özetle belirtilen değişik ölçütler esas alınmakta ve farklı tanımlar getirilmektedir (18).

2.2.1 İş Yasası Bakımından:

1475 sayılı İş Yasası'nın 25. maddesinde sakatların istihdamı ile ilgili madde bulunmaktadır. Bu nedenle sakatlığın tanımında getirilmiştir. 16.05.1987 tarih ve 19402 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren “Sakatların İstihdamı Hakkında Tüzük'te sakatlık;

“Bedensel Özürleri bakımından çalışma güçlerinin en az %40'ından en çok %70'inden sürekli olarak mahrum bulunanlar ile % 70'inden sürekli olarak mahrum buldukları halde bir işte çalışabilecekleri sağlık kurulu raporu ile belgelenenler” sakat sayılırlar.”

2.2.2. Sosyal Güvenlik Yasalarında Sakatlık ve Maluliyet

2.2.2.1. 5434 Sayılı Emekli Sandığı Kanunu'na Tabi Çalışanlar

Kendi sistemi içinde yasal bir tanımı yapılmamış olan bu husus, 27.07.1983 tarihli 18117 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Sakatların Devlet Memurluğuna Alınma Şartları İle Hangi İşlerde Çalıştırılacakları Hakkında Yönetmelik" ile belirlenmiştir.

Yönetmeliğe göre çalışma gücü kıstas esas alınarak, "sürekli olarak çalışma gücünden en az %40 oranında yoksun olanlar ve sakatlığın görevlerini yapmasına engel olmadığı resmi sağlık kurulu raporu ile belgelenenler" uygulama bakımından sakat sayılırlar. 5434 Sayılı Kanuna tabi olarak çalışırken herhangi bir hastalık veya kaza sonucu çalışma gücünü kaybederek malul duruma düşenlere, 10 yıllık emekliliğe tabi hizmetleri olmaları halinde aylık bağlanır (19).

2.2.2.2. 2022 Sayılı Kanun Gereği Sakatlık ve Maluliyet Aylığı

Sakatlık Aylığı:

Çalışma gücünün %40 ile %70 arasında kaybetmiş muhtaç sakatlara bağlanan aylıklardır. Aylık bağlanabilmesi için çalışma ve iş görme gücünü en az %40 oranında kaybettiklerini tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporu ile kanıtlamaları gerekmektedir.

Malullük aylığı:

Çalışma ve işgücünü %70'in üzerinde kaybetmiş muhtaç sakatlara bağlanan aylıklardır. Başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde malul olduğunu, tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporları ile kanıtlamaları gerekmektedir.

Aylık bağlanma şartları:

- a) T.C. vatandaşı olmak,
- b) Muhtaç olmak,
- c) Bağlanacak aylık miktarına eşit veya fazla devamlı gelir sağlayamamak,
- d) Kendisine bakmakla yükümlü kimsesi bulunmamak,
- e) Aylık almakta olan aile reisinin aylığı; eşinin de bu aylığı hak etmesi halinde veya bu aylığı alma hakkına sahip biriyle evlenmesi durumunda %50 oranında artırılmaktadır (19).

Bu yasada sakatlık tanımı “65 yaşını doldurmadığı halde başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde malul olduklarını tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporuyla kanıtlayanlar ile durumlarına uygun bir işe yerleştiremeyenler” şeklinde yapılmıştır (20).

2.2.2.3. 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’na belirlenen Maluliyet Sigortası

Bu Kanun’un Madde 53- Bölüm 5’inde belirtildiği üzere:

A- a) Kurum hastanelerince düzenlenecek usulüne uygun sağlık kurulu raporları ve dayanağı tıbbi belgelerin incelenmesi sonucu çalışma gücünün en az 2/3’ünü yitirdiği,

c) İş kazası ve meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60’ını yitirdiği, Kurumca tespit edilen sigortalı malul sayılır.

B- Bu Kanun kapsamında ilk defa çalışmaya başladıkları tarihte mevcut hastalık veya arızası bulunanlar, bu hastalık veya arızasının malul sayılmayı gerektirmeyecek düzeyde olmadığını Kurum veya Kurum dışındaki hastanelerden işe girmeden önce alınmış, usulüne uygun sağlık raporu ve dayanağı tıbbi belgelerle kanıtlamakla yükümlüdürler.

Madde 54.– Sigortalının malullük aylığından yararlanması için:

a) 53. maddeye göre malul sayılması,

b) Toplam 1800 gün veya en az 5 yıldan beri sigortalı bulunup, sigortalılık süresinin her yılı için ortalama olarak 180 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödemiş olması şarttır.

Madde 55- Malullük aylığı bağlanmasına hak kazanan sigortalıya, bu Kanun’un 61. maddesine göre bulunacak ortalama yıllık kazancının %60’ının 1/12’si oranında malullük aylığı bağlanır. Sigortalı başka birinin bakımına muhtaç durumda ise bu oran %70’e çıkarılır (21).

2.2.2.4. 1479 Sayılı Bağ-Kur Kanunu ve Maluliyet

Kanununun 28. Madde’since- Bu kanunun uygulanmasında çalışma gücünün en az üçte ikisini yitirdiği tespit edilen sigortalı malul sayılır.

Bu Kanun’a tabi sigortalının başladığı tarihte malul sayılacak derecede hastalık veya arızası bulunduğu önceden veya sonradan tespit edilen sigortalı, bu hastalık veya arızası nedeniyle malullük sigortası yardımlarından yararlanamaz.

Madde 29- Malullük aylığından yararlanabilmek için;

- a) Bu kanunun 28'nci maddesine göre malul sayılmak,
- b) En az 5 tam yıl sigorta primi ödemiş olmak şarttır.

Bu Kanun'a tabi sigortalılığı devam ederken bir iş kazası veya meslek hastalığı sonucu çalışma gücünün en az üçte ikisini kaybedenler hakkında beş tam yıl sigorta primi ödemiş olmak şartı aranmaz (21).

2.2.2.5. 4760 Sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu

Bu Kanun'da 5228 sayılı Kanun ile yapılan değişikliklerle motor silindir hacmi 1600 cc'yi aşmayan binek otomobilleri, motor silindir hacmi 2800 cc'yi aşmayan kamyonet, pikap vb. gibi eşya taşımaya mahsus taşıt araçları ile motosikletlerin, sakatlık derecesi %90 veya daha fazla olan malul ve engelliler tarafından yetkili satıcı veya galeriden ilk defa satın alınmasında Özel Tüketim Vergisi ödenmeyecektir.

Özel Tüketim Vergisi Kanunu'nda, 5228 sayılı Kanun ile yapılan değişiklik sonucu, malul ve engellilere sağlanan ÖTV istisnasının kapsamı genişletilmiş ve engel derecesi %90'ı aşanların herhangi bir mekanik ilave veya tadilat yapılması şartı olmaksızın yurt içinden veya yurt dışından iktisap ettikleri taşıt araçlarından ÖTV tahsil edilmemesi sağlanmıştır. Engel sebebinin önemi bulunmamaktadır. Görme, işitme, konuşma, veya ortopedik olabileceği gibi zihinsel engellilerde yasadan yararlanabilmektedir.

Bu şekilde yurt içinden taşıt aracı iktisap edecek veya ithal edecek olanların motorlu taşıt kullanma ve ehliyet alma imkânları olmadığı için bunlar adına alınan motorlu taşıtlar başkaları tarafından kullanılacaktır. Bu kişilerde, araç sahibinin üçüncü dereceye kadar kan veya hısımlarından birisi veya noterce düzenlenmiş iş akdine bağlı olarak istihdam edilen bir sürücü olacaktır.

Sakatlık derecesi %90'ın altında olan engellilerin ÖTV istisnası için gerekli olan "H" sınıfı sürücü belgesi, özel tertibatlı olarak imal, tadil veya teçhiz edilmiş motosiklet veya otomobil türünden araçları kullanacak hasta veya sakatlara verilmektedir. Araçları tadil veya özel tertibat yapmaksızın kullanabilecek olan engelli kendisine A veya B sınıfı ehliyet verilmesi nedeniyle satın alacağı araçta ÖTV ödeyecektir (19).

2.2.2.6. 193 Sayılı Kanuna Göre Sakatlar İçin Vergi İndirimi

Bu yönetmeliğin amacı 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun değişik 31. maddesinde yer alan sakatlık indiriminden yararlanacak hizmet erbabının sakatlık derecelerinin ve indirim uygulamasının tespitidir.

Sakatlık dereceleri bu yönetmelikle 3'e ayrılmış olup,

—Birinci derece sakatlık: Çalışma gücünün %80'inden fazlasını kaybetmiş bulunan hizmet erbabı,

—İkinci derece sakatlık: Çalışma gücünün %60 ile %80'e kadar çalışma gücünü kaybeden hizmet erbabı,

—Üçüncü derece sakatlık: Çalışma gücünün %40'ı ile %60'ını kaybeden hizmet erbabıdır.

Maliye Bakanlığı, Merkez Sağlık Kurulu tarafından incelenmiş ve kesin karara bağlanmış olan raporları ilgili merkez ve taşra müdürlüklerine yollar. Bu müdürlükler, Gelir Vergisi Kanunu'nun 31. Maddesi'nde belirtilen özel indirim hadleri gereğince birinci derece sakatlar için 4 katı, ikinci derece sakatlar için 2 katı, üçüncü derece sakatlar için 1 katı kadar gelir vergisi indiriminden yararlanmaları gerektiğini çalıştıkları kurumlara yazıyla bildirir (19).

2.3. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI:

Sosyal güvenlik; bir dizi kamu önlemi ile hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıklara karşı, toplumun kendini korumasıdır. Çalışma gücünü olumsuz yönde etkileyen hastalık, yaşlılık gibi fizyolojik riskler ile çalışma gücünü etkilememekle birlikte onun kullanımını önleyen işsizlik, bu türden risklerdir. Bu risklerle karşılaşan birey, geçici ya da sürekli olarak gelirden yoksun kalmakta, ekonomik güvensizlik ortamına itilmektedir. Bu nedenle sosyal güvenlik politikalarının temelini ekonomik, sosyal ve fizyolojik risklerin bireyler üzerindeki etkilerini giderme çabaları oluşturmaktadır (22).

Henry Richardson'a göre sosyal güvenliğin amacı, "çalışma gücünü kaybeden, istekleri dışında meydana gelen nedenler yüzünden kazançları kesilen, asla yeterli olmayan veya ciddi şekilde azalmış olanlara ve bunların geçindirmekle yükümlü

oldukları kimselere yeterli bir geçim seviyesi sağlayacak gelir ve sağlık garantisinin kamu önlemleriyle sağlanması"dır (23).

Talas'a göre, "geniş anlamı ile sosyal güvenlik bir ülke halkının bugününü ve yarınını güven altına almayı amaçlayan ve birbiri arasında sıkı bir birlik ve uyum kurulmuş olan bir kurumlar bütünüdür." Başka bir deyişle, sosyal güvenlik "bir mesleksi, fizyolojik ya da sosyoekonomik riskten ötürü geliri ya da kazancı sürekli ya da geçici olarak kesilmiş kimselerin geçinme ve yaşama gereksinimlerini karşılayan bir sistem" olarak tanımlanır (17).

Düşünsel temelini büyük ölçüde Lord Beveridge Raporu'ndan alan ve sosyal güvenliği toplumun bütün bireylerine yaygınlaştırılması ilkesi, ilk kez 10 Aralık 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 22. maddesiyle resmi nitelik kazanmıştır (24).

Birleşmiş Milletler'in 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'ne göre sosyal güvenlik "işsizlik, hastalık, maluliyet, dul ve yetimlik, yaşlılık ve insan iradesi dışında meydana gelen diğer her türlü tehlikeye karşı emniyet" içinde olmaktadır. Ferdin ve ailesinin yeterli beslenme, giyinme, barınma, tıbbi bakım ve diğer lüzumlu sosyal hizmetleri içine alan belirli bir hayat standardına sahip olması zaruridir (25).

Çağdaş sosyal güvenlik kavramının hedeflediği risklerin çoğu sağlıkla ilgilidir. Sağlıkla ilgili sosyal güvenlik programı çerçevesine giren asgari yararlanımlar şunlardır.

- a) Genel pratisyenlik bakımı,
- b) Yataklı ve ayakta bakım veren uzman bakımı,
- c) Temel ilaçlar,
- d) Doğumla ilgili hizmetler ve gerektiğinde hastane hizmetleridir (26).

2.4. AVRUPA VE TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİĞİN TARİHİ GELİŞİMİ:

2.4.1. Avrupa'da Sosyal Güvenlik ve Tarihsel Gelişimi:

Almanya'da dönemin başbakanı Bismarck'ın öncülüğüyle başlatılan "bir devlet sigortası kurulmalıdır" düşüncesi, en açık ifadesini, İmparator 1. Wilhelm'in 17.11.1881 tarihinde yaptığı Meclis açılış konuşmasında bulmuştur. Niteliği gereği bir imparatorluk fermanı olma özelliği taşıyan bu belgede, ülkede iş barışının sağlanması ve yardıma muhtaç kişilerin daha fazla sosyal güvenliğe kavuşturulması amacıyla sosyal güvenlik

yasalarının çıkarılmasını öngörmüştür (27). Bu gelişmeler ışığı altında Meclis, 1883 yılında Hastalık Sigortası Yasası'nı kabul etmiştir. İkinci olarak, İş Kazaları Sigortası 1885 yılında yürürlüğe girmiştir. Son olarak da Malullük ve Yaşlılık Sigortası Yasası kabul edilmiştir. Sosyal güvenliğin ilk sigorta uygulamalarındaki öncülüğü nedeniyle Bismarck, sosyal güvenliğin babası sayılır (24).

Almanya'yı ilk izleyen ülke, Avusturya olmuştur. Avusturya'da 1887 yılında İş Kazaları Sigortası, 1888 yılında hastalık sigortaları yasaları çıkarılmıştır (28).

Aynı dönemde bu gelişmelere diğer Batı Avrupa ülkelerinde de rastlanmaktadır. Örneğin; Macaristan 1891, Norveç 1894, Finlandiya 1895, İtalya 1898, İspanya 1900, Hollanda, Lüksemburg ve İsveç 1901 ve Belçika 1903 yıllarında modern sosyal sigorta ile ilgili yasaları çıkarmışlardır.

Fransa'da 1893 tarihli İş Kazası Sigortası, 1894'te maden işçileri için yapılan özel düzenlemelerden sonra Alman sistemi örnek olarak çıkarılan ilk sigorta yasası 1928 yılında yürürlüğe girmiştir. 1930 yılında bir değişikliğe uğrayan bu yasa 1945'de yapılan genel düzenlemeye kadar yürürlükte kalmıştır (24).

İngiltere'de 1912'de yürürlüğe giren 1911 tarihli Ulusal Sigorta Yasası, ülkeye zorunlu sigorta ilkesini getirmiştir. İngiltere'deki sosyal güvenlik sisteminde önemli bir dönüm noktası olan bu Kanun, sadece hastalık, sakatlık ve en önemlisi işsizlik sigortasını düzenlemiştir (24).

20. yüzyılda iki dünya savaşı geçiren uluslar, artık sosyal güvenliğe ve onun kurumlarına daha çok ihtiyaç duymuşlardır. Günümüzde evrensel bir ilkeye dönüşen ve çağdaş uygarlığın simgesi olan sosyal güvenlik kavramı, temelde, bireyin karşılaşacağı ve yaşamı için tehlike oluşturan olaylara karşı güvence arayışının ürünüdür. Önceleri kişisel, sonra karşılıklı yardım temeline dayanan bu sosyal güvenlik kurumlarının, çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinin çekirdeğini oluşturdukları kabul edilmektedir. Sanayi devrimi ile köklü değişimlere uğrayan toplumsal hayat, en önemli değişimlerden birini de sosyal güvenlik alanında yaşamıştır. Üretim ilişkilerinin değişimine bağlı olarak toplumsal yapı ve iş bölümü de değişmiştir. Almanya'da Bismarck, 19. yüzyıl sonunda önemli bir sosyal politika aracı olarak sosyal güvenlik kavramına başvurmuştur. Bir yandan emek gücünün yeniden üretimine olanak tanıyan, öte yandan da işçileri sistem ile bütünleşmeyi kolaylaştıran sosyal sigorta modeli oluşturarak modern anlamda ilk adımı atmıştır. Bu ülkeyi diğer Avrupa ülkeleri izlemiştir. Özellikle

iki dünya savaşı arasındaki dönemde sosyal güvenlik alanındaki çabalar yoğunlaşarak günümüze kadar gelmiştir.

2.4.2. Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Tarihsel Gelişimi:

Osmanlı İmparatorluğu ise sanayileşme sürecine girmemiş ve dolayısıyla sosyal koruma talep edecek bir işçi sınıfı oluşmamıştır. Aile yapısının da koruyucu bir birim olma işlevini sürdürmesi ile Osmanlı İmparatorluğu’nda sınırlı ve dağınık sosyal koruma önlemleri, gerçek bir sosyal güvenlik sistemine dönüşmemiştir. Tarıma dayalı, geniş aile yapısı olan Osmanlı toplumunda yaşlı, hasta ve sakatlara gerekli bakım ve destek ailenin diğer bireylerince verilmiştir. Vakıflar ise daha organize sosyal yardım kuruluşları olmuştur. İmparatorluğun son döneminde Darülaceze, Darüleytam, Kızılay gibi kurumlar sosyal yardım açısından önem kazanmıştır. Bu her toplumda rastlanan, kendiliğinden ve doğal olarak verilen bakım, insani yardım kapsamında değerlendirildiği için sosyal güvenlik açısından fazla önem taşımamaktadır (22). Tezgah ve el sanatlarına dayalı tarım dışı alanlarda hastalık, kaza ve ölüm gibi risklere karşı güvence, Avrupa’da olduğu gibi, mevcut zorunlu esnaf birlikleri içerisinde oluşturulan ‘orta sandığı’ ya da ‘teavün sandığı’ denilen dayanışma sandıkları tarafından sağlanmaya çalışılmıştır. Bu sandıkların gelir kaynaklarını usta ve kalfaların ödeme gücü ve geleneklere göre ödedikleri aidatlar ile bağışlar ve çiraklıktan kalfalığa, kalfalıktan ustalığa yükselenler için ustaların ödedikleri harçlar oluşturmaktaydı. Sandıklarca, yoksulluk koşuluna bağlı olarak, hastalanan üyelere gerekli yardım yapılmakta, yaşlanan veya tedavisi olanaklı olmayan hastalığa yakalanan usta, kalfa ve çirakların geçimi sağlanmaktaydı (22).

Kurulan ilk işçi örgütü, 1 Nisan 1866’da ‘Amelperver Cemiyeti’dir. Bu cemiyet zanaat öğretme, araç gereç sağlama ve iş bulma gibi amaçları ile yetersizde olsa bir sosyal güvenlik uygulaması kabul edilebilir. Yine 1866’da kurulan ‘Askeri Tekaüt Sandığı’ ilk resmi sosyal güvenlik kurumudur. Bunu 1881’de sivil memurlar için kurulan bir emekli sandığı izlemiştir. 1890’da Seyrisefain Tekaüt Sandığı, 1909’da Askeri ve mülki sandıklarla Tersane-i Amire’nin işçi ve memurları için emeklilik ve malullük sandığı, 1910’da Hicaz Demiryolları Memur ve Müstahdemleri’ne Hastalık ve Kaza Halleri İçin Yardım Sandığı, 1917’de Şirket-i Hayriye Tekaüt Sandığı kurulmuştur (29).

Sosyal sigortaların kuruluşu aşamasında 1936 tarihli 3008 sayılı İş Kanunu ile sosyal sigortalara ilişkin temel ilkeler öngörülmüştür. Ancak 1945 yılına gelinceye kadar bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulamamıştır. Sosyal sigortalara ilgili ilk yasa 27 Haziran 1945 tarih ve 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu'dur (30). Bu yasaya paralel olarak 16 Temmuz 1945 tarihinde İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılmıştır. İhtiyarlık Sigortası Kanunu, 2 Haziran 1949'da çıkarılmış olup, Türkiye'de maluliyet sigortası konusunda cumhuriyet sonrasındaki ilk adımları oluşturmaktadır, daha sonra 1957 yılında Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu kabul edilmiştir (30).

Sosyal Güvenlik sistemimizde maluliyet sigortasının ayrı bir sigorta kolu olarak yer almamasının büyük bir eksiklik olduğu, 5417 sayılı Kanun'un çıkarılması safhasında da bilinmekteydi. Nitekim bu duruma "bazı imkânsızlıkların zorladığının ve ihtiyarlık sigortasının uygulamasında edinilecek tecrübelerden de yararlanılarak ihtiyarlık sigortasının en kısa zamanda maluliyet ve ölüm sigortaları ile tamamlanacağı" belirtilmesi ihtiyacı doğmuştu (31).

Maluliyet sigortasının gerçek anlamda Türk hukuk sistemine girişi, 04.02.1957 gün ve 6900 sayılı 'Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu' ile olmuştur. Bu Kanun'la ilk olarak sosyal güvenliğin uzun vadeli sigorta kollarının tamamı uygulamaya geçirilmiştir (32).

Türkiye, İkinci Dünya Savaşı sonrası'ndan sonraki dönemde dünyada sosyal güvenlik alanında ortaya çıkan gelişmelere ayak uydurmaya çalışmıştır. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi 6 Nisan 1949'da Bakanlar Kurulu'nca kabul edilmiş; 7 Nisan 1948 tarihli Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Anayasası, 9 Haziran 1949 tarih ve 5062 sayılı yasa ile onaylanmış ve Türkiye Dünya Sağlık Örgütü üyesi olmuştur. Bu sözleşmeler sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında yükümlülükler getirmiştir (33).

T.C. Emekli Sandığı, 1949 yılında çıkarılan 5434 sayılı Kanun'la kurularak genel ve karma bütçeli kuruluşlardan aylık alanlarla, daha önce özel kanunla kurulmuş özel sandıklara bağlı olanlar Emekli Sandığı kapsamına alınmıştır (34). Böylece o güne kadar dağınık halde bulunan ve memurlara sosyal güvence sağlayan tüm yasa ve sandıklar birleştirilmiştir. 1961 Anayasası'nda sosyal güvenlik ve sağlık kavramları birer hak olarak tanımlanmış ve bu hakların sağlanmasının devletin görevi olduğu kabul edilmiştir (35). Sosyal güvenlik alanında yoğun düzenlemelere gidilen bu dönemde

primli sistem açısından önemli bir gelişme, 1965'te yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile gerçekleştirilmiştir. Bu kanun öncelikle dağınmık durumda bulunan sosyal sigorta yasalarını tek bir çatı altında toplamıştır (13).

Bu gelişmeyi 1971 yılında kabul edilen ve esnaf, sanatkâr ve diğer bağımsız çalışanlara yönelik olan 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu izlemiştir (30). Yine bu dönemde Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nun 1952 tarihli 102 sayılı 'Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin Sözleşmesi' 1 Nisan 1974 tarih ve 7/7964 sayılı kararnamesi ile yürürlüğe girmiştir. Bu önemli sözleşme sosyal güvenlik kavramının çağdaş tanımında belirleyici olmuştur. Sözleşmede 9 risk sayılmıştır. Bu riskler; hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık, işsizlik, iş kazası, meslek hastalığı, ölüm ve aile yükleridir (24).

Kamu kesiminde çalışan sivil ve askeri personele yönelik tazminat niteliğindeki ödemeler, 1980'li yılların başından itibaren ve 1983 yılında ise sosyal yardım hizmetlerini tek çatı altında toplamayı amaçlayan 'Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun' tekrar yapılanması, bu alanlardaki önemli adımlardır (24). 'Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu' ve 1992 yılında uygulanmaya başlayan 'Yeşil Kart' sistemi bu alandaki diğer özgün düzenlemeleri oluşturmaktadır. Birinci 5 Yıllık Kalkınma Planı'ndan bu yana söz edilen 'İşsizlik Sigortası'nın oluşturulması konusu, 25 Ağustos 1999 tarihli 4447 sayılı Yasa ile hayata geçirilmiştir (36).

Ülkemizde sınırlı sayıda ve birbirinden kopuk uygulamalar dışında, sosyal güvenliği olmayan, 65 yaş ve daha yukarı yaştaki kişiler, ilk kez 1976 yılında çıkarılan ve 1977 yılında yürürlüğe giren 2022 sayılı '65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz, Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkındaki Yasa' ile anımsanmıştır. 'Yasa, yalnız 65 yaşını doldurmuş muhtaç yaşlıları' kapsamamaktadır. 65 yaşını doldurmadığı halde başkasının yardımı olmaksızın hayatlarını devam ettiremeyecek şekilde malul olduklarını tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporu ile kanıtlayanlarla, durumlarına uygun bir işe yerleştirilemeyen sakatlardan, yukarıdaki şartları taşıyan Türk Vatandaşlarına da aynı ölçüde aylık bağlanmasına olanak tanımaktadır (37).

2.5. ÖZÜRLÜLERİN TÜRKİYE'DE KONUMU:

Özürllülerin toplum yaşamına tam katılımın sağlanması ve yaşam standartlarının yükseltilmesi çağdaş toplum anlayışının gereğidir. Bu bağlamda, fırsat eşitliği ilkesi çevresinde toplumsal yaşamın olanaklarından özürllülerin de diğer bireylerle eşit koşullarla yararlanmasının sağlanması gerekmektedir. Tam katılımın sağlanması için gerekli olan ilk ve en önemli koşul 'ulaşılabilirlik' tir. Bilgi ve hizmet sunumunun tüm bireyler için her an ulaşılabilir olmasını öngören kavram, sosyal yaşamın tüm olgularını kapsmalıdır (1).

Toplumda dezavantajlı bir grup oluşturan özürllülerin, toplumun kaynaklarından pay alabilmesi, hizmet sunumundan yararlanabilmesi bu kaynakların planlanması ve dağıtılması sürecini elinde bulunduran, denetleyen, paylaştıran en üst birim olan devletin, üzerine düşen görevi yerine getirmesi ile olanaklı olacaktır.

2.6. T.C. ANAYASASI VE ÖZÜRLÜLÜK:

T.C. Anayasası'nın 5. maddesinde, devletin kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak, kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmak, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamakla yükümlü olduğu belirtilmiştir (38).

Anayasamızın 17. maddesinde de herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu bildirilmiştir. Bu maddeye dayanarak özürllüler, yaşama, maddi ve manevi varlıklarını koruma ve geliştirmeyi talep etme hakkına sahiptirler.

Anayasamızın 42. maddesi, kimsenin eğitim ve öğretim hakkından yoksun bırakılmayacağını, öğrenim hakkı kapsamının kanunla tespit edilip düzenleneceğini ve devletin, durumları sebebiyle özel eğitime ihtiyacı olanları topluma yararlı kılacak tedbirleri alacağı söylenmiştir. Burada özürllü kimselerden, durumları sebebiyle özel eğitime ihtiyacı olanlar olarak bahsedilmiş ve devlet özürllü kişilerin eğitim ve öğrenimi

için ve onları topluma yararlı kılmak için gerekli tedbirleri almakla yükümlü kılınmıştır (38).

Anayasa'nın 50. maddesi, "kimse yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçük ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar" demektedir. Anayasa, burada, çalışma şartları bakımından özel olarak korunacak gruplar arasında özürllüleri de saymıştır (38).

