

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

2007-2010 YILLARI ARASINDA EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİ ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU'NCA DÜZENLENEN
RAPORLARIN İNCELENMESİ

Uzmanlık Tezi

Araştırma Görevlisi
Dr. Gürol ÇAKIR

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ

İZMİR, 2013

TEZ KABUL ve ONAY SAYFASI

T.C. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA,

Dr. Gürol ÇAKIR'a ait "2007 - 2010 Yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Özürlü Sağlık Kurulunca Düzenlenen Raporların İncelenmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Adli Tıp Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

	Tarih:
Jüri Başkanı	İmza
Üye	İmza
Üye	İmza
Üye	İmza

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu'nun / / 20..... Tarih ve Sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kamil KUMANLIOĞLU
Dekan

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana destek olan değerli hocalarım; başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Süheyla ERTÜRK olmak üzere, emekli olan ve halen tüm bilgilerini bizlerle paylaşmaya devam eden Prof. Dr. Hüseyin KARALI'ye, tez danışmanım Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ'a, Prof. Dr. Aytaç KOÇAK'a, gösterdikleri sabır, destek, öneri ve yardımlarıyla hocam ve aynı zamanda dostlarım Yrd. Doç. Dr. Ender ŞENOL ve Yrd. Doç. Dr. Ahsen KAYA'ya teşekkür ediyorum. Ayrıca Uzm. Dr. Hülya MUTLU'ya, çalışmamızın istatistik analizlerinde yardımlarını esirgemeyen Uzm. Dr. Gül KİTAPÇIOĞLU'na, Uzm. Dr. Aydın AKDUMAN ve eşi Dr. Ceyda AKDUMAN'a, uzmanlık eğitimini tamamlayarak aramızdan ayrılan Uzm. Dr. Umut Erdar BİLGİN'e, bana yaşam enerjisi veren, yeni ufuklar açan değerli dostum ve kardeşim Dr. Onur BEDEN'e, beraber çalıştığımız tüm asistan arkadaşlarıma ve Anabilim Dalımızda özveriyle çalışıp bizlere destek olan tüm personelimize, dosyaların taranması ve verilerin toplanması aşamasında içtenlik ve özveriyle yardımcı olan Özürlü Sağlık Kurulu'nun değerli çalışanlarına, bilgisayar çalışmalarımda destek olan arkadaşım Soner GÜVEN'e çok teşekkür ediyorum.

Bu arada, rotasyon eğitimlerim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm hocalarıma ve hekim arkadaşlarıma da teşekkürlerimi sunuyorum.

Ayrıca bana her zaman ve her konuda destek olan, dürüstlüğü, doğru bildiğim yoldan ayrılmamayı, hak edene hak ettiği değeri vermeyi öğreten aileme sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum. İyi ki varsınız...

ÖZET

ÇAKIR G. 2007-2010 Yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Özürlü Sağlık Kurulunca Düzenlenen Raporların İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi-Ege Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, 2013.

Engellilik; doğuştan ya da sonradan oluşabilen, geçici ya da kalıcı olabilen ve fizyolojik, psikolojik, anatomik yapı ve/veya işlevlerde çeşitli derecelerde kayıplar yaşanması sonucu, bireysel ve çevresel engelleyici faktörlerin de katkısıyla mal ve hizmetlere erişim, toplumsal yaşama katılım ve günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde kısıtlılıklar ve güçlükler yaşanması şeklinde tanımlanabilir. Bu durumu yaşayan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan bireyi de özürlü olarak tanımlamak mümkündür.

Yaklaşık olarak tüm dünyada 1 milyar (%15), ülkemizde de 9 (%13) milyon engelli bireyin yaşadığı gerçeğinden hareketle, engelli bireylerin toplumsal yaşama tam olarak katılımlarının sağlanması, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması, eğitim ve istihdam olanaklarının geliştirilmesi, bağımsız yaşam becerilerine kavuşturulması ve yaşam standartlarının yükseltilmesi son derece önemlidir.

Her ne kadar son yıllarda ülkemizde engellilerle ilgili bir veri tabanı oluşturulmaya başlandıysa da, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu alanda yapılan istatistiksel çalışmalar nitelik ve nicelik olarak yeterli değildir. Bu noktadan hareketle çalışmamızın; başta engellilerle ilgili yasa yapıcılara, engelli hakları örgütlerine, sivil toplum kuruluşlarına ve uygulayıcılara katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Çalışmamızda ayrıca özürlülük kavramı farklı açılardan ele alınıp, değişik ülke örneklerine ve uygulamalarına yer verilerek, bu alanda yapılması gerekenlerle ilgili farkındalık yaratmak amaçlanmıştır.

Çalışmamızda; 2007-2010 yılları arası dönemde, özürlü sağlık kurulu raporu almak üzere başvuran toplam 7380 olguya ait rapor formları geriye dönük olarak incelenmiştir. Olgularımızın %66,1'i (4875) erkek, %33,9'u (2505) kadındır. Yaş ortalaması ise 28,94±21,66'dır. En sık görülen yaş grubu, %25,3 (1865) ile 0-9 yaş

grubudur. 2007 yılından itibaren özürli sağlık kurulu raporu almak için başvuran kişi sayısı, her iki cins açısından da giderek artmıştır. Raporların ortalama düzenlenme süresi $40,65\pm 35,76$ gündür. Özur oranlarının ortalaması ise, $59,80\pm 24,62$ 'dir. Benzer çalışmalarla uyumlu olarak olgularımızın yaşlarının oldukça genç olduğu ve %43,6'sının (3214), 0-19 yaş arası çocuk ve ergenlerden oluştuğu dikkati çekmektedir. Ayrıca olguların bölümlerdeki konsültasyon oranları incelendiğinde; en sık %41,8 (3087) ile zihinsel işlevlerle ilgili bozukluklar başlığı altında toplanan bölümde konsülte edildiği, bunu %39,1 (2890) ile sinir, kas, iskelet ve hareket işlevleriyle ilgili bozukluklar başlığı altındaki bölümlerde yapılan konsültasyonların izlediği saptanmıştır. En sık rapor isteme nedenleri (rapor kullanım amaçları) ise sırasıyla; belediye hizmetlerinden faydalanma, 2022 sayılı yasa kapsamında özürli aylığı bağlanması, vergi indirimi ve özel tüketim vergisi (ÖTV) muafiyetidir.

Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde engellilerle ilgili gerek sınıflandırma gerekse de istatistiki olarak oldukça ayrıntılı çalışmalar yapılmaktadır. Ülkemizde ise 2005 yılında çıkarılan Özürlüler Kanunu, Özürlülük Ölçütü ve Sınıflandırılmasıyla ilgili Yönetmelik ve özürliülerle ilgili ulusal veri tabanı kurulmasıyla, yasal dağımlık ve istatistiki veri eksikliği kısmen giderilmiş ve AB ile paralellik kurulmaya başlanmış olsa da, saha çalışmalarındaki eksiklikler ve pratikte yaşanan sorunlar devam etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Özürlü, Engelli, Özürlü Sağlık Kurulu, Özürlülük Sınıflandırması,

ABSTRACT

Investigation of the reports arranged by Ege University Medicine Faculty Hospital Medical Board of Disabled in years 2007-2010. Thesis of speciality in medicine-Ege University Department of Forensic Medicine, İzmir, 2013.

Disability can be defined as: occurring congenital or acquired, temporary or permanent and as a result of loss of functionality in physiologic, psychologic, anatomic structures in different degrees; with negative effects of restrictive personal and environmental factors, restriction and difficulties of reaching to properties and services, contribution to social life and daily life activities. It is possible to define the person as “disabled” who faces this situation and need protection, health care, rehabilitation, consultation and support.

From the point of view that there are approximately 1 billion (%15) of disabled in the whole world and 9 millions (%13) in Turkey, its crucial providing the contribution of disabled individuals to social life, presenting health care and rehabilitation, developing educational and occupational opportunities, acquiring independent living abilities and rising life standards.

Although there is an effort to create a data base about disabled people in our country during last years, quality and quantity of this statistical studies are not enough like all over the world. We hope that our study will contribute firstly to law makers of disabled, organs of disabled rights, non-governmental organizations and practitioners. On the other hand our study aim to evaluate the disabled concept from different point of views, introduce other countries practice and create an awareness on this field.

In our study; totally 7380 reports of cases applied to take Medical Board Report of Disabled in years of 2007-2010 are examined retrospectively. 66,1% of cases are male (4875), 33,9% (2505) are female. Mean age is 28,94±21,66. Mostly seen age group is 0-9 with 25,2% (n=1865). From the beginning of 2007, applicants of to take Medical Board Report of Disabled gradually increased for both sexes. Mean time to organise reports are 40,65±35,76 days. Mean of disability percentage is

59,80±24,62. In accordance with previous studies age of our cases are low, 43,46% (3214) of them are at 0-19 age group children and adolescents. On the other hand when body functions are examined, its seen that mostly with a percentage of 41,8% (3087) disorders of cognitive functions are diagnosed and it is followed by with a percentage of 39,1% (2890) noromuscular and movement functions disorder diagnoses. Mostly seen report demands are about taking municipality services , taking disabled salary in the concept of law 2022, tax reduction and discharge of private consumption tax respectively.

In European Union (EU) Countries there are many detailed studies about disabled people on both taxonomic and statistical fields. In our country with the year 2005 law on disabled people, regulations about disability rate and classification, creation of data base about disabled people; missing statistical datas and legal chaos partially decreased and there has been a start of parallelism with EU; but missings on field studies and practical problems are continuing.

Key Words: Disabled, Medical Board of Disabled, Classification of Disability, Handicapped

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xv
TABLOLAR DİZİNİ.....	xviii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xx

1.	GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.	GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.	Tarihçe.....	6
2.1.1.	Engelliliği Tarihsel Süreç İçinde Açıklamaya Çalışan Modeller.....	11
2.2.	Tanımlamalar.....	17
2.2.1.	Sağlık ve Hastalık Kavramları.....	17
2.2.2.	Engelli, Özürlü, Sakat ve Malul Kavramları.....	19
2.2.2.1.	Halk Sağlığı Sözlüğü'ne Göre Yapılan Tanımlamalar.....	20
2.2.2.2.	Özürlülük Terimleri Sözlüğü'ne Göre Yapılan Tanımlamalar.....	21
2.2.2.3.	Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne Göre Yapılan Tanımlamalar.....	22
2.2.2.4.	Maluliyet Kavramı.....	22
2.2.2.5.	Engellilik Kavramı.....	24
2.2.2.6.	Kuramsal Açıdan Bazı Engellilik Tanımlamaları.....	25
2.2.3.	Sosyal Güvenlik Kavramı.....	26
2.2.3.1.	Avrupa'da Modern Anlamda Sosyal Güvenliğin Gelişim Süreci.....	26
2.2.3.2.	Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Engelli Çalışmalarının Tarihsel Gelişim Süreci.....	27
2.2.4.	Ulusal Mevzuatımızda Yer Alan Engelli Tanımlamaları ve Engelliliğin Sınıflandırması.....	31
2.2.4.1.	T.C. Anayasası ve Engellilik.....	32
2.2.4.2.	5825 Sayılı Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun.....	32

2.2.4.3.	5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde (KHK) Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun.....	33
2.2.4.4.	Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmelik	34
2.2.4.5.	5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu ile Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği	35
2.2.4.6.	65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları ile Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ve Yönetmelik	35
2.2.5.	2002 Türkiye Özürlüler Araştırması'na Göre Yapılan Tanımlamalar.....	37
2.2.6.	Uluslararası Belgelerde Engellilik Tanımlamaları ve Sınıflandırılması.....	39
2.2.6.1.	BM Genel Kurulu'nun İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'ne eklenmiş olan 9 Aralık 1975 tarih ve 3447 sayılı "Sakat Hakları Bildirisi"	39
2.2.6.2.	BM Genel Kurulu'nun "Fırsat Eşitliği Konusunda Özürlüler İçin Standart Kurallar" İlke Kararı	40
2.2.6.3.	AB'de Engelli Tanımlaması	40
2.2.6.4.	Yetersizliklerin, Özürlülüklerin ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırılmasına (ICIDH), Dünya Sağlık Örgütü-1980.....	41
2.2.6.5.	İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF), DSÖ-2001	41
2.2.6.6.	2011 Dünya Engellilik Raporuna Göre Engellilik	42
2.2.6.7.	Uluslararası Çalışma Örgütü'ne (ILO) Göre Engellilik	42
2.2.6.8.	1990 Engelli Amerikalılar Yasası'na Göre Engellilik.....	42
2.2.6.9.	1995 İngiltere'de Engelli Bireylerin Ayrımcılığı Yasası'na göre Engellilik	43
2.3.	Engellilik Süreci.....	45
2.4.	Engelliliğin Sınıflandırılması.....	47
2.4.1.	ICIDH-1 ve ICIDH-2.....	47
2.4.2.	Küresel Hastalık Yüğü Ölçütleri (DSÖ; 2000).....	51
2.4.3.	ICF	51
2.4.3.1.	ICF'nin Amaçları ve Uygulama Alanları	52
2.4.3.2.	ICF'nin Kapsamı.....	53
2.4.3.3.	ICF'de Bileşenlere Göre Basamaklı Sınıflandırma.....	55

2.4.3.4.	DSÖ Yeti Yitimi Ölçeği (Disability Assessment Shedule: WHODAS-II)	58
2.5.	Engellilik Ölçütü	60
2.6.	Türkiye’de Özürlü Sağlık Kurulları	61
2.7.	Engelliliğe Yol Açan Etkenler.....	65
2.8.	Türkiye’ de Engelli Nüfus Oranları	68
2.8.1.	Türkiye’de Engelli Nüfus Oranlarıyla İlgili Çalışmaların Kısa Tarihçesi	68
2.8.2.	1935-2000 Yılları Arası Engelli Nüfus Araştırmaları	69
2.8.3.	2002 Yılı Türkiye Özürlüler Araştırması	72
2.8.4.	Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2010 Yılı Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması	77
2.9.	Dünyada Engelli Nüfus Oranları	79
2.9.1.	BM Çalışmaları	79
2.9.2.	DSÖ Çalışmaları	80
2.9.3.	Avrupa Komisyonu’nun Çalışmaları	80
2.9.4.	Dünya Engelliler Raporu’na Göre Engelli İstatistikleri	81
2.9.5.	Uluslararası Engelli İnsanlar Kuruluşu’na (DPI) Göre Engelli Kadın Çalışmaları	82
2.9.6.	Uluslararası Bazı Engelli Örgütlerinin Çalışmaları	83
2.9.7.	Bazı AB Ülkelerinde Engelli Oranları	84
2.10.	Genel Anlamda Engellilerin Sosyoekonomik Durumları	85
2.10.1.	Engelli İnsanlar Açısından Sosyoekonomik Hakların Önemi	85
2.10.2.	Dünya’da (Uluslararası Hukukta) Engellilerin Durumu ve Hakları.....	86
2.10.2.1.	BM Açısından Engelli Hakları	87
2.10.2.1.1.	İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi	87
2.10.2.1.2.	Mental Retardasyon’lu İnsanların Hakları Bildirgesi (1971)	88
2.10.2.1.3.	BM Sakat Hakları Bildirisi (1975)	89
2.10.2.1.4.	Engelli İnsanlar ile İlgili Dünya Eylem Programı (1983-1992)	90
2.10.2.1.5.	Engelli İnsanlara Fırsat Eşitliği Sağlanması için BM Standart Kuralları (1993)	91
2.10.2.1.6.	Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi..... (ESKHUS)	93
2.10.2.1.7.	BM İnsan Hakları Komisyonu Kararları.....	93

2.10.2.1.8.	Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (ÇHS).....	93
2.10.2.1.9.	Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılmasına Dair Sözleşme.....	94
2.10.2.1.10.	BM Engelli Hakları Sözleşmesi (2008).....	94
2.10.2.2.	Uluslararası Çalışma Örgütü'ne (ILO) Göre Engelli Hakları	95
2.10.2.3.	AB'de Engellilerin Durumu ve Özürlü Hakları	95
2.10.2.3.1.	AB'de Engellilere Yönelik Başlıca Yasal Düzenlemeler.....	96
2.10.2.3.2.	Avrupa Sosyal Şartı (ASS).....	97
2.10.2.3.3.	AB Engellilik Eylem Planı	98
2.10.2.3.4.	AB Engelliler Stratejisi 2010-2020	99
2.10.2.3.5.	AB Engelliler Stratejisi 2010-2020: Eylem Alanları.....	100
2.10.2.3.6.	AB Engelliler Stratejisi 2010-2020'nin Gerçekleştirilmesi: Genel Araçlar	103
2.10.2.3.7.	AB Ülkelerinde ve Aday Ülkelerde Engelli Haklarını İzleme Kriterleri	103
2.10.2.3.8.	AB Ülkelerinde Engellilerin Durumlarıyla İlgili Örnekler	104
2.10.2.3.8.1.	Almanya.....	104
2.10.2.3.8.2.	Danimarka.....	107
2.10.2.3.8.3.	Fransa.....	108
2.10.2.3.8.4.	İngiltere.....	111
2.10.2.3.8.5.	İsveç.....	113
2.10.2.3.8.6.	İtalya	115
2.10.2.3.8.7.	Polonya	116
2.10.2.3.8.8.	Estonya.....	117
2.10.2.3.8.9.	Hollanda.....	118
2.10.2.3.8.10.	Avusturya	120
2.10.2.3.8.11.	İrlanda	121
2.10.2.3.9.	Engellilerle İlgili Türkiye'nin Katıldığı Bazı AB Programları	122
2.10.2.3.9.1.	Katılım Öncesi Mali Yardım Aracı (IPA).....	123
2.10.2.3.9.2.	Türkiye'nin Katıldığı Topluluk Programları.....	123
2.10.2.4.	Engelli Hakları ile İlgili Diğer Ülke Örnekleri.....	124
2.10.2.4.1.	ABD.....	124
2.10.2.4.2.	Japonya	125
2.10.3.	Engellilerin Bilgi ve İletişim Teknolojilerine Erişimi.....	127

2.10.3.1.	Görme Engelliler İçin Geliştirilmiş Teknolojik Ürünler	127
2.10.3.2.	İşitme Engelliler İçin Geliştirilmiş Teknolojik Ürünler	128
2.10.3.3.	Fiziksel Engelliler İçin Geliştirilmiş Teknolojik Ürünler.....	128
2.10.3.4.	Zihinsel Engelliler İçin Geliştirilmiş Teknolojik Ürünler	129
2.10.3.5.	Engellilerin Bilgi ve İletişim Teknolojilerine Ulaşımlarıyla İlgili Üretilen Çözümler, Tasarımlar, Kaynaklar ve Web Siteleri	129
2.10.4.	Türkiye’de (Ulusal Mevzuatta) Engellilerin Durumu ve Engelli Hakları	131
2.10.4.1.	Özürlü Şuraları	131
2.10.4.2.	Türkiye’de Engelli Haklarını Düzenleyen Başlıca Yasal Mevzuat...	131
2.10.4.3.	T.C. Anayasası’na göre Engelli Hakları	133
2.10.4.4.	5378 Sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’a Göre Özürlü Hakları	134
2.10.4.5.	Türkiye’de Ana Başlıklar Halinde Engellilerin Hakları ve Sunulan Hizmetler	137
2.10.4.5.1.	Sağlık Yardımı	137
2.10.4.5.2.	Bakım ve Rehabilitasyon (Evde Bakım Yardımı)	138
2.10.4.5.3.	İş ve İstihdam	141
2.10.4.5.4.	Özel ve Mesleki Eğitim	145
2.10.4.5.5.	Özlük Hakları	147
2.10.4.5.6.	Özürlü Aylığı	147
2.10.4.5.7.	Muhtaç Aylığı	147
2.10.4.5.8.	Yardımcı Araç, Gereç, Cihaz, Bilgi ve İletişim Teknolojilerine Ulaşım	150
2.10.4.5.9.	Özürlü Kimlik Kartı	151
2.10.4.5.10.	Engellilere Yönelik İndirimler	152
2.10.4.5.11.	Engellilere Yönelik Belediye Hizmetleri	153
2.10.4.5.12.	Fiziksel Çevre ve Mimari Düzenlemeler	154
2.10.4.5.13.	Spor, Medya, Seçimlere ve Diğer Yaşam Alanlarına Katılım	155
2.10.4.5.14.	Vergi İndirimleri ve Muafiyetleri	157
2.10.4.5.15.	Emeklilik Hakkı (Erken ve Malulen Emeklilik	162
2.10.5.	Engellilerin Hak ve Hizmetlere Ulaşamamasına Neden Olan Etkenler	164