T.C. Anayasası'nın 61. maddesi ile devlet, "Özürllülerin korunması ve toplum yaşamına uyumlarını sağlayan önlemleri alma" ile görevlendirilmiştir (38,39). Devlet kurumları aracılığıyla bu görevi yerine getirmek üzere karar almak, planlama yapmak ve bunları uygulamakla yükümlü kılınmıştır. Devlet merkez birimleri ve yerel birimleri aracılığıyla hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir. Toplumda özürllülerin gereksinimlerinin karşılanması, yaşam koşullarının iyileştirilmesi sosyal devlet olmasının gereklerindendir. Toplumsal yapı içerisinde dezavantajlı bir grup olan özürllülerin gereksinimlerinin karşılanması ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi sosyal devlet olmanın gereklerindendir (38,39).

Sosyal devletin görevi:

- a) Özürllü bireyi korumak,
- b) Toplumla kaynaşmalarını sağlamak,
- c) Üretken olabilmelerine ve kişiliklerinin gelişmesine katkıda bulunmak,
- d) Bireyleri yasalar hakkında bilgilendirmek,
- e) Bireyleri sadece yaşama risklerine karşı değil, doğumdan ölüme kadar sosyal güvenlik ağı içerisinde korumak olarak belirlemiştir (39).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nca 20.12.1993 tarihinde kabul edilen sakatlar için fırsat eşitliği konusunda standart kuralların 18. maddesi özürllülerin örgütlenmesi ile ilgilidir. Burada "devletler, sakatlara, kendilerini, ulusal ve yerel düzeyde temsil edecek olan örgütleri" kurma hakkının verilmesi gerektiği belirtilmiştir (1).

2.7.ÖZÜRLÜLERİN ÇALIŞMA YAŞAMINA KATILIMI VE İŞVERENLER İÇİN REHBER:

Özürllüler, çalışma yaşamında birçok güçlükle karşılaşmakta, ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre istihdam piyasasında az ya da çok yer almaktadır. Pozitif

ayrımcılık ilkesinden hareketle özörlöölere eğitim, bilgi ve becerilerini en yöksek düzeyde sergileyebilecekleri iş ortamı sağlanmalıdır.

Çalışan özörlöölünün işyerlerindeki çalışma arkadaşlarının ve işverenlerin tutumları, önyargıları onların iş verimlerini etkilemektedir. Makro istihdam politikası açısından, toplumdaki her bireyin çalışma hakkından yararlanabilmesi, devlete gerekli istihdam politikası tedbirlerini alma zorunluluğu yüklemektedir (40). Bedensel, zihinsel ve ruhsal yetersizlikleri nedeniyle iş bulma, mevcut işi sürdürebilme ve iş koşullarında yükselebilmekle olanakları sınırlandırılmış özörlöölüler için her sosyal devletin alacağı önlemler, Türkiye’de öncelikle anayasal bir hak, sonra da yasal bir yükümlölük olarak düzenlenmiştir (41).

Özörlöölülerin sorunlarının çözümünde istihdamın çok önemli bir rolü bulunmaktadır. Çünkü bu anlamda öncelikle kabul edilmesi gereken konu, özörlöölülerin sağlam insanlara göre istihdam edilmeye çok daha fazla ihtiyaç duyduklarıdır (42).

Özörlöölülerin çalışmasını gerektiren ya da yararlı olacağını gösteren pek çok neden saymak mümkündür (43). Bu nedenlerin başında sayısal nedenler gelmektedir. Çünkü günümüz modern yöntem ve teknolojileri ile özörlölölük ile özörlölölük oluşumuna etki eden nedenlerin azalması, gerek kısa dönem tıbbi açıdan, gerekse uzun dönemde eğitsel açıdan önemli ölçüde mümkündür. Bu olumlu gelişmelere karşın içinde yaşadığımız dünyada nüfusun giderek artması sonucu kaynakların kullanım biçimi, beraberinde önceki nedenlerin değişerek artmasına neden olmuştur.

Özörlöölülerin istihdamını gerektiren ikinci neden niteliğe ilişkin nedenlerdir. Özörlöölülerini başkalarına bağımlı ve topluma yük olmanın ezikliğinden kurtaracak, kendini toplumun bir parçası olarak görmesini sağlayacak ve bir işe yaramanın mutluluğunu hissettirecek başka bir yol onların istihdam edilmesidir (42).

Özörlöölülerin istihdamına ilişkin üçüncü bir neden grubu ise ekonomik nedenlerdir. Genellikle özörlöölülerin istihdam edilmelerinin, kalkınmış ölkelerin üstesinden gelebilecekleri bir sosyal hizmet olduğu ileri sürölür. Ancak bu durumun kökenine inildiğinde görölmektedir ki, olay sadece ölkelerin ekonomik açıdan kalkınmış olması ile ilgili olmayıp, bunun yanı sıra özörlöölülerin de üretim sürecine katılınca kadar geçirmiş oldukları dönemin bir yatırım değeri taşıdığı bilincinin toplumca anlaşılmasıdır (42).

Özürülerin istihdamına gerekçe teşkil edecek dördüncü ve son neden sosyal nedenlerdir. Çağdaş demokrasi anlayışına göre, çağdaş toplumlarda, artık, insanların fakir, cahil, özürü, yaşlı, kadın, ya da erkek olmaları onların haklarını kullanmalarını engellememektedir. Bu nedenle, bedensel özürülerin sorumluluğu, teorik olarak sadece ailelerine ve yardımseverlere değil, topluma ve ülke yönetimine düşmektedir (42).

Diğer taraftan, bir ülkenin kalkınmışlığı ve sosyal açıdan gelişmişliğini belirlemede aranan ölçütlerden biri olarak artık sadece demir çelik üretimi ve eğitime ayrılan paylar olmayıp, hastalara, özürülere ve yaşlılara, yapılan yardım ve verilen hizmetler ile özürülerin istihdam oranları önemli ölçütlerden biri olarak değerlendirilmektedir (44).

2.8.YENİ ÖZÜRLÜ YASASINDA ÖZÜRLÜLERE TANINAN AYRICALIKLAR:

Özürüler Hakkında 01.07.2005 Tarih ve 5378 Sayılı Kanun'un: 1. Bölüm, 1. Maddesi'nde, amacın özürülülüğün önlenmesi, özürülerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım, ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümü ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri olarak topluma katımlarını sağlamak bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmaktır.

Özürüler Kanunu, özürülülüğün önlenmesi, özürülerin sağlık, eğitim, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunların çözümü ile gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri olarak katılımlarını sağlamak ve hizmetlerin koordinasyonunu sağlamayı amaçlamaktadır. Kanun, özürülerin karşılaştıkları ayrımcılıkla mücadele edilmesi, alınacak/verilecek hizmetlerde özürünün, ailesinin ve gönüllü kuruluşların katılımının sağlanması ve özürüye sunulacak hizmetlerde aile bütünlüğünün korunmasını esas almaktadır (45).

a-Kanunla, sosyal güvencesi bulunmayan ve ailesi ekonomik yoksulluk içindeki bakıma muhtaç özürülere evlerinde ve kurumlarında bakım hizmeti verilecektir (md.7).

b-Özürülerin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri bir işte eğitilmesi, mesleğe kazandırılması, verimli kılınarak ekonomik ve sosyal refahının sağlanması, ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri yaygınlaştırılacaktır (md. 12,13) (45).

c-Özürünün işini yapabilmesine yönelik tedbirlerin alınması ve fiziki çevre düzenlemelerinin yapılması, zorunlu hale getirilmiştir. Çıracılık eğitimi almak isteyen

ilgi, istek ve becerileri doğrultusunda ve sağlık kurulu dayanak alınarak, hangi meslek dalında eğitim alacaklarına rehberlik araştırma merkezi'nde kurulacak olan özel eğitim değerlendirme kurulu karar verecektir. Kanunun ilgili hükmü gereğince özürlü işçi istihdam etmeyen işyerlerine uygun cezaların tahsilinde yaşanan sıkıntıları giderebilmek amacıyla söz konusu görev Türkiye İş Kurumu İl Müdürlükleri'ne verilmiştir (md. 39) (45).

d-Özel eğitim alması gereken özürlü çocuklardan sadece emekli sandığı ve mensuplarının özel eğitim ve rehabilitasyona ilişkin giderleri kurumlarınca karşılanmaktaydı. Adil olmayan bu uygulama kaldırılarak özel eğitim değerlendirme kurulu tarafından tespit edilen tüm özürlü çocukların hizmet alabilmeleri sağlanmıştır. Ayrıca, bu merkezlerin denetimi ve ruhsatlandırılmalarıyla, merkezlerden alınan hizmetin ücretinin ödenmesi Milli Eğitim Bakanlığı'na devredilmiştir (md. 15-18) (45).

e-Ülkemizde ulusal işaret dili bulunmamaktadır. İşitme özürülülerin eğitim ve iletişimlerinin sağlanması amacıyla Türk İşaret Dili Sistemi oluşturulacaktır (md. 15). Özürülülerin her türlü eğitim ve kültürel ihtiyaçlarını karşılamak üzere kabartma, sesli, elektronik kitap, alt yazılı film ve benzeri materyal üretilmesini temin etmek için gerekli çalışmalar yapılacaktır (md. 15) (45).

f-Özürlü vatandaşlarımız, yaşamlarını kolaylaştırabilmek için konutlarında bazı tadilatlar yapmak zorunda kalabilmektedir. Ancak bir kat maliki bile onay vermezse bu düzenlemeler yapılamıyordu. Kanunla özürülünün yaşamı için zorunluluk gösteren proje tadili, oluşturulacak bir komisyonda değerlendirilecek ve uygun görülmesi halinde gerçekleştirilebilecektir.

g-Mesleği olan özürlü devlet memurları, mesleklerine uygun münhal kadrolara atanacak ve mesleklerini icra ederken kullanacakları yardımcı araç ve gereçler kurumlarınca karşılanacaktır (md. 21,22).

h-Özürülünün sahip olduğu bir evi, emlak vergisinden muaf tutulmuştur (md. 22) (46).

ı-İşitme ve görme engellilerin noterlik işlemlerinde yaşadıkları tanık bulma zorunluluğu, isteğe bağımlı olmak üzere kaldırılmıştır (md. 23,24) (45).

i-Sosyal Hizmetler Müdürlükleri'nce işitme özürülülere tercümanlık yapmak üzere işaret dili bilen personel görevlendirilecektir (md. 27-30).

j-Özürllülere destek olmak amacıyla eğitimleri, meslekleri ve günlük yaşamları için üretilmiş her türlü araç, gereç ve özel bilgisayar programları katma değer vergisinden muaf tutulmuştur (md. 32).

k-Spor tesisleri, özürllülerin kullanımına uygun hale getirilecek, spor eğitim programları ve destekleyici teknolojiler geliştirilecektir (md. 33).

l-Sağlık Bakanlığı, özürllülüğe yol açan kalıtsal hastalıklarla sağlık hizmetleri kapsamında mücadele edecektir (md. 34-36).

m-Radyo ve televizyonda özürllülere karşı şiddetin ve ayrımcılığın teşvik edildiği programlar yapılamayacaktır (md. 37) (45).

n-Türk Medeni Kanunu'nda yer alan anne ve babadan birisinin özürllü olmasının, çocuğun velayetinin alınmasına yeterli gerekçe oluşturmasına ilişkin hüküm iptal edilmiştir (md. 38).

o-Büyükşehir Belediyeleri'nde özürllülerle ilgili bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık, sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri vermek için özürllü hizmet birimleri oluşturulmuştur (md.40) (45).

p-Kanunla, ilk defa özürllülere karşı yapılan ayrımcı uygulamalara ceza hükmü getirilmiştir. Özürllüye özürlüden dolayı, Türk Ceza Kanunu'nda ayrımcılık sayılan eylemlerden birini gerçekleştirenler hakkında 6 ay-1 yıl hapis veya para cezası öngörülmüştür (md. 41).

r-Özürllüler İdaresi Başkanlığı'nca verilen kimlik kartı hazırlama ve verme yetkisi, işlemlerin ve sürecin hızlandırılması amacıyla valiliklere devredilecektir.

s-Kanunla, umuma açık, her türlü bina, yol, kaldırım, yaya geçidi, açık ve yeşil alanlar, spor alanları ve benzeri sosyal ve kültürel yapı alanları, yedi yıl içerisinde özürllülerin erişilebilirliğine uygun hale getirilecektir. Yine Büyükşehir Belediyeleri ve Belediyeler, şehir içinde kendilerine sunulan yada denetimlerinde olan toplu taşıma hizmetlerinin, yedi yıl içerisinde özürllülerin erişilebilirliğine uygun olması için gereken tedbirleri alacaklardır (geçici md. 2,3) (45).

2.9. TÜRKİYE'DE ÖZÜRLÜ NÜFUS ORANLARI:

Türkiye'de özürllü olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12.29'dur. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürllülerin oranı %2.58 iken

süreğen hastalığı olanların oranı ise %9.70'dir. Özürlü olma oranları yaş grubu bazında incelendiğinde her iki grupta da ileri yaşlarda artmaktadır. Ancak bu artış süreğen hastalığı olanlarda diğer özür grubundakilere göre daha fazladır. 0-9 yaş grubunda ortopedik, görme, işitme, konuşma ile zihinsel özürlü olanların oran %1.54 iken, aynı yaş grubunda süreğen hastalığa sahip olanların oranı %2.60'tır. Bu oran ortopedik görme, işitme, konuşma ile zihinsel özürlü olanlarda 50-59 yaş grubu, süreğen hastalığı olanlarda 20-29 yaş grubunda yaklaşık iki katına çıkmaktadır (47).

Ortopedik, görme, işitme, konuşma ile zihinsel özürlü nüfus cinsiyet ayrımında incelendiğinde, erkeklerin oranının daha yüksek olduğu, süreğen hastalığa sahip olan nüfusta ise kadınların oranının daha yüksek olduğu gözlenmektedir (47).

Tamamlanmış eğitim düzeyine göre ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürülülerde okuma yazma bilmeyenlerin oranı %36.37 ile süreğen hastalığı olanlardan %26.64 ve toplam nüfustan %15.51 daha yüksektir. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü nüfus içinde işgücüne katılım oranı %21.71 iken, işgücüne dâhil olmayan özürlü nüfus oranı %78.29 dur. Süreğen hastalığı olanlarda ise işgücüne katılım oranı %22.87 iken işgücüne dâhil olmayanların oranı %77.13 tür. Diğer bir anlatımla özürlü olan nüfusta her beş kişiden biri işgücüne katılmaktadır. İşgücüne katılım oranı, özürülülerde cinsiyet bazında önemli farklılık göstermektedir. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü erkeklerde işgücüne katılım oranı %32.22, kadınlarda %6.71 iken süreğen hastalığı olan erkeklerde işgücüne katılım oranı %45.58, kadınlarda bu oran %7.21'dir (47).

Ortopedik, görme, işitme, konuşma ile zihinsel özürlü olanların %47.55'inin, süreğen hastalığı olanların ise %63.67'sinin sosyal güvenliği bulunmaktadır. Özür türlerinin toplam nüfus içindeki yaygınlığının incelenebilmesi amacıyla her özür türü için özürlü nüfus oranı hesaplanmıştır. En yüksek özürülülük oranı ortopedik özürülülerde gözlenirken, en düşük özürülülük oranı işitme özürülülerde gözlenmektedir (47).

Yaşa göre özürülülük oranları incelendiğinde, ortopedik, görme ve işitme özürülülerde yaşla birlikte özürülülük oranı da artmaktadır. Özrün ortaya çıkış zamanı doğuştan ve sonradan olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir. Özrün ortaya çıkış zamanı, özrün türüne göre incelendiğinde, ortopedik %73.3, görme %76.32 ve işitme %67.10 özürülülerde, sonradan özürlü olanların oranı daha yüksektir.

Özrün ortaya çıktığı zamanı, cinsiyet ayrımında incelendiğinde görme ve işitme özürlü olanlarda cinsiyet ayrımında önemli bir farklılık gözlenmemektedir. Ortopedik, konuşma ve zihinsel özürlerde, doğuştan özürlü olanların oranı kadınlarda daha yüksektir. Dil ve konuşma özürlü olanlarda, hastalık %23.88 ile en önemli özür nedeni olarak ortaya çıkmaktadır. İkinci önemli neden %15.90 ile genetik ve kalıtsal bozukluk, üçüncü önemli neden ise sırasıyla %10.49 ve %10.31 ile zekâ geriliği ve işitme engeli nedenleri görülmektedir.

Doğuştan olan özürler üç faktörden kaynaklanmaktadır. Bunlar genetik, hamilelik ve doğum sırasında yaşanan sorunlardır. Genetik nedenlerden özürlü olanların oranı, konjenital tüm özür türlerinde en yüksek düzeydedir.

Sonradan özürlü olanların, özür nedenleri incelendiğinde, kaza ve hastalık nedeniyle özürlü olanların oranı tüm özür türlerinde yüksek olduğu görülmektedir.

Kaza ve hastalık nedenleri cinsiyet ayrımında incelendiğinde, tüm özür türlerinde kaza nedeniyle özürlü olanların oranı erkeklerde daha yüksek iken, hastalık nedeni ile özürlü olanların oranı kadınlarda daha yüksektir (47).

Türkiye genelinde, ortopedik özürlerde %66.98 ile en fazla şekil bozukluğu görülmektedir. Sonraki grubu fonksiyon kaybı bulunanlar oluşturmaktadır. Organ yokluğu %11.81 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Erkeklerde ortopedik şekil bozukluğu ve organ yokluğu kadınlara göre daha fazla iken, fonksiyon kaybı kadınlarda daha fazla görülmektedir.

Görme özürlerinde bir gözün hiç görmemesi oranı %27.92 ile en yüksektir. Her iki gözü görmeyenlerin oranı %11.75'dir. İşitme özürlerinde, her iki kulağı hiç işitmeyenlerin %32.45 ile en yüksek orana sahip oldukları gözlenmektedir. Her iki kulağı hiç duymayanların oranı kırsal kesimde ve kadınlarda daha yüksektir.

Zihinsel özürler incelendiğinde %47.03'ünün eğitilebilir ve öğretilebilir düzeyde öze sahip olduğu dikkat çekmektedir. Çok ağır düzeyde zihinsel öze sahip olanların oranı %19.66'dır (47).

Özürlerin tedavi olma durumları özür türü bazında incelendiğinde, tedavi olan özürlerin oranı ortopedik, görme ve işitme özürlerinde %50'nin üzerindedir. Tedavi olma oranı, en yüksek görme özürlerinde gözlenirken, en düşük oran konuşma özürlerinde gözlenmektedir. Tüm özür türlerinde tedavi olan erkeklerin oranının ise kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Cihaz kullanma durumuna ilişkin bilgiler, zihinsel özürlüler dışındaki özür türleri için derlenmiştir. Cihaz kullanma oranı, ortopedik özürlülerde %19.65, işitme özürlülerde ise %20.84'tür. Görme özürlülerde, bu oran %30.81'dir. Konuşma özürlülerde bu oran %2.46'dır. Ortopedik ve işitme özürlü erkeklerde cihaz kullanma oranı, kadınlara göre daha yüksek iken görme, dil ve konuşma özür gruplarında kadınların cihaz kullanma oranı daha yüksektir.

Parasal katkı yapılmasını isteyen özürlülerin kırsal kesimde daha yüksek olması ve bu kadınların bu desteği daha çok istemesi kadınların gelirlerinin daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Parasal destek isteyen özürlülerde en yüksek oran %72.20 ile Karadeniz Bölgesi, en düşük oran ise %53.76 ile Marmara Bölgesi'dir. En önemli beklentilerinin iş bulunmasına yardımcı olunması, eğitim olanaklarının yaratılması ve yasal haklarının savunulması olduğunu ifade edenlerin oranı, erkeklerde ve kentte daha yüksektir (47).

2.10. ENGELLİ BİREYİN ÇALIŞMA HAKKI:

Aşağıdaki kurumlar 1475 sayılı Kanuna göre %3 oranında engelli çalıştırmak zorundadır.

- a) Genel ve katma bütçeli daireler,
- b) İl özel idaresi ve belediyeler,
- c) Kefalet sandıkları, döner sermayeli kuruluşlar,
- d) Sermayesinin yarısından fazlası devlete ait olan bankalar,
- e) Hususi kanunlarla kurulmuş banka ve teşekküller (48),

Engelli açık kontenjanının doldurulmaması halinde engelli istihdam etmeyen kamu kurum ve kuruluşları için yükümlülüğün dolduğu tarihten, yükümlülüklerini yerine getirecekleri tarihe kadar, her engelli açık kontenjanı için her ay itibarı ile 1475 sayılı iş kanununun 98/c maddesinde belirtilen para cezası uygulanır.

Bir işyerinden malulen ayrılmak zorunda kalıp da sonradan maluliyeti ortadan kalkan engelli işçiler, eski işyerlerine alınmalarını istedikleri takdirde işveren kadroda boşluk varsa derhal, yoksa boşalan ilk kadroda kendilerine şans tanınmalıdır (48).

Bir işyerinde çalışırken iş kazası nedeniyle sakatlanan kişilerin öncelik hakkı vardır. İşveren, bu işçisini sakat kadrosunda öncelikle çalıştırmakla yükümlüdür.

Engellilik dereceleri %40'ın üzerindeyken işe girip de daha sonra durumlarında bir iyileşme görülerek dereceleri %40'ın altına düşenler engelli kadrosunda çalışmaya devam ederler (48).

5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu'na tabi olarak işe girenler, çalışma gücünün en az %40'ını kaybettiğini belgeleyerek özürlü olarak işe girmiş olanlar, en az 15 yıl fiili hizmet süresini doldurdıkları takdirde istekleri üzerine emekliye ayrılabilirler.

5434 sayılı kanuna tabi olarak çalışırken herhangi bir hastalık veya kaza sonucu çalışma gücünü kaybederek malul duruma düşenlere, 10 yıllık emekliliğe tabi hizmetleri olmaları halinde aylık bağlanır.

2.11. ÖZÜRLÜ ÖRGÜTLENMELERİ İLE İLGİLİ GELİŞMİŞ ÜLKELERDEN ÖRNEKLER:

2.11.1. Amerika Birleşik Devletleri:

Özürlü Amerikalılar Yasası (ADA); istihdamda, devlet ve yerel hükümetlerde, kamu binalarında, ticari etkinliklerde, ulaşımda ve telekomünikasyonda özürlülere karşı ayrımcılığı yasaklayan geniş kapsamlı bir yasadır. Bu Yasa, özürlülerin durumunun belirlenmesi konusunda duyarlılık geliştirmiştir. Amerika'da özürlülere ilişkin sistemin iyi işlediğine yönelik temel örnek, özürlülerle ilgili bilgilerin elde edildiği araştırmalar yapıyor olması ve bu araştırmalardan elde edilen verilerle hizmetlerin planlanmasıdır. Özürlülere ilişkin sorunlar, tüm boyutlarıyla bu araştırmalarla sorgulanmakta, çözümüne yönelik öneriler geliştirilmektedir (1).

ADA'nın amacı, sayısı 54 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilen özürlülerin, istihdama, hükümet programlarına, hizmet ve etkinlikler ile kamu hizmetlerine ulaşmalarını sağlamaktır (1).

Bu Yasa'ya göre engelli kişi,

- a) Zihinsel ve fiziksel açıdan yaşamsal etkinliklerini sınırlayacak derecede bozukluğu olan,
- b) Bu bozukluğunu belgeleyen,
- c) Böyle bir bozukluğu olduğu görülen veya algılanan kişidir.

Onbeş kişi ve üzerinde işçi çalıştıran işverenler, özürlü olmayanlara sağlanan iş fırsatını özürlü olanlara sağlamakla yükümlüdür. Yasa; işe alımda, tanıtımda, eğitimde, ödemede ve sosyal etkinliklerde ayrımcılığı da yasaklar (49).

Konut kiralama veya satın almada, kişinin özründen dolayı ayrıma uğraması yasadışıdır. Bu yasa, konut yapanlardan, özürülerin eşit fırsatlarla konut edinmeleri için, politikalarında ve işlemlerinde bazı uygun ayrıcalıklar yapmalarını ister. Yasa, ayrıca özürlü kiracıların yaşadıkları yerde veya genel alanlarda, ulaşılabilirlik için değişiklik yapmalarına olanak tanır. Bu ünite içinde, genel kullanım alanı, tekerlekli sandalyenin geçebileceği genişlikte kapılar, tekerlekli sandalyenin manevralarına uygun mutfak ve banyolar ile diğer uyarlanabilir özellikleri kapsar (49).

Bu Yasa ABD Başsavcısı'nı hapisane, gözetim merkezleri, ıslahevleri, bakımevleri ile psikiyatrik ve gelişimsel özürlü bulunanların bakıldığı kurumlardaki durumu ve koşulları incelemekle görevlendirmiştir. ABD'de yasaların uygulanmaması ve hizmetlerin sunumundaki aksaklık durumunda, gerekli şikâyet mercilerinin uygulayıcı birimler üzerinde yaptırım gücü bulunmaktadır (49).

ABD'de toplam nüfusun, 1994 tarihi itibariyle %20.6'sı, yaklaşık 54 milyon kişi çeşitli düzeylerde özürlüdür. Bunların %9.9'unu ağır özürüler oluşturmaktadır. Altı ve yukarı yaşlarda 23.7 milyon kişinin 1.8 milyonu tekerlekli sandalye; 5.2 milyon kişi baston ve yürüteç gibi destekleyicileri, 6 ay ve daha uzun süre kullanmaktadır. Altı ve yukarı yaştakilerin 8.8 milyonu görme güçlüğü, 10.1 milyonu işitme güçlüğü çekmektedir. Hiç görmeyenler 1.6 milyon, hiç duymayanlar ise 1 milyon kişidir (50).

2.11.1.1. ABD' de Çocuk Özürüler:

Yaş grubu 6-14 olanların %12.7' si çeşitli özre sahiptir (50). Bu oran bu yaş grubunda 8 çocuktan birinin özürlü olması demektir (51). Ağır özürlü olarak nitelendirilen olguların oranı %1.9' dur. Bu grupta yer alan 35 milyon çocuğun 2.2 milyonu sürekli ev ödevini yapmakta zorluk çekmekte, 1.6 milyonu ise öğrenme güçlüğü çekmektedir. Yaşları 15-21 arasındaki 25 milyon kişinin %12.1'i özürlü, %3.2 ise ağır özürlüdür (50).

Aynı şekilde 18 yaşın altındaki erkek çocuklarda 1990 yılında % 5.6 olan özürlü oranı, 1994 yılında %7.9'a yükselmiştir. Bu %40'lık bir artışı göstermektedir. Yine kız çocuklarında %4.2 olan oran %5.6'ya yükselerek %33'lük bir artışa neden olmuştur.

1994 yılında; 1990 yılına göre 600 000 çocuğun daha fazla özürlü olduğu bildirilmekte, kısacası özürlü sayısı gittikçe artmaktadır (51).

A.B.D.'de ailelerin %30'u bir aile ferdinin özürlü ile etkilenmekte; 69,9 milyon ailede en az bir adet özürlü bulunmakta olup, ailelerin %6'sını oluşturan 3.8 milyon ailede 1 veya daha fazla çocuk özürlü bulunmaktadır (52).

2.11.1.2. A.B.D.'de Yetişkinlerde Özürlülerin Durumu:

Amerika Birleşik Devletleri'nde 15-64 yaşları arasında her beş kişiden biri, 65 yaş üzerinde ise, her iki kişiden biri özürlüdür (52).