2.10.5.1.	Genel Anlamda Engellilerin Önündeki Ana Engeller	164
2.10.5.2.	Çevresel Kısıtlayıcıların Engelliler Üstündeki Etkileri	164
2.10.5.3.	AB’de Engellilerin Önündeki Ana Engeller.....	165
2.10.5.4.	Türkiye’de Engellilerin Önündeki Ana Engeller.....	165
2.11.	Engellilikten Korunma	167
2.11.1.	Birincil Korunma	167
2.11.2.	İkincil Korunma.....	168
2.11.3.	Üçüncül Korunma	168
2.12.	Engellilik ve Rehabilitasyon.....	169
2.12.1.	Rehabilitasyon’un Tanımı	169
2.12.2.	Rehabilitasyon’un Tipleri	170
2.12.2.1.	Tıbbi Rehabilitasyon	170
2.12.2.2.	Sosyal Rehabilitasyon	170
2.12.2.3.	Mesleki Rehabilitasyon	170
2.12.2.4.	Toplum Temelli Rehabilitasyon (TTR).....	170
2.12.2.5.	Psikososyal Rehabilitasyon ve Ev Rehabilitasyonu	171
2.13.	Engelliler ve Zorlu Yaşam Olayları.....	171
2.14.	Engelliler ve Yoksulluk	173
2.15.	Engelliler ve Damgala(n)ma/Etiketle(n)me (Stigmatizasyon)	174
2.16.	Engelliler ve Sosyal Dışla(n)ma/İçerilme.....	175
2.17.	Kadın ve Engellilik	177
2.18.	Engelli Bireye Sahip Aileler.....	177
2.18.1.	Engelli Bireye Sahip Ailelerin Özellikleri.....	178
2.18.2.	Engelli Bireyle Yaşayan Ailelerde Başa Çıkma Yöntemleri.....	179
2.18.2.1.	Baş a Çıkma kavramı.....	179
2.18.2.2.	Psikolojik sağ lamlık	180
2.18.2.3.	Sosyal destek	181
2.19.	Engelli Sivil Toplum Kuruluş ları (STK’ ları)	182
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	184
3.1.	Çalışmanın Yapıldığı Bölgenin Tanıtılması.....	184
3.1.1.	Çalışmanın Yapıldığı Bölgenin Tarihçesi ve Sosyodemografik Özellikleri.....	184
3.1.2.	İzmir’in İl ve İlçelerinde Baş lıca Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar ..	185

3.1.3.	İzmir’de Özürlü Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Sağlık Kurumları	186
3.1.4.	İzmir’de Özürlü Sağlık Kurulu Raporları Vermeye Yetkili Hakem Hastane Listesi	187
3.1.5.	İzmir’de Engellilere Yönelik Belediye Çalışmaları	187
3.1.6.	İzmir’de Engellilere Hizmet Sunan Başlıca Resmi ve Özel Kurumlar ...	188
3.2.	Çalışmanın Yapıldığı Sağlık Kurumu ve Özürlü Sağlık Kurulu Raporlarının Düzenlenmesi	190
3.3.	Çalışmanın Tipi	191
3.4.	Çalışmanın Değişkenleri ve Verilerin değerlendirilmesi	191
3.5.	Çalışmanın Hipotezleri.....	192
4.	BULGULAR	193
5.	TARTIŞMA.....	207
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	216
7.	KAYNAKLAR.....	221
8.	EKLER	235
EK-1.	Özürlü Sağlık Kurulu Rapor Formu	235
EK-2.	Etik Kurul Onayı	237
EK-3.	Engelliliğe Neden Olan Bozukluklar/Hastalıklar ve Kodları	239

KISALTMALAR DİZİNİ

AACD :	American Coalition of Citizens with Disabilities (Amerikan Özürlü Vatandaşlar Koalisyonu)
AB :	Avrupa Birliği
ADA :	Americans with Disabilities Act (Engelli Amerikalılar Yasası)
ASŞ :	Avrupa Sosyal Şartı
BCODP :	British Council of Organizations of Disabled People (İngiltere Özürlü Örgütleri Konseyi)
BM :	Birleşmiş Milletler
ÇHS :	Çocuk Hakları Sözleşmesi
ÇSGB :	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
dB :	Desibel
DDA :	Disability Discrimination Act (Engelli Ayrımcılığı Yasası – İngiltere)
DİE :	Devlet İstatistik Enstitüsü
DISTAT :	The United Nations Disability Statistics Database (BM Özürlülük İstatistikleri Veri Tabanı)
DPB :	Devlet Personel Başkanlığı
DPI :	Disabled People International (Uluslararası Özürlüler Örgütü)
DPT :	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ :	Dünya Sağlık Örgütü
ESCAP :	Asya Pasifik Ekonomik ve Sosyal Komisyonu
ESKHUS :	Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi
EÜTF :	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
GSS :	Genel Sağlık Sigortası
ILM :	Independent Living Movement (Bağımsız Yaşam Hareketi)
ICD :	International Classification of Disease (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)
ICF :	International Classification of Functioning, Disability and Health (İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırılması)
ICIDH :	International Classification of Impairment, Disability and Handicaps (Bozukluklar, Yeti yitimi ve Engellilerin Uluslararası Sınıflandırılması)

ILO :	International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
IQ :	Intelligence Quotient (Zekâ Katsayısı)
KDV :	Katma Değer Vergisi
KHK :	Kanun Hükmünde Kararname
KVS :	Kardiovasküler Sistem
MTV :	Motorlu Taşıtlar Vergisi
ÖMSS :	Özürlü Memur Seçme Sınavı
ÖSYM :	Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sınavı
ÖZİDA :	Özürlüler İdaresi Başkanlığı (ÖİB)
ÖTV :	Özel Tüketim Vergisi
PSS :	Periferik Sinir Sistemi
RADAR :	Royal Association for Disablement and Rehabilitation (Özürlülük ve Rehabilitasyon Büyük Birliği)
RAM :	Rehberlik Araştırma Merkezi
RG :	Resmi Gazete
TBMM :	Türkiye Büyük Millet Meclisi
T.C. :	Türkiye Cumhuriyeti
TÜBİTAK :	Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
TSE :	Türk Standartları Enstitüsü
SGK :	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHÇEK :	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SSS :	Santral Sinir Sistemi
SSK :	Sosyal Sigortalar Kurumu
STK :	Sivil Toplum Kuruluşları
SYDGM :	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü
SYDV :	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı
TTR :	Toplum Temelli Rehabilitasyon
TÜİK :	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO :	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (BM Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)
UNICEF :	United Nations International Children's Emergency Fund (BM Çocuklara Yardım Fonu)
UPIAS :	Union of Physically Impairment Against Segregation (Ayrımcılığa Karşı Fiziksel Engelliler Birliği)

- VOADL :** Voluntary Organizations for Anti-Discrimination Legislation
(Ayrımcılık Karşıtı Mevzuat İçin Gönüllü Örgütler)
- WHO :** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
- WHODAS-II :** World Health Organization Disability Assessment Schedule (DSÖ
Yeti yitimi Ölçeği-II)

TABLolar DİZİNİ

Tablo I.	Medikal model ile sosyal modeli ayıran kavramsal farklar	14
Tablo II.	Sağlıklı Birey Tanımlaması: İç ve Dış Sistemlerin/Etmenlerin Etkileşimi	18
Tablo III.	Engellilik Süreci	46
Tablo IV.	Impairment, Disability ve Handicapped kavramlarının örneklendirilmesi	49
Tablo V.	ICF'nin Bileşenlerine Göre Basamaklı Sınıflandırılması	57
Tablo VI.	WHODAS-II'de Tanımlanan Alanlar ve Değerleri	59
Tablo VII.	Türkiye'de Yapılmış Bazı Engellilik Prevalansı Çalışmaları	70
Tablo VIII.	Türkiye'de 1935-1985 Yılları Arası Türlerine ve Cinsiyete Göre Toplam Engelliler	71
Tablo IX.	Türkiye 2002 Yılı Özürlüler Araştırması Sonucuna Göre Özürlülük Oranları	73
Tablo X.	Türkiye 2002 Yılı Özürlüler Araştırması Sonucuna Göre Özur Türlerinin Yaş Grupları, Yerleşim Yeri, Bölge ve Cinsiyete Göre Dağılımı	75
Tablo XI.	Tüm Kamu Kurumlarında İstihdam Edilen Engelli Memurların Cinsiyet, Özur grupları ve Özur Oranları Dağılımı	145
Tablo XII.	İzmir'de Özürlü Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Hastaneler	186
Tablo XIII.	İzmir'de Özürlü Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Hakem Hastaneler	187
Tablo XIV.	Başvuran Olguların Yıllara ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı	193
Tablo XV.	Yaş Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı	194
Tablo XVI.	Olguların Başvuru Türlerine Göre Dağılımı	194
Tablo XVII.	Başvuru Türlerinin Yıllara Göre Dağılımı	195
Tablo XVIII.	Başvuru Türlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	195
Tablo XIX.	Olguların Konsülte Edildiği Anabilim/Bilim Dalı Sayısına Göre Dağılımı	196
Tablo XX.	Bölümlerdeki Konsültasyonların Cinsiyet ve Başvuru Yıllarına Göre Dağılımı (*).....	198
Tablo XXI.	Engelliliğe Neden Olan Bozukluk/Hastalık Sayısı.....	199

Tablo XXII.	Engelliliğe Neden Olan En Sık On Bozukluğun/Hastalığın Cinsiyete Göre Dağılımı	202
Tablo XXIII.	Her Bir Bölümde Görülen En Sık Üç Bozukluk/Hastalık.....	203
Tablo XXIV.	Olguların Ağır Özürlülük Durumuna Göre Rapor Geçerlilik Süreleri	205
Tablo XXV.	Rapor Düzenlenme Süresinin Yıllara Göre Dağılımı.....	206
Tablo XXVI.	Özürlü Sağlık Kurulu Raporunun Kullanım Amaçları Dağılım	206

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil I.	Engellilik Sınıflandırılmasının Gelişim Süreci	50
Şekil II.	ICF Bileşenleri Arasındaki Etkileşim	54
Şekil III.	Evde ve Kurumda Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Yıllara Göre Dağılımı	141
Şekil IV.	Kamu ve Özel Sektörde Çalışan Engelli İşçilerin Yıllara Göre Dağılımı	143
Şekil V.	Kamu Kurumlarında Çalışan Özürlü Memurların Yıllara Göre Dağılımı	144
Şekil VI.	2022 Sayılı Kanun Kapsamında Maaş Alan Kişilerin Yıllara Göre Dağılımı	148
Şekil VII.	Başvuran olguların Yıllara ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı	193
Şekil VIII.	Yaş Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı	195
Şekil IX.	Olguların Bölümlerdeki Konsültasyon Oranlarının Dağılımı (*).....	197
Şekil X.	Bozuklukların/Hastalıkların Dağılımı	199
Şekil XI.	Özürlü Sağlık Kurulu Raporunun Geçerlilik Süreleri	204
Şekil XII.	Özür Oranı Gruplarına Göre Olguların Dağılımı	204
Şekil XIII.	Rapor Düzenlenme Süreleri	205

1. GİRİŞ VE AMAÇ

“Hepimiz birer engelli adayız”

“Engelli olmanın başarıya mani olmasına gerek yok. Yetişkin hayatımın neredeyse tamamını motor nöron hastalığı ile geçirdim. Ama bu hastalık beni astrofizik alanında önemli bir kariyer ve mutlu bir aile sahibi olmaktan alıkoyamadı.

Ben birinci sınıf tıbbi bakıma erişimden istifade ettim. Konforlu ve onurlu bir biçimde yaşamamı ve çalışmamı kişisel asistanlarımdan oluşan ekibe borçluyum. Evim ve iş yerim benim için kolaylıkla erişilebilir hale getirildi. Bilgisayar uzmanlarının desteği sayesinde derslerimi ve makalelerimi hazırlamama ve farklı dinleyici kitleleri ile iletişime geçmeme imkân tanıyan desteklenmiş bir iletişim sistemine ve konuşma sentezleyicisine kavuştum.

*Birçok bakımdan oldukça şanslı olduğumun farkındayım. Teorik fizik konusunda gösterdiğim başarı, değerli bir hayat sürmem için destek görmemi sağladı. Üretken bir iş ve kişinin kendini gerçekleştirme şöyle dursun, dünyadaki engelli insanların çoğu gündelik hayatlarını idame ettirirken bile son derece zorlanmakta.” **Profesör Stephen W. Hawking** (1)*

Sağlıklı bir şekilde yaşamak, uluslararası ve ulusal yasalarla güvence altına alınmış en doğal ve en temel haklardan birisidir (2). Kişinin sağlıklı bir şekilde yaşayabilmesi; sosyal güvenlik şemsiyesi altında olması, iyi bir sağlık hizmeti alması, yeterli oranda beslenmesi, barınma ve giyinme olanaklarının iyi olması, fiziksel ve psikolojik varlığını koruyup geliştirecek imkânlara sahip olması gibi pek çok etkene bağlıdır (2). Ayrıca kişinin sağlıklı yaşama hakkı; işsizlik, yaşlılık, hastalık, sakatlık ve özürlülük gibi dezavantajlı durumlarla karşılaştığında ve doğal afetler, kazalar gibi elverişsiz ve beklenmedik olaylara maruz kaldığında yeterince destek görebilmesini de kapsamaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, World Health Organization; WHO)’nün tanımına göre sağlık; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmasıdır (3). DSÖ’nün bu yaklaşımı ile

sağlık tanımı genişlemiş ve biyopsikososyal yönden tam iyilik hali tanımlaması ile hekimlik ve sağlık hizmetleri dışında, toplumsal birçok etken de sağlık tanımlaması kapsamına alınmıştır (4).

Kişinin çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlanamadığı, iş bulma olanağının olmadığı, gelir dağılımındaki dengesizliğin yaratmış olduğu huzursuzluğun giderilemediği, kişisel ve toplumsal iç barışın sağlanamadığı toplumlarda, sosyal yönden tam bir iyilik halinden bahsetmek olanaksızdır (5). Biyopsikososyal iyilik halinin çeşitli sebeplerle olumsuz etkilenmesi sonucu sağlık durumu bozulan kişiye tıbbi yönden müdahale edilmediği takdirde, kişi engelli olarak karşımıza çıkabilmektedir (4, 5). Bu noktadan hareketle insan, yaşamının her döneminde hastalık-engellilik durumu ile karşı karşıya kalabilmektedir (5).

Genel anlamda engelli; bedensel, zihinsel, duyuşsal ve sosyal yetilerini çeşitli derecelerde kaybetmiş ve bu nedenle normal yaşamın gereklerini yeterince yerine getiremeyen kişi olarak tanımlanmaktadır (6).Toplumdaki genel kanının aksine, engelli birey sadece doğuştan yeti eksikliğine sahip olan birey değildir (6). Yaşamın her evresinde, her birey sağlıklı doğmuş olsa da, çevresel etkenler, kaza ya da süregelen bir hastalık nedeniyle özürü hale gelebilmektedir (6). Bu açıdan bakıldığında hepimiz aslında potansiyel olarak birer engelli adayız.

DSÖ'nün 2010 dünya nüfus tahminlerine göre, 1 milyardan fazla insanın (dünya nüfusunun yaklaşık %15'i) günlük yaşamlarını kısıtlayan bir tür engellilik ile yaşadığı tahmin edilmektedir (1). 15 yaş ve üzerindeki kişiler arasında engellilik ile yaşamak durumunda olan kişi sayısını Dünya Sağlık Araştırması (World Health Survey) 785 milyon (%15,6) olarak belirtirken, Küresel Hastalık Yükü (Global Burden of Disease) çalışması bu sayıyı yaklaşık 975 milyon (%19,2) olarak tahmin etmektedir. Küresel Hastalık Yükü çalışması engelli çocukların (0-14 yaş) sayısını, 13 milyonu (%0,7) şiddetli engelli olmak üzere, 95 milyon olarak tahmin etmektedir (1).

Dünya Sağlık Araştırması, bu kişiler arasından 110 milyon kişinin (%2,2) işlevlerini yerine getirme konusunda çok ciddi zorluklar (damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalma, binalara, toplu taşıma araçlarına, sağlık ve bakım hizmetlerine ve

bilgiye ulaşım gibi) yaşadığını tahmin etmekteyken, Küresel Hastalık Yüğü çalışması şiddetli engellilik (kuadripleji, şiddetli depresyon veya körlük gibi) yaşayan kişi sayısını 190 milyon (%3,8) olarak tahmin etmektedir (1, 7).

“2002 yılı Türkiye Özürlüleri Araştırması” sonucuna göre %12,29 oranında özürlü nüfusuna sahip olan ülkemizde, toplumsal farkındalığın artırılması, kurumlar arası iyi bir iletişim ve organizasyon akışı sağlanması, yasal mevzuattaki eksikliklerin ve dağınkılığın giderilmesi, bilimsel araştırmaların nitelik ve nicelik olarak artırılması ve bizzat engellilerin politika oluşturma süreçlerine katılmaları, özürlü haklarının geliştirilmesi açısından son derece önemlidir (8).

Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Anayasası'nın 2. maddesinde vurgulanan “sosyal hukuk devleti anlayışı”, 10. maddesindeki “eşitlik ilkesi” ve 61. maddede yer alan “devlet, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır” hükmü ile özürlülerin korunması, haklarının geliştirilmesi ve sosyal hayata katılmalarının sağlanması ile her türlü ayrımcılığın önlenmesi, anayasal güvence altına alınmıştır. Bu amaçla pek çok kanun, tüzük ve yönetmelik çıkarılmıştır (9).

Engellilere yönelik hazırlanmış yasal düzenlemelerin ve sağlanan hakların ister ulusal, isterse uluslararası alanda olsun, somut uygulamalarla hayata geçirilemediği ve toplumsal bilinç yaratılamadığı sürece beklenen etkiyi yaratması düşünülemez. (10). Günümüzde artık ülkelerin gelişmişliği sadece ekonomik göstergelerle değil, başta engelliler ve diğer dezavantajlı gruplar olmak üzere, insana ve insan gelişimine verdikleri önemle belirlenmektedir (11).

Engellilerin kendilerine sağlanan hak ve olanaklardan yararlanabilmeleri, engellerini yetkili bir sağlık kurumundan alacakları “**Özürlü Sağlık Kurulu Raporu**” ile belgelendirmelerine bağlıdır. Bu amaçla Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) Hastanesince verilen Özürlü Sağlık Kurulu raporları, 14 Ocak 2012 tarih ve 28173 sayılı Resmi Gazete’de (RG) yayımlanarak yürürlüğe giren ve daha önceki yönetmelikleri (16.07.2006 tarih ve 26230 Sayılı RG’de ve 16.12.2010 tarih ve 27787 Sayılı RG’de yayımlanan yönetmelikler) yürürlükten kaldıran “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine göre düzenlenmektedir.

Özetle geleceğe dair bir projeksiyon yapmak gerekirse, engelli sayısının her geçen yıl giderek artacağını söylemek hiç de abartılı olmayacaktır. Bu durum sadece engelliler ve aileleri için değil, yaşadıkları toplum ve ülke için de ekonomik, sosyal, fiziksel ve psikolojik yönlerden ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Anayasamızda yer alan “sosyal devlet” ilkesinden hareketle, bu sorunları en aza indirmek ve giderek artan engelli nüfusa ihtiyaç duydukları destek ve rehabilitasyon hizmetlerini adil ve rasyonel şekilde ulaştırabilmek için gerekli politikaların oluşturulması amacıyla engelli sayısının ve tiplerinin bilinmesi son derece önemlidir.

EÜTF Hastanesi, başta İzmir merkez ve ilçeleri olmak üzere, Ege bölgesi ve komşu bölgelerden çok sayıda hastaya hizmet vermektedir. Bu açıdan bakıldığında, çalışmamızın oldukça geniş bir alanı kapsamaması anlamlıdır.

Çalışmamızda özellikle AB Özürlüler Stratejisi 2010-2020’de belirlenen 8 ana hedef (**eşitlik, erişilebilirlik/ulaşılabilirlik ve katılım, istihdam, eğitim ve öğretim, sağlık ve rehabilitasyon, gelir sağlama ve sosyal güvence, aile yaşamı ve kişisel entegrasyon ve dış etkiler/kültür-eğlence-spor-din**) incelenerek, bu hedeflerin ülkemizdeki uygulamalarla ve çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla karşılaştırılması, eksikliklerimizin belirlenmesi ve kendi öznel şartlarımıza uygun yasal, ekonomik ve sosyokültürel düzenlemelerle, engellilerin önündeki engellerin kaldırılması ve yaşamın tüm alanlarına katılımlarının sağlanmasına yönelik öneriler geliştirmek amaçlanmıştır (12).