Özürlülük yaşla birlikte artmaktadır. 22-44 yaş arası 95 milyon kişinin % 14.9' u özürlü, %6.4'ü ise ağır özürlüdür. 45-54 yaş arası 30.3 milyondan %24.5'i özürlü, %11.5'i ağır özürlüdür. 55-64 yaş arası 20.6 milyonun %36.3'ü özürlü, %21.9'u ise ağır özürlüdür. 65- 79 yaş arası 24.5 milyon kişiden özürlü oranı %47.3, ağır özürlü oranı %27.8'dir. 80 yaş ve üstü 6.8 milyon nüfus vardır, bunların özür oranı %71.5, ağır özürlü oranı ise %53.5'tir (50).

1990 yılında 18-44 yaş arası genç erişkin erkeklerde %8.7, kadınlarda %8.9 olan özürlü oranı; 1994 yılında %10.2 erkek, %10.3 kadına yükselmiştir. Bu oranlar 4 yılda %16'lık bir artışı göstermektedir. 18-44 yaş grubuna 3.1 milyon yeni özürlü katılmıştır (51).

1980'li yıllarda özürlü oranı %14'lerde sabit iken, 1990-1994 yılları arasındaki yükseliş dikkat çekmektedir. Bunun en büyük nedeni nüfusun yaşlanmasıdır (51).

2.11.1.3 A.B.D' de Özürlü İstihdamı:

ABD'de 1991 yılında yapılan bir araştırmada; özürlü olmayan sağlam kişilerde istihdam oranı %80.5, özürlülerde %76.0, ağır özürde ise %23'dir. Oysa 1997 yılındaki araştırmada 21-64 yaş arası nüfusun istihdam oranına bakıldığında: Özürlü olmayanların %82.1'i, özürlülerin %76.9'u, ağır özürde olanların ise %26.1'i istihdam edilmiştir (50).

2.11.1.4. A.B.D.'nde Hükümet Yardımı Programları:

Hükümet yardımı programlarını alanlar için yapılan bir teste katılanlardan (49); 22-64 yaş arasındaki 13 milyon kişiden nakit, yiyecek ve kira yardımı alanların %50.6'sı ağır özürde olanlar ve ağır özürde olmayanlar, %40.3'ü ise ağır özürde olanlardan oluşmaktadır.

Bu yaş grubunda bulunan ve yardım programına dâhil olmayan 133 milyon kişiden; %16.9'u özürlü olan ve olmayanlar, %6.7'si ise ağır özürülüdür. Programdan yararlananlar arasında özürlü oranı yüksek olmasına karşın, ağır özürülülerin çoğu yardım programlarından yararlanamamaktadır (50).

2.11.1.5 A.B.D.'de Kişisel Yardım:

A.B.D.'de özürülülerin günlük yaşamlarını gerçekleştirebilmelerini sağlamak için yapılan her tür yardım, kişisel yardım olarak tanımlanmıştır. Yaşları 45-54 arası olan özürülülerden günlük yaşam aktivitelerinde kişisel yardıma gereksinim duyanların oranı %3.3 iken, 55-64 yaş arasında bu oran %6.1; 65- 79 arasında %11.5, 80 yaş ve üzerinde ise %34.1'dir. Günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olanların çoğunluğu akrabadır (50).

2.11.2. İngiltere:

İngiltere, dünyada sosyal devlet uygulamasının son derece ileri düzeyde uygulandığı ülkelerin başında gelmektedir. Sosyal devletin temel ilkesi olan, toplumsal refahın ve zenginliğin ülkenin tüm vatandaşları arasında eşit bir biçimde dağıtılması ile hizmetlerin tüm vatandaşlara eşitlik ilkesi içinde sunulması, İngiltere'de kamunun örgütlenmesini belirlemektedir. Hizmetlerin çoğu yerel yönetimler tarafından yürütülmektedir. Merkezi hükümet doğrudan hizmet sunumundan çok, denetleyici rol oynamaktadır (53).

Yerel Yönetimlerin sosyal birimleri özürülülerin günlük gereksinimlerini (yıkama, giyinme, yemek pişirme) karşılar. Ayrıca yerel yönetimler, özürülüler için süregelen hastalığı olan kişilerin özel konut gereksinimlerini karşılamak zorundadır (1).

2.11.2.1. Özürülülere İlişkin Yasal Durum:

Özürlü Ayrımcılığı Yasası, özürülülere istihdam, mal ve hizmetlere erişimde kolaylık, mal-mülk alımı ve kiralanmasında yeni haklar vermektedir. Ayrıca, okullar, kolejler ve üniversiteler özürülülere bilgi sağlamakla yükümlü kılınmış, hükümet taksi, tren, otobüsler için asgari ulaşım standardı oluşturmakla görevlendirilmiştir. Bu yasa ile hükümete özürülülere karşı ayrımcılığın önlenmesi konusunda tavsiyelerde bulunacak bir Ulusal Özürülüler Konseyi kurulmasına olanak tanınmıştır (54).

2.11.2.2. Özürlü Ayrımcılığı Yasası İle Getirilen Özürlülerin Yeni Hakları.

İşverenler işe alma, eğitim, geliştirme ve işten çıkarma gibi konularda özürlülere yönelik ayrımcılık yapamayacaklardır. Ayrıca işe alınan özürlülere kolaylık sağlamak üzere işverenler, işyerlerinde gerekli düzenlemeleri yapacaklardır. İşverenlerin kendilerine karşı ayrımcılık yaptığını düşünen özürlüler, endüstri mahkemesine başvurabileceklerdir. Ayrıca, Uzlaştırma ve Hakem Hizmeti Kurulu'na şikâyetçi olabilirler. Böylece anlaşmazlıklar mahkemeye başvurmaksızın çözülebilmektedir (54).

2.11.2.3. Mal, olanaklar, hizmetler ve maluliyet:

Gayrimenkul veya mülkün satılması, kiralanmasında da ayrımcılık yasaktır. Ancak, bir gayrimenkul satan kişi buranın ulaşılabilir olmasını sağlamak zorunda değildir (51).

a) Hükümet toplu taşımada kullanılan taksi, tren, otobüs ve tramvaylarda özürlülerin kullanabilmesi için asgari standart oluşturacaktır.

b) Okullar, özürlü öğrenciler için yaptıkları düzenlemeleri onlara açıklamak zorundadırlar.

c) İleri ve Yüksek Öğretimi Destekleme Konseyi tarafından desteklenen kurumlar, özürlülere sağlanan kolaylıklar hakkında bilgi içeren yayın yapmak zorundadırlar.

d) Eğitim almak isteyen özürlülerin gereksinimlerinin tanınması ve ailelere, öğrencilere daha fazla enformasyon sağlamayı zorunlu kılar (54).

2.11.2.4. Ulusal Sağlık Örgütü Yasası:

Bu yasanın amacı, halkın, fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması, hastalıkların önlenmesi, teşhis ve tedavisini sağlamaktır. Ulusal Sağlık Örgütü, hastanede iyileştirme ve rehabilitasyon, toplum tabanlı sağlık hizmeti ve daha sonra evde bakım, önleme, sağlık, eğitim hizmeti ve aile hekimliği hizmeti sunar (55).

2.11.2.5. Ulusal Yardım Yasası:

Bu yasa, yerel otoritelere özürlülerin bakımı için düzenleme yapma yetkisi vermiştir. 1970 tarihli süregen hastalıklar ve özürlüler yasası diğer sosyal hizmetleri sağlamıştır. 1984 Sağlık ve Sosyal Güvenlik Yasası, 1976 Tamamlayıcı Sosyal Yardım Yasası, ile sosyal güvenlik sistemine dâhil olanlara finansal destek sağlar. Sakatlık Bakım Ödeneği, yeni bir vergisiz sosyal yardımdır. Savaş kurbanları ve iş kazalarından dolayı özürlü olanların mesleki rehabilitasyon ve bakımı da bu kurallar çerçevesinde

yapılır. Bölge Konseyi ve kamu taşımacılığı otoriteleri 1985 Ulaşım Yasası'na göre özürllüler için indirimli ulaşım sağlama yetkisine sahiptir (55).

2.11.2.6. İstihdam ve Eğitim Yasaları

Sorunları bulunan özürllüler, işe yerleştirmenin değerlendirilmesi ve danışmanlık ekiplerinden iş bulma, danışmanlık, değerlendirme konularında özel uzman yardımı talep edebilirler. Beceri Geliştirme Merkezleri'nin amacı, özürllülere yönelik uzman desteğinin kalitesini artırmak, yeni istihdam yardımlarını araştırmak, kuruluşlar için özürllülük bilincini geliştirmek üzere paketler hazırlamaktır (55).

İngiltere, Galler, ve Kuzey İrlanda'da yerel eğitim otoriteleri, eğitim ve kütüphane kurulları, özel eğitim gereksinimi olan çocukların eğitimini normal okullarda gerekli koşulları hazırlayarak sağlamakla yükümlüdür (55).

2.11.2.7. İstihdam Eğitimi:

Özürllü istihdam eğitimi 18–59 yaş arasındakilere, 6 ay ve daha çok işsiz kalmışlarsa mesleki eğitim vermek üzere düzenlenmiştir. Geliştirilmiş eğitim programları, özürllülerin kendilerine daha uygun bir iş edinmelerini sağlar. Bireyselleştirilmiş eğitim, gerekli donanımın sağlanması, görmeyenler için okuyucu, duymayanlar için iletişim hizmeti, kişinin kapasitesi tam gün eğitime uygun değilse yarım gün katılım sağlamaktadır (55).

2.11.2.8. Koordinasyon ve Global Plan:

İngiltere'de, temel politika özürllülerin topluma tam katılımını sağlamaktır. Eğitimde, öğretimde ve istihdamda iş konusunda dâhil olmak üzere fırsat eşitliği; mallara hizmetlere, binalara ve diğer hizmetlere ulaşılabilirlik sağlanmasıdır (56).

2.11.2.9. Medeni haklar:

Ayrımcılığın bitirilmesi temel politik amaçtır. 2004 yılından itibaren tüm hizmet sunucular, özürllülerin bir hizmete erişmesini zorlaştıran veya olanaksız hale getiren fiziksel özellikleri gidermek veya değiştirmek zorundadırlar (56).

2.11.2.10. İstihdam:

Özürllü ayrımcılığı yasaının, istihdama ilişkin önlemleri 20 ve daha fazla işçi çalıştıran yerler için geçerlidir. Bu önlemler özürllü işçileri ve iş başvurusu yapanları ayrımcılıktan korur ve işverenleri çalışma koşullarını ve çalışma yerlerini özürllüler için uygun hale getirmeleri konusunda yükümlüdür. 1998 yılından itibaren 15 işçi ve fazlasını çalıştıran yerler kapsama alınmıştır (1).

2.11.2.11. İngiltere’de Özürlü İstihdamına Ait Veriler:

a) İngiltere’de çalışma yaşındaki özürlülerin, Kasım 2000’deki sayısı 6.6 milyondur. Bu rakam çalışma yaşamındaki nüfusun 1/5’idir.

b) Özürlülerin oranı yaşla birlikte artmaktadır.16-17 yaş arası gruptakilerin uzun süreli özürlülük oranı %9 iken, 50 yaş ve üstü emekliler arasındaki özür oranı %34’tür.

c) Özürlüler, özürli olmayanlara göre 7 kat daha az istihdam dışında kalmakta, işsizlik ve sağlık ödeneğine gereksinim duymaktadırlar. 2.6 milyonun üzerinde özürli işsizdir ve bunlar işsizlik ve sağlık ödeneği almaktadır.

d) Pakistan ve Bangladeş’liler arasındaki özür oranı diğer gruplara oranla daha yüksektir.

e) Özürlülük insidansında bölgesel farklılıklar bulunmaktadır.

f) İstihdam oranı, özür grupları arasında değişiklik gösterir. Bu oran, en düşük zihinsel özürlülerde ve öğrenme güçlüğü çekenlerde görülür.

g) İşin sürekliliği açısından değerlendirildiğinde, özürlülerle, özürli olmayanlar arasında küçük bir fark bulunmaktadır. Devamlı istihdamda kalış ortalaması, özürlülerde daha yüksektir, bu da kalıcı bir istihdam kalıbını yansıtmaktadır.

h) Özürlüler, özürli olmayanların yarısı kadar istihdam edilmektedir. Mevcut durumda 3.1 milyon özürli istihdam edilmiştir. Bu sayı, istihdam edilen nüfusun %12’sini oluşturur (57).

İngiltere’de 6.6 milyon kişi özürli olarak tanımlanmaktadır. Bunların 3.1 milyonu (%47) istihdam edilmiş, 305 bini (%5) ise iş aramaktadır. Özürli olmayanlara bakıldığında ise %81’i istihdam edilmiş olup, %4’ü ise iş aramaktadır (57).

2.11.2.12. Girişimcilik:

AB’ye üye her ülkede bir ulusal eylem planı hazırlanacaktır. Bu eylem planının temel amaçlarından birisi özürlüler arası işsizliği gidermektir. Ulusal eylem planı her ülkenin özgül koşullarından dolayı farklı olmakla birlikte genel açıdan;

- a) Özürlülerin becerilerini artırmak,
- b) Pasif değil, aktif önlemler alınmasını sağlamak,
- c) Özürlülere uygun işlerin yaratılmasını sağlamak,

- d) Kendi işini kurmak isteyenlere vergi indirimleri ve teşvikler sağlamak,
- e) İşyeri örgütlenmesini özürülülerin gereksinimlerine göre uyarlamak şeklinde gruplandırılabilir.

İngiltere’de 1999 yılı itibariyle, yaklaşık 2 milyon hasta ve özürlü sosyal yardımdan yararlanmaktadır. Bu sayının yüksek olmasının nedeni, yardım programlarına çok sayıda kişinin giriyor olması değil, aksine bu programdan nadiren ayrılan olmasından kaynaklanmaktadır. İngiltere’de çalışma çağında 5.5 milyon özürlü bulunmaktadır, bu çalışma çağındakilerin 5’te birinden az bir rakamdır. Yaşlılar gençlere oranla daha fazla özürülüdür, 16-19 yaş arası gençlerin %10’u özre sahiptir. 45-49 yaş arası kadın ve erkeklerin %21’i özürülüdür. 1999 yılında özürülülerin istihdam oranı %49’da kalmıştır, oysa özürülü olmayanların oranı ise %81’dir. Özürülüler, özürülü olmayanlara göre ekonomik açıdan daha az aktiftir (54). Özürülülerin işsizlik oranı %9.4 iken özürülü olmayanların oranı %5.5’tir. Özürülü olanlar, olmayanlara oranla daha az kalifiyedir ve iki kat daha az biçimsel (formel) nitelikleri vardır (58).

2.11.3. Almanya:

Alman Anayasası’nda özgürlüğe dayalı ayrımcılık yasaklanmıştır. Bu olay, birleşmeden sonra oluşan anayasal reform çalışmaları sırasında, özürülü hakları hareketinin baskısı ile ortaya çıkmıştır. Temel açıdan simgesel olmakla birlikte, rehabilitasyon amacını destekleyen bir değişikliktir. Almanya’da temel kavram rehabilitasyondur. Mesleki rehabilitasyon ve yeniden eğitim çok önemlidir. Sosyal haklar pek çok yasada dağınık olarak bulunurken bunlar bir araya getirilmiş ve anlaşılır olması sağlanmıştır (39).

2.11.3.1. Sosyal Yasa:

Özür grubuna ve özrünün nedenine bakılmaksızın fiziksel, zihinsel ve psikolojik açıdan özürülü olanlar ile özürülü olma tehdidi altında bulunanlar aynı sosyal hakka sahiptir. Bu hak, rehabilitasyon politikalarının gerisinde yatan temel olup, 4 temel ilke vurgulanmıştır (59).

- a) Özürülülerin topluma tam katılımının anlamı, onların olabildiğince normal ve bağımsız, mümkün olduğunca az sosyal yardıma dayalı yaşamalarının sağlanmasıdır.
- b) Özrünün nedenine bakılmaksızın gerekli yardım tüm özürülülere sağlanmalıdır.
- c) Mümkün olan en erken sürede müdahale edilmelidir.

d) Özürlü bireyin veya özürlülük tehdidi altındaki bireyin durumuna ve güncel gereksinimlerine uygun bireysel yardım sağlanmalıdır (59).

Özürlülük normalde mevcut olan fiziksel, psikolojik veya zihinsel yapının kaybı veya yokluğu olarak da tanımlanmaktadır. Herhangi bir özür, bu özre sahip kişilerde değişen ölçülerde sorun yaratabilmektedir. Özürlüler ile ilgili mevzuat özür derecesinin belirlemesini öngörmektedir. “Ağır özür” %50 ve üstü özür oranını kapsamaktadır. Özürlülerin ve özürli olma tehlikesi ile karşı karşıya olan kişilerin entegrasyonuna yardım, rehabilitasyon olarak adlandırılmaktadır. Rehabilitasyon, Sosyal Yasada belirlenmiş amaçlara uygun yaşam koşullarını oluşturabilmek için gereken tüm süreçleri, yardımları ve bunların yollarını kapsamaktadır. Özellikle kronik, dejeneratif vakaları önlemede iş güvenliği, kazaların önlenmesi, çevre ve sağlığın korunması büyük önem taşımaktadır (1).

2.11.3.2. Federal Çalışma Bürosu:

Almanya'daki bu kurum, yetkilerini Ağır Özürlüler Yasası'ndan almakta olup, bunlar şöyle sıralanabilir:

- a) Özürlüler için işyeri hazırlamakta danışmanlık ve aracılık etmek,
- b) Özürlülere iş ve eğitim olanakları sağlamak,
- c) İşyeri edinmeleri ve istihdamlarını teşvik etmek,
- d) Çalışmayı Teşvik Yasası uyarınca özürlülere işyeri için özel teşvikler uygulamak,
- e) Özel ve kamu sektörü işyerlerinde çalıştırılan özürlüler için kayıt tutmak, yasada belirtilen sayıda özürli çalıştırılıp çalıştırılmadığını denetlemek,
- f) Özürlüler için kurulan iş atölyelerini onaylamak veya bu onayları iptal etmek,
- g) Yasaya göre yeterince özürli çalıştırmayan işyerlerinde, parasal cezanın kayıtlarını tutmak ve ödenmesini sağlamak, parasal cezalardan oluşan fonların kullanımına karar vermek görevleri arasındadır.

Federal Çalışma Bürosu salt kamusal bir örgüt değildir. Bu kuruluştaki karar organı 11 üyeden oluşur. Beş üye özürlüler organizasyonu temsilcisi, iki üye işveren, iki üye işçi temsilcisidir. Birer üye de, Sosyal Yardım Üst Kurulu ve Çalışma ve Sosyal Düzenleme Bakanlığı tarafından atanır. Federal Hükümet kararname ile hizmetin süresini, hacmini ve türünü saptar (39).

2.11.3.3. Sosyal Yardım Üst Kurulu:

- a) Ağır özürllüer için teknik araçların kullanımı da dahil iş ve eğitim alanı yaratmak,
- b) Ağır özürllüerinin eğitim, bakım ve korunmasını sağlamak, teknik yardımda bulunmak,
- c) Özürllülüğün gerektirdiği ulaşım aracı ve donanımını sağlamak,
- d) Özürllüerinin kendine yeterli olmasına katkıda bulunmak,
- e) Konut yardımı ve özellikle özürllülüğün gerektirdiği biçimde konutun donanımını sağlamak ve ulaşım kolaylığı ya da özürllülüğün gereklerine uygun işyeri bulmak bu kurulun işlevleri arasında sayılabilir (39).

Özürllüer Üst Kurulu'na %6 oranında özürllü işçi çalıştırmayan işyerlerinden alınan cezaların, işverenin borçlanmasına ilişkin faiz paylarının, bir önceki yılda kullanılmamış olan parasal kaynağın, ağır özürllüerinin eğitimi, teşviki, bakımı, koruması ve işe yerleştirilmesi amaçlarıyla kullanılması yetkisi tanınmıştır (39).

2.11.3.4. Eğitim:

Özrü olmayan kişiler için de geçerli olduğu gibi eğitim, özürllüye kendine güven duygusunu vermektedir. Diğer taraftan, özürllünün istihdam şansı özürsüz kişiden çok daha fazla ölçüde eğitime bağlıdır. Özürllünün aşırı koruma ve izolasyonundan kaçınmak için "mümkün olduğunca özel yardım ve birlikte eğitim" ilkesinden hareket edilmesi gerekir (1).

Aynı yasa işyerlerinin gerekli teknik teçhizatla özürllülere uygun hale getirilmesini, eşyaların ve aletlerin mümkün olduğunca çok sayıda özürllünün çalışmasına olanak verecek şekilde düzenlenmesini, ağır özürllüerinin bilgi ve yeteneklerini tam olarak kullanabilmelerinin sağlanmasını ve mesleki eğitim verilmesini öngörmektedir. Yapılan düzenlemelerle, devlet memuriyeti ve adli görevlerde çok sayıda özürllünün istihdamı gerçekleştirilmiştir (1).

2.11.3.5. İstihdam:

Toplam 6.6 milyon ağır özürllü 82.3 milyonluk nüfusun %8'ini oluşturmaktadır. Yaklaşık 5.3 milyon ağır özürllü çalışma hayatının içinde değildir.

2.11.4. Özürlülerle ilgili diğer ülkelerden örnekler:

Avrupa Birliği'nde 37 milyon kişi (%10) özürdür. Kanada nüfusunun 1/7'sini oluşturan 4 milyondan fazla kişi özürdür. Yaklaşık 3.7 milyon Avustralyalı özürli bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gelişmiş ülkelerde toplam nüfusun %10'unu, gelişmekte olan ülkelerde ise %12'sini özürülerin oluşturduğunu kabul etmektedir (60). DSÖ özürülerin %0.2'sinin görme, %0.6'sının işitme, %1.4'ünün ortopedik, %3.5'inin konuşma özürüler, %0.1'inin sürekli hastalığı olanlar olduğunu varsaymaktadır (61).

2.11.5. Japonya:

Temel Özürüler Yasası, eğitim, mesleki rehabilitasyon, istihdam gibi çoğu alanı içermektedir. 1993 yılında yeni çerçeveleri çizilen bu yasa Amerikan Özürüler Yasası'ndan etkilenmiştir.

Asya-Pasifik Ekonomik ve Sosyal Komisyonu (ESCAP), BM'ye bağlı bölgesel bir komisyondur. Aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 51 ülke ESCAP' a üyedir. ESCAP bölgesindeki mevzuatın temel hedefi özürülerin toplumsal yaşama tam katılımı ve eşit haklarını gerçekleştirmesidir (1).

2.11.5.1. Temel Özürüler Yasası:

Değişiklikler arasına kapsamlı bir özürü tanımlaması konulmuş olup, özürülerin politika yapma düzeyi artırılmıştır. Özürüler için plan ve politika yapılmasını, bilgiye ve fiziksel çevreye ulaşılabilirliğin geliştirilmesini, yasanın temel ilkesi olan tam katılımı getirmiştir. Yasanın hazırlanmasında Japon özürüleri etkin olarak pek çok görüşlerini yasaya koymuşlardır (62).

Bu yasanın amacı, özürüler için geliştirilmiş temel ilkelerin güçlendirilmesi ile devletin ve toplumun sorumluluklarını belirlemektir. 1995 yılında uzun vadeli programda hükümetin özürüler için aldığı önlemler şeklinde bir eylem planı hazırlanmıştır. Plan 7 alanda politikaların geliştirilmesine öncelik tanınmasını getirmektedir:

- a) Toplumda sıradan insanlar gibi yaşamaları,
- b) Özürülerin bağımsız yaşama kapasitelerinin geliştirilmesi,
- c) Engelsiz bir toplumun geliştirilmesi,
- d) Yaşam kalitesinin hedeflenmesi,

- e) Güvenli yerleşim alanları sağlanması,
- f) Psikolojik engellerin giderilmesi,
- g) Uluslararası işbirliği ve bilgi alışverişinin geliştirilmesi,

Japonya'da tüm hükümet kurumları ulusal, bölgesel ve daha alt düzeylerde bu yasal düzenlemeleri uygulamak zorundadır. Japonya'da bu yasaları uygulamak ve yönetmek amacıyla koordinasyon komitesi kurulmuştur. Temel Özürülüler Yasası'na göre Japonya'da bir merkez konseyi ve bir de yerel konsey kurulmuştur. Merkez Konsey'in görevi özürülülere yönelik önlemlerin temel plana uygun olarak hazırlanması ve bu amaca göre onaylanmasıdır (62).

Japonya'da hükümet meclise, özürülülerin mevcut durumu ve alınan önlemlere ilişkin her yıl bir rapor sunmakla yükümlüdür (62). Asgari oranda özürülü istihdamı için bir kota sistemi, işverenlerin bu konuda teşvik edilmesini sağlar. Özel firmalar, devlet ve yerel kamu örgütleri belirli bir oranda özürlüyü istihdam etmekle yükümlü kılınmıştır. Yasada öngörülenden daha fazla fiziksel engelli çalıştıran firmalara teşvik uygulanır ve vergi indirimi yapılır. 1998 yılında uygulanmaya başlayan sisteme göre özel sektörde işverenler %1.8 oranında özürülü kotasını gerçekleştirmekle yükümlüdür. Ulusal ve yerel kamu sektöründe bu oran %2.1'dir. Bu kotaya uymayan işverenler cezalandırılır ve buradan toplanan paralar özürülü istihdam eden işverenlere dağıtılır.

Özürülüler için konut yapımı ve konut yapımlarına erişimde öncelik tanınması amacıyla Konut ve Kentsel Gelişim Birliği tarafından özürülüler ve ailelerine özel dizayn edilmiş öncelikli olarak konut sağlanır. Hükümet Konut Kredi Birliği, özürülülere ev satın almaları veya yapmaları için kredi verir.

Görme, işitme ve fiziksel özürülülerin, hem özel eğitim okullarında, hem mesleki eğitim merkezlerinde ve hem de kariyer yapabilmeleri için liselerde eğitimlerini sürdürmelerini sağlayabilmek için gerekli önlemler sağlanmıştır. 1995 yılından bu yana eğitim özel sınıfları olan okullarda sürdürülmektedir (63).

Özürülüler için mesleki rehabilitasyon hizmeti, özürülülerin istihdamı için rehberlik büroları tarafından düzenlenir. 1999 tarihi itibarıyla, özürülü istihdamı: Devlet kurumlarında 12.004 kişi (%2.16), yerel örgütlerde 8.260 kişi (%2.43), belediyelerde 21.543 kişi (%2.44) ve özel kuruluşlarda 254.562 kişi (%1.49) olarak gerçekleştirilmiştir (63).

2.12. ENGELLİ BİREYE SAHİP AİLELERDE BAŞETME MEKANİZMALARI:

Engelli bir çocuğa sahip olmak, anne ve baba için bilinen ve umulan hayatın istemedikleri yönde değişmesi ile onları zorda bırakan ve yeniden yapılanmayı zorunlu kılan bir durumdur. Engelin özelliğine göre farklı beklentiler kurgulamasına rağmen yeniden ve hiç bilmediği ve bu anlamda sağlam referansları da olmadan bir geleceği kurgulamak durumundadır. Engelli çocuğa sahip ebeveynler hiç beklenilmeyen bir durumla karşılaşan ve bununla baş etme yollarını arayan bireylerdir. Kendine özgüveni, gerçeği değerlendirme yetileri, kendine ve yaşama dair destek mekanizmaları yüksek olan bireyler, bu durumla hızla baş edebilirler (48).