Öncelikli amacımız; 2007 - 2010 yılları arasında Özürlü Sağlık Kurulu Raporu almak için hastanemize başvurmuş olan kişileri, belirli değişkenler (yaş, cinsiyet, başvuru tarihi, başvuru şekli, rapor düzenlenme süresi, rapor geçerlilik süresi, başvuru bölümleri ve konulan tanılar, özür oranı, ağır özürlü olup olmadığı ve rapor istek nedenleri gibi) çerçevesinde incelemek ve elde ettiğimiz bulgularla, ulusal ve uluslararası engelli istatistiklerine katkıda bulunmaktır.

Diğer bir amacımız da; engellilik olgusunun tarihsel sürecini farklı bakış açılarıyla irdelemek, ulusal ve uluslararası yasal düzenlemeler ışığında engellilerin sosyal hayat içindeki yerlerini ve sağlanan hakların nitelik ve niceliğini tartışmak ve

nüfusumuzun yaklaşık %13'ünü oluşturan 8,5 milyonluk engelli gerçeğine vurgu yaparak, bu konudaki toplumsal bilincin ve farkındalığın arttırılmasına katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe

Tarihsel süreç içinde hastalık, sakatlık, engellilik kavramlarının yanı sıra bunlara yol açan nedenlerin ve tedavi yollarının önemli ölçüde değişiklik geçirdiği görülmektedir. Tarım öncesi avcılık ve toplayıcılıkla uğraşan toplumlarda, insanlar genellikle çevresel nedenlerle ve av kazaları sonucu sakatlanmış ya da ölmüşlerdir. Tarım toplumlarında ise hava, su, yiyecek ve vektörlerle bulaşan enfeksiyon hastalıkları yaygınlaşmış ve salgınlar çok sayıda insanın hastalanmasına, sakat kalmasına veya ölümüne yol açmıştır (13).

Günümüz modern toplumlarında ise; tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak hastalıkların önlenmesi/tedavi edilmesi ve bunun sonucunda da ortalama yaşam süresinin uzaması ile süregelen hastalıklar (kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanser vb.) giderek artmıştır. Bunlara ilaveten savaş ve terör olayları, kazalar, sanayileşme ve küresel ısınmayla birlikte çevresel kirlenme, beslenme alışkanlıklarının olumsuz yönde değişmesi, alkol, uyuşturucu madde ve sigara kullanımı, iş ve çevresel stres yaygınlaşmış ve bunlar hastalık, sakatlık ve ölüm nedenlerinin başında yer almaya başlamıştır (5, 13).

Tıpkı hastalık kavramında olduğu gibi engellilik konusundaki yaklaşımlar ve tanımlamalarda, ilgili tarihsel dönemlere rastlayan düşünsel kalıplarla ve toplumların engelliliğe yüklediği anlamlarla şekillenmiştir (14). Engellilere ait ilk kalıntılar, bugünkü Irak civarında yapılan kazılarda ortaya çıkmıştır. Bulunan kalıntının milattan önce (MÖ) 45 bin’li yıllarda yaşadığı, gözünün görmediği ve sağ kolunun da felçli olduğu saptanmıştır. (14). Eski Yunan mitolojik kaynaklarında da, ateş ve dövme tanrısı olan Hephaistos’un iki bacağı olmayan topal bir tanrı olduğu ve kralın engellilere maaş bağlamış olduğu anlatılmaktadır (14).

Animistik (gizemci-büyüsel) düşüncenin egemen olduğu Eski Yunan-Roma dönemine dek uzanan çağlarda insanlar, korktukları ve açıklayamadıkları hastalıkları doğaüstü güçlere bağlamışlardır (13). Eski çağların sonlarına doğru, hastalıkların tanrısal/ruhani etkiler dışında doğal nedenlere bağlı olarak meydana geldiği

düşüncesi belirmeye başlamış ve toprak, bataklık ve pisliklerden çıkan zehirli maddelerin hastalıklara neden olduğunu öne süren “Miasma teorisi” ön plana çıkmıştır (13).

Antik Yunan’da her şeyin dört elementten oluştuğuna inanılırdı; Toprak, ateş, su ve hava. Bu inanışa göre, insan vücudunun yapısı ve işleyişi, salgı denilen dört öze-kara safra, sarı safra, balgam ve kan-dayanmaktaydı (15). Tüm hastalıkların bu dört salgıdan birinin aşırı ya da eksik salgılanmasından geliştiğini savunan bu inanış, yaklaşık 2000 yıl boyunca hastaların istenmeyen salgılardan kurtarılması için kanlarının akıtılmasına neden olmuştur (3, 15).

M.Ö.1500 civarında Mısır’da bulunan Thebes yazıtlarında zihinsel engelliliğin beyin hasarına bağlı vücut ve akıl sakatlığı olarak tanımlandığı görülmüştür (14).

Eski Yunan’da engelli doğan bebeklerin öldürülmesi yaygın ve teşvik edilen ve hatta bazı şehir devletlerinde mecburi tutulan bir uygulamaydı. Örneğin; Isparta’da engelli çocuklar, ölmesi için uçurumdan aşağıya atılırlardı. Romalılara gelince; onlar da sakat ve zayıf doğan çocukları, Tiber nehrinde boğarak öldürüyorlardı (16).

Roma İmparatorluğu önceleri engelli doğan bireylerin öldürülmesine izin verirken, sonradan bunu yasaklamıştır. Ancak engellilerin (cüceler, körler, sağırılar) toplu eğlencelerde sıklıkla kullanıldığı ve bu kişilerin kadınlarla ve hayvanlarla zorla dövüştürülerek Roma’lıları eğlendirdikleri belgelerde yer almaktadır (16).

İncil’de, engelliliğin kişinin daha önceki yanlış davranışları sonucu oluştuğuna dair metinlere sıkça rastlanmaktadır. Örneğin, Eski Ahid’de (The Old Testament) “ahlaksız insanlar Tanrı tarafından kör edilecektir” denmektedir (Deuteronomy, 27-27). Bu geleneklere Yeni Ahid’de de (The New Testament) rastlanmaktadır. Mattew’un kitabında, İsa’nın elleri ayakları titreyen bir adamı, günahlarının affedildiğini söyledikten sonra iyileştirdiği anlatılmaktadır. Fakat ortaya çıktığı dönemin diğer öğretilerinin aksine, Yahudi inancına göre bebeklerin öldürülmesi yasaktı. İslam dininde ve Hristiyanlığın sonraki dönemlerinde de bu anlayışın sürdürüldüğü görülmektedir (16).

Sonuç olarak kitaplı dinler, zaman zaman farklı uygulamalarda bulunmuş olsalar da, öncelikle o dönemin sosyo-ekonomik koşullarının toplum dışına ittiği yoksullar, sakatlar gibi kesimler arasında kabul görmekte ve bu kişiler için sığınacakları bir liman işlevi görmekteydi. Savaşlar, salgın hastalıklar, göçler ve değişen sosyo-ekonomik şartlar, toplumsal yapının dışında kalan insanları, yaşamak için kilise, havra ve camilerin çatısı altına sığınmaya zorlamaktaydı (16).

Ortaçağda İslam ülkelerinde, hastalıkların açıklanması ve tedavi edilmesinde önemli gelişmeler yaşanırken, Avrupa'da kilisenin katı, baskıcı, dogmatik tutumu ve bunun sonucu olarak kurulan engizisyon mahkemelerinin uygulamaları nedeniyle, tüm bilim alanlarında olduğu gibi tıp alanında da, eski olumlu gelişmeler unutulmuş ve yeniden büyüsel-gizemci düşünce egemenlik kazanmıştır (17).

Ortaçağ Avrupa'sında epilepsi, dilsizlik, sağırılık, mental bozukluk ve zihinsel bozukluğu olan bireyler, içlerine şeytan veya cin girmiş olarak nitelendirilip din adamları (engizisyon mahkemeleri) tarafından cadı ya da büyücü olmakla damgalanıp, kilise ya da pazar meydanlarında diri diri yakılarak ya da işkence edilerek öldürülmüşlerdir (17).

Avrupa'da resmi kayıtlara göre; Ortaçağ'dan başlayarak 18. yüzyılının sonlarına kadar yaklaşık 9 milyon insanın cadı diye damgalanıp öldürüldüğü belirtilmektedir. Ancak bunların kaçının engelli olduğu kesin olarak bilinmemektedir (17). Ayrıca yine bu dönemde, insanların toplu olarak yaşadığı yerlerde ve özellikle de kent merkezlerinde meydana gelen büyük salgınlar nedeniyle çok sayıda hasta, ya sakat kalmış ya da ölmüştür (2, 13).

13. yüzyılda dilenci ve engelliler için yurtlar oluşturulmuş, 14. yüzyılda ise İngiltere'de engellilerin çalışmalarını öngören yasalar çıkartılmıştı. 16. yüzyılda Juan Luis Vibes, engellilerin tedavi, işe alıştırma ve çalıştırma yolları ile korunmasını önermiştir. Aziz Vincent de Paule 17.yy' da sokak çocukları için bir kurum açmıştır (2).

15. ve 16. yüzyılda Avrupa'da başlayıp tüm dünyayı etkileyen “**Rönesans ve Reform**” hareketleri, insanların bilinçlerinde ve toplumsal yapıda çok önemli

değişiklikler yaratmış, kilisenin baskıcı ve dogmatik anlayışını büyük oranda ortadan kaldırarak bilimsel çalışmaların özgürce yapılabildiği bir ortam sağlamıştır.

17. yüzyıldan sonra pozitif bilimlerin (fizik, matematik, anatomi, fizyoloji, biyokimya gibi) gelişimiyle birlikte, özellikle mikroskobun keşfi gibi buluşlar, daha önceden nedeni bilinemeyen pek çok hastalığın ve sakatlığın aydınlatılmasını sağlamıştır (13).

19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlarından itibaren, hastalık yapıcı nedene maruz kalan herkesin aynı şekilde hasta olmadığı görüldüğünde, “hastalık yoktur hasta vardır” temel anlayışıyla, her hasta ayrı olarak değerlendirilmeye başlanmış, hasta ve engelli bireyler biyopsikososyal olarak bütüncül bir yaklaşımla ele alınmışlardır.

Osmanlı İmparatorluğu döneminde insan hakları veya engelli hakları gibi kavramlar yeterince gelişmemiş olmasına rağmen, engellilerin yaşlılar evinde koruma altına alındığı, çeşitli vakıflarca desteklendiği veya bazı engellilerin yeteneklerine uygun işlerde çalıştırıldığı ve Enderun okullarında zihinsel engellilere yönelik eğitim hizmetleri sunulduğu bilinmektedir (10).

Sonuç olarak engelli insanlar; ilk çağlarda uçurumlardan atılmış, orta çağda cadı diye yakılmış, 20. yüzyılın ilk yarısında “sosyal darwinizm’in ve öjenizm’in (eugenia; iyi tür, iyi doğum-biyolojik ıslah) etkisiyle tehlikeli deneylerin kobayları olarak kullanılmış, kısırlaştırılmış, nazi soykırımına uğramış, gaz odalarında öldürülmüş, topluma zararlı oldukları düşüncesiyle insanca yaşamın koşullarını sunmayan kurumlara kapatılmış, bazen bu kurumlarda kendi idrarlarının içinde, elleri bağlanmış vaziyette tutularak tedavi ve bakımdan mahrum bırakılmışlardır (16, 17, 18).

Ayrıca yine 20. yüzyılın başlarında ortaya çıkan ve öjenizmi çağrıştırmamasından dolayı üzerinde yoğun tıbbi etik tartışmaların sürdüğü “insan genom projesi” ile her ne kadar hastalıkların önlenmesi ve tedavisinin amaçlandığı vurgulansa da, biyolojik ıslaha yönelik söylem, tutum ve uygulamalar nedeniyle bu tartışmalar günümüzde de tüm hızıyla sürmektedir (19).

Engelli insanlar en iyi ihtimalle korunmaya ve yardıma muhtaç, zavallı, acınası, zararsız ama anormal olarak nitelendirilmişler; herkesle eşit haklara sahip bireyler olarak değil, yardımseverliğin öznelere olmuşlardır. Normal insanlar, bir sakata yardım eli uzatmanın verdiği tatmin duygusunu yaşarken, engelli insanlar dışlanmış ve ötekileştirilmişlerdir (18).

Günümüz dünyasında engelli insanlara yönelik cadı avları ya da soykırımların yerini yeni tehditler almıştır (18). Sanayileşme ve küreselleşmeyle birlikte giderek değişen üretim ilişkileri ve kol-beyin gücüne dayalı sektörlerin ön plana çıkması ve bu sektörlerin arasındaki rekabetin artması ile engelli bireyler dışlanmışlar ve ayrımcılığa uğramışlardır. Bu durum gelir dağılımının eşitsiz olduğu ve yoksulluğun giderek arttığı dünyada, engelli olmayan insanlara uygun olarak tasarlanmış sosyal ve fiziksel yapılar içerisinde yaşayan ve çalışan engelli insanları, daha da yoksul ve dezavantajlı bir konuma sokmaktadır (18).

Engelli olan ve tarihte büyük roller oynamış pek çok kişi vardır. Bunların toplumsal ilerlemeye sundukları katkılar, engellilerin üretken ve topluma katkısı olmadığı yönündeki inanç ve iddiaların ne kadar geçersiz olduğunu göstermektedir. Örneğin (10);

Alexander Graham Bell (öğrenme bozukluğu), Thomas Edison (işitme engelli, öğrenme bozukluğu, şeker hastalığı ve dyslexia-konuşma bozukluğu-), Albert Einstein (otizmin bir türü olan Asperger sendromu ve dyslexia), Henry Ford (dyslexia), Isaac Newton (kekeme ve epilepsi), Leonardo Da Vinci (dyslexia), Pisagor (epilepsi), Stephan Hawking (motor nöron hastalığı), Michael Faraday (dyslexia), Pablo Picasso (dyslexia), Auguste Rodin (dyslexia), Hans Christian Anderson (dyslexia), Ludwig Van Beethoven (işitme engelli), Tomy Hilfiger (dyslexia), Steven Spielberg (dyslexia), Julius Caesar (epilepsi), Lenin (epilepsi), Rus Çarı Büyük Peter (astım), Winston Churchill (lisp-konuşma bozukluğu), Franklin D. Roosevelt (polio sonucu hareket engelli), George Washington (öğrenme bozukluğu), Timur (bacak kısıklığı), Büyük İskender (Boynunda eğrilik)

2.1.1. Engelliliği Tarihsel Süreç İçinde Açıklamaya alışan Modeller:

Tarihsel süreç içinde engellilik kavramı irdelendiğinde, genel anlamda 5 temel bakış açısıyla açıklanmaya ve anlamlandırılmaya çalışıldığı görülmektedir. Bunlar (20);

1. Ahlaki-dini-moral model
2. Geleneksel-feodal model
3. Medikal-bireyci model
4. Sosyal model
5. İnsan hakları-politik model

Engellilik önceleri ahlaki-dini bakış açısıyla değerlendirilmiş ve engellilik kavramına ruhani-şeytani anlamlar yüklenerek engelli bireyler damgalanmış (stigmatizasyon), lanetlenmiş, dışlanmış, cezalandırılmış ve hatta öldürülmüştür (21). Daha sonraları hâkim olan geleneksel anlayışta engelliler, feodal düzenin aile temelli ve kendine özgü üretim şekli içerisinde “şanssız bireyler” olarak algılanmış ve bu durum “tanrısal takdir, şanssızlık ve kader” ile açıklanarak dışlanmaksızın, aile ve toplum içerisinde korunmuşlardır (21).

Sakatlığı günah işleyenlerin başına gelen bir durum olarak gören ideolojik ortamın söylemine göre sakatlar, şeytanın varlığının ve onun insanlar üzerindeki gücünün yaşayan kanıtları olarak görülüyorlardı (16). Protestanlığın kurulmasının öncüsü ve dini lideri olan Martin Luther (1485 - 1546), sakat bir çocukta şeytanı gördüğünü iddia ediyor ve onların öldürülmesini öneriyordu (16).

18. yüzyıl; toprağın ve tarımın önemli ölçüde ticarileştiği, sanayileşmenin başladığı ve aynı zamanda aydınlanmacı ve liberal faydacı felsefenin ağırlık kazandığı bir dönem olarak nitelendirilmektedir. Dinlerin etkisi, akıl ve bilim üzerine yapılan vurgu, toplumsal ilerlemeye atfedilen önem, bireyselliğin yüceltilmesi bu dönemin ne çıkan değerleriydi (16). Bu yüzyılda gelişen aydınlanma düşüncesi de, kapitalizmin dayandığı makineyi temel alarak, aklın denetimi altında arızalanmadan işleyen bir beden fikrini geliştirecek ve bedeninin sakatlıkları tamir edilmesi gereken

bir makine arızası olarak; sakatlar da, tamir edilemediği durumlarda hurdaya ayrılan makineler olarak görülecekti (16).

20. yüzyılın ortalarına doğru giderek güçlenen yenedünya düzeninin (neoliberalizm, küreselleşme), kendine yeni pazarlar araması sonucu ortaya çıkan 2. Dünya Savaşı ve işçi ile iş yerini standardize etmeye yönelik Fordist üretim tarzı ve Taylorist örgütlenme anlayışları sonucunda tüm dünyada sakat sayısı hızla artmıştır (16). Çalışma koşullarının giderek kötüleşmesi, uygun sağlık koşullarını sağlamayan iş yerleri nedeniyle ortaya çıkan iş kazaları, tüm dünyayı saran savaş ve terör olayları sonucunda sakatlığın artması, 1960'larda insan hakları hareketlerine paralel olarak, sakat hakları hareketlerinin de ön plana çıkmasına yol açmıştır (16).

Sonuç olarak, feodal dönemden sonra ortaya çıkan kapitalist düzende, bireyselliğin ön plana çıkması, sanayileşmeyle birlikte değişen üretim ilişkileri içerisinde makineleşmenin ve fizik güce duyulan ihtiyacın artması, engellilerin çalışma hayatının dışına itilmesine, işsiz kalmalarına ve toplumsal yaşamdan dışlanmalarına yol açmıştır (22). Bu dönemde engellilik, medikal bir anormallik-bozukluk, tedavi edilmesi gereken patolojik bir durum olarak görülmüş ve bir fonksiyon sınırlılığı ya da psikolojik kayıpla ilişkilendirilmiştir (22).

Medikal/Bireyci modelin engellilik anlayışına göre engelli bireyler; aciz, bağımlı, tüketici, yardıma, tedaviye ve bakıma muhtaç kişiler olarak nitelendirilip, normal-normal olmayan ayrımıyla tanımlanmış ve bu yaklaşım engellilerin ekonomik ve sosyokültürel hayattan dışlanması, soyutlanması ve pek çok imkândan yoksun kalmaları sonucunu doğurmuştur (23).

Medikal modelde engellilikten kaynaklanan ve tamamen birey kökenli olduğu düşünülen sorunlar, sosyal yardımlar ya da korumalı işyerleri, özel eğitim okulları gibi engelli bireye özel düzenlemeler ve devletin koruyucu rolü ile telafi edilmeye çalışılmakta, bu durum da; engellilerin bağımlılığını arttırmaktadır (18).

1970'li yıllarda ilk kez İngiltere'de, medikal engellilik modelinin engelliliği kişideki yetersizliğe indirgeyen, aşırı korumacı, kısıtlayıcı, dışlayıcı, hastalık-tedavi odaklı anlayışına tepki olarak ortaya çıkan ve o dönemin insan hakları, eşitlik ve

özgürlük mücadelesi gibi toplumsal dinamiklerinin de etkisiyle tüm dünyada hızla yaygınlaşan engelli hakları hareketi sonucu, sosyal engellilik modeli ortaya çıkmıştır (24).

Sosyal engellilik modeli, 1970’li yıllarda ilk kez UPIAS (Union of Physically Impaired Against Segregation-Ayrımcılığa Karşı Fiziksel Engelliler Birliği) örgütüne bağlı aktivistler tarafından dile getirilmiş ve aynı örgütün 1976 yılındaki “Engelliliğin Temel İlkeleri” adlı belgesinde tanımlanmıştır (25, 26). 1980 sonrasında ise Vic FINKELSTEIN (1980, 1981), Colin BARNES (1991) ve özellikle de Mike OLIVER (1990, 1996) gibi aktivistlerin çalışmaları yoluyla akademik geçerliliğe kavuşmuştur (25).

Sosyal modele göre engellilik; kişinin yetersizliği sonucu oluşmuş bir durum değil, aksine toplumun dışlayıcı, ayrımcı, damgalayıcı ve dolayısıyla kısıtlayıcı ve engelleyici tutumlarıdır (23, 27). Sosyal modelde bakım, rehabilitasyon ve eğitim gibi hizmetlerin, engelli insanların içinde bulunduğu toplumdan koparılmadan sağlanması yani Toplum Temelli Rehabilitasyon (TTR) ve engelli kişilerin genel eğitim ve istihdam içinde (kaynaştırılmış eğitim ve istihdam), engelli olmayan bireylerle bir arada ve eşit şartlarda yararlanabilmesi savunulmaktadır (18).