Birkaç başlık altında destek mekanizmalarını sınıflayabiliriz. İlk ve temel destek mekanizması kişinin kendisidir. Olaylara karşı direncini aktif olarak harekete geçirebilen, yardım gerektiğinde isteyebilen, yaşama dair her şeyin olasılık içinde olduğunu bilen, gerçeği değerlendiren, yoğun suçluluk duyguları geliştirmeyen, kendini önemli bulan bireylerin bu durumla daha güçlü baş etmeleri beklenir (48).

İkinci destek mekanizması sosyal destek mekanizmasıdır. Özellikle birbirlerini anlamaya çalışan ve yaşadıkları zorluklara saygı duyan bireylerin bulunduğu ailelerin durumla daha çabuk baş ederek bir çözüme ilerlediklerini görebiliriz. Eşlerin bu süreçte birbirlerini suçlamaları, suçu diğesinde ya da onun ailesinde aramaları, kendilerinin ve eşlerinde bir kusurun olduğunu düşünmeleri ve bu sebepten onu yargılamaları bireysel ve birlikte baş etmeyi zorlaştırır. Onun için özellikle eşler bu süreçte çocuğa konsantre olurken birbirlerini desteklemeleri, kararlarını, zorluklarını ve duygu ve düşüncelerini karşılıklı dinlemeleri, anlatmaları, baş etmelerinde kolaylık sağlar. Artan iş yükünü paylaşmaları aynı zamanda bu süreçte çok önemlidir.

Yine özellikle engelli çocuğun ailesinde bulunan yakın ya da uzak tanış ya da akrabaların maddi ve manevi destekleri, eleştirisiz onları kabulleri ve onların istekleri karşısında duyarlı olmaları azımsanmayacak büyük bir destek olur. Bu dönemde kadının ya da ailesinin gerek çocuklarına gerekse çocuklarının evlenmiş olduğu eşine dair olumsuz söz ve eleştirileri engelli çocuk ailesini zor durumda bırakır.

Bir diğerk destek mekanizması ise kişinin umutlarının ve hayallerinin olmasıdır. Geleceğe dair hayaller kurabilen bireyler sorunlarla daha kolay baş edebilirler.

Aynı zamanda hayattan kopmak yerine, üretmek ve hayatını güçlendirmeye yöneldiğinde de çocuğu ve kendi için daha kaliteli bir yaşam oluşturacaktır. Oysa birey

hayattan, kendinden umut keserse ve depresyonda kalmaya devam ederse geleceği sağlıklı oluşturması daha çok aksamaktadır.

Bir diğer destek mekanizması ise çevrenin, ailesinin ve bireyin kendisinin oluşturabileceği fiziksel ve maddi kaynaklardır. Engelli bir çocuğun tedavi sureci ve eğitimi çok pahalıdır. Bunun için ailenin maddi olarak güçlü olması ya da devletin gereken sosyal ve ekonomik destekleri oluşturması gereklidir. Engelli bir çocuğa sahip olabilecek riskli grup takip ediliyorsa, engelli bir çocuğun ve ailenin tüm sağlık masrafları devletçe sağlanabiliyorsa, engelli bireye yönelik şehir ve yaşadığı meknlar düzenlenmişse ve engelli bir çocuğa ailesi olmadan da yaşama şansı veriliyorsa ailenin engelle ve engelliliğin getirdiği durumla baş etmesi daha kolay olmaktadır.

Engelli ebeveynlerinin umutlarını korumaları, gerçeği doğru değerlendirmeleri, duygularını ve acılarını dostlarıyla paylaşmaları, sosyal desteklerin yerinde ve zamanında sağlanması halinde engelli bir durumla baş etmek; aileler için daha kolaydır (48).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN TİPİ

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne, Özürlü Sağlık Kurulu Raporu almak için, 01.01.2004 ile 30.06.2007 tarihleri arasında 601 olgu başvuru yapmıştı. Araştırmamız, bu olguların raporlarının, geriye dönük olarak incelenmesi neticesinde, kesitsel ve tanımlayıcı yöntemler kullanılarak yapılmıştır. Bu raporlar, her yıl için ayrı klasör oluşturularak arşivlenmişti. Çalışmamızda, bu dönem içinde tanzim edilen raporlar değerlendirmeye alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI SAĞLIK KURUMUNUN TANITILMASI VE BALTHAZARD FORMÜLÜ

Araştırmamızdaki olgular, Hastanemiz bünyesindeki Sağlık Kurulu'na başvuru yapanlardan meydana gelmektedir. Adli Tıp Anabilim Dalımız'ın başkanlığını yaptığı Sağlık Kurulu; İç Hastalıkları, Nöroloji, Göz, KBB ve Genel Cerrahi Anabilim Dalları'ndan oluşmaktaydı. Olgular, tarafımızca gerek görüldüğünde sayılanlar dışında diğer bölümlere de sevk edildiler. Böylece, bireylerdeki tüm arızaların değerlendirilmesi sağlanmış olup, hak kaybına uğranması önlenmiştir. Bu olgular, bölümler tarafından 'Özürülük Ölçütü Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmeliğe' uygun olarak muayene edilmiş/ettirilmiş, aldıkları tanılarının cetvele uygunluğu; Anabilim Dalımız tarafından kontrol edilip, puanları 'Balthazard Formülü' kullanılarak hesaplanmıştır.

Balthazard Formülü: En yüksek maluliyet oranının, kişinin çalışma gücü bütününden çıkarılıp, geriye kalan miktarın 2. sıradaki maluliyet oranı ile çarpılıp, bu çarpıma da en yüksek maluliyet oranının eklenmesidir.

3.3. UYGULANAN CETVELLER

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nce düzenlenen Özürlü Sağlık Kurulu Raporları'ndan 2004, 2005 ve 2006 tarihli olanları; 16 Temmuz 2006 tarihine kadar başvuru yaptıkları için, o tarihlerde yürürlükte olan; 18.03.1998 tarih ve 23290 sayılı Resmi Gazete'de yer alan "Özürlü Ölçütü Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Raporları Hakkındaki Yönetmelik"te yer alan maluliyet cetveli kullanılmıştır.

Başvurusu 16 Temmuz 2006 tarihinden sonra yapılan 2006 ve 2007 tarihli raporlar için ise; eskisi iptal edilip yeni uygulamaya konulan 16 Temmuz 2006 tarihli, 26230 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Özürlü Ölçütü Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmelik"te yer alan cetvel kullanılmıştır.

3.4. DEĞİŞKENLER

Araştırmanın uygulanmasında kullanılan değişkenler; başvuru tarihi, rapor numarası, hastanın yaşı, cinsiyeti, muayene sayısı, maluliyet yüzdesi, tanı aldıkları bölümler, raporun süresi, başvuru şekli (kişisel başvurular veya kurumca sevk edilen olgular), başvuru tarihi (16 Temmuz 2006 tarihi öncesi veya sonrası), maluliyet durumu gibi; 10 değişik veri değerlendirilmeye alınarak, bunlar ışığında frekans dağılım ve çapraz tabloları oluşturuldu.

3.5. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Olguların çoğunlukla amaçları, 2022 Sayılı Kanun gereği maluliyet ve özürlü maaşı için başvuru yapanlar, taşıt alımında ÖTV indiriminden, 193 Sayılı Yasa gereği Gelir Vergisi İndirimi'nden faydalanmak isteyenler, 506 Sayılı Yasa gereği SSK'dan veya, 1479 Sayılı Yasa gereği Bağ-Kur'dan emekli olabileceğini düşünenler, maluliyet oranı ölçüsünde Trafik Sigorta Fonu'ndan faydalanmak isteyenler veya diğer nedenlerle sağlık durumunu belgelemeyi arzu edenlerin başvurularından oluşmaktaydı.

Özürlü Sağlık Kurulu Raporu almak için başvuran olguların bir kısmı; daha önce başka sağlık kurumlarından da rapor almışlar, bu raporlardaki eksiklik veya çeşitli çelişkiler, uyumsuzluklar ve eksiklikler nedeniyle bağlı buldukları kurumlar tarafından, Hastanemiz'e sevk edilenleri de içermekteydi.

Dolayısıyla çalışmamız, tüm toplumdaki özürlü rakamları ve verilerini yansıtmayıp, yukarıda belirtilen kısıtlı bir grubu oluşturan olguların tanımlanması esas alınarak yapılmıştır.

3.6. VERİ DEĞERLENDİRME

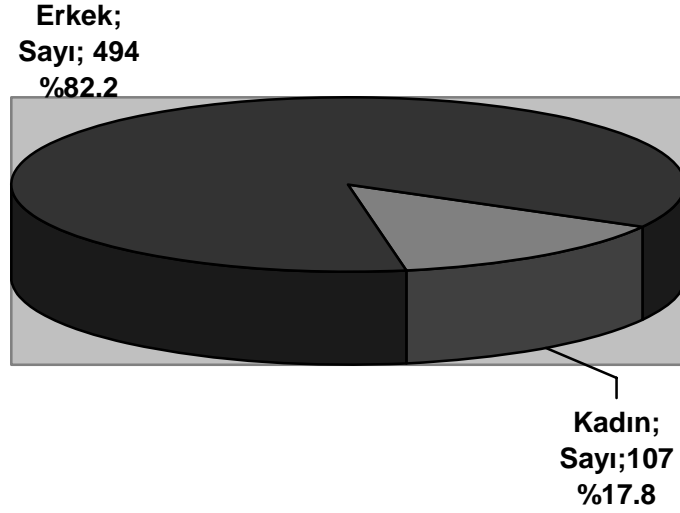
Özürlü Sağlık Kurulu Raporları incelendikten sonra, elde edilen bilgiler kodlanıp, bilgisayara girildi. Toplanan veriler, SPSS 13.0 analiz programı kullanılarak değerlendirildi. Bu değerlendirmede frekans, yüzde oranı, aritmetik ortalama ve standart sapma, ortanca değer, dağılım aralığı, Kolmogorov Simirnov testi, kesikli değerler için ki-kare, sürekli değişkenler için student t testi kullanıldı. Elde edilen çapraz tablo analiz sonuçlarından, $p=0.005$ 'in altındaki sonuçlar istatistik olarak anlamlı, $p=0.005$ 'in üstündeki değerler ise anlamsız olarak değerlendirildi.

4. BULGULAR

Olgularımızın toplamı 601 kişiydi. Bunların 494'ü (%82.2) erkek, 107'si (%17.8) kadındı (Tablo 1, Şekil 1). Olgulardan, erkeklerin en küçük 4, en büyük 75 yaşında, kadınların ise en küçük 1, en büyük 73 yaşında başvurdukları görüldü (Tablo 2, Tablo 8).

Tablo 1. Araştırmaya katılan olguların cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	494	82.2
Kadın	107	17.8
Toplam	601	100.0



Şekil 1. Araştırmaya katılan olguların cinsiyete göre dağılımı

Tablo 2. Yaş gruplarına göre olgu dağılımı

Yaş grubu	Olgu sayısı	Olgü yüzdesi
0–20	78	13.0
21–40	311	51.7
41–60	184	30.6
61–75	28	4.7
Toplam	601	100.0

Olguların %13'ü (78 kişi) 0–20 yaş grubunda, %51.7'si (311 kişi) 21–40 yaş grubunda, %30.6'sı (184 kişi) 41–60 yaş grubunda, %4.7'si (28 kişi) yaş grubundaydı. En çok başvuran 21–40 yaş grubu olup, olguların yarısından fazlasını oluşturuyordu (Tablo 2).

Tablo 3. Olguların başvuru tarihi ve cinsiyete göre dağılımı

Başvuru Yılı	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2004	96	78.7	26	21.3	122	100
2005	120	82.2	26	17.8	146	100
2006	198	82.8	41	17.2	239	100
2007*	80	85.1	14	14.9	94	100
Toplam	494	82.2	107	17.8	601	100

 $\chi^2:1.639$

p=0.651

*: Ocak-Temmuz ayları arasında

Raporlarını değerlendirmeye aldığımız 601 olgudan 2006 yılında erkeklerin 198 (%82.8), kadınların ise 41 (%17.2) olgu ile en sık başvurduğu yıl olarak gözlemlendi. Ocak 2004-Temmuz 2007 tarihleri arasında başvuran erkeklerin sayısı ve oranının her geçen yıl arttığı tespit edilmesine rağmen, olguların başvuru yıllarına göre dağılımı ve cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 3).

Tablo 4. Özürlü Sağlık Kurulu Raporu başvuru yıllarının yaş gruplarına göre dağılımı

Başvuru Yılları	Yaş grupları								Toplam	
	0-20		21-40		41-60		61-75			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2004	9	7.4	74	60.7	32	26.2	7	5.7	122	100
2005	13	8.9	81	55.5	44	30.1	8	5.5	146	100
2006	37	15.5	116	48.5	77	32.2	9	3.8	239	100
2007	19	20.2	40	42.6	31	33.0	4	4.3	94	100
Toplam	78	13.0	311	51.7	184	30.6	28	4.7	601	100

 $\chi^2:16.144$

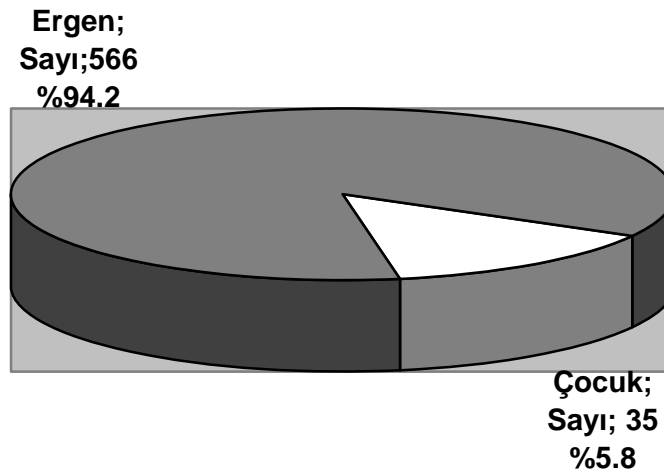
p=0.064

Yaş grubu ve başvuru yılları karşılaştırıldığında, 21-40 yaş grubunun tüm yıllarda en çok başvuran grup olduğu, 0-20 yaş grubu ve 41-60 yaş grubunda başvuruların her geçen sene arttığı görüldü. 61-75 yaş grubunun tüm yaş grupları arasında en az başvuru yapan grup olduğu tespit edildi (Tablo 4).

Tablo 5. Olguların çocuk ve ergen olma durumuna göre dağılımı

	Sayı	%
Çocuk	35	5.8
Ergen	566	94.2
Toplam	601	100.0

Olguların 35'inin (%5.8) çocuk, 566'sının (%94.2) ise ergen yaş grubunda olduğu gözlemlendi (Tablo 5, Şekil 2).



Şekil 2. Çocuk ve ergen olma durumuna göre olguların dağılımı

Tablo 6. Olguların başvuru amacı ve yıllara göre dağılımı

Başvuru Amacı	Başvuru yılı								Toplam Sayı
	2004		2005		2006		2007		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
2022*	115	28.4	125	30.9	128	31.6	37	9.1	405
ÖTV**	0	0	1	25	3	75	0	0	4
SSK***	0	0	7	12.3	35	61.4	15	26.3	57
Vergi ind****	7	21.9	8	25	16	50.0	1	3.1	32
Tr.sigorta	0	0	1	1.4	36	52.2	32	26.5	34
Bağ-Kur	0	0	4	11.8	21	61.8	9	46.4	69
Toplam	122	20.3	146	24.3	239	39.8	94	15.6	601

$\chi^2:159.577$

$p=0.000$

* :2022 Sayılı Kanun Gereği Malulen Emeklilik ve Özürlü aylığı için başvuranlar.

** :Araba alımında Özel Tüketim Vergisi indiriminden faydalanmak isteyenler.

*** :506 Sayılı SSK Kanunu gereği malulen emeklilik için başvuranlar.

****:193 Sayılı Vergi Kanunundan faydalanmak isteyenler.

Olguların başvuru amacı ve yıllara göre dağılımı incelendi. Tüm yıllarda, malulen emeklilik için başvuranların en fazla olduğu, malulen emeklilik için; 2006 yılında 128 olgu (%31.6) ile en fazla başvurunun yapıldığı, 2004 yılında özel tüketim vergisi indirimi, 506 sayılı SSK Kanunu, trafik sigortası ve Bağ-Kur Kanunu için başvuru olmadığı, 2006 ve 2007 yıllarında trafik sigortası, Bağ-Kur ve SSK için başvuruların anlamlı olarak arttığı tespit edildi. Olguların yıllara ve başvuru amacına göre dağılımı istatistik olarak anlamlıydı (Tablo 6).

Tablo 7. Özür yüzdesi gruplarına göre olgu dağılımı

Özür Yüzdesi	Olgu sayısı	%
0-20	75	12.5
21-39	81	13.5
40-70	240	39.9
71-100	205	34.1
Toplam	601	100.0

Raporlarda maluliyet oranları 4 gruba ayrıldı. Maluliyet oranı 0-20 olan grup, 75 olgu (%12.5) ile en küçük dilimi oluşturuyordu. En büyük grubu oluşturanlar ise, 240 olgu (%39.9) ile 40-70 arası özürlülük puanı aldılar (Tablo 7).

Tablo 8. Olguların muayene sayısı, maluliyet yüzdesi, tanı sayıları ve yaşlarına göre frekans dağılımı

	En az	En çok	Ortalama	Standart sapma
Muayene sayısı	2	11	6.47	1.18
Maluliyet yüzdesi	0	100	55.85	26.00
Tanı sayısı	1	4	2.24	1.05
Yaş	1	75	35.56	14.18

Olguların en küçüğü 1, en büyüğü 75 yaşındaydı. Rapor alanların yaş ortalaması 35.56 ± 14.18 idi. Olgular en az 2, en çok 11 farklı poliklinikte muayene oldular, muayene sayısı ortalaması 6.47 ± 1.18 idi. Olguların raporlarda aldıkları maluliyet oranı en az 0, en çok 100 idi, maluliyet oranı ortalaması 55.85 ± 26.00 idi. Tanı sayısı ortalaması 2.24 ± 1.05 bulundu (Tablo 8).

Tablo 9. Başvuru amacına göre olguların dağılımı

Başvuru Amacı	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
2022*	316	78.0	89	22.0	405	67.4
ÖTV**	3	75.0	1	25.0	4	0.4
SSK ***	55	96.5	2	3.5	57	9.5
Vergi indirimi****	30	93.8	2	6.3	32	5.3
Trafik sigortası	58	84.1	11	15.9	69	11.5
Bağ-Kur emekli	32	94.1	2	5.9	34	5.7
Toplam	494	82.2	107	17.8	601	100.0

$\chi^2:19.301$

$p:0.002$

* :2022 Sayılı Kanun Gereği Malulen Emeklilik ve Özürlü aylığı için başvuranlar.

** :Araba alımında Özel Tüketim Vergisi indiriminden faydalanmak isteyenler.

*** :506 Sayılı SSK Kanunu gereği malulen emeklilik için başvuranlar.

****:193 Sayılı Vergi Kanunundan faydalanmak isteyenler.

Toplam 601 olgunun 405'i (%67.4) 2022 Sayılı Kanuna göre Maluliyet ve Özürlü aylığından faydalanmak, 4'ü (%0.4) araba alımında Özel Tüketim Vergisi indiriminden faydalanmak, 57'si (%9.5) 506 sayılı SSK Kanunu gereğince emeklilik, 32'si (%5.3) 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu'ndan faydalanmak, 69'u (%11.5) Trafik Sigortası'ndan faydalanmak, 34'ü (%5.7) ise Bağ-Kur Kanunu'ndan faydalanarak emekliliğe hak kazanabilmek için başvurular (Tablo 9).

Tablo 10. Raporların yaş grupları ve başvuru amacına göre dağılımı

Yaş Grupları	Başvuru amacı												Toplam	
	2022		ÖTV İndirimi		SSK		Maliye vergi ind		Trafik sigortası		Bağ-Kur			
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
0-20	47	60.3	3	3.8	3	3.8	3	3.8	17	21.8	5	6.4	78	100
21-40	223	71.7	0	0	23	7.4	20	6.4	32	10.3	13	4.2	311	100
41-60	119	64.7	1	0.5	25	13.6	9	4.9	19	10.3	11	6.0	184	100
61-75	16	57.1	0	0	6	21.4	0	0	1	3.6	5	17.9	28	100
Toplam	405	67.4	4	0.7	57	9.5	32	5.3	69	11.5	34	5.7	601	100

$\chi^2:48.381$

$p=0.000$

Özürlü Sağlık Kurulu Raporu almak için başvuranların yaş grubu ve başvuru amacına göre dağılımı incelendi. Tüm yaş gruplarında en sık 2022 sayılı malulen emeklilik için başvuru yapılmıştı. Malulen emeklilik için en sık başvuru yapılan yaş grubu 21-40 idi. SSK Kanunu'na emeklilik için başvuranlar en sık 25 olgu ile 41-60 yaş grubundaydı. Vergi indiriminden yararlanmak için rapor almak isteyenler 20 olgu, trafik sigortası'ndan faydalanmak isteyenler 32 olgu, Bağ-Kur Kanunu gereği emekli olmak isteyenlerin ise 13 olgu ile en sık 21-40 yaş grubunda olduğu tespit edildi. Raporların yaş grubu ve başvuru amacına göre dağılımının istatistik olarak anlamlı olduğu gözlemlendi (Tablo 10).

Tablo 11. Olguların tanı aldıkları bölümlere göre dağılımı

Tanı grubu	Olgu sayısı	%
İç Hast.	113	18.8
Çocuk	25	4.2
Nöroloji	164	27.3
Kas-eklem	93	15.5
Cerrahi*	11	1.8
KBB**	22	3.7
Göz	97	16.1
Psikiyatri	79	12.6
Toplam	601	100

* :Genel cerrahi, üroloji, plastik cerrahi, beyin cerrahi, kalp ve damar cerrahisi

** :Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Sağlık Kurulu Raporu için başvuran olguların polikliniklerden aldıkları tanılarının frekans analizi yapıldı. En çok tanı verilen bölüm 164 (%27.3) ile nöroloji, en az tanı alınan grup ise 11 (%1.8) kişiyle yukarıda belirtilen cerrahi bölümlerden oluşuyordu (Tablo 11).

Tablo 12. Raporların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş Grupları	Cinsiyet				Toplam		
	Erkek		Kadın				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	%
0-20	54	69.2	24	30.8	78	13.0	100
21-40	264	84.9	47	15.1	311	51.7	100
41-60	155	84.2	29	15.8	184	30.6	100
61-75	21	75	7	25	28	4.7	100
Toplam	494	82.2	107	17.8	601	100	100

$\chi^2:12.015$

$p:0.007$

Erkeklerin 264 olgu (%84.9) ile en sık 21-40 yaş grubunda, kadınların ise en sık 0-20 yaş grubunda, 24 olgu (%30.8) ile başvurdukları gözlemlendi. Yaş grupları ve cinsiyet arasında anlamlı bir dağılım vardı (Tablo 12).

Tablo 13. Başvuranların eski ve yeni özürlü cetveli ve cinsiyete göre dağılımı

Başvuru Tarihi	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eski *	316	81.0	74	19.0	390	100
Yeni **	178	84.4	33	15.6	211	100
Toplam	494	82.2	107	17.8	601	100

$\chi^2:1.040$

$p=0.308$

* :Resmi Gazete'nin 18.03.1998 tarih, 23290. sayısında yer alan "Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik"

** :Resmi Gazete'nin 16.07.2006 tarih, 26230. sayısında yer alan "Özürlülük Ölçütü Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik"

Olgulardan eski cetvele göre başvuranların 316'sı (%81.0) erkek, 74'ü (%19.0) kadındı. Yeni cetvele göre başvuranların 178'i (%84.4) erkek, 33'ü (%15.56) kadındı. Olguların eski ve yeni cetvellere göre dağılımı ve cinsiyetleri arasında istatistik olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo 13).

Tablo 14. Eski ve yeni özürlü cetveliyle başvuru amacına göre olguların dağılımı

Özürlü Maluliyet Cetveli	Başvuru Amacı												Toplam
	2022		ÖTV indirimi		SSK		Maliye vergi ind.		Trafik sigortası		Bağ-Kur		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eski*	314	80.5	2	0.5	23	5.9	22	5.6	15	3.8	14	3.6	390
Yeni**	91	43.1	2	0.3	34	16.1	10	4.7	54	25.6	20	9.5	211
Toplam	405	67.4	4	0.7	57	9.5	32	5.3	69	11.5	34	5.7	601

x²:108.856

p=0.000

* :Resmi Gazete'nin 18.03.1998 tarih, 23290. sayısında yer alan "Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik"

** :Resmi Gazete'nin 16.07.2006 tarih, 26230. sayısında yer alan "Özürlülük Ölçütü Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik"

Tablo 14 incelendiğinde: Olguların 390'ı 16 Temmuz 2006'dan önceki başvurularıdır. Bunların 314'ü (%80.5) 2022 sayılı Kanun gereği malulen emeklilik için başvuran en büyük grubu oluşturdu. Eski listeye göre başvuran grubun en küçük dilimini ise, 2 olgu ile Özel Tüketim Vergisi indirimi için başvuranların oluşturduğu görüldü.

16 Temmuz 2006 sonrası başvuranlar 211 olguydu. Bunların yine en büyük oranını 91 olgu ile 2022 sayılı Kanun'dan faydalanmak için başvuranlar, en küçük dilimini yine 2 olguyla Özel Tüketim Vergisi'nden yararlanmak isteyenler oluşturdu. Olguların eski ve yeni listeye göre dağılımı incelendiğinde: SSK Kanunu gereği emeklilik için başvuruların 23'ten 34'e yükseldiği, trafik sigortasından yararlanmak isteyenlerin 15'ten 54'e, Bağ-Kur Kanunu'nca emekli olmak isteyenlerin ise 14'ten 20'ye yükseldiği tespit edildi (Tablo 14).

Tablo 15. Malulen emekli olmasına karar verilenlerin cinsiyetlerine göre dağılımı

Malulen Emekli	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olan	180	81.8	40	18.2	220	36.6
Olmayan	314	82.4	67	17.6	381	63.4
Toplam	494	82.2	107	17.8	601	100.0

x²:0.034

p=0.854

Özürlü Sağlık Kurulu Raporu sonucuna göre özürlülük oranı %70 ve yukarısında bulunan 220 (%36.6) olgunun malulen emekli olmasına karar verildi. Malulen emekli olanların 180'i (%81.8) erkek, 40'ı (%18.2) kadındı. Malulen emekli olmayanlar 381 kişiydi, bunların 314'ü (%82.4) erkek, 67'si (%17.6) kadındı. Malulen emekliliğe hak kazananların erkek veya kadın olması arasında anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 15).

Tablo 16. Özürlü sağlık kurulu raporu için başvuruların eski ve yeni özürlü cetveli ve malulen emekli olmasına göre dağılımı

Başvuru Tarihi	Malulen emeklilik durumu				Toplam	
	Olan	%	Olmayan	%	Sayı	%
Eski*	139	35.6	251	64.4	390	100
Yeni**	81	38.4	130	61.6	211	100
Toplam	220	36.6	381	63.4	601	100

x²:0.445

p=0.505

* :Resmi Gazete'nin 18.03.1998 tarih, 23290. sayısında yer alan "Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik"

** :Resmi Gazete'nin 16.07.2006 tarih, 26230. sayısında yer alan "Özürlülük Ölçütü Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik"

Eski cetvele tabi olanların 139'una (%35.6) malulen emeklilik kararı verilirken, 251'i (%64.4) emekli oranına ulaşamadı. Yeni cetvele göre başvuran 211 olgunun 81'ine (%38.4) malulen emeklilik kararı verilirken, 130'u (%61.6) emekli olamadı. Eski ve yeni cetvele göre başvuran olguların malulen emekli olmaları arasında anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 16).