Medikal ve Sosyal engellilik kavramları arasındaki temel farklar Tablo I’de özetlenmeye çalışılmıştır (21, 28).

Tablo I. Medikal Model ile Sosyal Modeli Ayıran Kavramsal Farklar (*)

Medikal / Bireysel Engellilik Modeli	Sosyal Engellilik Modeli
Kişisel trajedi teorisi	Sosyal baskı teorisi
Bireysel problem	Sosyal problem
Bireysel tedavi	Sosyal eylem
Tıbbileştirme	Kendi kendine yetme
Uzmanların hâkimiyeti	Kişisel ve toplumsal sorumluluk
Uzmanlık	Deneyim
Düzenleme	Kabul etme
Bireysel kimlik	Kollektif kimlik
Ön yargı	Ayrımcılık
Bakım / Gözetim	Haklar
Kontrol	Seçim
Kural	Politika
Kişisel uyum	Sosyal değişim
Soruna odaklanma	Çözüme odaklanma

* Oliver, M.(1996a) Understanding Disability: From Theory to Practice. Newyork, Palgrave, S.34

Özetle sosyal model; kişideki fiziksel, psikolojik ya da zihinsel yetersizliklere değil, toplumun kişilerin önüne koyduğu engellere odaklanmaktadır. Bu engellerin başlıcaları (18);

- Engellilerle ilgili toplumdaki ve medyadaki olumsuz tutum ve davranışlar,
- Erişimi zor eğitim, sinema, tiyatro ve hizmet sektörü gibi sosyokültürel engeller,
- Erişimi zor ulaşım, konut, kamu binaları, bilgi ve iletişim sistemleri gibi fiziksel engeller,
- Ayrımcılığı ortadan kaldıracak yasal haklarının bulunmaması gibi siyasal engeller,
- Yoksulluk, yetersiz maddi ve sosyal destekler, istihdama katılamamak gibi ekonomik engellerdir.

Sebebi ne olursa olsun ya da dünyanın neresinde bulunuyorsa bulunsun engellilik olgusu ile karşılaşan birey, yaşadığı toplum içinde çeşitli sosyal ve fiziksel engellerden dolayı kısıtlılıklarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum da, engellilik olgusunu temel hak ve özgürlükler boyutuna taşımaktadır (11).

1960'lı yıllarda ön plana çıkan insan hakları hareketinin itici gücü ve politik mücadele zemininde gelişen “Engelli Hakları Hareketi”, engellilerin kendileri ile ilgili olarak engelli olmayanlar tarafından oluşturulan politikalara ve edilgenliğe karşı protestolarla önemli bir karşı duruş ve farkındalık yaratmıştır (21). Bu dönemde eşit hak ve özgürlük taleplerini dile getiren özürlü örgütleri, özellikle ekonomik eşitsizliğe ve toplumda bağımlı bireyler olarak algılanmaya, kendilerine rağmen kararlar alınmasına, politikalar oluşturulmasına ve toplumsal kısıtlanmışlığa tepki göstermişlerdir (21, 27).

Engelli hakları hareketi, engelli bireylerin karşılaştıkları problemleri anlamak için ilk başta; eksiklik, zayıflık, bozulma ve engellilik ile damgalanma ve marjinalleşme gibi tanımlamalar üzerinde yoğunlaşmıştır. Buna göre damgalanma; bireyin onur kırıcı bir tutuma maruz kalma sürecidir ve daha çok bire bir ilişkilerin yaşandığı aile, arkadaş çevresi, komşular ve iş-okul gibi samimi gruplar arasında ve kendiliğinden meydana gelmektedir. Marjinalleşme ise; bireyin sosyal hayatın dışında olma sürecidir ve bürokrasi gibi samimi ve yakın olmayan ilişkilerin yaşandığı uzak çevrede, resmi ve kendiliğinden olmayan bir olgudur (12).

İnsan hakları yaklaşımına göre, engelli bireylerin bağımsız olarak yaşamlarını sürdürebilmeleri, engelli olmayanlarla her alanda eşit olarak görülmelerine ve fiziki çevrenin (binalar, iş ve eğitim alanları, ulaşım araçları, spor ve sosyokültürel alanlar vb.) yeteneklerini kısıtlamamasına bağlıdır. Bu da ancak engelli olsun ya da olmasın tüm insanların eşit olduğu düşüncesinden hareketle, engelli bireylerin bizzat karar mekanizmasında olduğu sivil toplum kuruluşlarıyla beraber yürütülecek olan bütüncül bir insan hakları mücadelesi ile mümkün olacaktır.

Özellikle İngiltere’de ki bazı İnsan Hakları Örgütleri, ILM (Independent Living Movement-Bağımsız Yaşam Hareketi) ve 1981 yılında kurulan BCODP (British Council of Organizations of Disabled People-İngiltere Engelli Örgütleri Konseyi)

gibi örgütler, ağırlıklı olarak engellilerin çalışma hayatına katılımı konularına vurgu yaparak, engellilerin bağımsız yaşamlarını sürdürebilmelerine katkıda bulunmuşlardır (26, 27, 28).

1960'lı yıllardan günümüze dek, engellilerin haklarını savunmak, saha çalışmaları ve istatistiksel analizler yaparak bugüne ve geleceğe ışık tutmak ve devletleri yasal düzenlemeler yapmaya zorlamak üzere pek çok örgüt kurulmuştur. Bunların başlıcaları (21);

- **ILM** : (Independent Living Movement-Bağımsız Yaşam Hareketi)
- **ACCD** : (American Coalition of Citizens with Disabilities-Amerikan Engelli Vatandaşlar Koalisyonu)
- **UPIAS** : (Union of Physically Impaired Against Segregation-Ayrımcılığa Karşı Fiziksel Engelliler Birliği)
- **BCODP** : (British Council of Organizations of Disabled People-İngiltere Engelli Örgütleri Konseyi)
- **DPI** : (Disabled People International-Uluslararası Engelli İnsanlar Örgütü)
- **VOADL** : (Voluntary Organizations for Anti-Discrimination Legislation-Ayrımcılık Karşıtı Mevzuat için Gönüllü Örgütler)
- **RADAR** : (Royal Association for Disablement and Rehabilitation-Engellilik ve Rehabilitasyon Büyük Birliği)

Birleşmiş Milletler (BM) örgütü ve bağlı organları, 1948 yılından günümüze dek engelli bireylerin sosyal durumlarını iyileştirmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek için eğitim, sağlık, planlama, teknik destek, sosyal güvenlik ve iş yaşamı gibi pek çok alanda çalışmalar yapmış ve 1981 yılını “Uluslararası Engelliler Yılı” olarak ilan etmiştir. Aynı yıl Viyana’da “Engellilerin Eğitimi, Engelliliği Önleme ve Sosyal Hayata Tam Katılım Konusunda Dünya Konferansı” gerçekleştirilmiştir (29). 1982 yılında Engelliler İçin Dünya Eylem Programı hazırlanmış ve bu programdaki çalışmalar üç ana başlıkta toplanmıştır: “Önleme, rehabilitasyon, toplumsal yaşama tam katılım ve fırsat eşitliği” (29). Yine BM, 1993 - 2002 dönemi için özellikle gelişmekte olan ülkelere “Ulusal Eylem Planı”nı kabul etmelerini önermiş ve ayrıca 3 Aralıkta düzenlenen Genel Konseyde de, her yıl 3 Aralık gününün “Engelliler Günü” olarak kutlanmasına dair tavsiye kararı almıştır. (29).

Özellikle son 20 yıldır engelli bireylere olan bakış açısı köklü değişimlere uğramış ve sosyal modele dayalı, insan hakları temelinde bir yaklaşım ağırlık kazanmıştır. Bu anlayış farklılığı pek çok uluslararası belgeyle de somutlaştırılmıştır. Engelli insanların ekonomik ve sosyokültürel hakları ve toplumla tam anlamıyla bütünleşmeleri açısından, 2008 yılında yürürlüğe giren “Birleşmiş Milletler (BM) Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme” ve “AB Engelliler Stratejisi 2010-2020” gibi temel belgeler, taraf ülkelere özürölüler konusunda önemli yükümlölükler getirmiştir.

2.2. Tanımlamalar

2.2.1.Sağlık ve Hastalık Kavramları

Sağlıkla ilgili olarak önceleri “hasta olmayan insan sağlıklıdır” şeklinde, hastalık ve hastalık etkeni odaklı, son derece basit bir tanımlama yapılırken, 20. yüzyılın başından itibaren hasta odaklı yaklaşım ön plana çıkmış ve “hastalık yoktur, hasta vardır” temel anlayışı ile konuya yaklaşılmıştır.

Bir tanımlamaya göre sağlıklı bireyin ortaya çıkması; iç ve dış sistemlerin/etmenlerin başarılı ve uyumlu bir şekilde etkileşimleri sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu etkileşimin temelini oluşturan iç ve dış etmenler Tablo II’de gösterilmiştir (30).

Tablo II. Sağlıklı Birey Tanımlaması: İç ve Dış Sistemlerin/Etmenlerin Etkileşimi

İÇ SİSTEM/ETMENLER (Biyolojik ve Psikolojik etmenler)	DIŞ SİSTEM/ETMENLER (Sosyo-ekonomik ve kültürel etmenler)
Genetik	Sosyo-ekonomik düzey
Beden yapısı	Eğitim düzeyi
Sinir sistemi	Çalışma koşulları/iş stresi
Bağışıklık/immünolojik/Endokrin sistem	Özel yaşam biçimi
Kişisel stres	Ekolojik çevre
Huy (Mizaç)	Toplumla bütünleşme

DSÖ'nün sağlık tanımlamasına getirdiği yeni anlayış, üye ülkeler tarafından onaylanmış bulunan "Alma-Ata Bildirgesi" ile "Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri" kavramı içerisinde yerini almıştır (4). Sosyal yönden tam iyilik hali tanımlaması ile hekimlik hizmetleri dışında sayılabilecek barınma, beslenme, hijyen, eğitim, ekonomik refah ve hatta içinde bulunulan yönetim biçimi gibi toplumsal birçok etken de, sağlık tanımlaması kapsamına alınmıştır (4).

Sonuç olarak sağlığı, sübjektif açıdan belli bir zamanda kişinin kendini enerjik, canlı, rahat ve mutlu hissetmesi; objektif açıdan fiziki muayene ve laboratuvar sonuçları doğrultusunda bir bozukluk, yetersizlik ve hastalığının olmaması; fonksiyonel açıdan kişinin toplumsal yaşam içerisindeki rol ve sorumluluklarını bağımsız bir şekilde yerine getirebilmesi; ruhsal açıdan kişinin iç ve dış çevresini gerçekçi biçimde algılaması ve değerlendirmesi ve duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol edebilmesi; sosyal yönden kişinin aile, meslek, gelir, statü, sosyal destek, yaşadığı sosyal ve kültürel çevre ve yaşam tarzının sağlıklı bir yaşam için gereken nitelikte olması; psikolojik yönden kişinin sosyal şartlara ilişkin olumlu algılara sahip olması, optimal sağlık düzeyini sağlaması için gerekli sağlığı koruyucu ve geliştirici alışkanlıklar kazanması ve iyilik halini sürdürme yönelimi içerisinde olması olarak tanımlayabiliriz (13).

“Hastalık” kavramı ise, tıbbi bakış açısıyla; farklı etkenler nedeniyle hücre, doku, organ ve sistemlerin işlev yapamaz duruma gelmesi şeklinde tanımlanırken, toplumsal ve kültürel bakış açısına göre; sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının birey tarafından algılanması, bireyin ağrı, acı ve ızdırap çekmesi olarak tanımlanır (13). Patolojik bir anormallik olmaksızın birey kendini sübjektif anlamda kötü hissedebileceği gibi, tam tersine sübjektif anlamda hasta ve rahatsız hissetmediği halde patolojik anlamda hasta olabilir (13).

Her insan, yaşamının herhangi bir döneminde çeşitli sebeplerle hastalık, sakatlık, engellilik durumu ile karşı karşıya kalabilmektedir (5). Rogers bu durumu “Sağlık Durumu Cetveli” ile açıklamış ve “Optimum Sağlık” olarak adlandırmıştır. Buna göre sağlıklılık ile sağlıksızlık arasındaki aşamalar; optimum sağlık, suboptimum sağlık, belirgin hastalık ya da sakatlık, yaklaşan ölüm ve son durumda da ölüm olarak tanımlanmıştır (5). Her insanın bu aşamalardan geçmiş olabileceği gerçeğinden hareketle, sakatlık-engellilik olgusunun, insanlık tarihi kadar eski olduğu söylenebilir. Hatta bazı antropolojik araştırmalara göre, sakat primatların saptanması nedeniyle, insanlık tarihinden de eski olduğu savunulmaktadır (31).

2.2.2. Engelli, Özürlü, Sakat ve Malul Kavramları

Özürlü, engelli ya da sakat dendiğinde; “vücut fonksiyonlarında yetersizliği olan ve bundan dolayı çeşitli aktiviteleri yerine getirmekte zorluk çeken, kısıtlılığı nedeniyle dezavantajlı konumda olan, çalışma gücünü kaybetmiş, sağlıksız, aciz, acınacak ve korunmaya muhtaç durumda olan, anormal ve farklı olarak algılanan, toplumda azınlık durumunda olan, engeli dolayısıyla tedavi, bakım ve sosyal yardımların öznesi olan ya da dışlanan veya ayrımcılığa uğrayan kişi” şeklinde, her biri başka bir anlayışın ürünü olan çeşitli tanımlamaların yapıldığını görmek mümkündür (21).

Burada üzerinde önemle düşünülmesi gereken nokta; kör, sağır, dilsiz, topal, çolak gibi tanımlamalar bireye vurgu yaparken, görme engelli, işitme engelli, zihinsel engelli, bedensel engelli gibi söylemler, bir işlevin zayıflaması veya yitirilmesini işaret ederek, hem bireye hem de yaşadığı topluma vurgu yapmaktadır. Vücut işlevlerindeki bu kayıplar, bireysel (tıbbi cihazlar, rehabilitasyon hizmetleri

vb.) ve toplumsal (kaldırım, yol ve toplu taşıma düzenlemeleri, bilgi ve iletişim teknolojilerine erişim, eğitim, istihdam vb.) olarak çeşitli hizmetlerle desteklenmediği takdirde gerçek anlamda sınırlılık, dezavantajlılık ve engellilik hali gündeme gelmektedir.

Engelli hakları konusunda mücadele veren sivil toplum kuruluşlarıyla (STK) resmi kurumlar arasında da, bu kavramlardan hangisinin kullanılacağı konusunda bölünmüşlük söz konusudur. Örneğin; vakıflardan birçoğu engelli kelimesini tercih edip bu isimle kurulmuşken, konfederasyonun ismi Türkiye Sakatlar Konfederasyonudur (11). İdare başkanlığının ismi ise daha önceden Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı iken, 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile 31.12.2011 tarihinden itibaren, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak değiştirilerek sakat, özürlü veya engelli kelimeleri kullanılmıştır.

2.2.2.1. Halk Sağlığı Sözlüğü'ne Göre Yapılan Tanımlamalar (2);

Sakatlık (impairment): İnsanda bulunabilen bedensel ya da düşünsel kaynaklı her türlü eksiklik ve bozukluklardır. Bu bozukluklar hiçbir işlevsel kısıtlamaya neden olmayacak kadar önemsiz olabileceği gibi kişinin işlevlerini sınırlayıcı da olabilir. Bu durumda ortaya çıkan duruma “iş görmezlik” denir.

Engelli Kişi (handicapped): Kişiyi kendi işinde mesleğini yapamaz duruma getiren sakatlıktır. Örneğin; eli kopan terzi

Sürekli iş görmezlik (permanent disability, permanent disablement, permanent total disability): Körlük, cücelik, kamburluk, zekâ geriliği gibi bireylerin yaşamları süresince olumlu yönde bir gelişme göstermeyecek nitelikte sakatlıktır.

Tam iş görmezlik (total disability, totaly disablement, full disability): Bir kişinin mesleği gereği yapması gereken işleri tümüyle engelleyen sakatlıktır. Bireyin bedensel ya da düşünsel yeteneklerini tüm olarak ortadan kaldıran durumdur.

Tam sakatlık (invalidity): Bireyi giyinme, traş olma ve yemek yeme gibi alışılmış işleri yapamaz duruma getiren sakatlıktır.

2.2.2.2. Özürlülük Terimleri Sözlüğüne Göre Yapılan Tanımlamalar (32);

Özürlü: “Doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olup; korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyacı olan kişi” (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu-SHÇEK-Kanunu). Bir özrü bulunan kişi, oluşum, organ ya da yapıdır. “Körlük, sağırlık, topallık vs. özürlük durumlarıdır.” (Kaynak: DSÖ).

Engelli: Belli bir sosyal kesimin (özürlüler, yaşlılar, hastalar, yani kısaca dezavantajlı gruplar) sosyal, mimari, ekonomik, kültürel ve/veya tıbbi düzenlemelerin ve imkânların yetersiz olmasından dolayı eşit şartlarda toplum hayatına tam olarak katılamamalarıdır. Her özürlü, gerek özürlülük boyutu ve derecesi, gerekse çevresel düzenlemeler ve fırsatlar açısından mutlak anlamda bir engelli değildir. Bir kambur özürlü bir kişidir ama hiç engellenmeden yaşamını da sürdürebilmektedir (Kaynak: DSÖ).

Dilimizde engelli kişiyi ifade etmek için; sakat, özürlü, ayrıca, hem hastalık hem de sakatlık anlamına gelen “illet” sözcüğünden türemiş olan, “alil” ve “malul” gibi terimler kullanılmaktadır (33). Ayrıca dilimizde bazılarını çok sık rastlanmasa da sakat terimine yakın ve eş anlamlı olarak kullanılan; ahnıt, ahraz (dilsiz), aksak, alil, apışak, bacaksız, bastıbacak, çağanozvari, çalık, çolak, çolpa, damlalı, dilsiz, düztaban, ebkem, felçli, genzek, inmeli, kambur, kolsuz, kötürüm, makrosefal, meflûç, menzul, mikrosefal, nüzüllü, paytak, sağır, sarsak, sökel, topal, yangaboz, yarım (kişi), yatalak, çarpık, kekeme, kör, kambur terimleri de bulunmaktadır (33). Tüm bu terimler, sözlüklerde yer alsa da engelli kişiler, dilimizde en fazla “engelli”, “özürlü”, “sakat” terimleriyle adlandırılmaktadır (33).

2.2.2.3. Türk Dil Kurumu Sözlüğüne Göre Yapılan Tanımlamalar (34);

Engelli: 1. sıfat Engeli olan, mânialı, 2. Vücudunda eksik veya kusuru olan

Özürlü: 1. sıfat Özürlü olan, 2. Engelli, 3. Kusuru olan, defolu

Sakat: 1. sıfat Vücudunda hasta veya eksik bir yanı olan, engelli, özürlü, 2. mecaz Bozuk veya eksik

Malul: 1. sıfat Sakat (kimse), 2. Hasta (kimse)

Maluliyet: isim eskimiş sakatlık

Sözlük ve ansiklopedilerde engelli sözcüğü, “engeli olan” şeklinde açıklanmıştır. Ansiklopedik tanımlamaya göre engel ise, “bir işin yapılmasını önleyen ya da gecikmesine yol açan şey; mani, müşkül, mânîa” olarak verilmiştir (34). Yine ansiklopedik tanıma göre sakatın karşılığı, “bir ya da birden çok organını kullanamaz durumda olan kimse”, özürlü ise, “eksiklik, sakatlık veya kusuru olan, defolu”dur (34).

2.2.2.4. Maluliyet Kavramı

Arapça kökenli bir kelime olan maluliyet, sağlam olmayan, hastalık ve sakatlık anlamlarına gelen “illet” sözcüğünden gelmektedir (34, 35). Sakatlık ve maluliyet birbirine benzer kavramlar olmalarına rağmen aynı anlamı ifade etmemektedirler. Maluliyet, sakatlıktan daha geniş bir kavramdır. Buna göre her maluliyet aynı zamanda bir sakatlık durumunu ifade ederken, her sakatlık maluliyet durumunu oluşturmamaktadır (35). Maluliyet kavramı hukuk dilinde, “bir kimsenin bir dış etki, hastalık veya kaza sonucunda çalışma gücünü kısmen veya tamamen yitirmesi” olarak tanımlanmaktadır (10). Türk hukukunda sakatlık, maluliyetin unsurlarından sadece bir tanesidir. Sürekli iş göremezlikten kastedilen ise; kişide oluşan bedensel ya da zihinsel arızanın hayat boyu sürmesi değil, geçici sayılamayacak ölçüde olan ya da yaşamı boyunca olumlu yönde gelişme göstermeyecek olan sakatlıklardır (10).