Tablo 17. Raporların maluliyet durumu ve başvuru amacına göre dağılımı

Başvuru Amacı	Maluliyet durumu				Toplam	
	Olan		Olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2022	159	39.3	246	60.7	405	100
ÖTV ind.	3	75.0	1	25.0	4	100
SSK	26	45.6	31	54.4	57	100
Vergi indirimi	6	18.8	26	81.2	32	100
Trafik sigortası	5	7.2	64	92.8	69	100
Bağ-Kur	21	61.8	13	38.2	34	100
Toplam	220	36.6	381	63.4	601	100

x²:45.063

p=0.000

En az başvuruyu 4 olgu ile Özel Tüketim Vergisi indirimi için başvuranlar oluşturdu. Fakat bu gruptan başvuranların 3'ü en yüksek özürlülük oranına ulaştı. En düşük özürlülük oranı grubunu ise 69 olgudan 5'inin (%7.2) malul kabul edildiği trafik sigortası için başvurular oluşturdu. Analiz sonucu elde edilen veriler yapılan istatistikler neticesinde anlamlıydı (Tablo 17).

Tablo 18. Malulen emeklilik kararı alınanların teşhis bölümündeki tanı sayısına göre dağılımı

Malulen Emekli	Tanı sayısı								Toplam	
	1 tanı	%	2 tanı	%	3 tanı	%	4 tanı	%		
Olan	51	23.2	63	28.6	47	21.4	59	26.8	220	100
Olmayan	126	33.1	134	35.2	84	22.0	37	9.7	381	100
Toplam	177	29.5	197	32.8	131	21.8	96	16.0	601	100

x²:32.029

p=0.000

Rapor almak için başvuranlar arasında 220 olgu için malulen emeklilik kararı verildi. Bu olguların çoğunluğunu 2 (%28.6) bölümden tanı alanlar oluşturdu. Daha sonraki grubu birbirinden farklı organ, doku, sistem arızası yönünden 4 tanı alanlar (%26.8) oluşturuyordu. Malulen emeklilik kararı verilmeyenler ise 381 olguydu. Bunlar ağırlıklı olarak 2 tanı (%35.2) aldılar, sonraki grubu 1 tanı alanlar (%33.1) oluşturuyordu. Malulen emekli olan ve olmayanların polikliniklerden aldıkları tanı sayısına göre dağılımlarının istatistik olarak anlamlı olduğu tespit edildi (Tablo 18).

Tablo 19. Olguların başvuru amacı ve sevk şekline göre dağılımı

Başvuru Amacı	Nasıl sevk edildiği				Toplam	
	Kişisel		Kurum			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2022	280	69.1	125	30.9	405	100
ÖTV	3	75.0	1	25	4	100
SSK	6	10.5	51	89.5	57	100
Vergi ind.	10	31.3	22	68.8	32	100
Tr.Sigorta	64	92.8	5	7.2	69	100
Bağ-Kur	19	55.9	15	44.1	34	100
Toplam	382	63.6	219	36.4	601	100

x²:115.559

p=0.000

Sağlık Kurulu Raporu almak isteyenlerin 382'si (%63.6) kişisel olarak başvuru yapanlardan, 219'u (%36.4) ise bağlı buldukları kurumca sevk edilenlerden oluşuyordu. En çok başvuru 405 kişiyle, 2022 sayılı Kanun gereği malulen emeklilik için yapıldı. Bu olguların 280'i (%69.1) kişisel olarak başvururken, 125'i (%30.9) ise kurumu tarafından sevk edilmişti. Trafik sigortası için başvuran 69 olgunun 64'ü (%92.8) kişisel olarak başvuru yaparken, 5'i (%7.2) bağlı bulunduğu sigorta şirketi tarafından sevk edildi. En az kişisel başvuruyu %10.5 ile SSK Kanunu gereği emeklilikten yararlanmak isteyenler oluşturuyordu (Tablo 19).

Tablo 20. Eski ve yeni özürlü maluliyet cetveline göre başvuranların, raporun sürekliliğine göre dağılımı

Maluliyet Raporu	Raporun sürekliliği						Toplam	
	Sürekli olan		Sürekli olmayan		Süresi belirsiz		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Eski	250	64.1	66	16.9	74	19.0	390	100
Yeni	180	85.3	31	14.7	0	0	211	100
Toplam	430	71.5	97	16.1	74	12.3	601	100

 $\chi^2:49.064$ $p=0.000$

Eski maluliyet cetveline göre başvuranlar 390 kişiden oluşuyordu. Bunların 250'sinin (%64.1) raporu "sürekli"yken, 74 (%19.0) olgunun rapor süresi belirsizdi. Hâlbuki 211 kişiden oluşan yeni cetvele göre başvuranların 180'i(%85.3) "sürekli" rapor alırken, süresi belirsiz rapor yoktu. Yeni cetvelde sürekli olmayan raporlarda eski cetvele oranla daha düşüktü. Eski ve yeni cetvele göre başvuru sayısının rapor süresine göre dağılımının anlamlı olduğu tespit edildi (Tablo 20).

Tablo 21. Çocuk ve ergenlerin başvuru amacına göre dağılımı

Başvuru Amacı	Çocuk (0-17 yaş olgular)		Ergen (18 yaş üstü olgular)		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2022	18	4.4	387	95.6	405	100
ÖTV	3	75.0	1	25.0	4	100
506	0	0	57	100.0	57	100
193	2	6.2	30	93.8	32	100
Trafik Sigorta	10	14.5	59	85.5	69	100
Bağ-Kur	2	5.9	32	94.1	34	100
Toplam	35	5.8	566	94.2	601	100

 $\chi^2:49.296$ $p=0.000$

Çocukların 18'i ve ergenlerin 387'sinin en sık 2022'den faydalanmak için başvurduğu, çocukların doğası gereği 506 sayılı SSK Kanunu için hiç başvuru yapmazken, ergenlerin de en az olarak 1 olgu ile araba alımında Özel Tüketim Vergisi indirimi için başvurduğu tespit edildi. Çocuk ve ergenlerin başvuru amacına göre dağılımı istatistik olarak anlamlıydı (Tablo 21).

Tablo 22. Özürlü sağlık kurulu raporlarının maluliyet yüzdesi ve aldıkları tanı sayısına göre dağılımı

Maluliyet Yüzde Grupları	Tanı sayısı								Toplam	
	1 tanı		2 tanı		3 tanı		4 tanı			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-20	35	46.7	23	30.7	12	16.0	5	6.7	75	100
21-39	14	17.3	38	46.9	24	29.6	5	6.2	81	100
40-70	84	35.0	75	31.3	51	21.3	30	12.5	240	100
71-100	44	21.5	61	29.8	44	21.5	56	27.3	205	100
Toplam	177	29.5	197	32.8	131	21.8	96	16.0	601	100

 $\chi^2:55.095$

p=0.000

Raporların maluliyet yüzdeleri gruplandırıldığında ve polikliniklerden aldıkları tanı sayıları ile dağılımı incelendiğinde; 0–20 yüzdeler grubunun en büyük diliminin 35 olguya (%46.7) bir tanı aldığı saptandı. 0-20 ve 21-39 yüzdeler grupları oluşturan dilimlerde ise dörder tanı alanların en küçük grupları oluşturduğu görüldü. Maluliyet yüzde grupları ve tanı sayıları dağılımının istatistik olarak anlamlı olduğu tespit edildi (Tablo 22).

Tablo 23. Olguların malulen emeklilik durumları ve tanı gruplarına göre dağılımı

Tanı Grupları	Malulen emekli				Toplam	
	Olan		Olmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İç Hast.	49	43.4	64	56.6	113	100
Çocuk	14	56.0	11	44.0	25	100
Nöroloji	61	37.2	103	62.8	164	100
Kas-Eklem	10	10.8	83	89.2	93	100
Cerrahi	2	18.2	9	81.8	11	100
KBB	5	22.7	17	77.3	22	100
Göz	37	38.1	60	61.9	97	100
Psikiyatri	42	55.3	34	44.7	76	100
Toplam	220	36.6	381	63.4	601	100

 $\chi^2:48.020$

p=0.000

Tanı gruplarının malulen emeklilik durumlarına göre dağılımı incelendiğinde: En çok tanı alan bölüm 164 kişiyle nörolojiydi. Çocuk bölümünden tanı alan 14 (%56.0) olgunun, oran olarak en çok malullük kararı verilen bölüm olduğu görüldü. Oran olarak en az cerrahi bölümlerden tanı alan 2 olguya malulen emeklilik kararı verilmişti (Tablo 23).

Tablo 24. Olguların yaş grubu ve malulen emekliliklerine göre dağılımı

Yaş Grupları	Malulen emekli				Toplam
	Olan		Olmayan		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
0-20	34	15.5	44	11.5	78
21-40	98	44.5	213	55.9	311
41-60	77	35.0	107	28.1	184
61-75	11	5.0	17	4.5	28
Toplam	220	100	381	100	601

 $\chi^2:7.383$

p=0.061

Olguların yaş grupları ve maluliyetlerine göre dağılımı istatistik olarak anlamlı değildi (Tablo 24).

Tablo 25. Tanı gruplarının eski ve yeni özürlü maluliyet cetveline göre dağılımı

Tanı Grupları	Başvuru tarihi				Toplam	
	Eski		Yeni		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
İç Hast.	62	15.9	51	24.2	113	18.8
Çocuk	4	1.0	21	10.0	25	4.2
Nöroloji	121	31.0	43	20.4	164	27.3
Kas-Eklem	36	9.2	57	27.0	93	15.5
Cerrahi	7	1.8	4	1.9	11	1.8
KBB	14	3.6	8	3.8	22	3.7
Göz	82	21.0	15	7.1	97	16.1
Psikiyatri	64	16.4	12	5.7	76	12.6
Toplam	390	100.0	211	100.0	601	100.0

 $\chi^2:93.789$

p=0.000

Eski ve yeni cetvele tabi raporların, tanı gruplarına göre dağılımı incelendiğinde: Eski cetvele göre 4 çocuğun başvurduğu, yeni cetvelde bu sayının 21'e yükseldiği, en çok artışın çocuklarda görüldüğü; nörolojiden tanı alanlar eski cetvelde 121 (%31.0) olgu ile en fazla iken, yeni listede 43'e (%20.4) düştüğü gözlemlendi. Kas-eklem hastalıkları yeni cetvelde en fazla tanı alan (%27.0) grubu oluşturdu. Raporların başvuru tarihi ve tanı gruplarına göre dağılımı istatistik olarak anlamlı bulundu (Tablo 25).

Tablo 26. Tanı gruplarının raporun sürekliliğine göre dağılımı

Tanı Grupları	Sağlık kurulu raporunun sürekliliği						Toplam	
	Sürekli		Sürekli olmayan		Süresi belirsiz			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İç Hast.	83	73.5	24	21.2	6	5.3	113	100
Çocuk	20	80.0	5	20.0	0	0	25	100
Nöroloji	118	72.0	28	17.1	18	11.0	164	100
Kas-Eklem	75	80.6	18	19.4	0	0	93	100
Cerrahi	8	72.7	2	18.2	1	9.1	11	100
KBB	14	63.6	1	4.5	7	31.8	22	100
Göz	59	60.8	14	14.4	24	24.7	97	100
Psikiyatri	53	69.7	5	6.6	18	23.7	76	100
Toplam	430	71.5	97	16.1	74	12.3	601	100

 $\chi^2:55.561$ $p=0.000$

Raporların tanı grupları ve süreklilikleri incelendi. Oransal olarak en fazla “sürekli” ibareli rapor alan tanı grubunun kas-eklem hastalıkları grubu olduğu görüldü. Yetmiş beş (%80.6) olgu “sürekli” ibareli rapor alırken, bu grupta süresi belirsiz rapor alan bulunmadığı tespit edildi. Çocuk olgularda benzer şekilde 20 (%80.0) olgu ile en çok “sürekli” raporu verilmişken, rapor süresi belirsiz olgu yoktu. Tanı gruplarının rapor süresine göre dağılımının istatistik olarak anlamlı olduğu tespit edildi (Tablo 26).

Tablo 27. Özürlü sağlık kurulu raporlarının maluliyet yüzdesi grubu ve rapor sürekliliğine göre dağılımı

Maluliyet Yüzdesi	Raporun sürekliliği						Toplam	
	Sürekli		Sürekli değil		Süresi belirsiz			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-20	48	64.0	24	32.0	3	4.0	75	100
21-39	54	66.7	14	17.3	13	16.0	81	100
40-70	152	63.3	47	19.6	41	17.1	240	100
71-100	176	85.9	12	5.9	17	8.3	205	100
Toplam	430	71.5	97	16.1	74	12.3	601	100

 $\chi^2:48.206$ $p=0.000$

Maluliyet yüzdesi gruplarından en fazla “sürekli” ibareli rapor alanlar, %71-100’lik dilimi oluşturanlar olup, sürekli olmayan raporların en çoğunu ise %0-20’lik gruptaki olgular oluşturdu. Rapor süresi belirtilmeyen olguların yüzde grubu en fazla %40-70’lik dilimde; %17.1’lik bir orana ulaştı. Olguların maluliyet yüzdesi ve raporun sürekliliğine göre dağılımının anlamlı olduğu görüldü (Tablo 27).

Tablo 28. Yaş grupları ve olguların tanı sayısına göre dağılımı

Yaş Grupları	Tanı sayısı								Toplam	
	1 tanı	%	2 tanı	%	3 tanı	%	4 tanı	%	Sayı	%
0–20	28	35.9	20	25.6	21	26.9	9	11.5	78	100
21–40	99	31.8	118	37.9	64	20.6	30	9.6	311	100
41–60	47	25.5	52	28.3	39	21.2	46	25.0	184	100
61–75	3	10.7	7	25.0	7	25.0	11	39.3	28	100
Toplam	177	29.5	197	32.8	131	21.8	96	16.0	601	100

 $\chi^2:40.377$ $p=0.000$

Olguların yaş gruplarının, polikliniklerden aldıkları tanıların sayılarına dağılımı incelendiğinde: 0–20 yaş grubunda 1 tanı alanlar, 28 (%35.9) olgu ile en fazla iken, bu yaş grubunda tanı sayısı arttıkça, olgu sayısı aritmetik olarak azalıyordu. 21–40 ve 41–60 yaş grupları en çok 2 tanı aldılar. Bir tanı alan 61–75 yaş grubunda 3 olgu (%10.7) bulunduğu, bu yaş grubunda tanı sayısı arttıkça olgu sayısının arttığı görüldü. Yaş grubu ve tanı sayısı dağılımı istatistik olarak anlamlıydı (Tablo 28).

Tablo 29. Olguların yaş grupları ve raporların sürekliliğine göre dağılımı

Yaş Grupları	Raporun sürekliliği						Toplam	
	Sürekli		Sürekli olmayan		Süresi belirsiz		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
0–20	68	87.2	9	11.5	1	1.3	78	100
21–40	222	71.4	45	14.5	44	14.1	311	100
41–60	126	68.5	35	19.0	23	12.5	184	100
61–75	14	50.0	8	28.6	6	21.4	28	100
Toplam	430	71.5	97	16.1	74	12.3	601	100

 $\chi^2:20.367$ $p=0.002$

Tablo 29 incelendiğinde; “sürekli” raporu alan en fazla 0-20 yaş arası olgulardı. Yaş yükseldikçe “sürekli” raporu alanların oranı giderek azalırken, “sürekli” ibareli raporların oranı artıyordu. Raporlardaki yaş gruplarının rapor süresine göre dağılımı istatistik olarak anlamlıydı.

Tablo 30. Tanı gruplarının yaş gruplarına göre dağılımı

Tanı Grupları	Yaş grupları								Toplam	
	0-20		21-40		41-60		61-75			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İç Hast.	1	1.3	53	17.0	51	27.7	8	28.6	113	18.8
Çocuk	25	32.1	0	0	0	0	0	0	25	4.2
Nöroloji	15	19.2	97	31.2	46	25.0	6	21.4	164	27.3
Kas-Eklem	19	24.4	48	15.4	22	12.0	4	14.3	93	15.5
Cerrahi	0	0	5	1.6	6	3.3	0	0	11	1.8
KBB	4	5.1	11	3.5	7	3.8	0	0	22	3.7
Göz	7	9.0	48	15.4	33	17.9	9	32.1	97	16.1
Psikiyatri	7	9.0	49	15.8	19	10.3	1	3.6	76	12.6
Toplam	78	100.0	311	100.0	184	100.0	28	100.0	601	100.0

 $\chi^2:218.639$ $p=0.000$

Raporların yaş grupları ve tanı gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; 0-20 yaş grubunda doğal olarak en sık çocuk hastalıklarından tanı alanlar bulunuyordu. Yaş grubu 21-40 olanlarda ise en sık nörolojik hastalıklardan tanı alanlar, 41-60 yaş grubunu iç hastalıklarından, 61-75 yaş grubunu ise en sık göz hastalıklarından tanı alanlar oluşturuyordu. Yaş grubu ve tanı grupları dağılımı istatistik olarak anlamlıydı (Tablo 30).

Tablo 31. Olguların cinsiyet ve tanı gruplarına göre dağılımı

Tanı Grupları	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İç Hast.	99	20.0	14	13.1	113	18.8
Çocuk	16	3.2	9	8.4	25	4.2
Nöroloji	142	28.7	22	20.6	164	27.3
Kas-Eklem	74	15.0	19	17.8	93	15.5
Cerrahi	9	1.8	2	1.9	11	1.8
KBB	18	3.6	4	3.7	22	3.7
Göz	74	15.0	23	21.5	97	16.1
Psikiyatri	62	12.6	14	13.1	76	12.6
Toplam	494	100.0	107	100.0	601	100

 $\chi^2:12.854$ $p=0.076$

Olguların cinsiyet ve tanı gruplarına göre dağılımı incelendi. Erkekler 142 (%28.7) olgu ile en sık nöroloji bölümünden, en az tanıyı cerrahi bölümlerden aldılar. Kadınlar 23 (%21.5) olgu ile en sık göz bölümünden, en az cerrahi bölümlerden tanı aldılar (Tablo 31).

Tablo 32. Çocuk raporlarının (0–17 yaş arası) yıllara ve cinsiyete göre dağılımı

Başvuru Yılları	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek çocuk		Kız çocuk		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
2005	1	50.0	1	50.0	2	100
2006	11	55.0	9	45.0	20	100
2007	8	61.5	5	38.5	13	100
Toplam	20	57.1	15	42.9	35	100

 $\chi^2:0.182$ $p=0.913$

Çocukların cinsiyet ve rapor yıllarına göre dağılımı incelendiğinde: Başvuru yapan erkek çocukların oranı, her geçen yıl artarken, kız çocuklarının oranı ise azalıyordu. Fakat kız ve erkek çocukların yıllara göre dağılımında; istatistik olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 32).

Tablo 33. Çocukların cinsiyetlerine ve maluliyet oranına göre dağılımı

Maluliyet oranına	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek çocuk		Kız çocuk		Çocuk	%
Ulaşan	7	43.8	9	56.3	16	100
Ulaşmayan	13	68.4	6	31.6	19	100
Toplam	20	57.1	15	42.9	35	100

 $\chi^2:2.159$ $p=0.142$

Rapor almak için getirilen erkek çocuklardan 7'sinin (%43.8), kızlardan ise 9'unun (%56.3) ağır özürlü olduğuna karar verildi. Çocukların özür durumları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 33).

Tablo 34. Çocukların maluliyet oranı ve rapor süresine göre dağılımı

Maluliyet oranına	Raporun süresi				Toplam	
	Sürekli		Sürekli olmayan		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Ulaşan	14	87.5	2	12.5	16	100
Ulaşmayan	15	78.9	4	21.1	19	100
Toplam	29	82.9	6	17.1	35	100

 $\chi^2:0.447$ $p=0.504$

Sağlık Kurulu Raporu için başvuru yaptırılan çocuklardan ağır özürlü olan 16 olgudan, 14'ünün (%87.5) raporlarının "sürekli" olduğu tespit edildi. Bu tablodaki dağılım istatistik olarak anlamlı değildi (Tablo 34).

Tablo35. Olguların aldıkları tanıların başvuru yaptıkları yıllara göre dağılımı

Tanı grupları	Başvuru yılı								Toplam
	2004		2005		2006		2007		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İç Hast.	9	7.4	32	21.9	52	21.8	20	21.3	113
Çocuk	0	0	1	0.7	17	7.1	7	7.4	25
Nöroloji	39	32.0	48	32.9	56	23.4	21	22.3	164
Kas-Eklem	4	3.3	9	6.2	50	20.9	30	31.9	93
Cerrahi	2	1.6	2	1.4	5	2.1	2	2.1	11
KBB	6	4.9	5	3.4	7	2.9	4	4.3	22
Göz	36	29.5	26	17.8	28	11.7	7	7.4	97
Psikiyatri	26	21.3	23	15.8	24	10.0	3	3.2	76
Toplam	122	20.3	146	24.3	239	39.8	94	15.6	601

 $\chi^2:111.770$ $p=0.000$

Olguların başvuru yılı ve tanı gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; 2004 yılında nöroloji bölümünün % 32.0 ile, 2005 yılında %32.9 ile, 2006 yılında %23.4 ile ve 2007 yılında %22.3 ile en sık tanı verilen bölüm olduğu; 2004 ve 2005 yıllarında en az tanının çocuk bölümünden verildiği tespit edilmiştir. Tüm yıllarda en az tanı verilen iki bölümün, cerrahi ve KBB olduğu gözlemlendi. 2004 yılında 122 olan olgu sayısı, 2005 yılında 146'ya, 2006 yılında ise 239'a yükselmiş olup, 2007 yılının ilk 6 ayında ise 94'tür. Tanı gruplarının, başvuru yıllarına göre dağılımı anlamlı bulundu (Tablo 35).

Tablo 36. Olguların eski ve yeni cetvel ile malulen emeklilik ve cinsiyete göre dağılımı

Özürlülük Cetveli	Malulen emekli	Erkek		Kadın		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eski	Olan	114	82.0	25	18.0	139	100
	Olmayan	202	80.5	49	19.5	251	100
	Toplam	316	81.0	74	19.0	390	100
Yeni	Olan	66	81.5	15	18.5	81	100
	Olmayan	112	86.2	18	13.8	130	100
	Toplam	178	84.4	33	15.6	211	100

 $\chi^2:0.137$ $p=0.711$

Olgulardan eski cetvele göre başvuru yapanların 139'u için malulen emeklilik kararı verilirken, 251'i için verilmedi. Eski cetvele göre maluliyet kararı verilenlerden 114'ü (%82.0) erkek iken, 25'i (%18.0) kadındı. Yeni cetvele göre maluliyet kararı verilen 81 olgunun, 66'sı (%81.5) erkek, 15'i (%18.5) kadındı. Olguların eski ve yeni cetvele ve maluliyet kararı verilenlerin cinsiyetlerine göre dağılımları anlamlı değildi (Tablo 36).

Tablo 37. Olguların başvuru yılları, başvuru amaçları ve sevk şekline göre dağılımı

Yıllar	Başvuru Amacı	Nasıl sevk edildiği				Toplam	
		Kişisel		Kurumsal		Sayı	%
		Sayı	%	Sayı	%		
2004	2022	107	93	8	7	115	100
	Vergi ind.	4	57.1	3	42.9	7	100
	TOPLAM	111	91.0	11	9.0	122	100
2005	2022	97	77.6	28	22.4	125	100
	ÖTV	1	100	0	0	1	100
	SSK	3	42.9	4	57.1	7	100
	Vergi ind.	4	50.0	4	50.0	8	100
	Bağ-Kur	4	100	0	0	4	100
	Trafik sig.	1	100	0	0	1	100
	TOPLAM	110	75.3	36	24.7	146	100
2006	2022	55	43.0	73	57.0	128	100
	ÖTV	2	66.7	1	33.3	3	100
	SSK	2	5.7	33	94.3	35	100
	Vergi İnd.	2	12.5	14	87.5	16	100
	Bağ-Kur	13	61.9	8	38.1	21	100
	Trafik sig.	31	86.1	5	13.9	36	100
	TOPLAM	105	43.9	134	56.1	239	100
2007	2022	21	56.8	16	43.2	37	100
	SSK	1	6.7	14	93.3	15	100
	Vergi İnd.	0	0	1	100	1	100
	Bağ-Kur.	2	22.2	7	77.8	9	100
	Trafik sig.	32	100	0	0	32	100
	TOPLAM	56	59.6	38	40.4	94	100

 $\chi^2:10.367$ $p=0.001$

Olguların, başvuru yılları, başvuru amaçları ve sevk şekline göre dağılımı incelendiğinde; 2004 yılında toplam 122 başvurunun yapıldığı gözlemlendi. Başvurular sadece 2022 sayılı Kanun gereği malulen emeklilik ve 193 Sayılı Kanun Gereği Maliye Vergi İndirimi için gerçekleşmişti. Toplam başvuruların %91.0'i kişisel, %9.0'u kurumsal sevklerden oluşuyordu. 2005 yılında ise başvurular 146'ya, başvuru çeşitliliği ise 2'den 6'ya yükseldi. Kişisel başvuru oranı %75.3'e düşerken, kurumsal sevk oranı %24.7'ye yükseldi. 2006 yılında ise toplam başvuru sayısı 239'a yükselirken, kişisel başvuru oranı %43.9'a düştü, kurumsal sevk oranı %56.1'e yükseldi. 2007 yılının ilk 6 ayında ise toplam başvuru 94 olup, kişisel başvuru oranı %59.6 iken, kurumsal sevk oranı %40.4'tü. Başvuru yılları, başvuru amaçları ve sevk şekline göre dağılımının anlamlı olduğu tespit edildi (Tablo 37).

5. TARTIŞMA

“İnsan Hakları Bildirisi”nde insanlara tanınan geniş kapsamlı sosyo-ekonomik haklar, gelişmekte olan “Sosyal Devlet”lerin gündemine girmiş ve bu devletler de, özellikle özürlü vatandaşlarını korumak ve desteklemek için yeni programlar belirlemişlerdir. Artık; gelişmiş sosyal devletlerde fertlerden, içinde buldukları olumsuz hayat şartlarına boyun eğmeleri veya asgari sosyo-ekonomik haklardan vazgeçmeleri beklenmemektedir (64).

Özürllüer açısından bakıldığında, sağlık, eğitim, mesleki rehabilitasyon, istihdam ve toplumsal yaşama katılım birbirlerini izleyen ve belirleyen süreçlerdir. Bu süreçlerin düzgün planlanması ve kurulması, hem hizmetin etkinliğini belirleyecek, hem de hizmet sunulan kitlenin gereksinimlerini doğru ve anlamlı bir biçimde karşılamının temelini oluşturacaktır. Ülkemizde özürllüleri güçsüz ve aciz olarak değerlendiren, daha çok korumayı amaçlayan yaklaşımlar, onları toplum içinde üretken kılmanın önündeki engellerden birini oluşturmuştur (39).

Nüfus verileri ve diğer çalışmalar, özürllülerin toplumda sosyal, ekonomik ve eğitsel olarak alt statüde yer aldığını göstermektedir. Önceleri ırk, cinsiyet, din, yaş, gibi nedenlerle ayrımcılığa uğrayan bireylerden farklı olarak, özürleri nedeniyle ayrımcılığa maruz kalan insanları bu nedenle koruyan kanunlar yetersizdir. Devletin özürllü bireylerin fırsat eşitliği, tam katılım, bağımsız bir hayat, ekonomik olarak kendine yetebilme gibi konularda destek sağlaması gereklidir (65).

Özürllüler İdaresi Başkanlığı (ÖİB); toplum, devlet kurumları ve hükümet dışı kurumlar arasında bir konuma sahiptir. ÖİB kurumlarla koordinasyon halinde olmalı, onların birbirleriyle ilişkilerine aracılık etmelidir.

Engellilerin toplumla bütünleşmesinin önündeki en büyük engel, istihdam sorunudur (66). Engelli bireylerin istihdamı ile ilgili yasal düzenlemelere gidilmiş olmasına karşın; engelli bireyler arasında işsizlik oranı oldukça yüksektir (67). Bu konuda yasalardaki

kavram kargaşası tek başına etkili olmamakta, işverenlerin engelli bireylerin işe alınmasına ve birlikte çalışmalarına yönelik olumsuz tutumları ve önyargıları da bu bireylerin işgücüne katılmalarını önemli ölçüde etkilemektedir. Türkiye’de özürlü nüfusun çoğunluğunun istihdam dışı olduğu bilinmekle beraber, sosyal güvenceye sahip özürlü sayısının da aynı paralelde düşük olduğu dikkat çekmektedir.

Ülkemizde özürülülerin istihdamı konusunda öncelikle özürülülerin ve ailelerinin bilinçlendirilmesi, daha sonra da devlet ve gönüllü kuruluşlar aracılığı ile işverenlerin istihdam için özürülülerini uygun aday olarak görmelerini sağlamak gerekir (68). Öncelikle kabul edilmesi gereken konu, özürülülerin sağlam insanlara göre istihdam edilmeye daha fazla ihtiyaç duyduklarıdır. Bu ihtiyacın karşılanması halinde, özürülünün toplumdan soyutlanması önlenabilir.

İstihdam yaratma çabalarının amacı en yeteneklilere iş bulmak değil, insanlara yeteneklerine göre iş bulmak, insanların çalışma kabiliyetlerini üretim alanının gereksinimleriyle bütünleşebilecekleri bir biçimde geliştirmektir. Burada temel amaç özürülülerini istihdam edilinceye kadar nitelikli sosyal yardımla beslemek, iş edindikten sonra bu yardımın kesilmesi olmalıdır (1).

Engellilerin, engelleriyle bağlantılı bir eğitim ve rehabilitasyon olanağından yararlanması, onları toplumsal yaşamla bütünleştiren en büyük etkidir. Rehabilitasyon programları, engellilerin ve örgütlenmelerinin katılımı ile geliştirilmeli; nitelik ve nicelik yönünden engellilerin gereksinimlerini karşılayacak yeterlikte olmasına özen gösterilmelidir (69). Ayrıca tıbbi rehabilitasyona ne kadar erken başlanırsa, başarı derecesinin de o nispette arttığı bilinmektedir (64).

Bireyde, sakatlık sonucu ortaya çıkan işlevsel engellerden dolayı toplumsal etkinliklere katılımdaki sosyal engellerin aşılması için, çevre düzenlenmesi ve sosyal rehabilitasyon gibi alanlarda, özürülülerin toplumsal hayata katılımlarını sağlayan veya kolaylaştıran bir çok programın hayata geçirilmesi zorunludur (70).

Özürlü ve ailelerinin ihtiyaçlarına duyarlılıkla karşılık verilmeli, yetenekleri geliştirilmelidir (71). Özürülülük ve ona sebep olan etkenlerin doğurduğu sorunlar hakkında halk bilinçlendirilmelidir. Halkın sağlayamayacağı hizmet ve müdahalelerden yararlanılması için diğer kurumlardan uygun destek ve yardım alınmalıdır.

Engellilerin toplumla bütünleşmesinin önündeki bir engel de eğitim konusunda karşılaştıkları sorunlardır. Tüm ülkelerdeki eğitim sistemi, öncelikle nüfusun engelli

olmayan kesimi için planlanıp uygulanmaktadır. Böylece daha en baştan eğitim sistemi, engellileri dışlayan bir anlayışa sahip olmakta, daha sonra da engellileri eğitim sistemiyle bütünleştirecek çeşitli programlar geliştirilmeye çalışılmaktadır. Çağdaş eğitim anlayışında, eğitimin odağında, engelli olsun olmasın, insan özellikleri ve gereksinimleri yer alır (69). Özürlünün toplumsal yaşama katılabilmesinin ön koşulu eğitim olanaklarının ulaşılabilir olmasıdır. Eğitimin temel felsefesi; bireyi geleceğe hazırlamak olmalıdır.

Özürlülük konusunda göz ardı edilmemesi gereken en önemli durum, toplumların genel gelişmişlik düzeylerinin, devletin vatandaşlarına götüreceği hizmetin temel belirleyicisi olmasıdır. Özürlülerle ilgili yapılacak hizmetlere ilişkin çalışmalarda, genellikle ekonomik karakterli güçlükler öne sürülür. Sorun, iddia edildiği gibi kaynak sorunu olmayıp, mevcut ekonomik koşullarda, kamu harcamalarının rasyonel planlanamamasıdır.

Araştırmamızdaki veriler genelde Özürlüler İdaresi Başkanlığı (ÖİB) ve Devlet İstatistik Enstitüsü'nün (DİE) 2002 yılında beraber yaptıkları Türkiye Özürlü Araştırması'yla karşılaştırılmıştır. Bu araştırma 81 ilde kesitsel olarak bugüne kadar yapılmış tek kapsamlı ve organize bir araştırmadır (47). Bizim araştırmamızdan içeriği ve sonuçları farklı olmakla beraber, verilerin birleştirilmesi ile çok önemli sonuçlara ulaşılabilir. Türkiye Özürlü Araştırması, toplumdaki özürlü oranı, eğitim, tanı grupları, medeni durum, cinsiyet, sosyal güvenlik durumu, özür derecesi, özrün nedeni ve çıkış zamanı, kırsal kesim özürlü oranları, bölgesel oran farklılıkları, işgücüne katılım gibi konularda uzun yıllardır yapılan ilk ve tek araştırmadır. En büyük özelliği; toplumun merak ettiği verilerin, bu araştırma ile elde edilmesi ve yapılan birçok bilimsel çalışmada kaynak olarak kullanılmasıdır.

Görüldüğü gibi araştırmamız ve diğer çalışmalar, olguların yaşı, cinsiyeti ve malulen emekli olanların aldıkları tanılar bölümünde kesişmektedir. Bu veriler de diğer araştırmaların belirli bir yerleşik bir nüfus üzerinde kesitsel anket şeklinde yapılmış olması nedeniyle, tüm verilerin karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Çünkü raporlarımızdaki birçok sabit veri, diğer araştırmalarda kullanılmamış olup, özürlü ve maluliyet rapor formlarında resmi gazetelerde belirtilen ve yazılması gereken standart sorularla sınırlıdır. Özürlü ve maluliyet raporları kullanılarak yaptığımız bu tarz bir çalışma, ileride yapılacak benzer çalışmalara ışık tutabilir.

Bizim araştırmamız, geçmişe dönük son 4 yıllık zrl raporlarının incelenmesi olduğundan (Tablo 3), Türkiye genelini yansıtan verilerimiz bulunmamaktadır. Çalışmamızda herhangi bir özrü olup, bunu raporla belgelemek isteyen olguların raporlarının, retrospektif incelenmesiyle yapılmıştır. Gaziantep ve çevresinden zrl olduğunu beyan ederek, belirtilen tarih aralığında Hastanemiz'e başvuran 601 olgudan 220'sinin (%36.6) yapılan muayeneleri ve tetkikleri neticesinde malulen emekli olmalarına karar verildi (Tablo 15). Türkiye zrller Araştırması sonuçlarına göre ise, Türkiye nüfusunun %12.29'u zrldr (47,72). Bu rakam Türkiye'deki genel zrl oranıdır. Oysa çalışmamız, bölgemizdeki genel popülasyonu yansıtmayıp, sadece zrl olduğu düşünülen ve bunu sağlık kurulu raporu ile kanıtlamak isteyen, Hastanemiz'e başvuru yapan bir grubun niteliğini yansıtmaktadır (Tablo 15). Bu yüzden olgu grubumuzdaki özür yüzdesi ve malulen emeklilik kararı verilenlerin genele göre yüksek çıkması doğal karşılanmaktadır (Tablo 7).

Çalışmamızda başvuruların çoğu Gaziantep'ten olmak üzere, komşusu şanlıurfa, Kilis, Kahramanmaraş, Adıyaman gibi il merkezleri, ilçeleri ve kırsal kesimlerinden yapılmıştır. Olguların değişik nedenlerle başvuru yaptıkları görüldü. Bunlar, 2022 sayılı Kanun'a göre maaş almak, 193 sayılı gelir vergisi indiriminden faydalanmak, 506 sayılı SSK Kanunundan ve 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu'na göre malulen emekli olabilmek, Trafik Sigorta Fonu'ndan maddi menfaat sağlamak ve araba alırken zel Tkretim Vergisi indiriminden yararlanmak için başvuranlardan oluşmuştur (Tablo 6).

Tablo 9'da başvuru amaçlarına göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde; olguların %82.2 gibi çok büyük çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu görüldü. 2022 Sayılı Kanun'a göre başvuran 405 olgudan %78.0'i (316 olgu) erkek, %22.0'si (89 olgu) kadın, TV indirimi için başvuranlardan %75'i erkek (3 olgu), SSK Kanun'dan faydalanmak için başvuranlardan %96.5'u erkek (55 olgu), vergi indirimi için başvuruların %93.8'i erkek (30 olgu), trafik sigortası için başvuranlardan %84.1'i erkek (58 olgu) ve Bağ-Kur için başvuruların %94.1'i erkekti (32 olgu).

Cinsiyet bazında Türkiye genelindeki oranlar incelendiğinde; zrl oranı erkekler için %11.1 ve kadınlar için de %13.45'tir (73). Bu oranlara göre 02.12.2003 tarihi itibariyle nüfusun 8 milyon 431 bin 937'sini zrllerin oluşturduğu tespit edilmiştir (47,73). Türkiye zrller Araştırması'nda (47) ortopedik, görme, işitme, konuşma ile zihinsel zrllerin oranı %2.58 iken, süreğen hastalığı olanların oranı %9.70'dir.

Özür olma oranları yaş grubu bazında incelendiğinde; her iki grupta da ileri yaşlarda artmaktadır. Ancak bu artış süregen hastalığı olanlarda diğer özür grubundakilere göre daha fazladır. Ortopedik, görme, işitme, konuşma ile zihinsel özür nüfus cinsiyet ayrımında incelendiğinde; erkeklerin oranının daha yüksek olduğu, süregen hastalığa sahip olan nüfusta ise kadınların oranının daha yüksek olduğu gözlenmektedir (47).

Özür türlerinin toplam nüfus içindeki yaygınlığının incelenebilmesi amacıyla her özür türü için özür nüfus oranı hesaplanmıştır. ÖİB'nin yaptığı araştırmada en yüksek özür oranı ortopedik özürlerde gözlenirken, en düşük özür oranı işitme özürlerinde gözlenmiştir (47). Bizim çalışmamızda ise işitmeden dolayı malul olan özür sayısı 5'tir (Tablo 23). Bu rakam toplam 601 olgunun %0.8'ini oluşturmaktadır. Böylece araştırmamızda işitme özürler, cerrahi bölümlerden sonraki en küçük grubu oluşturmuştur (Tablo 23). Buna karşın araştırmamızda, en küçük grubu oluşturan cerrahi özürler grubu ÖİB'nin sonuçlarında yer almamıştır (Tablo 23).

Araştırmamızda kas-eklem rahatsızlıklarından malul olanların sayısı 10 bulunup, başvuranların %1.7'sini oluşturmuştur. Nörolojik özür nedeniyle 61 kişinin malul olduğu ve büyük bölümünde de periferik sinir rahatsızlıkları bulunduğu düşünüldüğünde; nörolojiyle birlikte kas-eklem rahatsızlıklarının yüksek özür grubunu oluşturduğu görülebilir (Tablo 23).

ÖİB'nin, 2002 yılında yaptığı araştırmada (47); en yüksek oranının ortopedik özürlerde olduğu, en düşük özür oranının işitme özürlerde olduğu gözlenmiştir (47). Çalışmamızda yukarıda belirtildiği gibi; nörolojik özürlerin en yoğun grubu oluşturduğu tespit edilmiştir (Tablo 23). Fakat yaptığımız değerlendirmede, uygulanan yönetmelik gereği, nörolojik rahatsızlıklar dâhilinde ele aldığımız periferik sinir rahatsızlıkları, medulla spinalis yaralanmaları veya kranium defektlerine bağlı ekstremiteler rahatsızlıkları da kas-eklem arızalarına dâhil edildiğinde, ortopedik rahatsızlıkların en yüksek orana yükseleceği görülebilir.

Araştırmamızda olguların %36.6'sına malulen emekli olması yönünde karar verilmiş olup (Tablo 23), bu oran 97.433 hane üzerinde anket şeklinde yapılan Türkiye Özürler Araştırması (47) sonucunda ortaya çıkan %12.29'luk maluliyet oranına göre 3 kat yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni; çalışmamızdaki olguların, herhangi bir özür olup, bu bilinçle Hastanemiz'e başvuru yapıp, özür ve oranını raporla belgelemek

isteyen bir olgu grubu üzerinde yapılmış olmasıdır. Dolayısıyla aradaki uyumsuzluk bu çalışmaların evrenlerinin tamamen farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Özürlüler İdaresi Başkanlığı Araştırması'nda (47) görme ve işitme engelli sayısının ilerleyen yaşla arttığı, bizim araştırmamızda ise görme engellilerin, ilerleyen yaşla arttığı görülmektedir (Tablo 30). Görme özürlüler 0–20 yaş grubunda, %9.0 ile en düşük orandayken, 21–40 yaş grubunda %15.4'e, 41–60 yaş grubunda %17.9'a ve 61–75 yaş grubunda %32.1'e yükselmektedir. Bu artış kişilerdeki görme fonksiyonun fizyolojik olarak, ilerleyen yaşla doğru orantılı olarak işlevini yitirmeye başladığını gösterir (Tablo 30). Böylece yaşa bağlı olarak gelişen görme duyusunun azalması yönünde literatürle (74) son derece uyumlu bulgular elde edilmiştir. Benzer olarak, ABD'de 8,6 milyon kişinin (%3.4) görme özürlü olduğu, ileri yaşlarda görme özürlü nüfusun giderek arttığı bildirilmiştir (74). Çalışmamızda 601 olgudan 97'sinin (Tablo 30) göz bölümünden tanı aldığı, gözle ilgili 37 bireyin malul sayıldığı (Tablo 23), böylece tüm olguların %6.1'inin ise görme özürlü olduğu, tespit edildi. Çalışmamızda, yaşın ilerlemesiyle birlikte göz ve iç hastalıkları dışında, olgu sayısı orantılı olarak artan olgu grubu bulunmamaktadır (Tablo 30).

Türkiye Özürlüler Araştırması'nda, ülkemiz genelinde kaza nedeniyle özürlü olanların oranı erkeklerde daha yüksek iken, hastalık nedeni ile özürlü olanların, kadınlarda daha yüksek olduğu gösterilmektedir (47). Bizim araştırmamızda da, Tablo 9'da: 69 olgunun trafik sigorta fonundan faydalanmak için başvurduğu, bunlardan erkeklerin %84.1'inin, kadınların ise %15.9 oranında olduğu görülmüştür.

Tablo 31'deki olguların cinsiyet ve tanı aldıkları bölümlere göre dağılımı incelendiğinde: Toplamda erkeklerin kadınlardan 4 kat daha fazla başvurduğu, fakat çocuklarda kızların %8.4'ünün, erkek çocukların %3.2'sinin, kas-eklem rahatsızlıklarında; kadınların %17.8, erkeklerin ise %15.0'inin, cerrahi bölümlerde kadınların %1.9'inin, erkeklerin %1.8'inin, KBB hastalıklarında kadınların %3.7'sinin, erkeklerin %3.6'sının, göz hastalıklarında kadınların %21.5'unun, erkeklerin %15.0'inin, psikiyatrik hastalıklarda; kadınların %13.1'inin, erkeklerin de %12.6'sının tanı aldıkları görüldü.

Türkiye Özürlüler Araştırması'na hastalık bazında bakıldığında; kadınların daha fazla mağdur olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızdaki bu oranlar Türkiye Özürlü

Araştırması'nda öne sürülen hastalık ve kaza mağdurlarının da, cinsiyet karşılaştırmasında bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Yaptığımız bu araştırmada trafik kazaları için başvuranların %84.1'inin erkek, %15.9'unun kadın olduğunu tespit edildi. Bu tabloda erkeklerde başvuru oranının cinsiyet bazında tüm başvuru ortalamalarına göre yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 9). Trafik sigortasında erkeklerin başvuru oranının yüksekliği, erkeklerin, trafikte dışarıda kalmalarının kadınlara göre daha yüksek olmasından dolayı, daha fazla kazaya maruz kaldıklarını düşündürür.

Bulgularımızla benzer şekilde, İstanbul Adli Tıp Kurumu'nda, İnce ve arkadaşlarının (75) yaptığı araştırmada, Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi olarak başvuran 164 olgudan %95.1'inin erkek, %4.9'unun kadın sigortalılar olduğu tespit edilmiştir.

Güven ve arkadaşları (76) tarafından iş kazasına bağlı maluliyetleri saptanan 36 olgunun %97'sinin erkek ve Aşıcıoğlu (77) ve Forst'un (78) çalışmasında iş kazası geçiren erkek oranının %86 olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda Tablo 9'da izleneceği gibi: Sosyal Sigortalar Kurumu'nca %96.5 (55) erkek, %3.5 (2) kadın olgunun başvurduğunu tespit edildi (Tablo 19). Erkek oranının yüksek olmasının, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kadınların aktif iş hayatına daha az katılmalarından öte, sosyal güvenlik sistemlerinden daha az yararlanıyor olmaları da düşünülebilir. Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı'nın 2002 İstatistik Yıllığı (79) incelendiğinde: 72.344 iş kazasının işleminin tamamlandığı, bu kazalara bağlı %96.65 erkek, %3.35 kadın yaralandığı görülmektedir. Bu veriler, çalışmamızda elde edilen oranlarla paraleldir.

Çevik'in, Diyarbakır'da yaptığı araştırmada; hareket sistemi kısıtlılığına bağlı sakatlığın, 38.685 olgudan 1.031'ini (%2.66) etkilediği belirtilmektedir (8). Bizim çalışmamızda kas-eklem sistemine bağlı hareket sistemi malullük oranı 601 olgunun %1.7'sidir (Tablo 23). Fakat nörolojiye bağlı tanı alanların bir kısmının da hareket sistemine bağlı özürlü olduğunu düşündüğümüz de, oranların birbirine yakın olduğu görülebilir. Bu konuda tam uyum gösteren sayılar; hareket sistemine bağlı özür oranlarının, kendi içinde yaş gruplarına göre dağılımında görülmektedir. Çevik'in araştırması'nda 0-20 yaş arası hareket özürülülerin %24, 21-40 yaş arası hareket bozukluğu olanların %18, 61 yaş ve üstünde ise %27 olduğu belirtilmiştir. Bizim

araştırmamızda ise Tablo 30'da, 0–20 yaş arası kas eklem hastalıklarından tanı alanların oranı %24.4, 21–40 yaş arası %15.4, 61 yaş üstünde %14.3'tür. Aynı tablodaki: 21–40 yaş grubunda, 311 başvurunun toplam başvuruların yarısından biraz çoğunu oluşturduğu görülmektedir. Çalışmamız, kas eklem rahatsızlıklarının genelde görüldüğü yaş aralığı olan 61 yaş üstünde 28 başvuru ile sınırlı olması nedeniyle, homojen bir dağılımı yansıtamamaktadır. Genç yaşta yapılan başvuruların fazla olması; beklentilerin genç yaşlarda çeşitli ve fazla olduğunu, yaşın ilerlemesiyle bu beklentilerin azalmaya başladığını gösterebilir.

Amerikan 2004 Yılı Özürlü Durum Raporu'nda (80) 2003 yılı ve 2004 yılları kıyaslandığında: Özürlü tanı grupları arasında en az oran değişimi, işitme engellilerde tespit edilmiş olup, her iki yılda da oranlar %2.8'dir. Bizim çalışmamızda Tablo 35'de görüleceği gibi; KBB rahatsızlıkları içinde işitme engelli tanısı alanların 2004 yılı için %4.9, 2005 yılı için %3.4, 2006 yılı için %2.9 ve 2007 yılının ilk 6 ayı için ise %4,3 ile; dört yıl içinde nerdeyse en sabit tanı alan grup olduğu tespit edildi. Böylece her iki ülkede yapılan araştırmaların bu konuda örtüştüğü gözlenmektedir.

Tablo 21'de çocuk ve ergen yaştaki olguların, Şekil 2 ve Tablo 5'te de takip edileceği gibi, başvuru amaçlarına göre dağılımı incelendiğinde: 35 çocuk (%5.8) ve 566 ergenin (%94.2) rapor almak için başvurduğu tespit edildi. Çocuk başvurularını en fazla 18 olgu ile 2022 sayılı Kanun'dan, ikinci sırada ise 10 olgu ile trafik sigorta fonundan faydalanmak isteyen ebeveynler oluşturuyordu. Çocukların doğaları gereği, başvuru çeşidinin az olması normal olarak karşılandı.

Amerikan Nüfus Dairesi'nin 2002 yılında yaptığı bir araştırmada (81):14,3 milyon Amerikalı'nın (%6.4) psikiyatrik özürlü olduğu, bu sayının 7.9 milyonunun öğrenme güçlüğü, mental retardasyon, Alzheimer hastalığı, yaşlılık, demans, depresyon veya konsantrasyon güçlüğü çektiği bildirilmektedir. Özürlü sayılmayacak derecede psikiyatrik rahatsızlığı bulunanlar 7.918 milyonluk (%3.6) bir oranı teşkil etmektedir. Bizim çalışmamızda ise (Tablo 23) 601 olgudan psikiyatrik hastalık nedeniyle başvuran 42 kişi ağır özürlü olup, tüm olgular içinde; %6.9'luk bir dilimi oluşturduğu, diğer 34 kişinin ise malul olmayacak derecede psikiyatrik rahatsızlığının bulunduğu, bunların da %5.6'lık dilimi oluşturduğu tespit edildi. Çalışmamız, tüm nüfusu kesitsel almadığı ve özürüllüğü nedeniyle başvuranları kapsadığı için, oranlar Amerikan nüfusuna göre biraz

yüksek çıkmıştır. Fakat psikiyatrik ağır özürlü oranları, kendi aralarında değerlendirildiğinde, birbirine çok yakın olduğu görülebilir.

Amerikan nüfusunun %18'ünü oluşturan 51.2 milyon kişinin, herhangi bir seviyede özrü vardır (81,82). Nüfusun %12'sinin ağır özürlü olduğu bildirilmektedir. Seksen yaş üstündeki toplumun %72'si özürlüdür. Bu oran, herhangi bir yaş grubundaki en yüksek orandır. Cinsiyet bazında incelendiğinde kadınların %20'si, erkeklerin ise %17'si özürlüdür (82). Bir milyonluk nüfus işitme engelli olup, %0.4'lük bir oranı teşkil etmektedir.

Bizim araştırmamızda ise: Tablo 23'te görüleceği gibi; KBB'daki işitme engelinden dolayı malul olanlar 5 kişiyle tüm olgularda %0.8'lik bir oranı oluşturmaktadır. Araştırmamız tüm Gaziantep çevresinin özürlü nüfusunu vermemekle beraber, dikkat çeken bulgular arasında; psikiyatrik, görme, işitme özürlü oranlarının bizim çalışmamızdaki yoğunluk sıralamasıyla; ABD'de yapılan çalışmalarla (81,82) paralel olduğudur. Bu üç tanı grubu arasında, en düşük özürlülük oranı işitmede gözlenirken, sonra görme ve psikiyatrik rahatsızlıklarda gözlenmektedir. Önemli diğer bir benzerlik, Türk Özürlüler Araştırması ve Amerikan Nüfus Dairesi verilerine göre her iki ülkenin de özürlü oranlarının nüfuslarının %12'sini oluşturmasıdır (47,82).

Kraus'un, Amerikan Eğitim Bakanlığı için Amerikan toplumu üzerinde yaptığı araştırmada: 15-34 yaş aralığında nüfusun %14.3'ünün, 35-54 yaş aralığında %23.0'nin, 55-74 yaş aralığında %35.0'nin ağır özürlü olduğu tespit edilmiştir (83). Böylece Amerikan nüfusunda 20'lik her yaş grubunda, ilerleyen yaşlarla birlikte özürlü oranlarının yaklaşık %10 arttığı görülmüştür. Çalışmamızdaki ağır özürlü oranları tüm başvurular için değil, sadece olgunun bulunduğu yaş aralığındaki bireylere göre kıyaslandığında (Tablo 24): 21-40 yaş aralığındaki 98 olgunun 311 olgu içerisinde, %31.5'i, 41-60 yaş aralığındaki 184 kişiden %41.8'i iken, 61-75 yaş aralığındakilerin %39.2'si ağır özürlüdür. Çalışmamızda verilen ağır özürlü yüzdelerinin, olguların yaş aralıklarına göre oranlarının verilmesi, yaş grupları arasında, başvuru sayısında büyük farklılıklar bulunmasındandır. Amacımız yaş grupları arasındaki farklılıkları gösterebilmek olduğundan, böylece yaş grupları arasındaki başvuru sayısındaki farklılıklar bertaraf edilmiştir. Ayrıca olguların özürlü olduğu bilinciyle rapor alması, malulen emekliliğe hak kazananların yüksek oranda çıkmasına neden olmuştur. 61-75

yaş aralığındaki başvuruların çok düşük olması (28 olgu), bu yaş aralığında malulen emeklilik kararı verilenlerin oranını da etkilemiştir (Tablo 24).

Tablo 14'deki eski olarak değerlendirilen başvurular 390 olgu olup, %80.5'ünü oluşturanlar 2022 sayılı malulen emekli maaşı için başvurmuştu. Yeni cetvelde SSK, Bağ-Kur ve Trafik Sigortası için başvuruların artması, malulen emeklilik için başvuranların nispeten azalmasına neden oldu. Tablo 6'da: 2004 yılında sadece 2022 sayılı maluliyet ve Vergi İndirimi için başvurulmuş, diğer amaçlar için başvuru yapılmamıştı. 2005 yılından itibaren başvuru çeşitliliği ve sayısı artarak, daha homojen bir tablo ortaya çıkmıştır. Bunun en büyük sebebinin "Sağlık Kurulu Raporları"nın, 2005 yılından itibaren Üniversitemiz Adli Tıp Anabilim Dalı'na tanzim edilmesi idi (Tablo 37). Bu Tablo'ya göre: 2004 yılında %9.0 olan kurumlarca sevk edilen olguların oranı 2005 yılında %24.7'ye, 2006 yılında %56.1'e ve 2007 yılının ilk 6 ayında %40.4'e yükseldi. Toplam rapor sayısı 2004 yılında 122 iken, 2005 yılında 146'ya, 2006 yılında 239'a ve 2007 yılının ilk 6 ayında 94'e çıktı (Tablo 37). Böylece pek çok kurumun kendisine bağlı hak sahiplerini, Üniversitemiz Hastanesi'ne, oradan da Anabilim Dalımız'a sevkiyle beraber, rapor sayı ve çeşitliliği de giderek artış göstermiştir.