Diğer yandan, söz konusu bedensel ya da zihinsel hastalık veya arızanın kişinin çalışma gücünde belirli oranda azalmaya ve kalıcı nitelikte (sürekli iş göremezlik) gelir kaybına yol açması gerekmektedir. Maluliyet sigortası açısından bu oran, çalışma gücünün en az 2/3 oranında (%60) yitilmesi olarak belirlenmiştir. Çalışma

gücünü en az 2/3 oranında yitirmeyen kişiler çalışabilir durumda olmasa bile, malul olarak kabul edilmemektedirler (36, 37). Kişinin mesleğinde kazanma gücünde meydana gelen azalma oranı; 5510 Sayılı Yasa'ya dayanılarak çıkarılan ve 11 Ekim 2008 tarih ve 27021 Sayılı Resmi Gazete'de (RG) yayımlanarak yürürlüğe giren “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği ve ilgili Tüzük”ten faydalanılarak hesaplanmaktadır. Malulen ve erken emeklilik hakkı, yine bu Yönetmelik ve Tüzük hükümlerine göre düzenlenmektedir.

Yalnız bizim dilimizde değil, diğer birçok dilde de engelli ve engellilik anlamına gelen birden fazla sözcük bulunmaktadır. Tanımlamadaki bu farklılıklar zaman zaman öyle çok tartışmalara neden olmaktadır ki bu durum, birtakım belirsizliklere yol açarak gerçek sorunların önüne bile geçebilmektedir (38).

Türkçede kullandığımız sakat, malul, özürlü ve engelli kelimelerinin yabancı dillerdeki karşılıkları da her zaman aynı anlamda kullanılmamaktadır. Örneğin “disability” kelimesi genellikle engelli, özürlü, engellilik veya özürlülük olarak çevrilmesine rağmen, bazı durumlarda “yetersizlik” anlamına da gelmektedir (10). Yabancı metinlerde yer alan “disability rights veya disability law” şeklindeki tamlamalar, bizim dilimizde “engelli hakları veya engelli hukuku” olarak karşılık bulmaktadır. Oysa engelli kelimesinin karşılığı “disability” değil “disabled” kelimesidir (10).

AB'nin engelliliği tanımlarken ve politika üretirken, sosyal modelin belirleyici etkisi dikkat çekmekte ve birçok belgede engellilik kavramının sadece kişisel değil, sosyal ve kültürel bir olgu olduğu vurgulanmaktadır (18).

AB belgelerinde genellikle, “the disabled ve disabled people” terimleri yerine “person with a disability ve persons with disabilities” terimleri ile özel durumlar için, “person with epilepsy”, “person with cerebral palsy”, “person with intellectual disabilities”, “person with autism”, “person with quadriplegia”, “person who uses a wheelchair”, “a person who is blind, deaf” vb. terimler kullanılmaktadır. Bunun nedeni, “disabled people” ifadesinin; engelliliğin, kişinin başlıca özelliği olarak algılanmasına ve engellilerin de trajedi yaşayan, acınacak, yardım bekleyen, kurban, bağımlı bireyler olarak görülmesine yol açmasıdır (39).

Engelli olma durumu için daha önce sıklıkla kullanılan “sakat” sözcüğü, artık kullanılmaktan kaçınılan bir sözcük haline gelmiştir (33). Bu sözcük, yerini zaman içinde “özürlü” ve “engelli” sözcüklerine bırakmış, hatta “özürlü” terimi de, engelli kişiler için rahatsızlık yaratan bir tanımlama olarak görülmeye başlanmıştır. Tüm bunların nedeni, engelli olma durumu ve bu durumu tanımlayan sözcüklere yüklenen olumsuz anlam yüküdür (33).

2.2.2.5. Engellilik Kavramı

Engelli sözcüğü genelde hareket yeteneği sınırlanmış bireyi akla getirmektedir. Tek başına hareket yeteneğinin kısıtlı olması engellilik olarak nitelendirilmemelidir. Burada önemli olan, fiziksel kısıtlılığı kompanse edecek ve günlük yaşama katılımı kolaylaştıracak destek sistemlerinin olup olmadığıdır (38).

Engellilik; çevresel ve toplumsal tutumların ve/veya tercihlerin sonucu olarak ortaya çıkan dışsal bir durumken, sakatlık; fizyolojik ve anatomik yani içsel bir durumdur. Kişi (40);

1-) Sakat ve engelli olabilir. Örneğin felçli bir kişi sakattır ve bu sakatlıktan dolayı özel bir çözüm olmaksızın merdiven çıkamaz. Bu durumda merdiven dibinde kalan bu kişi, aynı zamanda engelli de olmuş/kılınmış demektir. Ancak bu kişiye bilgisayar kullanırken engelli denilemez.

2-) Sakat ama engelsiz olabilir. Örneğin sağırılık bir sakatlıktır ama sağır olmak merdiven çıkmak için bir engel teşkil etmez. Bu durumda merdivenle karşılaşan sağır biri için engelden bahsedilemez ve fakat aynı kişiye kalabalık bir ortamda seslenildiğinde ve o çağrıyı duymadığında işitme engelli denilebilir.

3-) Sakat değil ama engelli olabilir. Örneğin hiçbir sakatlığı olmayan ama sigara içen ve beden sağlığına dikkat etmeyen ya da aşırı kilolu biri spor yapamadığı, kapılardan geçemediği, otobüse binemediği düşünüldüğünde, bu kişilerin çevresel koşullar yüzünden engellenmiş/engelli olduğu söylenebilir.

Toplumdaki anlayış ise, özürlü kelimesinin “ayıplı, kusurlu, defolu” olduğu yönündedir. Nitekim sözlük anlamı göz önüne alındığında; “özürlü ya da defolu mal” vardır ancak “engelli mal” yoktur (10). Benzer şekilde sakat kavramı da, bozuk veya eksik şey anlamıyla insan dışındaki bazı kavramların karşılığı olarak kullanılabilir (10). Gerek sözlükteki anlamı, gerekse de toplumdaki anlayış bakımından özürlü kelimesi bireyi ve ailesini fazlasıyla örselemekte ve bundan dolayı da, son dönemlerde “engelli” kelimesi daha çok tercih edilmektedir. Bunun nedenlerinden biri de engellilik kavramının toplumsal yaşamdaki kısıtlılığa, izolasyona ve dezavantajlılığa vurgu yapmasıdır (10).

2.2.2.6. Kuramsal Açıdan Bazı Engellilik Tanımlamaları

Engelli birey ve engellilik, “insanın doğal biyolojik varlığında herhangi bir eksiklik, sakatlık bulunması ve bedenindeki herhangi bir organın kısmen ya da tamamen işlememesi durumu” olarak tanımlanmaktadır (41). Buna göre özürlülük (sakatlık-disability), günlük yaşamın temel öğeleri sayılan işlev ve davranışlardaki kısıtlanma ya da sosyal roller ve davranışların yerine getirilememesidir. Engellilik (handicapped) ise fiziksel olmaktan çok sosyolojiktir. Ancak fiziksel kısıtlılıklar, bireyin sosyal yaşama katılımı konusunda olumsuz etkilerde bulunarak kişinin sosyal hayatını da kısıtlayabilmektedir (41).

Whyte ve Ingstad’a göre (1995); “En genel anlamda engellilik, yeteneklerdeki ve güçteki sınırlanmışlık ya da eksiklik durumudur. Daha açık bir ifadeyle engellilik, bireyin belirli aktivitelerini yerine getirmesini ve sosyal yaşamdaki rollerini oynayabilmesini sağlayan “ideal-normal” kapasitenin dışında olmaktır. Engellilik, kişinin bedensel ve/veya zihinsel fonksiyonlarındaki kayıplar sonucu ortaya çıkan sınırlılıkları-kısıtlılıkları ifade etmek üzere kullanılan bir kavramdır (21, 42, 43).

Engelliliği sosyal yönü ile ele alan bir başka görüşe göre ise “engellilik”; fiziksel bozuklukları, öğrenme güçlükleri olan insanları dikkate almayan çağdaş organizasyon tarafından dezavantajlı kılınmak veya aktivitenin kısıtlanmasıdır (41).

2.2.3. Sosyal Güvenlik Kavramı

Sosyal güvenlik kavramı, sosyal hukuk devletinin temel unsurlarından birisidir (6). Devletin sosyal devlet olması; toplumdaki dezavantajlı grupların gücünü devlet yapısında hissettirecek olan yasaların, kurumların, mekanizmaların ve yolların mevcut olmasına bağlıdır (6).

Sosyal güvenlik; Devlet'in aldığı birtakım önlemlerle hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, sakatlık ve ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıklara karşı, toplumun kendini korumasıdır (44).

Bir diğer tanımlamaya göre sosyal güvenlik; zamandan ve mekândan bağımsız olarak her toplumda ve bütün insanlar için temel ve vazgeçilmez insan haklarından biri olup, insanların istekleri ve iradeleri dışında oluşan tehlikelerin zararlarından korunma garantisini ifade etmektedir. Bu tanımlamaya göre sosyal güvenlik; sosyal yardımlar, sosyal hizmetler ve sosyal sigortalardan oluşan bir bütündür (12).

10 Aralık 1948 tarihli, BM İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 22-25. maddelerine göre; herkesin sosyal güvenliğe sahip olma hakkı vardır. Sosyal güvenlik; "işsizlik, hastalık, maluliyet, dul ve yetimlik, yaşlılık ve kişinin kendi iradesi dışında meydana gelen her türlü geçim sıkıntısına karşı güvenlik içinde olmaktır". Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır (45).

2.2.3.1. Avrupa'da Modern Anlamda Sosyal Güvenliğin Gelişim Süreci:

Sanayi devrimi ile birlikte köklü değişimlere uğrayan çalışma hayatı ve toplumsal hayat, en önemli değişimlerden birini de sosyal güvenlik alanında yaşamıştır (44). Üretim ilişkilerinin ve şeklinin değişimine bağlı olarak toplumsal yapı ve iş bölümü de değişmiştir. Almanya'da Bismarck, 19. yüzyılın sonunda önemli bir sosyal politika aracı olarak sosyal güvenlik kavramını geliştirmiştir. Bu yönüyle sosyal güvenlik yasalarının çıkarılmasını sağlayan Bismarck, sosyal güvenliğin babası sayılmaktadır (44).

2.2.3.2. Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Özürlü Çalışmalarının Tarihsel Gelişim Süreci:

Osmanlı İmparatorluğu’nda, sanayileşme süreci yaşanmadığından sosyal güvenliğe ihtiyaç duyan ve bunu talep eden bir işçi sınıfı da oluşmamıştır (44). Feodalitenin egemen olduğu, tarıma dayalı, geniş ve koruyucu aile yapısı olan Osmanlı toplumunda yaşlı, hasta ve sakatlara gerekli bakım ve destek, ailenin diğer bireylerince ve daha organize çalışan birtakım vakıflar tarafından verilmiştir. Bu durum, gerçek anlamıyla sosyal güvenlik kavramının uzun yıllar Osmanlı toplumunda kurulmasını geciktirmiştir (44). Türkiye’de sosyal güvenliğin ve özürlülere yönelik hizmetlerin gelişim sürecini özetlemek gerekirse (18, 44);

- Darülaceze, Darüleytam, Kızılay gibi vakıflar; Osmanlı İmparatorluğu’ndaki ilk organize yardım ve destek kurumlarıdır.
- “Orta Sandığı” ya da “Teavün Sandığı” denilen dayanışma sandıkları, esnaf ve sanatkârlar için hastalık, kaza ve ölüm gibi risklere karşı güvence olarak kurulmuş organizasyonlardır.
- 1 Nisan 1866; “Amelperver Cemiyeti”, kurulan ilk işçi örgütüdür. Bu cemiyet zanaat öğretme, araç gereç sağlama ve iş bulma gibi amaçları olan ilk sosyal güvenlik uygulaması olarak kabul edilebilir.
- 1866; “Askeri Tekaüt Sandığı”, ilk resmi sosyal güvenlik kurumudur.
- 1881; sivil memurlar için kurulan “Emekli Sandığı”,
- 1889; Avusturyalı Mösyö Grati tarafından ilk kez İstanbul Ticaret Meslek Mektebi’nde sağırılar için bir okul açılmıştır. Daha sonra burada körler için de bir sınıf açılmıştır. 1921 yılında İzmir’deki körler okulunu, 1923’te yine İzmir’de sağırılar okulu takip etmiştir.
- 1890; “Seyrisefain Tekaüt Sandığı”,
- 1909; “Askeri ve mülki sandıklarla Tersane-i Amire’nin işçi ve memurları için emeklilik ve malullük sandığı”,
- 1910; “Hicaz Demiryolları Memur ve Müstahdemleri’ne Hastalık ve Kaza Halleri İçin Yardım Sandığı”,
- 1917; “Şirket-i Hayriye Tekaüt Sandığı”,

- 1923 yılında Atatürk tarafından kabul edilen ve uluslararası nitelikte olan ve engelli çocuklardan da bahseden Cenevre Sözleşmesi imzalanmıştır,
- 1930 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun özürlü olanları kabul edecek yurt veya müesseseler tesis etme ve idare etme görevini Sağlık Bakanlığı'na vermiştir.
- 27 Haziran 1945 tarih ve 4772 sayılı; “İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu”, sosyal sigortalarla ilgili ilk yasa,
- 16 Temmuz 1945; “İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu”,
- 2 Haziran 1949; “İhtiyarlık Sigortası Kanunu”,
- 1949 yılında “Korumaya Muhtaç Çocuklar Yasası” çıkarılmış ve yatılı özel eğitim kurumları için yasal koşullar hazırlanmıştır.
- 6 Nisan 1949; “İnsan Hakları Evrensel Bildirisi”, Bakanlar Kurulu'na kabul edilmiş,
- 9 Haziran 1949 tarih ve 5062 sayılı yasa; “DSÖ Anayasası” onaylanmış ve Türkiye DSÖ'nün üyesi olmuştur. Bu sözleşmeler sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında yükümlülükler getirmiştir.
- 1949 yılında çıkarılan 5434 sayılı Kanun; “T.C. Emekli Sandığı” kurularak, genel ve karma bütçeli kuruluşlardan aylık alanlarla, daha önce özel kanunla kurulmuş özel sandıklara bağlı olanlar Emekli Sandığı kapsamına alınmıştır. Böylece o güne kadar dağınık halde bulunan ve memurlara sosyal güvence sağlayan tüm yasa ve sandıklar birleştirilmiştir.
- 1950 yılında Altı Nokta Körler Derneği kurulmuş, 1951'de çıkarılan yasayla özel eğitim kurumları, Sağlık Bakanlığı'ndan Milli Eğitim Bakanlığı'na devredilmiştir. Aynı yıl özel eğitim, örgün eğitim hizmetleri içinde yer almıştır.
- 1952 yılında zihinsel özürülülerin eğitim ve öğretim çalışmaları için Gazi Eğitim Enstitüsü'nde “Özel Eğitim Bölümü” açılmıştır.
- 1955'te Ankara'da Demirlibağçe İlkokulu'nda özel eğitime muhtaç çocukların teşhisi ve rehberlik çalışmaları için “Psikolojik Servis Merkezi” açılmıştır.
- 1957; “Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu”,
- 04.02.1957 gün ve 6900 sayılı; “Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu”, maluliyet sigortasının gerçek anlamda Türk hukuk sistemine ilk girişi,
- 1958 yılında Ankara'da Lepira Hastanesi'nde kurulan ve sonra Ankara Tıp Fakültesi'ne bağlanan “Rehabilitasyon Merkezi” açılmıştır.

- 1961 Anayasası; sosyal güvenlik ve sağlık kavramları birer hak olarak tanımlanmış ve bu hakların sağlanmasının devletin görevi olduğu kabul edilmiştir.
- 1961 yılında kabul edilen ve ilk kez 1963 yılında Muş ilinde uygulamaya konulan 224 Sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” (Sosyalizasyon Yasası) çıkarılmıştır. Bu kanuna göre yapılan sağlık sisteminin en önemli unsurları sağlık ocaklarıdır. “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” ile sağlık ocakları tarafından özürllülere yönelik olarak yapılması gereken görevler belirtilmiştir. Sağlık ocakları özürllülere yönelik olarak okullarda zaman zaman taramalar yapmak, 65 yaş ve üzeri kişilerin özürllülük açısından risk altında olduğunu kabul ederek bu kişileri tespit etmek, izlemlerini yapmak ve özürllüler ilgili diğer kurumlar ile işbirliği içerisinde ruh sağlığı hizmetlerini belirlemek, planlamak ve uygulamak gibi görevleri üstlenmiştir.
- 1962 yılında ilk defa eğitilebilir düzeydeki zihinsel engelliler için normal ilkokullarda özel sınıf uygulamasına başlanmıştır. 1965’te Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi bünyesinde “Özel Eğitim Bölümü” kurulmuştur.
- 1965; “506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu” ile dağınık durumda bulunan sosyal sigorta yasaları tek bir çatı altında toplanmıştır.
- 1971; Esnaf, sanatkâr ve diğer bağımsız çalışanlar için “1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu”,
- 1971; 1475 sayılı İş Kanunu düzenlemesiyle kota sistemi gereği özürllüler için 50’nin üzerinde işçi çalıştıran fabrikalarda % 2 kontenjan ayrılmıştır (6.6.1997 tarih ve 572 sayılı kanun hükmünde kararname gereğince özürllüler için ayrılan % 2’lik kontenjan, % 3’e çıkarılmıştır).
- 1 Nisan 1974; Uluslararası Çalışma Örgütü’nün “Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin Sözleşmesi” ile sosyal güvenlik kavramının çağdaş tanımının temelleri atılmış ve 9 risk sayılmıştır. Bu riskler; hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık, işsizlik, iş kazası, meslek hastalığı, ölüm ve aile yükleridir.
- 1977; 2022 sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz, Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkındaki Yasa” ile hiçbir geliri olmayan 65 yaşını doldurmuş muhtaç kişilere aylık bağlanmıştır. Yasayla ayrıca 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 sakatları da kapsamaktadır.

- 1982; T.C. Anayasası'nda üç ana konuda özürllüer için özel hükümlere yer verilmiştir; 1. Eğitim ve Öğretim Hakkı, 2. Çalışma Hakkı, 3. Sosyal Güvenlik Hakkı.
- 1983; “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu” ile sosyal yardım hizmetleri tek çatı altında toplanmış, “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu” ve 1992 yılında uygulanmaya başlayan ‘Yeşil Kart’ sistemi ile de, ödeme gücü olmayanlara destek sağlanmışır.
- 13 Ağustos 1998; “Özürllüer İçin Kimlik Kartı Yönetmeliği” çıkartılmışır. Özürllü Kimlik Kartı, %40 ve üzeri özürllü bulunanlara verilmektedir. Bu kimlik kartı ile özürllüer, birçok hizmetten ücretsiz ya da indirimli faydalanabilmektedirler.
- 5 Ağustos 1999; “İşsizlik Sigortası” hayata geçirilmiştir.
- 25 Mart 1997 tarih ve 571 sayılı KHK ile Başbakanlığa bağlı olarak Özürllüer İdaresi Başkanlığı kurulmuştur.
- 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı RG’ de yayınlanan “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” ile özürllülüğe yönelik yeni bir sağlık hizmeti yaklaşıımı başlamıştır. Buna göre; aile hekimi çalıştığı mekanda veya gezici hizmetler sırasında tespit ettiği özürllü kişilere yönelik, 1.basamak koruyucu sağlık hizmetleri, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermekle yükümlü kılınmıştır.
- 01.07.2005 tarihinde “Özürllüer Kanunu” olarak da bilinen 5378 sayılı “Özürllüer Hakkında Kanun” kabul edilmiştir. Bu düzenleme özürllüere yönelik yapılan en son düzenleme sayılmaktadır. Bu kanunla, birçok farklı alanda özürllüere yönelik haklar yasalaşmıştır.
- 2006; 5510 Sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu” (RG: 16.06.2006, Sayı: 26200)
- 2011; 633 Sayılı KHK ile “Özürllüer İdaresi Başkanlığı” yerine, “T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürllü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü” kurulmuştur.
- 2012 ve 2013 yıllarında Özürllülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürllüere Verilecek Sağlık Kurulu Hakkında Yönetmelik değiştirilmiştir.

- 2013 yılında 6462 sayılı kanun çıkarılarak özürlü, sakat, çürük ibareleri engelli olarak değiştirilmiştir.