Ayrıca tablo 16'da görüldüğü gibi toplam başvuruların %36.6'si için malulen emeklilik kararı verildi. Eski cetvele tabi olanların 35.6'sı, yeni cetvele tabi olanların %38,4'ü hakkında malulen emeklilik kararı verildi. Bu sonuçlarda göstermektedir ki; iki cetvel birbiriyle örtüşmekte, önceki ve sonraki başvuranlar arasında herhangi bir hak kaybı oluşmamaktadır. Dağılım istatistik olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.5$). İki cetvelin uygulanması sonrası ortaya çıkan yakın oranlar, cetvellerin her olgu, hastalık veya bölüm için değişik yollardan da olsa, yakın neticelere varıldığı görülmüştür. Uygulayıcı olarak yeni cetvelin eksikleri ve uygulamada karşılaştığımız aksaklıklarına son bölümde yer verilecektir.

Tablo 7'de özür oranları 4 ana gruba ayrıldı. 0–20 arası oranlarda olgu sayısının 75 (%12.5) olduğu gözlemlendi. Bu grup en küçük dilimi oluşturuyordu. En büyük dilimi ise 40-70 arası oranlarla 240 olgunun (%39.9) oluşturduğu saptandı. 40–100 arası oranların toplam 445 kişiyle (%74.0) başvuranların 3/4'ünü oluşturduğu görüldü. Oranların yüksek olması, Hastanemiz'in Üniversite Hastanesi olması nedeniyle başvuru yapanların, daha önce başka sağlık merkezlerinde rapor almalarına rağmen, bağlı

oldukları kurumlarca tekrar Hastanemiz’ce bu raporların doğrulanması, diğer hastanelerce çözümlenemeyen karmaşık vakaların, netliğe kavuşturulması nedeniyle yollanmalarından veya olguların malulen emekli olabilecek derecede özür oranına ulaşacakları umudunu taşımalarından dolayı, Hastanemiz’i de deneme isteklerinden kaynaklanabilir.

Özür oranı sınıflamasına göre, maluliyet yüzde grupları ve başvuru amaçlarını gösteren Tablo 17’nin, olguların amaçları doğrultusunda oranlara ulaşip ulaşmadıklarını, Resmi Gazete’deki cetvellerin bu beklentilerini karşılayıp karşılamadığını gösterebilir.

Tablo 20’de; olguların eski ve yeni cetvele göre raporların süreye göre dağılımı incelendi. Eski cetvele göre başvuranların %19’unun süresinin belirsiz olduğu, yeni cetvele göre başvuranlarda ise süresi belirsiz raporun bulunmadığı dikkat çekicidir. Maluliyet ve özürlü raporları olguların gelecekleri için çok önemlidir. Özür durumlarının raporla belgelenmesi, kısıtlılıklarla süren yaşamlarının devlet tarafından belgelenmesi anlamına gelmekte ve gelecek için az da olsa maddi getiri umudu vermektedir. Raporlarda süre belirtilmesi, raporun ilgili kurumca değerlendirilmeye alınarak, sonuçlandırılması yönünden önemlidir. Süresi belirtilmeyen raporlar, verilen maluliyet yüzdesi ne olursa olsun, çoğu kez kurumlarca tam değerlendirilmemekte ve olgular, özür durumundan bağımsız olarak, olası haklarından yararlanamamaktadır. Böylece kişiler, ya rapora itiraz etmekte, ya başka hastanelerden rapor talebinde bulunmakta, ya da hayat boyu süren mücadelelerine devam etmek zorunda kalmakta; umutlarını yitirmektedir. “Sürelî” raporlarda uygulayıcılar, bu sürenin sonrasında, olgunun tekrar kontrol edilmesi gerektiğini raporda belirterek, olguların umutsuzluğa düşmesini önleyebilir. Devlete düşen görev, tekrar kontrole gelip, “özürlü” olduğu raporla belgelenenlere, önceki rapor tarihinden itibaren geçen süre boyunca, yararlanamadığı haklarını topluca vermek olabilir.

16 Temmuz 2006 tarihinde yeni cetvel uygulanmaya başlandığında, maluliyet ve özürlü raporları Anabilim Dalımız’ca tanzim edilmekteydi. Olguların, Anabilim Dalımız’ca bu süre boyunca düzenlenen raporları maluliyet derecesinden bağımsız olmak üzere %85.3’ü “sürelî” rapor alırken, süresi belirtilmeyen rapor yoktur. Süreli olmayan (sürelî) raporların oranı ise eski cetvele tabi olanlarda %16.9 iken, Anabilim Dalımız’ca verilen raporlarda bu oran %14.7’ye düşürülmüştür (Tablo 20).

Tablo 29’da rapor almak için en fazla başvuru yapılan 21–40 yaş grubunda 222 olgunun “sürekli” ibareli rapor aldığı dikkat çekmektedir. Bu rakam, olguların en fazla başvuruyu bu yaş aralığında yapması ile paraleldir. 0–20 yaş grubu ise oransal olarak en fazla olgunun (%87.2) “sürekli” ibareli rapor aldığı yaş grubudur. İlerleyen yaşla birlikte “sürekli” rapor alanların oranının giderek azaldığı, sürekli olmayan raporların ise bununla doğru orantılı olarak arttığı görülmektedir.

Tablo 28’de ise 0–20 yaş grubunda raporların %35.9’unda 1 tanı alarak en büyük grubu oluşturmaktadırlar. 21–40 yaş grubu ile 41–60 yaş gruplarında ise, sırasıyla olguların %37.9’u ve % 28.3’ü ile 2 tanı alan en büyük yaş gruplarını oluşturmaktadır. Aynı tabloda; 61–75 yaş grubu olgulara en fazla tanının (%39.3) verildiği gruptur. Yaş yükseldikçe tanı sayısı artmaktadır. Olgulara verilen tanılardan herhangi birisinin sürekli olmaması nedeniyle tüm rapor etkilenmekte (Tablo 29), uygulanan mevzuata göre 1 veya 2 yıl sonra tekrar kontrol kaydı yazılmaktadır. Rapor tanzim edilirken, “sürekli” kaydı düşülen olgularda, tekrar kontrol için çağırılma nedeni raporun altına not edilebilir. Böylece raporu değerlendirecek olanlar, kişi tekrar kontrole geldiğinde; uygulayıcı, tekrar çağırılma nedenini görerek, sadece kontrol edilecek tanılar üzerinden muayene edebilir, böylece başvuran ve uygulayıcının zaman kaybı önlenir.

Olguların yaş gruplarının, başvuru amacına göre dağılımı Tablo 10’da incelendi. Tüm yaş gruplarında olgular en sık 2022 sayılı malulen emeklilik için başvuruda bulundular. 0–20 yaş grubunda 2022 sayılı Kanun’dan faydalanmak için başvuru oranı %60.3 iken, aynı yaş grubunda ikinci sırada %21.8’lik oran ile trafik sigorta fonundan faydalanmak isteyenler yer aldı. 21–40 yaş grubunda 2022 sayılı Kanun gereği malulen emeklilik için başvuru oranı %71.7’ye yükselirken, trafik sigortası için başvurular %10.3’e düştü. 21-40 yaş grubunda, “2022” ve “trafik sigorta fonu” başvuru nedenleri ilk iki sırada yer aldı. Bu yaş grubunda dikkat çeken azalış, diğer başvurularda görüldü.

Tablo 10’da 61–75 yaş grubunda dikkat çeken diğer bir bulgu; tüm yıllarda başvuran sayınının 28 olguyla en az bu yaş grubunda olmasıdır. Bunlardan yine en çok başvuruyu %57.1’lik oran ile 2022 sayılı malulen emeklilik için başvuranlar oluşturdu. Bu yaşlarda başvurularda %21.4’lik oran ile SSK Kanunu gereği başvuru yapanlar ikinci sırada, Bağ-Kur Kanunu gereği emeklilik için yapılan başvurular da üçüncü sırada yer aldı. Bu grupta önemli diğer bir husus, araç alımında ÖTV indirimi ve 193 Sayılı Kanun gereği gelir vergisi indirimi için hiç başvuru yapılmamış olmasıydı.

Tablo 10’da, en az başvuru yapan 61–75 yaş grubundaki kişilerin buldukları yaşa ulaşmaya kadar daha önce rapor almaları, rapor almayanların ise, yaşları itibarıyla devletten fazla beklentilerinin kalmaması ve zaten 65 yaş üzerindeki muhtaç yaşlılara aylık bağlanıyor olması, bu yaş grubundaki düşük başvuru oranını açıklayabilir. Oysa Türkiye’de ve tüm dünyada oransal olarak en fazla özürünün, ileri yaşlarda bulunduğu bilinmektedir (47,50).

Başvuru yıllarına göre yaş gruplarının dağılımı (Tablo 4) incelendiğinde: 2004 yılında, 0–20 yaş grubunda 9 olgu ve 61–75 yaş grubunda 7 olgu ile en az başvuru yapılan yaş grupları olduğu, her geçen yıl 0–20 yaş ve 41–60 yaş gruplarında olgu sayısının giderek arttığı, başvuruların her geçen yıl rakamsal olarak artmasına karşılık, 21-40 yaş grubunda ise oransal kısmi azalma dikkat çekmektedir. Bunun nedeni diğer yaş gruplarındaki artışa bağlı bu yaşta göreceli azalma olabilir. Bu tabloda dikkat çeken diğer sonuç; yaş gruplarına göre başvuruların hem oran hem de rakamsal olarak, her geçen yıl daha da homojen bir dağılım gösterdiğiidir. Bunun da en önemli açıklaması daha önce, Hastanemizin değişik bölümlerince düzenlenen rapor tanzim etme görevinin, 2005 yılından itibaren, Adli Tıp Anabilim Dalımız’a verilmesidir. Böylece raporların tanzimi belli bir standarda kavuşmuş ve sonuçta 16 Temmuz 2006 tarihinden itibaren ise yeni özürlü cetvelinin uygulamaya girmesiyle, çeşitli sağlık kurumlarından eski cetvele göre rapor alanların tekrar Anabilim Dalımız’a sevk edilerek, yeni cetvele göre tekrar rapor istenmeye başlanmıştır.

Tablo 17’de olguların başvuru amacı ve maluliyet durumuna göre dağılımı incelendiğinde: 405 olgunun, 2022 Sayılı Kanun’dan faydalanmak için başvuru yaptığı görüldü. Bunların %39.3’ü için malulen emeklilik kararı verildi. Malulen emeklilik kararı verilenlerden, en yüksek oranlara ulaşanlar, araç alımı için ÖTV indiriminden faydalanmak isteyenler (%75.0), Bağ-Kur Kanunu gereği emeklilik (%61.8) için başvuru yapanlar ve %45.6 oranıyla SSK Kanunu gereği emeklilik için başvuranlardır.

Tablo 19’da başvuru amacı ve olguların sevk şekli incelendiğinde, yine SSK Kanunu gereği emeklilik için başvuru yapanların %89.5 ile en fazla kurumca sevk edilen olgu grubu olduğu, daha sonra ikinci sırada vergi indirimi nedeniyle ve üçüncü olarak Bağ-Kur Kanunu gereği emeklilik için başvuranlar oluşturuyordu. SSK, vergi indirimi ve Bağ-Kur Kanunu gereği başvuranların en fazla kurumlarınca sevk edilen kişiler olduğu tespit edildi. Bunun nedeni, resmi kurumların bu hakları vermek için,

ilgili müdürlüklerinin olguları, Hastanemiz'e rapor tanzimi için sevk etmesidir. Sevkle gelen bu olguların, daha önce başka sağlık kurumlardan, genelde gerekçesiz, kanıta dayanmayan ya da belirtilen klinikle orantısız raporlar aldıkları veya malulen emeklilik için sınırda oldukları dikkat çekmiştir. Sonuçta, SSK, Vergi İndirimi ve Bağ-Kur'dan sevk edilen olguların, diğer özürülere oranla daha yüksek oranda malulen emeklilik kararı verilmesi doğaldır.

En az malulen emeklilik kararı verilen olgular, trafik sigorta fonundan faydalanmak için başvurularındı (Tablo 17). Çünkü trafik sigortasından faydalanmak isteyenler sadece kazayla ilgili, kalıcı hasarlar bazında özür oranı aldıkları için, emeklilikten ziyade, arızalarını netleştirmek için başvurmuşlardı. Bu yüzden, tüm trafik kazası mağdurları, sürekli sakatlıklarını raporlarında bildirilen yüzde oranı ölçüsünde, Trafik Sigorta Fonu'ndan maddi tazminat alabilmektedir.

Tablo 11'de, olguların en fazla tanıyı nöroloji bölümünden (164 olgu) aldıkları, sonra sırasıyla iç hastalıkları (113 olgu), göz hastalıkları (97 olgu), kas-eklem hastalıkları (93 olgu) ve psikiyatrik hastalıklar (79 olgu) olarak sıralandıkları, en az tanıyı ise cerrahi hastalıklardan (11 olgu) aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 23'te ise, her bölüm için ayrı olmak üzere, malulen emeklilik kararı verilenlerin dağılımı incelenmiştir. Burada malulen emeklilik kararı verilen olguların yoğunluk sıralamasını irdeleyecek olursak; nöroloji ve iç hastalıklarının ilk iki sırayı aldıkları, fakat göz bölümü, sıralamada 97 kişiyle olgulara en çok tanı verilen 3. bölüm olmasına rağmen, görme özüne bağlı malulen emekli olanlar (37 olguyla) 4. sırada yer almaktadırlar.

Aynı tabloda; başvurularda 5. sırada bulunan psikiyatrik tanı alanlar, en sık malulen emeklilik kararı verilenler arasında, 42 olguyla 3. bölüm olmuştur (Tablo 23). Burada önemli bir husus, göz hastalıklarının maluliyet ve özürlü cetvelinde yer alan puanlarının eski cetvele göre yenisinde düşük olmasıdır. Görme kayıplarına ilaveten, yeni cetvelde rutinde uygulanmayacak kadar detaylı ve karmaşık ölçüm sistemlerinin getirilmesi, uygulamada sadece görme keskinliği ile yetinilmesi sonucunu doğurduğu söylenebilir.

Diğer bir önemli ayrıntı ise, kas-eklem hastalıkları bölümünde dikkati çekmektedir. Bu hastalıkların özür puanlarının cetvellerde çok düşük olması, malullük sıralamasında geriye düşmesine neden olmuştur. Tablo 23'te tanı sıralamasında kas-eklem rahatsızlıklarının tanı alan 4. bölüm olmasına rağmen, malulen emeklilik sıralamasında

6. bölüm olarak yer almasına neden olmuştur. KBB ve cerrahi tanı alanlar ise, her iki sıralamada da son iki sırada yer almaktadırlar.

Tablo 28’de yaş grupları ve olguların aldıkları tanı sayısına göre dağılımı incelendiğinde: 0-20 yaş grubunda olguların %35.9 ile en fazla 1 tanı aldığı, 21-40 yaş grubu ve 41-60 yaş grubunda ise sırasıyla %37.9 ve %28.3 ile 2 tanı alarak en büyük grupları oluşturdukları, 61-75 yaş grubunda ise 4 değişik bölümden tanı alanların %39.3 ile en göze çarpan grupları oluşturdukları tespit edilmiştir. Yaşın ilerlemesiyle kişilere değişik hastalık ve özürlerin eklenmesi sonucunda, tanı sayılarının maluliyet yüzdesine etki etmeden artmasının, normal fizyolojik yaşlanma ve cetvelin de bu oranda arızaları yaştan bağımsız ölçülebilirliğini ortaya koyduğu kanısına varılmıştır.

Tablo 18’de ise malulen emeklilik kararı verilen 220 olgunun, tanı sayısı dağılımı incelendiğinde: En büyük grubu %28.6 ile 2 tanı alanların oluşturduğu, malulen emekli olamayan 381 olgunun tanı sayısına göre dağılımı incelendiğinde ise, maluliyet kararı verilmeyenlerin en büyük grubunu yine 2 bölümden tanı alanların oluşturduğu tespit edildi. Maluliyet kararı verilmeyen olgular grubunda, 4 bölümden tanı alan olgular %9.7 ile çok düşük bir oranda kalmıştır Dolayısıyla tanı sayısının artması veya azalmasının malullüğü etkilemediği anlaşıldı. Ayrıca maluliyet kararı verilenlerden, tanı sayılarına göre oranların birbirine yakın olması homojen bir dağılımı göstermiş, dağılım istatistik olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 9’da olguların başvuru amacı ve cinsiyet dağılımı incelenmiştir. Erkeklerin oransal olarak en sık başvuru SSK Kanunu gereğince (%96.5), ikinci olarak Bağ-Kur Kanunu gereği emeklilik (%94.1), üçüncü olarak gelir vergisi (%93.8) indirimi, sonra trafik sigorta fonundan faydalanmak için başvuru (%84.1) yaptıkları görüldü. Ülkemizde çalışan nüfusun ve trafikte kalanların genellikle erkek olduğu düşünüldüğünde, bu oranlar olağandır. 2022 sayılı Kanun gereği malulen emeklilik için başvuru yapanlar, 405 olgu ile başvuruların yaklaşık 2/3’ünü oluşturmakla beraber, yukarıda sıraladığımız diğer başvuru nedenleri ile karşılaştırıldığında, başvuru yapan erkeklerin %78’lik yüzdesi ile diğer başvuru nedenlerine göre nispeten düşük kalmıştır.

Tüm başvuruların %82.2 sinin erkek, %17.8’inin ise kadın olduğu görülmektedir (Tablo1,9,Şekil 1). Tablo 15’te ise rapor almak için başvuru yapan olguların 220’si için malulen emeklilik kararı verildiği, bunların %81.8’inin erkek, %18.2’sinin ise kadın olduğu, malul olmayanlar arasında oranların birbirine paralel olması, dağılımda

istatistik olarak anlamlı ilişki bulunmadığından kaynaklanmaktadır ($p=0,8$). Böylece başvuru yapanların cinsiyetleri ve malulen emeklilikleri dağılımının tesadüfî olduğu anlaşılmıştır Diğer açıdan bu oranlar, özür durumunun cinsiyete özgün hastalıklardan kaynaklanmadığının da göstergesidir.

Tablo 13'te ise eski ve yeni cetvelin cinsiyet bazında dağılımı incelenmiştir. Bu Tabloda: Olguların, 390'ı eski cetvelin, 211'i ise yeni cetvelin geçerli olduğu tarihlerde başvuru yapmıştır. Bu iki cetvel cinsiyet bazında değerlendirildiğinde (Tablo 36): Eski cetvele göre malulen emeklilik kararı verilen erkeklerin %82.0'lik, kadınların ise %18.0'lik bir oranı, yeni cetvele göre ise erkeklerin %81.5, kadınların ise %18.5'luk bir oranı teşkil ettikleri görülmektedir. Dağılım istatistik olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.07$). Buradan çıkarılacak ilk sonuç, olguların eski ve yeni cetvele göre değerlendirilirken hak kaybına uğramadığı, ikincisi her iki cetvelin temelde farklı olmasına rağmen, benzer sonuçların alındığı, üçüncüsü ise erkek ve kadınların, başvuru sayıları çok farklı olmasına rağmen, malulen emeklilik ve başvuru oranları karşılaştırıldığında çok yakın oranların elde edildiği, dördüncüsü ise cinsiyete göre ortaya çıkan sonuçların, tüm toplumdaki erkek/kadın özür/üzü yüzdesini vermeden, sadece Hastanemiz'e başvuru sayılarına göre eski ve yeni cetvelin cinsiyet oranlarının birbirine paralel olduğudur.

5.1. GÜNLÜK UYGULAMADA KARŞILAŞILAN SORUNLAR

Sağlık Kurulu Raporu almak için başvuran olguları değerlendirmek için hastanelerde kullanılmakta olan sağlık kurulu raporları tek sayfalık matbu kâğıtlardan oluşmaktadır. Bu raporlarda her uzmanlık dalı için 2 cm genişliğinde yatay alanlar bulunmakta, bu aralıklara kişinin özür/hastalık durumuyla doğrudan ilgili olmayan uzmanlık dalları, genellikle "sağlam" yazmakta, hastalığın ilgili olduğu uzmanlık dalı da aynı genişlikteki bu alana kişinin, klinik fonksiyonel bulgularını yazıp, son kararı verme durumunda kalmaktadır. Bu durum, esas özürle/hastalıkla ilgili uzmanlık dalının gereken tüm incelemeleri kaydetmesine engel olacağı gibi, konuyla ilgisi olmayan birimler açısından zaman kaybı yaratmakta, başvuran kişinin zaman ve emek açısından ayrıca mağduriyetine yol açmaktadır. Bu nedenlerle, bu uygulama yerine, halen birçok ülkede uygulanan ve sadece ilgili uzmanlık dalının tam değerlendirme yaptığı bir

formatın geliştirilmesi zorunludur. Birden fazla özür durumunda; aynı format, diğer uzmanlık birimleri tarafından da, ilgili uzmanlık dalına uyarlanarak yapılabilir (84).

Özür durumuna göre fonksiyon kaybı oranları belirlenirken, olgularda tıbbi tedavi olsun veya olmasın, özür durumunda bir değişikliğin olmayacağı kanaatine varıldığı kalıcı bozukluklar değerlendirilir. Özür durumuna göre fonksiyon kaybı cetveli organ veya vücut sistemlerine göre bölümlere ayrılmıştır. Bu tarz yaklaşım ile özür durumu belirlenirken, tıbbi bozukluk hem anatomik, hem de fonksiyonel olarak değerlendirilmektedir. Fonksiyon kaybı oranları belirlenirken mevcut tıbbi bozukluğun ciddiyetine göre, kişinin tüm vücut fonksiyonelliğine ve günlük aktivitesine getirdiği sınırlama, cetvellerde yüzde olarak belirtilmiştir (85).

Özür kavramı, insanların normal günlük aktivitelerini yaparken karşılaştıkları güçlüklerdir. Bu güçlüklerin sürekli olması, özür en önemli koşullarındandır. Kişiler, karşılaştıkları bu zorlukların artması oranında, özür veya ağır özür olarak nitelendirilir. Kişilerin maruz kaldığı kısa süreli rahatsızlıklar, bu durumdan farklıdır. Örnek olarak bir şahsın kırılan kemiği, onun geçici bir süre işlevini yapmasını engeller, fakat kırığın tam olarak iyileşmesi sonrası, şahsın normal aktivitelerini yapmasında bir engel yoksa, şahs özür değildir. Şahsın özür durumu, kemiğinin yanlış kaynaması veya beraberinde meydana gelen sinirsel hasar sonrası, hareketlerinde sürekli oluşan fonksiyon bozukluğu ile beraber başlamaktadır. Aynı şekilde günlerce yoğun bakım tedavisi görmesine rağmen, sekelsiz iyileşen kişiler, bu anlamda özür değildir.

İç Hastalıkları, hematoloji bölümünde yeni cetvelin (85) 15. ve 16. sayfalarında anemi alt tiplerinin bulunması ve bazı diğer hematolojik rahatsızlıkları kapsamı önemlidir. Böylece, büyük bir bölümü mikrositer ve makrositer anemi grubunda yer alan hastaların, yeni listeye göre puan alabilmeleri mümkün olacaktır

Yeni cetvelde, görme yetersizliğinin hesaplanmasının, en iyi düzeltilmiş görme keskinliğine göre yapılması, muayenede düzeltilmiş ve düzeltilmemiş görme keskinliğinin ayrı yazılması gerektiği belirtilmesine karşın, işitme kaybı ile ilgili bölümde herhangi bir işitme cihazı kullanılarak maksimum işitme ölçümü için herhangi bir bilgi verilmemiştir. Diğer bütün vücut bölümlerinde yardımcı cihazların kullanılmayıp, sadece göz bölümünde, düzeltilmiş görme keskinliği üzerinden değerlendirme yapılması diğer bulgulara göre farklılık yaratmaktadır. Ayrıca göz

bölümünde latent nistagmus, diplopi, renk ve gece körlüğü rahatsızlıklarında, uygulayıcının nasıl hesaplama yapacağı açık değildir.

Ürogenital hastalıklar bölümünde, diyaliz tedavisi gerektiren kronik böbrek yetmezliği için 90 puan verilmesi öngörülürken, aynı bölümde iki böbreğin de çıkarılması halinde 80 puan verileceği belirtilmiştir. Her iki böbreğin çıkarılmasının, diyaliz tedavisi gerektiren böbrek yetmezliğine eşdeğer ağır bir rahatsızlık olduğu açıktır. Üstelik her iki böbreği alınan bir kişinin yine aralıklı olarak diyalize bağımlı olduğu da herkesçe bilinmektedir.

İç Hastalıklarının, endokrin bölümünde yer alan diabetes mellitus (şeker) hastalığının alt grupları incelendiğinde, yeni cetvelde tip 2 diyabetin sadece “diyet ve ilaç tedavisi ile kontrol edilebilen” seçeneği yer almaktadır. Ancak pratikte diyet veya ilaç tedavisi ile kontrol edilemeyen çok sayıda tip 2 diyabet hastası ile karşılaşmaktadır. Böylece uygulamada, tüm tip 2 diabetes mellitus hastalarına, diyet veya ilaç tedavisi ile düzelsin veya düzelmesin %20 puan verildiği görülmüştür.

Sinir Sistemi hastalıklarında, daha önceki cetvelde bulunmasına rağmen, yeni cetvelde yer almayan, kraniektomi ameliyatı sonrası kemik çıkarılması sonucu oluşan kemik defektleri, eksik kemik alanına göre kademeli olarak puan verilebilen ve önceki cetvelde doğru bulunan uygulamanın, artık yer almadığı anlamını doğurmuştur.

Safra kesesi ve dalağın işlevsel birer organ olup, gerektiğinde cerrahi ile zaman zaman çıkarılmalarına rastlanmaktadır. Fakat yeni özürlü cetvelinde, yukarıda belirtilen organların çıkarılması yer almamaktadır. Safra kesesinin alınmasının şahsın sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyeceği kesindir. Safra yolları rahatsızlıkları, 4 ana sınıfa ayrılarak derecelendirilmesine rağmen, kolesistektominin cetvelde bulunmaması, önemli bir eksiklik olarak görülmektedir. Uygulayıcılar ise, bu gibi vakalarla karşılaştıklarında, genellikle eski cetvelde yer alan oranları da hesaba katmakta ve sonuçta her iki cetvelde oluşan, nispeten karışık bir sentez yapmak zorunda kalmaktadır.

Kas iskelet sistemi rahatsızlıklarında, motor ve spinal sinire bağlı bozukluk durumlarında ekstremitelerdeki motor kayıplar 5 kategori üzerinden değerlendirilmekte, 1/5’lik kayıp durumunda 1–25 arası, 2/5’lik kayıpta 26-50, 3/5’lik kayıpta 51-75, 4/5’lik kayıp durumunda 76-99, 5/5’lik kayıplarda ise 100 puan verilmesi öngörülmektedir. Bu uygulama, puanlamada geniş aralıklar bulunması nedeniyle, rapor yazımında bulgular bazen net olarak değerlendirilememektedir. Ayrıca, muayene eden hekimler, olguların

motor kayıpları konusunda bazen görüş birliği içinde dahi olamamaktadır. Böylece motor kaybın belirlenmesi sırasında, subjektif bir değerlendirme ortaya çıkabilmektedir. Uygulayıcı çoğu zaman periferik sinir lezyonlarında, ENMG sonuçlarını baz alarak, sinir arızası oranında mutlak kaybı değerlendirmekte, böylece sonuca ulaşabilmektedir. Fakat ENMG raporlarında, sinir lezyonları tam ve parsiyel olarak 2 kademede değerlendirildiği için, çoğu zaman net bir oran yazılamamakla beraber, şahsın rahatsızlığı, bazen bu tetkikle de kesin bir yüzdellik kazanamamaktadır.