Ulusal mevzuatımızdaki engellilik tanımlamalarına geçmeden önce, sosyal güvenlik ve çalışma hayatını yakından ilgilendiren bazı yeni düzenlemelerden bahsetmek faydalı olacaktır. 2006 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) ve Emekli Sandığı, 20.05.2006 tarih ve 26173 sayılı RG’de yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Kanunu ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na (ÇSGB) bağlı SGK Başkanlığı çatısı altında toplanmış oldu. Daha sonra 31.05.2006 tarihinde kabul edilen ve 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı RG’de yayımlanarak yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu çıktı. Yeni düzenlemeye göre eski SSK’lılar 4/A, eski Bağ-Kur’lular 4/B ve eski Emekli Sandığına tabi olanlar da 4/C statüsüne geçmiş oldular. Dolayısıyla tek çatı altında toplanmış olan bu kurumların kanun ve yönetmeliklerinde geçen özürlü, engelli, sakat, malul ve maluliyet tanımlamalarından ziyade, yeni kanun ve yönetmeliklerdeki tanımlamaları incelemek daha doğru olacaktır.

Ayrıca GSS Kanunuyla yeşil kart uygulamasına son verilmiş ve 01.01.2012 tarihinden itibaren GSS prim sistemine geçilmiştir. Yeşil kart sahiplerinin, vize süresinin dolduğu tarihten itibaren de en geç bir ay içinde gelir testi yaptırmaları için ikametlerinin bulunduğu Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına (SYDV) başvurmaları gerekmektedir. Yapılan gelir testi sonucuna göre, aile içinde kişi başına düşen aylık ortalama gelirleri, asgari ücretin 1/3’ünün altında olanlar, eski yeşil kartlılar gibi primi devlet tarafından karşılanarak sağlık hizmetlerinden yararlanacaklardır. Gelir testi sonucu bu rakamın üstünde çıkarsa, kişiler kademeli olarak artan GSS primi yatıracaklardır (36, 46).

2.2.4. Ulusal Mevzuatımızda Yer Alan Engelli Tanımlamaları ve Engelliliğin sınıflandırılması

Engellilerle ilgili olan tüm ulusal ve uluslararası yasal mevzuat, antlaşma, sözleşme, bildirme ve direktifler; “**T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü**” nün resmi internet sitesinde bulunmaktadır

(47). Engelli tanımlamaları ile ilgili yasal mevzuatımız incelendiğinde; her kurumun kendi çalışma alanıyla ilgili tanımlar yapmış olduğu dikkati çekmektedir. Bu tanımlamaların tümünü burada belirtmek yerine, temel alınan bazı tanımları belirtmek daha doğru olacaktır.

2.2.4.1. T.C. Anayasası ve Engellilik

Anayasamızın 2, 5, 10, 17, 42, 50, 60 ve 61. maddeleri, engellileri yakından ilgilendiren hükümler içermektedir. Özellikle 61.maddesinde; “devlet, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır” hükmü ile engellilerin korunması, haklarının geliştirilmesi ve sosyal hayata katılımlarının sağlanması ile her türlü ayrımcılığın önlenmesi, anayasal güvence altına alınmıştır (9).

Devlet, yukarıdaki temel Anayasa hükümleri ve bağlı olduğumuz ulusal ve uluslararası mevzuat gereğince, merkezi ve yerel kuruluşları aracılığıyla engelli bireylerin gereksinimlerine yönelik tüm hizmetleri sunmak, eşitlik zemininde haklarını korumak ve geliştirmekle yükümlüdür.

Engelli organizasyonları da, yukarıda belirtilen Anayasa hükümleri gereğince; engellilerin sağlık, eğitim, bakım, rehabilitasyon, istihdam, sosyal güvenlik ve ulaşılabilir fiziksel çevre gibi haklarına ilişkin çeşitli yasal düzenlemeler talep etmektedirler (48). Genel amaç ve görevi kurumlar arası koordinasyon ve işbirliğini sağlamak olan Özürlüler İdaresi Başkanlığı (yeni adıyla; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü), engellilerle ilgili yasaların çıkarılmasında ve uygulanmasında STK’lar ile resmi kurumlar arasında bir köprü görevi üstlenmiştir (Özürlüler Şurası Raporu, 1999) (48).

2.2.4.2. 5825 Sayılı Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (49)

Toplam 50 maddeden oluşan bu sözleşmenin 1. maddesinde **engelli kavramı**; “diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri” içermektedir. 2. maddesindeki **tanımlar** bölümünde;

İletişim; erişilebilir bilgi ve iletişim teknolojisi dahil dilleri, metin gösterimini, Braille alfabesi kullanarak ve dokunarak iletişimi, büyük harflerle baskıyı, yazılı, işitsel ve erişilebilir çoklu medyayı, sade dili, işitsel okumayı, beden dilini, diğer tür, biçem ve araçlarla gerçekleşen iletişimi içermektedir.

Engelliliğe dayalı ayrımcılık; siyasi, ekonomik, sosyal, kültürel, medeni veya başka herhangi bir alanda insan hak ve temel özgürlüklerinin tam ve diğerleri ile eşit koşullar altında kullanılması veya bunlardan yararlanılması önünde engelliliğe dayalı olarak gerçekleştirilen her türlü ayırım, dışlama veya kısıtlamayı kapsamaktadır.

Makul düzenleme; engellilerin insan haklarını ve temel özgürlüklerini tam ve diğer bireylerle eşit şekilde kullanmasını veya bunlardan yararlanmasını sağlamak üzere belirli bir durumda ihtiyaç duyulan, ölçüsüz veya aşırı bir yük getirmeyen, gerekli ve uygun değişiklik ve düzenlemeleri ifade etmektedir.

Evrensel tasarım; ürünlerin, çevrenin, programların ve hizmetlerin özel bir ek tasarıma veya düzenlemeye gerek duyulmaksızın, mümkün olduğunca herkes tarafından kullanılabilir şekilde tasarlanmasıdır.

2.2.4.3. 01.07.2005 tarihinde yürürlüğe giren **5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde (KHK) Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un**, 3. maddesindeki Tanımlar bölümünde (50);

a) **Özürlü:** Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlüğü olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiyi,

e) **Bakıma muhtaç özürlü:** Özürlülük sınıflandırmasına göre resmi sağlık kurulu raporu ile ağır özürlü olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişileri,

f) **Korumalı işyeri:** Normal işgücü piyasasına kazandırılmaları güç olan özürllüer için mesleki rehabilitasyon ve istihdam oluşturmak amacıyla devlet tarafından teknik ve mali yönden desteklendiği ve çalışma ortamının özel olarak düzenlendiği işyerini,

h) **Rehabilitasyon:** Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle oluşun özürlü ortadan kaldırmak veya özürlülüğün etkilerini mümkün olan en az düzeye indirmek, özürlüye yeniden fiziksel, zihinsel, psikolojik, ruhsal, sosyal, meslekî 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, rekreasyonel ve psikososyal hizmetler bütününü ifade etmektedir.

2.2.4.4. 14.01.2012 tarih ve 28173 sayılı RG' de yayımlanarak yürürlüğe giren **Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmeliğin** 4. maddesindeki Tanımlar bölümünde (50);

a) **Ağır özürlü:** Özürlü durumuna göre özürlü oranı %50 ve üzerinde olduğu tespit edilenlerden günlük yaşam aktivitelerini başkalarının yardımı olmaksızın yerine getiremeyeceğine özürlü sağlık kurulu tarafından karar verilen kişileri,

b) **Balthazard formülü:** Kişinin özürlü oranı belirlenirken birden fazla özürlü olanlar için kullanılan hesaplama şeklini,

c) **Özürlü:** Doğuştan veya sonradan; bedensel, zihinsel, ruhsal, duysal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum ağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım veya rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiyi,

ç) **Özürlü sağlık kurulu:** Kişilerin hastalık ve özürlüleri hakkında karar vermeye yetkili olan ve bu Yönetmeliğin 6. ve 7. maddelerinde belirtilen organları,

d) **Özürlü sağlık kurulu raporu:** Özürlü sağlık kurulunca hazırlanan, kişilerin özürlü ve sağlık durumu ile kullanım amacını belirten belgeyi ifade etmektedir.

Aynı Yönetmeliğin 5. maddesinde özürlülüğün sınıflandırılmasının; DSÖ tarafından sağlık ve sağlıkla ilgili durumların tanımlanması için standart bir dil ve çerçeve oluşturmak amacı ile geliştirilen çok kapsamlı uluslararası bir sınıflandırma

sistemi olan “İşlevsellik Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF) esas alınır” denmektedir.

2.2.4.5. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu’nun 25. maddesi ile bu kanuna dayanılarak hazırlanmış olan 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinde “malul ve maluliyet” ile ilgili tanımlamalara baktığımızda (36, 37);

Sigortalının veya işverenin talebi üzerine, kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca usulüne uygun düzenlenecek raporlar ve dayanağı olan tıbbi belgelerin incelenmesi sonucu, 4. maddenin 1. fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60’ını, (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün en az %60’ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği kurum sağlık kurulunca tespit edilen sigortalı, **malul** sayılır.

Ancak, sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarihten önce sigortalının çalışma gücünün %60’ını veya vazifesini yapamayacak derecede meslekte kazanma gücünü kaybettiği önceden veya sonradan tespit edilen sigortalılar ile yedek subay veya er olarak ya da talim, manevra, seferberlik veya harp dolayısıyla görevleri ile ilgileri kesilmeksizin silah altına alındıkları dönemde malul olup, bu malullükleri asıl görevlerini veya işlerini yapmaya mani olmayanlar hakkında, bu hastalık veya özürlüleri sebebiyle malullük sigortasına ilişkin hükümler uygulanmaz.

2.2.4.6. 06.11.2010 tarih ve 27751 sayılı RG’de yayımlanıp yürürlüğe giren, 65 Yasını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları ile Özürlü ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmeliğin 10. maddesine göre, 2022 Sayılı Kanun’un uygulanması sırasında (50, 51);

- a) Çalışma güçlerini %40 ile %69 arasında kaybedenler **özürlü**,
- b) Çalışma güçlerini %70 ve üzerinde kaybedenler ise **başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde özürlü** olarak ifade edilmektedir.

Aynı şekilde 2022 Sayılı Kanun'un geçici 2. maddesine göre; sosyal güvenlik mevzuatına tabi olarak çalışmayan, sosyal güvenlik kurumlarından ya da yabancı bir ülke sosyal güvenlik kurumundan her ne ad altında olursa olsun herhangi bir gelir veya aylık almayan ve **silikozis** hastalığı nedeniyle **meslekte kazanma gücünü en az %15 kaybettiğine** SGK Sağlık Kurulunca **meslek hastalıkları** tespit hükümleri çerçevesinde karar verilen kişilere, bu maddede belirtilen şartları sağlamaları halinde SGK tarafından aylık bağlanmaktadır (51).

Ulusal mevzuatımızdaki engelli tanımlamalarını özetlemek gerekirse; İş Kanununda; özürülülerin iş yapabilme ve çalışabilme durumu göz önünde bulundurularak, Özel Eğitim Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede; eğitilebilme durumu dikkate alınarak, Devlet Memurları Kanununda; çalışabilme durumu dikkate alınarak, Sosyal Güvenlik Kanununda; maluliyet, iş kazası ve meslek hastalığı dikkate alınarak, Plansız Alanlar İmar Yönetmeliğinde; yapılarda ve açık alanlardaki fiziki çevreye ulaşılabilirlik vurgulanarak, Sosyal Hizmetler kanununda; korunma ve bakım ön plana çıkarılarak çeşitli tanımlamalar yapılmış olduğu gözlenmektedir. (11)

Ayrıca mevzuatımızda özürülülerin hafif, ağır ve bakıma muhtaç özürülü şeklinde ayrımlarla ve yüzdelerle oranlarla nitelendirildiği, maluliyet açısından da meslekte kazanma gücüne göre yüzdelerle oranlarla sınıflandırıldığı durumlar mevcuttur. Elbette ki engellilere sunulan hizmetlerin ve sağlanan hakların hukuka uygun ve adaletli bir şekilde dağıtılabilmesi ve kaynakların akılcı bir şekilde kullanılabilmesi amacıyla sınıflandırma ve derecelendirmeler yapılması gerekmektedir. Bu durum dünya örneklerinde de mevcuttur.

Türkiye'de 1935 - 1985 yılları arasında engellilik türleri toplumsal yapı ve kültürün de etkisiyle; "kör, sağır, dilsiz, çolak, topal, kambur, cüce, kötürüm, zihinsel ve ruhsal özürülü, müteaddit ve diğer ve bilinmeyenler" şeklinde sınıflandırılmışken, 2000 yılında sadeleştirme yapılmış ve özürülülük türleri "görme, işitme, konuşma, fiziksel, zihinsel özürülü, diğer, birden fazla özürülü ve bilinmeyen" şeklinde değiştirilmiştir (29).

Ülkemizde yapılan birçok araştırmada Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) Başkanlığı ve Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (yeni adı; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü) işbirliği ile yapılan 2002 Türkiye Özürlüler Araştırmasında kullanılan özür türleri sınıflandırması kullanılmıştır (4, 52).

2.2.5. 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması'na Göre Yapılan Tanımlamalar

1- Ortopedik Engelli: Kas ve iskelet sisteminde yetersizlik, eksiklik ve fonksiyon kaybı olan kişidir (DİE: 2004: 10). El, kol, ayak, bacak, parmak ve omurgalarında, kısalık, eksiklik, fazlalık, yokluk, hareket kısıtlılığı, şekil bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, felçliler, serabral palsi, spastikler ve sipina bifida olanlar bu gruba girmektedir (52). Ortopedik engelliler kendi içinde, “yürüeyebilen ve tekerlekli sandalyeye bağlı olanlar” şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bütün düzeltmelere rağmen normal yaşam ve çalışmalarında; iskelet, sinir sistemi, kas ve eklemlerinden yeteri kadar yararlanamayan kişi ortopedik engelli olarak tanımlanmaktadır (4).

DSÖ tarafından yapılan ortopedik engelli tanımı ise şöyledir; Ortopedik özürlü çocuk; iskelet, sinir sistemi, kas ve eklemlerindeki bozukluk ve sakatlık nedeniyle eğitim ve öğretim çalışmalarından yeterli ölçüde yararlanamayan çocuktur (4).

2- Görme Engelli: Duyusal engellilere ait grubun başında gelen görme engellileri “az görenler ve kör” diye iki grupta değerlendirmek mümkündür (4). Genel olarak görme engelli; tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı veya bozukluğu olan kişidir (DİE: 2004: 10) (52). Görme kaybıyla birlikte göz protezi kullananlar, renk körlüğü, gece körlüğü (tavuk karası) olanlar da bu gruba girer (52).

Avrupa ülkelerinin benimsemiş olduğu tanım şu şekildedir; yapılan tüm müdahale ve alınan önlemlere rağmen, en iyi gören gözünde, görme gücünün en çok 1/20'si bulunan ve görüş açısı 20 dereceyi geçmeyenlere “kör” denir (4).

3- İşitme Engelli: Tek veya iki kulağında tam veya kısmi işitme kaybı olan kişidir (DİE: 2004: 10). İşitme cihazı kullananlar da bu gruba girmektedir (52). İşitme

engelliler “sağır ve ağır işiten” olarak iki grupta toplanmaktadır. Bütün düzeltmelere rağmen her iki kulağında işitme kaybı 90 dB (desibel)’den daha fazla olan normal yaşam ve çalışmalarında işitme gücünden yararlanamayan kişi “sağır” olarak tanımlanmaktadır (4).

Bütün düzeltmelere rağmen her iki kulağında işitme kaybı mevcut olup, daha iyi duyan kulağındaki işitme kaybı, 26 - 89 dB olan, yardımcı işitme araçları kullanarak veya kullanmadan, normal yaşam ve çalışmalarında işitme gücünden kısmen yararlanabilenler de “ağır işiten” diye tanımlanmıştır (4). Ağır işiten kişiler, normal yaşam ve aktivitelerinde işitme cihazları, görsel bilgiler veren cihazlar ve ortak dinleme donanımları gibi yardımcı araçlara bağlı olarak yaşayan kişilerdir (4).

4- Dil ve Konuşma Engelli: Herhangi bir nedenle konuşamayan veya konuşmanın hızında, akıcılığında, ifadesinde bozukluk olan ve ses bozukluğu olan kişidir (DİE: 2004: 10) (52). Kişi konuşurken; hoş olmayan sesler çıkarıyorsa, konuşmanın ritim ve akışında farklılıklar oluyorsa cinsiyet, yaş ve fiziksel yapısına uygun olmayan, anlaşılamayacak şekilde sesler çıkıyorsa ve bu durum süreklilik gösteriyorsa, bu kişi konuşma engelli olarak kabul edilmektedir (4, 52). İşittiği halde konuşamayan, gırtlığı alınanlar, konuşmak için alet kullananlar, kekemeler, afazi, dil-dudak-damakçene yapısında bozukluk olanlar bu gruba girmektedir (52).

5- Zihinsel Engelli: Çeşitli derecelerde zihinsel yetersizliği olan kişidir. Engel grupları içinde en ağır engellilik türü olarak kabul edilir. Zekâ geriliği olanlar (mental retardasyon), down sendromu, fenil ketonüri (zekâ geriliğine yol açmışsa) bu gruba girer (52).

1990 yılında yayınlanan eğitilebilir çocuklar ilkökul programında zihinsel engelli çocuklar şu şekilde tanımlanmıştır; doğumdan önce, doğum esnasında ve sonraki gelişim sürecinde oluşan çeşitli nedenlerle zihin, sosyal olgunluk, psikodevinimsel (psikomotor) gelişim ve fonksiyonlarında sürekli yavaşlama, duraklama ve gerileme sonucu olarak yaşlılarına göre 1/4 ve daha yüksek oranda gerilik ve yetersizliği nedeniyle normal eğitim programlarından yararlanamayana sakat veya geri zekâlı denir. Tanımdan da anlaşıldığı üzere zihinsel engelliler, kendi

içinde zekâ ölçüm düzeyine (IQ) göre çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır (hafif, orta, ağır) (4).

6- Diğer Engelli Grupları (Süreğen Hastalıklar): Kişinin çalışma kapasitesi ve fonksiyonlarının engellenmesine neden olan, sürekli bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır (kan hastalıkları, kalp-damar hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, idrar yolları ve üreme organı hastalıkları, cilt ve deri hastalıkları, kanserler, endokrin ve metabolik hastalıklar, ruhsal davranış bozuklukları, sinir sistemi hastalıkları, AIDS vb.) (DİE: 2004: 10) (52).

Süreğen hastalıklar engel türleri içerisinde bir alt başlık olarak yer almaktadır. Süreğen hastalık, toplam özürlülük oranı içerisinde yer almakta ancak nitelikleri incelenirken, diğer özür türlerinden ayrı olarak değerlendirilmektedir (4).

7- Çoklu Özürlülük: Birden fazla özür türüne sahip olan kişilerin oluşturduğu çoklu gruptur. (4, 52)

2.2.6. Uluslararası Belgelerde Engellilik Tanımlamaları ve Sınıflandırılması

Dünyada engellilik alanında çeşitli kuruluşlarca tanımlama, istatistik ve sınıflandırma konusunda çalışmalar yapılırken geçmişteki bakış açılarından, geleneksel, medikal, sosyal ve insan hakları temelli engellilik anlayışlarından faydalandığı görülmektedir (29). Engellilik tanımlaması yapılırken eğitim, sağlık, bakım, rehabilitasyon, meslek edindirme, çalışabilirlik, sosyal hayata uyumun ve katılımın sağlanabilmesi, rehberlik ve danışmanlık, ulaşılabilirlik ve erişilebilirlik gibi sosyal faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir (29).

2.2.6.1. BM Genel Kurulu'nun İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'ne eklenmiş olan 9 Aralık 1975 tarih ve 3447 sayılı "Sakat Hakları Bildirisi'nin" 1.maddesine göre; kişisel ya da sosyal yaşantısında kendi kendisine yapması gereken işleri (bedensel ya da sonradan olma) herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlara "sakat" denmektedir (53).

Bu bildiri, engellilerin toplumda diğer bireylerle eşit olarak, dışlanmadan yaşamaları, topluma yük değil üretken bireyler olarak katılmaları konularında olduğu kadar, toplumun sakatlara karşı yükümlülüklerini de tespit etmiştir (2). Ancak buradaki engelli birey (sakat) tanımlaması, ağırlıklı olarak medikal bakış açısını yansıtmaktadır (2).

2.2.6.2. BM Genel Kurulu'nun “Fırsat Eşitliği Konusunda Engelliler İçin Standart Kurallar Ülke Kararı”na göre (20.12.1993 tarihli); özürlülük ve engellilik kavramları ayrı ayrı değerlendirilmekte ve bu bağlamda kurgulanan sosyal politikanın temel hedefi de, engellilerin fırsat eşitliği temelinde topluma tam katılımının sağlanması olarak vurgulanmaktadır (12). BM standart kuralları; AB’de olduğu gibi, Asya-Pasifik Bölgesindeki özürlü bireyler için de **“Biwako Bin Yıl Eylem Çerçevesi”** adı altında uygulamaya geçirilmiştir. BM standart kurallarına göre (12);

“Özürlü” terimi; dünyanın herhangi bir ülkesindeki herhangi bir nüfusta ortaya çıkan çok sayıda farklı işlevsel kısıtlılıkları özetlemektedir. İnsanlar fiziksel, zihinsel ya da sinirsel yetersizlik, tıbbi koşullar ya da akıl hastalığı nedeniyle özürlü olabilirler. Bu yetersizlikler, koşullar ya da hastalıklar kalıcı ya da geçici olabilmektedir.

“Engelli” terimi; toplumsal hayata diğerleri ile eşit derecede katılma olanaklarının kaybı ya da kısıtlılığıdır. Özürlü olan insan ile çevre arasındaki karşılaşmayı anlatır. Bu terimin kullanılmasının amacı, özürlü kişilerin eşit koşullarda katılımını önleyen toplumdaki bilgi, iletişim ve eğitim gibi örgütlü aktivitelerin çoğundaki ve çevredeki eksikliklere vurgu yapılmasıdır.

2.2.6.3. AB’de Engelli Tanımlaması

AB belgelerinde doğrudan bir engellilik tanımı bulunmamakta ancak bu belgelerin çoğunda **BM’nin “Engelliler İçin Fırsat Eşitliği Konusunda Standart Kurallarına”** atıfta bulunularak, engellilerin eğitim, istihdam, sosyokültürel etkinlikler, katılım, ulaşım ve erişim gibi alanlarda karşılaştıkları engellere

değinilmekte ve sosyal boyut ön plana çıkarılarak, hak ve eşitliklere vurgu yapılmaktadır (12, 18).

2.2.6.4. 1980 yılında DSÖ'nün yayınladığı “**Yetersizliklerin, Özürlülüklerin ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırılmasına (ICIDH)**” göre (18, 54, 55);

Yetersizlik; sağlık bakımından psikolojik, anatomik (fiziksel) yapı veya fonksiyonlardaki herhangi bir kayıp/eksiklik ya da anormallik olarak tanımlanmaktadır.

Özürlülük; sağlık bakımından bir aktiviteyi, bir insan için normal kabul edilen tarzda ya da sınırlar içerisinde gerçekleştirme becerisinin (yetersizlikten kaynaklanan) kısıtlanması ya da yokluğudur.

Engellilik; bir yetersizlik ya da özür nedeni ile kişinin yaşına, cinsiyetine ve kültürel faktörlere bağlı olarak kendisi için normal kabul edilen bir rolü yerine getirmesini engelleyen ya da kısıtlayan dezavantajdır.

2.2.6.5. 2001 yılında DSÖ'nün yayınladığı “**İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması**”na (**ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health**) göre, “handicap” terimi küçük düşürücü iması nedeniyle tümden tanımlamadan çıkarılmış ve bunun yerine daha geniş kapsamlı bir terim olan “yeti yitimi” kelimesinin kullanılmasına karar verilmiştir. Örneğin “zihinsel engelli kişi” yerine, “öğrenme güçlüğü olan kişi” ifadesi kullanılmıştır (2). Bu sınıflandırmadaki tanımlamaya göre, “**Engellilik/Yeti yitimi**”; bozukluklar, aktivite sınırlılıkları ve katılım kısıtlılıkları için kullanılan geniş kapsamlı bir ifadedir (6). Sonuç olarak ICF’de, hem medikal hem de sosyal modelin bütünleşmesine dayanan ve insanı biyopsikososyal bir yaklaşımla bütün olarak ele alan, her türlü özür, etkinlik ve aktivite yoksunluğu veya sosyal hayata katılımdaki kısıtlamayı kapsayacak bir şekilde engellilik terimi (disability) benimsenmiştir (6).

2.2.6.6. 2011 Dünya Engellilik Raporuna Göre Engellilik

DSÖ ve Dünya Bankası tarafından 2011 yılında ortaklaşa hazırlanan bu raporun temel dayanağı olan ICF; engelliliği sakatlık, etkinlik sınırlılığı ve katılım kısıtlılığı açısından kapsayıcı bir terim olarak kullanmaktadır (1). Engellilik; sağlık sorunları olan bireylerin (Down sendromu, beyin felci, depresyon ve benzeri), kişisel ve çevresel faktörlerle (negatif tavırlar, erişilemeyen ulaşım ve kamu binaları, sınırlı sosyokültürel destek ve benzeri) etkileşimleri sonucunda ortaya çıkan olumsuz durumları ifade etmektedir (1).

2.2.6.7. Uluslararası Çalışma Örgütü'ne Göre Engellilik; 1983 yılında yayımlanan 159 sayılı “Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Sözleşmesinin” 1. maddesine göre; özürlülük olgusuna iş hayatına katılabilme açısından yaklaşarak özürlü bireyi, “fiziksel ve ruhsal bir noksanlık sonucu uygun bir işi sağlama, o işi koruma ve bu işte ilerleme imkânını önemli ölçüde yitirmiş kişi” olarak tanımlamıştır (29, 41).

2.2.6.8. 1990 Engelli Amerikalılar Yasası'na Göre Engellilik; Bireyin bir veya daha fazla ana yaşamsal aktivitesini büyük ölçüde sınırlayan fiziksel veya zihinsel bozukluğu, bu tarz bir bozukluğun kaydını veya bu tarz bir bozukluğu olduğu kabul edilenleri kapsamaktadır (10, 56). Yasaya göre bu üç unsurdan birine sahip olmak engellilere sağlanan haklardan faydalanmak için yeterlidir. Engelli Amerikalılar Yasası, kişilerin geçmişte maruz kaldıkları ve tedaviyle giderilmiş olan engellilik durumlarını da kapsamakta ve bu kişilerin de yasadan faydalanmasına olanak tanımaktadır. Yasa, sadece “gerçekten engelli” olanları değil, “engelliymiş gibi” muamele görenleri de koruma altına almaktadır. Örneğin obez kişiler, aşırı kiloları nedeniyle ya işe alınmamakta veya işten çıkarılmakta ya da kiloları sebebiyle iş yerinde ve sosyal hayatında bazı güçlükler yaşamaktadır. Aşırı kilolu kimseler, Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) bazı eyaletlerinde ilgili yasalar çerçevesinde engelli olarak kabul edilmekte ve ayrımcılıkla mücadele eden hükümlerden yararlanmaktadırlar (10, 56).

2.2.6.9. 1995 İngiltere’de Engelli Bireylerin Ayrımcılığı Yasası’na göre Engellilik; engelli birey, fiziksel veya zihinsel yetersizliği olup, bu nedenle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanan ve bu durumdan uzun süredir olumsuz etkilenen bireydir (10). Bu olumsuz durumun süresinin 12 ay ve daha fazla olması gerektiği yönünde fikir birliği vardır. Bu Yasa’nın 1. maddesine göre; kişinin sahip olduğu fiziksel veya ruhsal bozukluk yan etki olarak günlük normal faaliyetlerini devam ettirme becerisini büyük ölçüde ve uzun süreli etkiliyorsa engellilik olarak adlandırılmaktadır (10). Kişinin engeli tıbbi tedavi, ilaç, yardımcı cihaz veya diğer yardımlarla azaltılmış veya giderilmiş olsa dahi bu Yasa kapsamında sayılmaya devam ederek engelli ayrımcılığına karşı korunmaktadır (10).

Engellilik ile ilgili yukarıda belirtilmeye çalışılan kuramsal, ulusal ve uluslararası tüm tanımlama ve sınıflama çalışmalarına bakıldığında; STK’na, örgütlere, bireylere, yasa ve yönetmeliklere, antlaşma ve sözleşmelere göre farklı tanımların ve sınıflandırmaların yapıldığı dikkati çekmektedir.

Engellilik kavramının bu kadar farklı metinlerde yer alması ve farklı bakış açılarıyla tanımlanması ve sınıflandırılması, engelliliğe verilen önemin bir göstergesi olarak kabul edilse de, bu durum, engelli bireylerin haklarını elde etme ve kullanmaları konusunda belirsizliğe, yetersizliğe ve çeşitli kaygılara yol açmaktadır. Nitekim tanımlamadaki farklılıklar ve mevzuattaki dağınıklık, mevcut hakların kullanımı konusunda gerek engelli bireyler de gerekse de başvuru kurumlarında ve hizmet sunucularında belirsizlik yaratmaktadır.

Ülkemizde de engellilere yönelik yasal durum incelendiğinde, konuya ilişkin dağınık halde pek çok yasal metin mevcuttur (6). 2005 yılında çıkarılan “5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve KHK’lerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ve 2011 yılında kurulan “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü”, engelli bireylere yönelik mevzuatın dağınıklığı ve hizmet sunan kurumların fazlalığı konusunda yeterince çözüm sağlayamamıştır (6). Günümüzde de aynı dağınık mevzuatın yol açtığı çok başlılığın ve çeşitli kurumlar tarafından koordinasyonsuz biçimde sunulan hizmetlerin getirdiği sorunlar devam etmektedir. Her ne kadar tek bir çatı kurulmuş olsa da, bu kadar çok kurumla işbirliği yapmak, bürokratik engelleri aşmak, eşgüdüm içinde çalışmak, koordinasyon ve

standardizasyonu sağlamak oldukça güç gözükmektedir (6). Engellilere yönelik düzenlemelerin ve hizmet sunumunun ülke çapında tek ve bütüncül olması; hizmetlerin standardizasyonu, ulaşılabilirliği ve eşitliği açısından son derece önemlidir (6).

Engellilik tanımlaması ve sınıflaması yapılırken ve engelli hakları incelenirken, “hastalık yoktur hasta vardır” anlayışıyla engelli bireyi biyopsikososyal açıdan bütüncül bir yaklaşımla ele alan ve sağlığı fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlayan yeni anlayıştan ve genel insan hakları yaklaşımından ayrı olarak düşünmemek gerekir. Nitekim eğer bir ülkede sosyal devlet anlayışı tam olarak uygulanmıyorsa, eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi insanın sağlığını, bilincini ve gelişimini doğrudan etkileyen alanlarda toplumun dezavantajlı gruplarının lehine düzenlemeler yetersizse, gelir dağılımı adaletsizliği giderilememişse, toplumun tüm kesimlerinin bu durumdan olumsuz etkilenmesi kaçınılmaz olacaktır. Bu nedenle engelli hakları hareketleri, genel insan hakları hareketlerinden ayrı olarak ele alınmamalı ve bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir. Bu düşünceden hareketle engelli, sakat, yaşlı, yoksul, kimsesiz, evsiz vb. ayrımı yapmaksızın toplumun tüm dezavantajlı kesimlerini insani bakış açısıyla ele alıp insan hakları ana başlığı altında engellilik olgusu irdelenmeli ve bu anlayışa uygun toplumsal bilinç ve farkındalık yaratılmalıdır. Ayrıca engelli bireylerin karar alma ve politika oluşturma süreçlerine bizzat katılmaları son derece önemlidir.

AB’de engellilik, kişideki organ ya da yapı düzeyinde ortaya çıkan bir bozukluk ya da yetersizlik ile birlikte, sosyal ve çevresel faktörler tarafından etkilenen bir kavram olarak değerlendirilmekte ve buna bağlı olarak da sorunların çözümü fırsat eşitliği ve hak temelli yaklaşımda aranmaktadır (18).

Tüm bu tartışmalar ve bilgiler ışığında, özellikle sosyal haklarla ilgili alanlarda tıbbi bakış açısını içeren engellilik kavramı ve sınıflaması yerine, “sosyal dezavantajları ve kısıtlılıkları” vurgulayan engellilik kavramının ve çevresel faktörleri de içine alan ICF sisteminin kullanılması daha doğru ve kapsayıcı olacaktır. Biz de “**engelli**” kelimesini bu anlamıyla algılamakta ve benimsemekteyiz. Ancak yasal metinlerin ve bu alanda yapılmış araştırmaların birçoğunda “özürlü”

teriminin kullanılmış olmasından dolayı, anlam bütünlüğünü bozmamak amacıyla çalışmamızda özürlü terimini de kullanacağız.

2.3. Engellilik Süreci

DSÖ, 1980 yılından beri üç aşamalı bir modelden hareketle engelli bireyi tanımlamaktadır (41). Bu tanımlamaya göre önce kişide herhangi bir hasar meydana gelir, bunun ardından ortaya işlevsel kısıtlılık çıkar ve bunun sonucunda da sosyal daralma meydana gelir. En radikal durum ise özürünün tamamen toplumdan uzak, soyutlanmış bir yaşam sürmesidir (41). Tüm bu sürecin süresini ve şiddetini, bireysel ve birey dışı faktörler ile medikal (ilaç tedavisi, psikoterapi, tıbbi teknoloji, bakım ve rehabilitasyon vb.) ve dışsal, sosyal faktörler (cihazlar, kişisel bakıcılar, ev, okul ve işyerlerinin erişilebilirliği vb.) etkiler (57).

Engellilik olgusunun, patoloji oluşmasından sakatlığa kadar geçen süreci Tablo III'de özetlenmeye çalışılmıştır (57, 58).

Tablo III. Engellilik Süreci

Birey Dışı Faktörler			
Tıbbi Bakım ve Rehabilitasyon (Cerrahi, fizik tedavi, konuşma terapisi, sağlık eğitimi, yeniden mesleki eğitim)			
İlaçlar ve Diğer Terapotik Yaklaşımlar (İlaç tedavisi, rekreasyonel tedaviler, su içi egzersizler, biyofeedback, meditasyon, dinlenme, enerjiyi idareli kullanım vb.)			
Dışsal Destekler (Kişisel yardım, özgün cihaz ve donanımlar, günlük bakım, kalıcı yardımcı, aralıklı bakım)			
Binalar, Fiziksel ve Sosyal Çevre (Ev ve iş yerlerinde modifikasyonlar, binalarda ve toplu taşıma araçlarında modifikasyonlar, sağlık sigortası, yasal düzenlemeler)			
Patoloji	Yeti Kaybı	Fonksiyonel Kısıtlılık	Sakatlık
Hastalığın, yaralanmanın, konjenital/gelişimsel sürecin tanınması	Vücut sistemlerinde yapısal anomaliler ve disfonksiyonlar: Kas-iskelet, sinir sistemi	Temel fiziksel ve mental işlevlerde kısıtlanma: Yürüme, merdiven çıkma, anlaşılabilir şekilde konuşma ve isteklerini belirtme	Günlük yaşam işlevlerini yerine getirmede güçlük: İş, ev idaresi, kişisel bakım, arkadaş ve akraba ilişkileri, uyuma, gezme vb.
Risk Faktörleri (demografik, sosyal, psikolojik, davranışsal, çevresel, biyolojik)	- Bireysel Faktörler - Yaşam Biçimi ve Davranış Değişiklikleri - Psikososyal Etkileşim ve Başa Çıkma (pozitif affekt, duygusal güç, dua etmek, kontrolün odaklanması, önerileri dikkate almak, bir duruma kognitif adaptasyon) - İşlevsel Değişiklikler		

2.4. Engelliliğin Sınıflandırılması

DSÖ'nün hastalık ve ölüm nedenlerini sınıflandırmaya ve ortak bir dil oluşturmaya yönelik hazırlamış olduğu ICD (İnternational Classification of Disease) sistemi, daha sonraki yıllarda benzer şekilde engelliler için de düşünülmüştür (2, 59). Engelliler için düşünülen sınıflandırma çalışmaları genel anlamda ilk kez 1960 yılında Amerikalı sosyolog Nagi tarafından başlatılmış, daha sonra Verbrugge ve Jetta, engellilik modelini kavramsal olarak açıklamış ve sonraki yıllarda da Fougeyrollas, "Engelliliğin Oluşum Süreci" (Handicap Creation Process) kavramını açıklamıştır (2, 59).

2.4.1. ICIDH-1 ve ICIDH-2

DSÖ tarafından engelliliğin sınıflandırılmasıyla ilgili ilk çalışmalar 1973 yılında Dr. Philip Wood tarafından başlatılmış ve oluşturulan ilk uluslararası sınıflandırma modeli, 1976 yılında Dünya Sağlık Kurultayında WHA 29.35 sayılı önergeyle kabul edilerek yayınlanmıştır (2). Oluşturulan bu sınıflandırmada engellilik; bozukluk (impairment), yeti yitimi (disability) ve engellilik (handicapped) olarak ayrılmıştır (2, 54, 60). Uzun süren tartışmalar ve yenilemeler sonucu 1993 yılında DSÖ bu dokümanı "Bozukluklar, Yeti yitimi ve Engellilerin Uluslararası Sınıflandırılması" (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-ICIDH-1) adı altında kabul etmiştir. Daha sonra yaklaşık 10 yıl süren revizyon çalışmaları sonucu insanların vücut, birey ve sosyal alanlardaki işlevselliği ile ilgili 3000'den fazla sınıflandırma alanı içeren bir havuz oluşturulmuş ve bu çalışmaların sonucunda ICIDH-2 sistemi ortaya çıkarılmıştır (2, 60).

DSÖ, 1980 yılında uluslararası adlandırmada kullanılan "impairment", "disability" ve "handicapped" terimlerinin ifade ettiği anlamları açıklamış, sınıflandırmış ve 15 farklı dilde hazırlamıştır. Buna göre engellilik şemsiye (kapsayıcı) bir terim olarak; bozukluklar (impairments), aktivite sınırlılıkları ve katılım kısıtlılıklarını içermektedir (61). Bu sınıflandırmaya göre terimlerin ifade ettiği anlamlar ise şöyle açıklanmıştır (4, 54, 55):

Impairment (yetersizlik, bozukluk): “Kişinin fizyolojik, psikolojik, anatomik yapı ya da işlevlerindeki geçici veya kalıcı herhangi bir eksiklik ya da anormalliktir.” Geçici ya da kalıcı olabilir. Yetersizlik organ düzeyinde olan bir olaydır (fonksiyonel bir hasar).

Disability (sakatlık, engellilik, özürlülük): “Yetersizlik sonucu oluşan ve normal bir insanın başarı ile sonuçlandırabileceği herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirmede ortaya çıkan eksiklik ya da sınırlamadır.” Başka bir ifadeyle; “herhangi bir bozukluk sonucunda, normal olarak kabul edilen sınırlar ve uyum içinde aktivitenin yapılabilme yeteneğinin kısıtlanması veya hiç yapılamamasıdır.” Geçici ya da kalıcı, geriye dönüşü olan ya da olmayan, ilerleyici ya da gerileyici olabilir. Sakatlık kişi düzeyindedir (normal aktivitelerde kısıtlılık).

Handicapped (dezavantajlılık, engellilik): “Bir yetersizlik veya özür nedeni ile yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması veya yerine getirilememesidir.” Engellilik toplum düzeyindedir ve sakatlık sonucu kişinin toplum içindeki rolünü gerçekleştirememesi söz konusudur. Bir başka deyişle, sakatlığın ya da yetersizliğin sosyal hayata yansımalarıdır (sosyal dezavantaj).

ICIDH sistemi, fonksiyonel durumdaki herhangi bir bozukluğu vücut, birey ve toplum bazında değerlendirerek, hastalıkları 4 temel düzeyde incelemektedir (2, 54, 55, 62):

- 1. Patoloji:** Vücutta herhangi bir organ veya sistemde meydana gelen harabiyet (örneğin; serebral infarkt)
- 2. Bozukluk:** Patolojinin doğrudan sonuçları olan belirti ve bulguları kapsar (örneğin; ekstremitelerde kuvvet kaybı)
- 3. Özürlülük:** Bozukluğa bağlı olarak kişinin normal kabul edilen işlev ve davranışlarındaki kaybını tanımlar (örneğin; bağımsız yürüyememe)
- 4. Engellilik:** Kişi için normal kabul edilen sosyal rolü engelleyen dezavantajların varlığıdır (örneğin; tekerlekli sandalye kullanan bireylerin merdiven çıkamaması)

Tüm bu açıklama ve tanımlamalar Tablo IV’de örneklendirilmiştir (33, 55, 63):

Tablo IV. Bozukluk, Engellilik ve Dezavantajlılık Kavramlarının Örneklendirilmesi

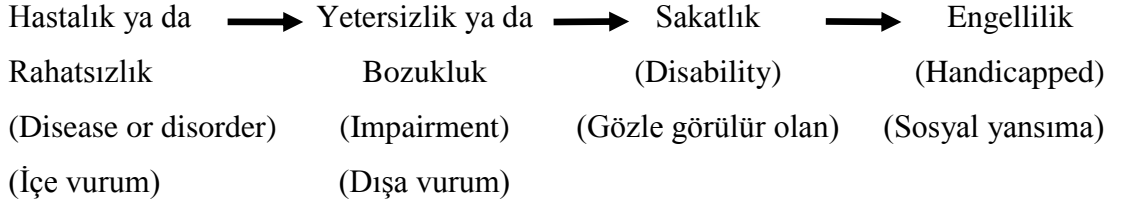
Terim	Bozukluk	Engellilik	Dezavantajlılık
Seviye	Organ	Kişi	Sosyal çevre
Yetersizlik	Beden yapısı / fonksiyonu	Aktivite	Roller
Örnek	Bir gözün olmaması	Derin görüşte kısıtlılık	Sürücü belgesi alamamak

Sağlık Durumu	Bozukluk	Aktivite Kısıtlılığı	Katılım Kısıtlılığı
Lepra	Ekstremitelerde duyu kaybı	Objeleri kavrama ve tutmada güçlük	Damgalanma sonucu işsiz kalma
Panik atak	Anksiyete	Dışarı yalnız çıkamamak	İnsanların reaksiyonları nedeniyle sosyal ilişki kuramamak

ICIDH-1 ve ICIDH-2’nin yeniden düzenlenmiş şekli olan ICF’de, ICIDH’deki bozukluk-yetersizlik kavramı yerine beden yapısı ve fonksiyonları, engellilik yerine aktivite ve katılım kısıtlılığı kavramları yer almaktadır (54, 55, 63).