Periferik sinir zedelenmesi ile ilgili bölümde; alt ekstremitte sinirlerinin lezyonları, puanlar verilerek sıralanmıştır. Cetvelde, alt ekstremitte fonksiyonunda çok önemli işlevi bulunan tibial sinirin puanı yazılmamıştır. Bu kadar önemli bir sinir lezyonunun cetvelde bulunmaması, yine çok önemli bir eksiklik olarak yorumlanabilmektedir.

Yeni cetvelde (85) alt ekstremitenin uzunluk farkı bölümünde (Tablo3.3'te) alt ekstremitenin uzunluk farkı kademeli olarak 5 ayrı kategoride alt alta sıralanmaktadır. Bu tabloda, ortadaki sütunda alt ekstremitte kısalığı için verilen puan, sağdaki sütunda ise aynı kısalığın tüm vücut kayıp yüzdesine göre karşılığı yer almaktadır. Örnek olarak bir alt ekstremitesi 5 cm kısa olan olguda, alt ekstremitte özürülük puanı karşılığı %8 olup, aynı tabloda arızanın tüm vücut fonksiyon kaybı oranı karşılığı %20'dir. Alt ekstremitte için verilen bu değer, aynı arıza için tüm vücut puanına göre orantılı olarak daha yüksek olması gerekirken, her iki sütunun karşılıklı olarak ters yazıldığı düşünülebilir. Böylece alt ekstremitte için öngörülen düşük yüzdeli sütunla, özür durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranı sütununda öngörülen puanlar, hatalı yorumlara meydan vermektedir.

Eklem hareket açıklığı ile ilgili verilen tablolarda, alt ekstremitte açısından uygulamada bir problem yaşanmamasına rağmen, üst ekstremitte değerlerinde sıkıntı yaşanmaktadır. Üst ekstremitenin, alt ekstremitte uygulandığı benzer şekilde, normal eklem açıklıkları baz alınarak, her biri 3 yada 4 kategoriye ayrılıp, her kademeye arıza büyüklüğüyle doğru orantılı puanlar verilerek, bu problem giderilebilecek iken, cetvelde yer alan ve net açıklaması da yapılmayan Tablo 2.1'in (85), alt ekstremitenin detaylı ve kolay yorumlanabilen tabloları yanında eksik kaldığı söylenebilir.

Uygulayıcılar üst ekstremitte arızalarında, eklemlerin normal açıklığı ile mevcut kısıtlılığı karşılaştırarak ortaya çıkan oranının, tablodaki rakamla doğru orantısını yaparak, yaklaşık bir değer elde etmeye çalışmaktadır. Özürünün, üst ekstremitesini

etkileyen birçok arızasının bulunması durumunda, uygulayıcının her hareket için normal oranları bilmesi, kısıtlılık puanını orantıyla hesaplaması, bunlar arasında bazen farklı yorumlarla hesap hatası oluşturarak, şahsın raporunu farkında olmadan olumsuz olarak etkilemesi, maalesef daha olağan bir hale getirilmiştir. Böylece uygulayıcı, üst ekstremitelerde rahatsızlıkları bulunan kişiler karşısında, cetvelin karışıklığı ve olgularda çok sayıda arıza bulunması durumunda, gereğinden fazla emek ve zaman harcamaktadır.

Uygulayıcıların bu gibi belirsizliklerde, kişisel olarak çoğu zaman doğru veya yanlış bir standart oluşturma çabası içerisinde kaldığı gözlenmektedir. Doğal olarak bu süreçte, uygulayıcının ufak bir yorum hatası, kolayca yanlış sonuçlara ulaşılmasına neden olmaktadır. Bu hatalar, sonucunda kronikleşen yanlış uygulamalar, rapor alanların yaşamlarını etkilemektedir. Çünkü çoğu olgu bu raporları hayatlarında bir defa ve nihai olarak almaktadır. Bu sebeplerden dolayı, hastanelerde bu tarz raporları tanzim eden uygulayıcılarla beraber, belirli zaman aralıkları ile eğitim toplantıları yapılmalı, sorunlara beraberce cevap aranmalı, hatalı/farklı uygulamalar konusunda karşılıklı bilgi alışverişinde bulunulmalıdır.

Yukarıda belirtilen eksiklikler, her olguda olmasa bile, cetvel bütün halinde düşünüldüğünde, önemli bir kısım raporu etkilemektedir. Ülkemizde özürhaneler tarafından bu kadar yoğun rapor talebi mevcut iken, uygulayıcıların rapor tanziminde büyük sıkıntı çektikleri açıktır. Bu kadar önemli eksiklikleri bulunan bir cetvelin yeniden gözden geçirilerek, kolaylıkla uygulanabilir ve yorumlanabilir, standart hale getirilmesinin aciliyeti vardır. Bu süreçte ortaya çıkan çelişkiler ve pratikte yaşanan aksaklıkların giderilmesi konusunda, uygulayıcıların da içinde olduğu bir komisyonla bu tutarsızlık ve eksiklerin giderilmesi son derece önem taşımaktadır.

6. SONUÇ

Günümüzde bir toplumun çağdaşlık göstergeleri arasında yer alan sağlık, eğitim ve ekonomik gelişmişlik kavramları içinde olduğu kadar, insan haklarına ilişkin göstergeler içinde de özürllüelerin durumu önem kazanmıştır. Özürllülüğün önlenmesi, rehabilitasyonu ve fırsat eşitliğinin sağlanması amacıyla politikaların belirlenmesi, programların planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesinde güvenilir özürllü istatistiklerinin olması temel koşul haline almıştır. Kapsam, göstergeler, terminoloji, uluslararası standartların, önerilerin ve deneyimlerin kültürel uygunluğunun sağlanması, verilerin kullanılması vb. pek çok alanda inceleme, araştırma, politika belirleme ve uygulama çalışmalarına gereksinim olduğu açıktır. Çeşitli yollardan edinilen bilginin tek bir kalemde toplanarak bir veri tabanı oluşturulması ve bunların güncelleştirilmesi önemli bir adım olacaktır.

Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda olduğu gibi, ülkemizde de sağlıklı istatistiklere ulaşmak oldukça zordur. Bu zorluk, doğası gereği ölçülmesi zor bir kavram olan özürllülük konusunda kendisini daha fazla göstermektedir. Ülkemizde birkaç nüfus sayımındaki başarısız deneyimden sonra, bu alanda kapsamlı ilk çalışma 2002 Türkiye Özürllüler Araştırmasıdır (86).

Ülkemizde, mevcut özürllülük politikası değerlendirildiğinde, verilen hizmetin niteliği, yeterliliği, standartları ve yaygınlığı konusunda ciddi sorunlar bulunmaktadır. Ayrıca, özürllülerle ilgili bir veri tabanının yeni oluşturulmaya başlanması, hizmetlerin planlanması ve önceliklerin belirlenmesi konusunda ciddi bir engel yaratmaktadır. Ülkemizde, sosyal güvenlik sistemi, uluslararası normlara uygun yapılanmadığı ve bütüncül bir yapı taşımadığından, değişik resmi kurumlar aracılığıyla yapılan yardım miktarları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Türkiye’de özürllülere yönelik yasal durum açısından görülen dağınıklığa ve kurumlar arası farka son verilmeli, özürllülerle ilgili her alanı kapsayan bütüncül yasal düzenlemeler yapılmalıdır. 2022 Sayılı Yasa,

sosyal güvenlikten çok kamu yardımı niteliğinde olup, yetersiz olan bu yardım amaçlarına ve sosyal yardım ilkesine uygun olarak, insan onuruna yakışır bir düzeye yükseltilmesinin istenildiği belirtilmiştir (87).

Bazı ülkelerde maluliyet ve özürlülük, uygulanan anketler ile belirlenirken, ülkemizde yeni uygulamaya konulan doktorlar tarafından düzenlenmiş sağlık kurulu raporlarının bilgisayar ağıyla merkezde toplanarak değerlendirilmesi önemli bir uygulamadır. Böylece, vücut fonksiyon kayıp oranları, spesifik olarak hesaplanabilecektir. Resmi Gazete'nin 16 Temmuz 2006 tarih, 26230. Sayısı'nda yer alan "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özür Durumuna Göre Tüm Vücut Fonksiyon Kaybı Oranları Cetveli"nin karmaşık ve kapsamlı olması, bazı sıkıntıları da beraberinde getirmiştir. Cetveldeki eksiklerden/ hatalardan dolayı, sağlık kurulu raporlarını tanzim eden uygulayıcılar, çoğu olguda, arızaları tespit ederken çelişkide kalmaktadır. Özürülüler de bu yüzden değişik sağlık kurumlarından farklı oranların verildiği raporlarla karşılaşmaktadırlar. Cetveldeki bu olumsuzluklar zaman kaybetmeden, uygulayıcıların önerileri doğrultusunda düzeltilmeli, hatalı uygulamalar sona erdirilerek, özürülülerin hak kaybının önüne geçilmelidir.

Çalışmamıza konu olan, Özürlü Sağlık Kurulu Raporu almak için başvuran 601 olgunun 311'inin 21–40 yaş grubunda olduğu (Tablo 2), bu gruptaki olguların tüm başvuranların yarısından çoğunu oluşturduğu görüldü. Bu olguların 98'i (%44.5) rapor sonuçlarına göre malulen emekliliğe hak kazanarak (Tablo 24), çoğunluğu elde etti. Yine bu yaş grubunda malulen emekliliğe hak kazanamayan 213 (%55.9) olgunun, en büyük grubu oluşturduğu gözlemlendi. Böylece bu çalışan, genç nüfus olarak bilinen yaş grubunun malulen emekliliğe hak kazansın ya da kazanmasın devletten beklentilerinin yüksek olduğu ve 61–75 yaşlarında başvuruların 28 olgu ile düşük olmasının ise, bu beklentilerin ilerleyen yaşla büyük oranda azaldığı görüşünü desteklemektedir.

Maluliyetine karar verilen, özürlülük yüzdesi 71–100 olan grubun %85.9'luk oran (Tablo 27) ile ve 0–20 yaş grubunun %87.2'lik oran ile (Tablo 29) en fazla "sürekli" ibareli rapor alan grupları oluşturdukları görüldü. Yaş grubunun yükselmesi ile "sürekli" rapor alanların oranının azaldığı gözlemlendi. Bunlara göre, genç yaşlarda ve yüksek maluliyet oranlarında, "sürekli" ibareli rapor yoğunluğunun yüksek olması, yaş ilerledikçe azalırken (Tablo 29), daha düşük maluliyet yüzdelerinde stabil bir seyir izlediği gözlemlendi (Tablo 27).

Olguların eski ve yeni cetvele göre (Tablo 16) düzenlenen raporlarının maluliyet durumları incelendiğinde: Eski listeye göre başvuranların %35.6'sının ve yeni listeye göre başvuranların %38.4'ünün malulen emekliliğe hak kazandığı gözlemlendi. İki cetvele göre düzenlenen raporların sonuçlarının bu kadar yakın olması, iki cetvelin bu bakış açısıyla birbiriyle örtüştüğünü ve ister eski cetvele, ister yeni cetvele tabi olsun, olguların cetveller arasında hak kaybına uğramadığını göstermektedir.

Bilindiği gibi, çağımız toplumlarında kalkınmanın insan unsuruna ağırlık veren sosyal hizmetler, insan hakları, kişi haysiyetini korumayı ve toplumun şartlarını, kişinin gelişmesine olanak verecek şekilde düzenlemeyi amaçlamaktadır (88). Sosyal güvenlik sistemi, sosyal devlet ilkesinden hareketle, tüm bireyleri kapsamalı ve bireylerine onurlu bir yaşam sürdürebilecekleri, asgari yeni düzenlemeleri sağlamalıdır (37).

İnsana verilen hizmette maliyetten kaçınılmamalıdır. Bu nedenledir ki; özürülerin araştırmalarla incelenen sorunların temeline ulaşılmalı, böylece kaynakların doğru kullanımına önem kazandırılmalıdır. Sosyal hizmet planlanmasında insana yapılan hiçbir hizmetin maliyetinin, insan onuru kadar yüksek olamayacağı unutulmamalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Okur N. Özürlülere Yönelik Örgütlemenin İncelenmesi. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Ankara, Başbakanlık Basımevi. 2001;3-149.
2. Dokuztuğ F. Özürlü Oranının Belirlenmesinin Önemi Rehabilitasyonda Değerlendirme ve Tedavi Yöntemleri. Yüksek Lisans Ders Notları, Bolu. 2002;1-15.
3. Belgin E. İşitme Kayıplı Çocuklarda Tanısal ve Eğitsel Yönlendirme. Ankara Üniv. 5. Mitat Enç Özel Eğitim Günleri Türkiye Sakatlar Konfederasyonu Yayınları: 5. Baskı, Ankara. 1997;93.
4. Tokmak H. Ulaşılabilirlik İçin Avrupa El Kitabı. Türkiye Sakatlar Konfederasyonu Yayınları; Ankara. 1995;17-21.
5. Kut S. Yaşlı Hizmetleri Politikası Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara. 1992;91-94.
6. Güvercin CH. Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004;2(57):89-95.
7. WHO: Disability Prevention and Rehabilitation. Technical Report Series 668, World Health Organization, Geneva. 1981;16-22.
8. Çevik R, Gür A. Diyarbakır Merkezi’nde Okul Çocukları Ve Ailelerde Hareket Sistemi Özürlülerin Sıklığı. Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi. 1999;2:8-14.
9. <http://www.seslikitapgonulluleri.com/> Özürlüler Ve Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkındaki 5378 Sayılı Kanun. Erişim Tarihi:05.02.2007.

10. <http://www.türksakatlarderneği.org.tr/> Türkiye Özürlüler Araştırması Temel Göstergeleri. Erişim Tarihi:05.02.2007.
11. Devellioğlu F: Osmanlıca- Türkçe Ansiklopedik Lügat. Ankara. 1982;690.
12. Caniklioğlu N. Türk Sosyal Güvenlik Hukukunda Sakatlara Emekli Yaşlılık Aylığı Bağlanması Hakkında Kazanma Bakımından Bir Karşılaştırma. Kamu-İş, Ankara. 4(6) 2002;251.
13. Kerimoğlu HB. Sosyal Sigortalar Açısından Maluliyet Sigortası. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enst. Özel Hukuk (İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku) Anabilim Dalı. Ankara 2004 (Yayınlanmamış), s.5-12.
14. Şen M. Türkiye Cumhuriyeti'nin Onayladığı İş Ve Sosyal Güvenlik Hukuku Alanında Çok Taraflı Sözleşmeler. Türk Ağır Sanayi ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayın No 41. Ankara. 2003;418.
15. Tuncay C. Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri. (Yenilenmiş 10. Baskı), İstanbul, Beta Yayınevi. 2002;279-281.
16. Caniklioğlu N. Hastalık Ve Sakatlığın Hizmet Akdine Etkisi. İstanbul. 2002;15.
17. Talas C. Sosyal Ekonomi. (Gözden Geçirilmiş 6. Baskı), Ankara, Sevinç Matbaası. 1983;348.
18. Sakatlar İçin Politika Dokümanı. DPT, Ankara. 1990;1.
19. <http://www.alomaliye.com/> Özürlülerin Emekli Olma Ve Kendilerine Malul Aylığı Bağlanması Şartları. Erişim Tarihi:23.11.2007.
20. Binbir S. 2022 Sayılı Yasa'nın Türk Sosyal Güvenlik Sistemi'ndeki Yeri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı 1995;1-119.
21. Kurt K. İş Ve Sosyal Sigortalar Kanunu. Ankara, Seçkin Yayıncılık. 2007;291-318.

22. Akkaya Y. Sosyal Güvenlik Tarihi Üzerine Notlar. Toplum Ve Hekim. 2000;15:2-90.
23. Richardson JH. İktisadi Ve Mali Yönleriyle Sosyal Güvenlik. (Çev. T. Yazgan) İstanbul. 1970;19.
24. Güzel A, Okur AR. Sosyal Güvenlik Hukuku. Beta Basım (7. baskı), İstanbul 1992;5-460.
25. Yazgan T. Gelir Dağılımı Açısından Sosyal Güvenlik. İstanbul. 1975;4.
26. Maral I. Yeşil Kart. Toplum Ve Hekim. 1995;10:125-127.
27. Introduction to Social Security, İLO, Geneva 1989;3.
28. Dilik S. Sosyal Güvenliğin Tarihsel Gelişimi, Kamu-İş. 1989;8(1):31-34.
29. Güvercin CH. Gemlik Eğitim Ve Araştırma Bölgesi'nde Yeşil Kart Sahiplerinin Bazı Özellikleri Yeşil Kart Kullanımı Ve Bunu Etkileyen Faktörler. İçinde: Güvercin C.H. Sosyal Güvenlik Kavramı Ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004;57(2):89-95.
30. Sosyal Sigortalar Kurumu 1999 İstatistik Yıllığı. Ankara, Sosyal Sigortalar Kurumu Sincan Matbaası. 2000;2-13.
31. T.B.M.M. Tutanak Dergisi, Dönem 7. 1949;3(20):64.
32. Turla S. Türkiye'de Sosyal Sigortalar Hizmeti Kurulardan Bugüne Gelişimi, Sağlanan Yardımlar. Türkiye Yol-İş Federasyonu. (Yayın No:19), Ankara. 1971;37.
33. Dünya Sağlık Örgütü Ve Türkiye İle İlişkileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Ankara. 1997;21-63.
34. Türkiye İstatistik Yıllığı. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Ankara. 2003;209.

35. Dirican R. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Ve Başarısızlık Nedenleri. Toplum ve Hekim, 1994;9:49-50.
36. Seçer Ş. Planlı Dönemde Sosyal Güvenlik Alanındaki Gelişmeler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 1999;3:48-68.
37. Uysal N. 2022 Sayılı Yasadan Aylık Alan Yaşlıların Gereksinimlerinin Karşılmasında Etkili Olan Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ankara 1996 (yayınlanmamış) s.34-35.
38. Özer Ö. Bolu İli Kürkçüler Köyü'nde Özürlü Dağılımı. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bolu 2002 (yayınlanmamış) s.108-130.
39. Ölçen M, Ölçen AN. Özürlüler Hukuku, Almanya'da Özürlülerin Üretken Dünyası. Zihinsel Yetersiz Çocuk Yetiştirme Vakfı. (Yayın No: 1), 1991;4-37.
40. Kuzgun Kİ. Türkiye'de Özürlülerin İşgücüne Katılımında Model Oluşturulması. Görme Özürlüler İçin Rehabilitasyon Politikaları Ve Meslek Tanımları. Görme Özürlüler Eğitim Konferansı. 24-25 Mart 2000 İçinde: Körler Federasyonu Yayını No:4, 2001;101.
41. Keskin D. Özürlüler İstihdamında İstihdam Koşullarının Ve Biçiminin Önemi Görme Özürlüler İçin Rehabilitasyon Deneyimleri Yeni Rehabilitasyon Politikaları Ve Meslek Tanımları. Görme Özürlüler Eğitim Konferansı, 24-25 Mart 2000.
42. Bilgin UK. Özürlülerin İstihdamı. Türk- İş Araştırma Merkezi, 2000;399-414.
43. Altan ÖZ. Sakatlar Ve Türkiye'de Çalışma Sorunları. Eskişehir. 1976;228-237.
44. Sarpyener MA. Sakatların Çalışmaması Bir Memleketin Suçudur. Sakatlar Dünyası. 1971;1:3.
45. <http://www.TürkSakatlarDerneği.org.tr/> Özürlüler Kanununun Getirdikleri. Erişim Tarihi: 05.02.2007.

46. <http://www.engelliler.net/> Gençyürek L. Özürlülere Yeni İmkânlar. Kat Mülkiyeti-Emlak Vergisi. Erişim Tarihi: 16.11.2007.

47. Türkiye Özürlüler Araştırması. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Ankara, Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı Matbaası. 2002;5-149.

48. <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/> Çataloluk C. Engelli Bireye Sahip Ailelerde Baş Etme Mekanizmaları. Erişim Tarihi: 29.03.2007.

49. <http://www.usdoj.gov/> A Guide To Disability Right Laws. Disability Right Section, Civil Right Division ,U.S. Department of Justice. Erişim Tarihi: 26.11.2000.

50. Current Population Report. Americans With Disabilities 1994-1995. Census Bureau. 1997;1-4.

51. La Plante MP, Trends In Disability Prevalence and Their Causes: Poceedings of The National Satatistics and Policy Forum. Disability Forum Report 4. Washinton DC. 1997;12-15.

52. <http://http:www.disabledperson.com/articles/> Paciello MG. Web Accessibility: 500 Million And Growing. Erişim Tarihi: 29.09.2007.

53. Yerel Yönetimlerin Yeniden Yapılandırılması. ODTÜ Kentsel Politika Planlaması ve Yerel Yönetimler Anabilim Dalı, Ankara. 1997;1:79-84.

54. <http://www.disability-council.gov.uk/> Disability Discrimination Act 1995. Erişim Tarihi: 02.12.2000.

55. Legislation on the Rehabilitation of People With Disabilities. (5th Edition) Council of Europa Press. 1993;71-139.

56. <http://europa.eu.int/> Compendium On Member States' Policies On Equality of Opportunity for People With Disabilities. European Comission, DG Employment And Social Affairs. 1998:71 Erişim Tarihi: 21.11.2000.

57. <http://www.drc-gb.org/> Labour Survey. Summer 2000-Great Britain. Erişim Tarihi: 22.11.2000.

58. England Objective 3 Operational Programme. European Social Fund. 2000;19-20.
59. <http://www.gladnet.org/infobase/employment/policies/> Thornton P, Lunt N. Employment Policies For Disabled People In Eighteen Countries: A Review. Sosyal Politika Araştırma Birimi York Üniversitesi. Erişim Tarihi: 27/10/2000.
60. Thomas M. The Action Disability Programmes: Experiences In Early Identification And Early Intervention. Indian J Pediatr. 1992;59(6):697-700.
61. Doğan H. Türkiye’de Özel Eğitim Gelişimi Ve Bugünkü Durumu. 2000’e 5 Kala Türkiye ve Dünya Çocukları, 31. Türk Pediatri Kongresi Kitabı. 1995;153.
62. Legislation on Equal Opportunities And Full Participation in Development for Disabled Persons: A Regional Review, United Nations Publication, New York. 1995; 14-32.
63. Annual Report On Governmental Measures For Persons With Disabilities. Prime Minister’s Office Japan. 1996;21.
64. Seyyar A. Özürlü Olmamak İçin Nelere Dikkat Etmeli Özürlü Çocuğu Olanlar Neler Yapmalı. İstanbul, Ziya Ofset. 2001;17-265.
65. <http://www.eeoc.gov/policy/> The Americans With Disabilities Act of 1990. The U.S. Equal Employment Opportunity Commission. Erişim Tarihi: 23.09.2007.
66. Karataş K. İnsan Hakları Açısından Özürlülerin İstihdamı Görme Engellilerin Mesleki Rehabilitasyonu Ve İstihdamı. Altı Nokta Körlere Hizmet Vakfı Yayını No: 2, Ankara. 1997;184-187.
67. Özmen ÖT. Özürlü Bireylerin İstihdam Edilmelerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bir Model Analizi. 3. Verimlik Kongresi, Bildiriler MPM, No 599 Ankara; 14-16 Mayıs 1997;507.
68. <http://www.ozida.gov.tr/egitim/> Ergun M. Özürlülerin Çalışma Yaşamına Katılımı Ve İşverenler İçin Rehber. Erişim Tarihi: 07.03.2007.

69. <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/> Karataş K. Engellilerin Toplumla Bütünleşme Sorunları. Erişim Tarihi: 08.02.2007.
70. Güven E. Ortopedik Özürlü Çocukların Kendini Kabul Düzeyi Üzerine Bir Araştırma. İstanbul, Tekel Ambalaj İşletmesi Matbaası. 1990;7.
71. <http://www.ozida.gov.tr/> Özürlülük Eğitimi. Toplum Temelli Rehabilitasyon Projesi. Erişim Tarihi: 19.09.2007.
72. Kazkayası M, Kocaoğlu Y, Akgün U, Ürker Ş. Özürlüler Kanunu ve İlgili Mevzuat. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Ankara, Kalemdar Matbaacılık. 2006;1-4.
73. <http://www.engelliler.biz/> Türkiye Engelliler Araştırması Sonuçları Açıklandı. Erişim Tarihi: 29.09.2007.
74. <http://trace.wisc.edu/> A Brief Introduction to Disabilities. A Brief Introduction to the Major Disability Groups and Some Specific Barriers to Accessibility They Encounter. Erişim Tarihi: 29.09.2007.
75. İnce CH. İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Sonucunda Ortaya Çıkan Meslekte Kazanma Gücü Azalma Oranlarının Hesaplanma Yöntemlerinin Farklı Sosyal Güvence Kurumlarına Göre Araştırılması ve Standardizasyonu, Doktora Tezi, İstanbul, 2004;46.
76. Güven E. Adli Tıp Açısından Maluliyetin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, T.C. Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, 1986;65-72.
77. Aşıcıoğlu F, Okudan M, Umut S, Suyugüzel N. Göze Yönelik Travmalarda Maluliyet Olgularının Değerlendirilmesi. Ulusal Adli Tıp Kongresi 1-4 Kasım, Kongre Kitabı. İstanbul. 1994;171-4.
78. Forst LS, Hryhorczuk D, Jaros M. A State Trauma Registry As A Tool For Occupational Injury Surveillance. J Occup Environ Med. 1999;41(6):514-520.
79. SSK 2002 İstatistik Yıllığı. SSK Genel Müdürlüğü Yayınları, Yayın No:593. Ajans-Türk Matbaacılık, Ankara. 2004;73-81.

80. Houtenville AJ, Bruyere SM, Burkhauser RV, Stapleton DC. 2004 Disability Status Reports: United States. Employment and Disability Institute Collection. New York. 2005;4-23.

81. Steinmetz E. Americans With Disabilities: 2002. Current Population Reports U.S. Bureau of the Census, Washington D.C. 2006:70-107.

82. <http://census.gov/> Facts For Futures: Americans With Disabilities Act. Census Bureau. Erişim Tarihi: 29.09.2007.

83. Kraus LE, Stoddard S, Gilmartin D. Chartbook on Disability in the United States. U.S. Department of Education, Washington D.C. 1996;16.

84. Çevresel ve Mesleki Akciğer Hastalıkları Çalışma Grubu. Akciğer Hastalıklarında Maluliyet Değerlendirme Rehberi. Toraks Dergisi. 2005;2(6):1-22.

85. <http://www.saglik.gov.tr/> Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Hakkında Yönetmelik. Erişim Tarihi:22.03.2007.

86. www.ozida.gov.tr/ Çalık S. Özürlülüğün Önlenmesinde Metodolojik Yaklaşımlar ve 2002 Türkiye Araştırması. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Özveri Dergisi. Erişim Tarihi: 20.02.2007.

87. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı 4 Çalışma Grubu Raporları. Ankara. 1995;234.

88. Kut S. 25. Kuruluş Yıldönümü Açılış Konuşması. Hacettepe Üniv. Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi, 1992;1(5):2-5.