Engellilik sürecinin ve sınıflandırılmasının 1980 yılından 2001 yılına kadar geçirdiği aşamalar Şekil-I’de özetlenmiştir (2, 54, 55, 63).

A-ICIDH-1 1980:



B-ICIDH-2 1997:



C- ICF 2001 → Vücut Fonksiyonları ve Yapıları, Aktivite ve Katılım, İşlev Kaybı, Yeti Yitimi, Çevreye uyum, Performans, Kapasite, Erişim (Biyopsikososyal çevre)

D- WHODAS-II: (DSÖ Yeti Yitimi Ölçeği; Disability Assessment Shedule)
Aletle ve aletsiz yapılan günlük yaşam aktiviteleri (Activities of Daily Living; ADLs: banyo yapmak, giyinmek, kişisel bakım vb. Instrumental Activities of Daily Living; IADLs: yemek yapmak, ev temizlemek, çocuk-hayvan bakmak vb.) ve Yeti Yitimi Ölçeği

Şekil I. Özürlülük Sınıflandırılmasının Gelişim Süreci

2.4.2. Küresel Hastalık Yükü Ölçütleri (DSÖ; 2000)

- 1- Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Umudu (Disability Adjusted Life Expectancy; DALE)
- 2- Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years; DALY)
- 3- Yeti Yitimsiz Yaşam Umudu (Disability Free Life Expectancy; DFLY)
- 4- Sağlıklı Yaşam Umudu (Healthy Life Expectancy; HALE)
- 5- Sağlıklı Yaşam Yılı (Healthy Life Year, HeALY)
- 6- Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı (Quality Adjusted Life Years; QALY)

Bu ölçütler aracılığıyla;

- Hastalıklar, yaralanmalar ve ölümlerin yanı sıra sağlık sorunları ile ilişkili risk etkenlerine dair tahminlerde bulunulabilmekte,
- Bu risk faktörlerine dair atfedilebilen değerler hesaplanabilmekte,
- Hesaplanan standart değerler, ülkeler ve toplumlar arasında karşılaştırmalar yapılmasını olanaklı kılmakta,
- Politika yapıcılar/karar vericiler için kapsamlı, kanıta dayalı veri sağlanmakta,
- Müdahalelerin toplum sağlığı üzerindeki etkisi ve maliyet verisi ile müdahalelerin maliyet ve etkinliği değerlendirilebilmektedir (64).

2.4.3. ICF:

Basit ve tek yönlü bir bakış açısına sahip olan ICIDH modelinin daha gelişmiş şekli olan ICF, yeti yitimi olgusu ve işlevsellik hakkında daha iyi bilgi edinmeyi ve uluslararası geniş kapsamlı bir uzlaşma sağlamayı amaçlamıştır (54, 60, 62).

ICF; engelliliğin sınıflandırılmasında kişinin bedensel, zihinsel, ruhsal, işitsel ve duyuşal fonksiyonlarının azalması ve kaybedilmesi; kişinin aktivitelerinin ve katılımının sınırlanması, kişisel ve çevresel faktörleri de içine alan çok boyutlu bir değerlendirme sistemidir (54, 55). Kısaca ICF; engellilik konusunda karşıt uçlarda yer alan ve uzun yıllardan beri tartışılmalı medikal ve sosyal özürllük modellerinin bütünleşmesine dayanmaktadır (54).

ICF'ye göre engellilik, bireyin sağlık durumu ile çevre arasındaki ilişkinin bir sonucudur (63). Nitekim benzer sağlık koşullarına sahip kişiler, benzer bir engelliliğe sahip olmayabilirler veya çevresel uyumlarına bağlı olarak engellilikleriyle ilgili aynı algıyı paylaşmayabilirler (63).

2.4.3.1. ICF'nin Amaçları ve Uygulama Alanları:

ICF, çeşitli disiplinler ve farklı sektörlere hizmet etmek amacıyla tasarlanmış kapsamlı bir sınıflandırmadır. ICF, sağlık ve sağlıkla ilgili konuların bir sınıflandırması olduğu için, sigortacılık, sosyal güvenlik, insan hakları, çalışma ve iş sağlığı, eğitim, ekonomi, sosyal politika gibi farklı sektörler tarafından, yasaların hazırlanmasında ve çevresel düzenlemelerde de kullanılır. Bu nedenle ICF, farklı kullanımlar için geniş bir yelpaze sunar, örneğin sosyal güvenlik, sağlık hizmetlerinde değerlendirme, yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde nüfus incelemeleri gibi (54, 60, 63). ICF, 1980 yılında ICIDH adıyla ilk hazırlanışından bu yana pek çok amaç için kullanılmıştır. Bunlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir (54);

- İstatistiksel araç olarak, verilerin toplanmasında ve kaydedilmesinde (örneğin nüfus çalışmalarında ve araştırmalarında veya bilgi sistemlerinin yönlendirilmesinde),
- Araştırma aracı olarak, yaşam kalitesi veya çevresel etmenlerin ölçümünde,
- Klinik araç olarak, değerlendirme, tedavi ile özel durumların eşleştirilmesi, mesleki değerlendirme, rehabilitasyon ve sonuç değerlendirmeleri,
- Sosyal politika aracı olarak, sosyal güvenlik planlamaları, tazminat sistemleri ve politika tasarımları ile uygulamaları,
- Eğitim aracı olarak, müfredat programı geliştirmede ve sosyal hareket oluşturmak ve farkındalığı arttırmak için,
- Sağlık ve sağlıkla ilgili durumların, sonuçların ve belirleyicilerin anlaşılması ve araştırılması için bilimsel bir temel oluşturulması,
- Sağlık çalışanları, araştırmacılar, politikacılar, engelliler ve ilgili STK'lar gibi, toplumda farklı kullanıcılar arasında iletişimi arttırmak amacıyla ortak bir dil oluşturulması,
- Ülkeler, sağlıkla ilgili disiplinler, hizmetler ve zaman açısından verilerin karşılaştırılmasına olanak sağlanması,

- Sağlıkla ilgili bilgi sistemleri için sistematik kodlama Őemaları sağlanması

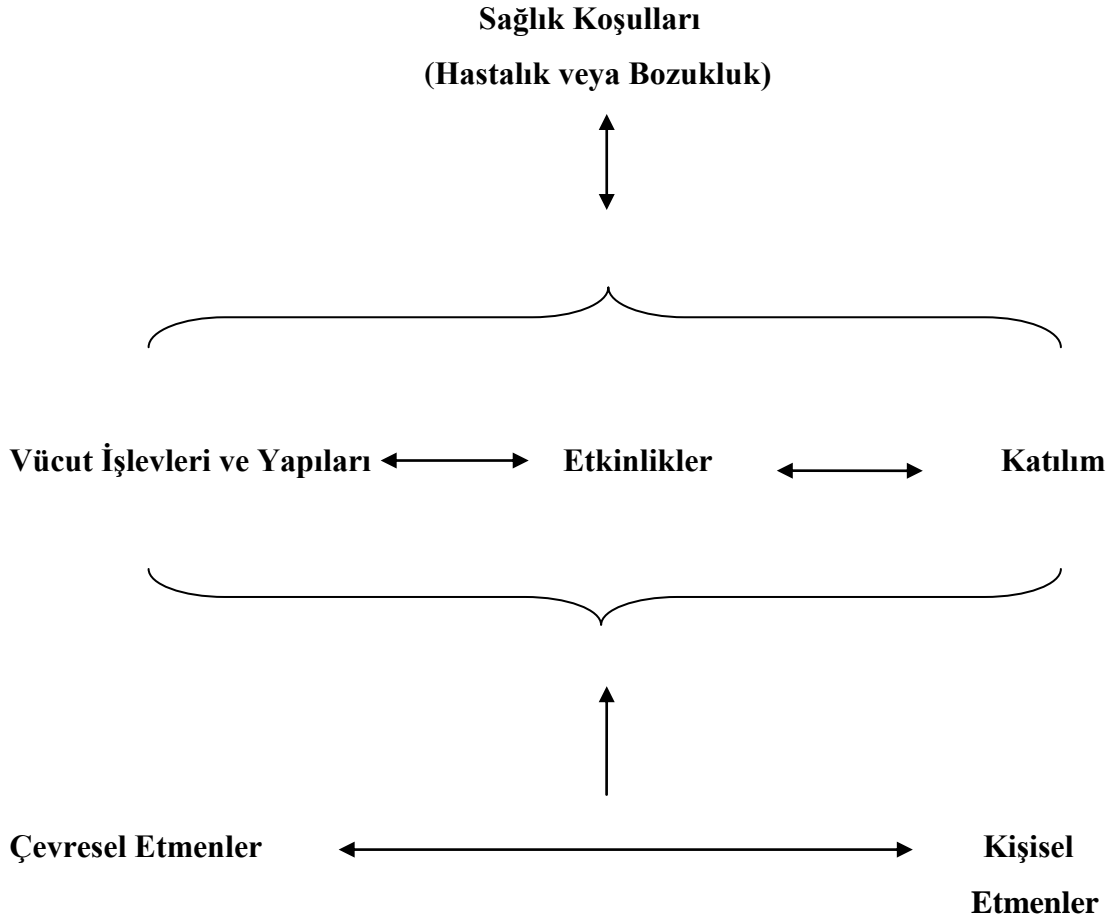
2.4.3.2. ICF'nin Kapsamı

ICF, 4 temel bileŐenden oluşmaktadır (62, 65);

1. Vücut Yapıları
2. Vücut Fonksiyonları
3. Aktiviteler ve Katılım
4. Çevresel Etmenler

ICF engellilik kavramını; çevresel faktörleri de içine alarak bedenın yapı ve fonksiyonları düzeyinde bozukluk, bireysel düzeyde aktivite sınırlılığı ve toplumsal düzeyde katılım kısıtlılığı için Şemsiye (ereve) bir kavram olarak kullanmaktadır (61).

ICF bileşenleri ve bunlar arasındaki etkileşim Şekil II'de Őematize edilmiştir (54, 60, 62, 63);



Şekil II: ICF Bileşenleri Arasındaki Etkileşim

Bu akış semasına göre; kişinin işlevselliği, sağlık koşulu ve bağlamsal etmenler (çevresel ve kişisel etmenler) arasında dinamik/interaktif bir etkileşim vardır (54, 62). Bu oluşumlardan herhangi birine yapılacak müdahale başka bir oluşumu ya da oluşumları değiştirme potansiyeline sahiptir ve aralarındaki etkileşim iki yönlü işler; yeti yitiminin varlığı bile sağlık koşulunun kendisini değiştirebilir (54, 62). İşlev veya yapı bozukluğu ya da bozuklukları nedeniyle kapasite sınırlılığı olabileceğini veya bir ya da daha fazla sınırlılık nedeniyle performans kısıtlılığı olabileceğini düşünmek gerekir. Örneğin bir insanın (54);

- Kapasite sınırlılığı olmaksızın bir işlev veya yapı bozukluğu olabilir (örneğin, Leprada dış görünümün değişmesi kişinin kapasitesini etkilemez),
- Bir işlev veya yapı bozukluğu gösterilemediği halde, performans problemleri ve kapasite sınırlılıkları olabilir (örneğin, pek çok hastalıkta günlük etkinliklerdeki performansın azalması),


- İşlev veya yapı bozukluğu veya kapasite sınırlılığı olmaksızın performans problemleri olabilir (örneğin, HIV-pozitif bir insan veya önceden akıl hastalığı olup iyileşmiş bir kişi; kişilerarası ilişkilerde veya iş hayatında ayrımcılık ya da damgalanma ile karşılaşabilir),
- Yardımsızken kapasite sınırlılığı olabilir, ancak içinde bulunduğu çevrede performans problemi olmaz (örneğin, hareket sınırlılığı olan bir kişiye etrafta dolaşması için toplum tarafından yardımcı teknoloji sağlanmış olabilir),
- Yaşadığı ters yönde etkiler olabilir (örneğin, kol ve bacakların az kullanılması kas atrofisine, bir kuruma yatış sosyal beceri kaybına yol açabilir)

2.4.3.3. ICF’de Bileşenlere Göre Basamaklı Sınıflandırma

ICF; **b**, **s**, **d** ve **e** harflerinin vücut işlevleri, vücut yapıları, etkinlikler ve katılım, çevresel etmenler anlamına geldiği **alfanumerik** bir sistem kullanır. Bu harflerden sonra sayısal kodlar gelir. Sayısal kodlar bölüm numarası ile başlar (tek rakam), bunu 2.basamak (iki rakam), ve 3.ve 4.basamaklar (her biri bir rakam) takip eder. Vücut İşlevleri sınıflandırması için şu kodlar kullanılır (54, 60);

- b2** → Duyusal işlevler ve ağrı (1.basamak maddesi)
b210 → Görme işlevleri (2.basamak maddesi)
b2102 → Görüş kalitesi (3.basamak maddesi)
b21022 → Kontrast duyarlılığı (4.basamak maddesi) (gerekli en az aydınlatma altında, figürü zeminden ayırmanın görme işlevleri)

Örneğin “Hemiparezisi” olan bir kişideki bozukluk, **b7302**: Vücudun bir tarafındaki kasların gücü kodu ile tanımlanabilir.

İşlev bozukluğunun düzeyi (birinci niteleyici)

b7302.—

İşlev bozukluğunun bulunduğu koşulda şiddeti, genel bir niteleyici kullanılarak derecelendirilebilir. Örneğin (54, 60, 62, 63);

- b7302.0** Vücutun bir tarafındaki kasların gücünde işlev bozukluğu YOK
- b7302.1** Vücutun bir tarafındaki kasların gücünde HAFİF düzeyde işlev bozukluğu
- b7302.2** Vücutun bir tarafındaki kasların gücünde ORTA düzeyde işlev bozukluğu
- b7302.3** Vücutun bir tarafındaki kasların gücünde CİDDİ düzeyde işlev bozukluğu
- b7302.4** Vücutun bir tarafındaki kasların gücünde TAM işlev bozukluğu
- b7302.8** Vücutun bir tarafındaki kasların gücünde işlev bozukluğu, belirtilmemiş
(İşlev bozukluğunun derecesini tanımlamak için yeterli bilgi yoksa)

Bazı durumlarda da özel bir kodun kullanımı uygun olmayabilir. Örneğin; **b650** Menstrüasyon işlevleri kodu, belirli bir yaş öncesi ve sonrası kadınlar için uygulanamaz (menarş öncesi veya menopoz sonrası). Bu gibi durumlarda “9” değeri kullanılır: **b650.9** Menstrüasyon işlevleri, uygulanamaz (54, 60, 63).

ICF kılavuzunda yer alan bileşenler Tablo V’de özetlenmeye çalışılmıştır (ICF, DSÖ Geneva, 2001) (54, 60, 63).

Tablo V. ICF'nin Bileşenlerine Göre Basamaklı Sınıflandırılması:

Vücut İşlevleri (b)	Vücut Yapıları (s)	Etkinlikler, Katılım (d)	Çevresel Etmenler (e)
1.Zihinsel işlevler (b110-b189 arası)	1.Sinir sistemi yapıları (s110-s199 arası)	1.Öğrenme ve bilgiyi uygulama (d110-d199 arası)	1.Ürünler ve teknoloji (e110-e199 arası)
2.Duyusal işlevler (görme, işitme, tat alma vb.) ve Ağrı (b210-b289 arası)	2.Göz, kulak ve ilişkili yapılar (s210-s299 arası)	2.Genel görevler ve talepler (d210-d299 arası)	2.Doğal çevre ve çevrede insan yapımı değişiklikler (iklim, bitki örtüsü, hayvanlar, ses vb.) (e210-e299 arası)
3.Ses ve Konuşma işlevleri (b310-b399 arası)	3.Ses ve Konuşma ile ilgili yapılar (s310-s399 arası)	3.İletişim (d310-d399 arası)	3.Destek ve ilişkiler (yakın aile, uzak aile, yabancılar vb.) (e310-e399 arası)
4.Kardiovasküler, hematolojik, immünolojik, solunum sistemi işlevleri (b410-b469 arası)	4.Kardiovasküler, hematolojik, immünolojik ve solunum sistemi yapıları (s410-s499 arası)	4.Yer değiştirme (taşıma, hareket etme, yürüme, taşıt aracı kullanma vb.) (d410-d499 arası)	4.Tutumlar (aile ve iş çevresindekilerin yaklaşımları vb.) (e410-e499 arası)
5.Sindirim, metabolik ve endokrin sistem işlevleri (b510-b559 arası)	5.Sindirim, metabolik ve endokrin sistem yapıları (s510-s599 arası)	5.Kendine bakım (yıkama, yeme, içme, giyinme vb.) (d510-d599 arası)	5.Hizmetler, sistemler ve politikalar (dernekler, medya, eğitim, mimari yapılar, kamu hizmetleri, ulaşım vb.) (e510-e599 arası)
6.Genitoüriner ve üreme işlevleri (b610-b679 arası)	6.Genitoüriner ve üreme sistemi yapıları (s610-s699 arası)	6.Ev yaşamı (ev işlerini yapma, yemek hazırlama vb.) (d610-d699 arası)	
7.Nöromusküloskeletal ve hareketle ilgili işlevler (b710-b799 arası)	7.Hareketle ilişkili yapılar (s710-s799 arası)	7.Kişilerarası etkileşim ve ilişkiler (d710-d799 arası)	
8.Deri ve ilişkili yapıların işlevleri (b810-b869 arası)	8.Deri ile ilişkili yapılar (s810-s899 arası)	8.Temel yaşam alanları (eğitim, iş ve çalışma vb.) (d810-d899 arası)	
		9.Toplum hayatı, sosyal hayat ve yurttaşlık (d910-d999 arası)	

2.4.3.4. DSÖ Yeti Yitimi Ölçeği (Disability Assessment Shedule: WHODAS-II)

ICF sistemindeki işlevler ve yeti yitimi bölümünün içinde yer alan etkinlikler ve katılım alanı, WHODAS-II ölçeği kullanılarak belirlenir (2, 66). 18 yaş ve üstü kişiler için hazırlanmış olan bu ölçek, bireyin belli faaliyetleri yaparken ne kadar güçlük çektiğini tespit etmeye çalışmaktadır. Güçlük denilince, daha fazla çabanın gerekmesi, rahatsızlık ya da ağrının duyulması, yavaşlama ve işleri her zamanki gibi yapamama anlaşılmalıdır. Bunlar hastalıklara, yakınmalara, yaralanmalara, zihinsel ve ruhsal sorunlara, alkol, ilaç ya da madde kullanımıyla ilgili problemlere bağlı olmalıdır. Bu ölçek, pek çok kültürde ortak olan önemli 6 faaliyet alanını içermektedir. Bu Alanlar (66);

1. Anlama ve iletişim kurma
2. Hareket etme, bir yerden bir yere gitme
3. Kendine bakım
4. İnsan ilişkileri
5. Yaşam etkinlikleri
6. Toplumsal yaşama katılım

Ölçeğin güvenilirliği ve geçerliliği, 1999 yılında 14 ülke ve 16 merkezde test edilmiş ve 15 dile çevrilmiştir (Türkçe'ye de uyarlanmış ve geçerlilik çalışması yapılmıştır). Ölçeğin 12, 36, 12+24 soruluk farklı formları vardır. Kişilere, son 30 günlük dönem içinde sağlık durumları nedeniyle, etkinlik ya da işlerinde güçlük çekip çekmedikleri ve eğer güçlük çekiyorlarsa, ne derece güçlük çektikleri sorulur (2, 66).

WHODAS-II ölçeğindeki alan bilgileri Likert ölçeğine göre, **“Hiç, Biraz, Orta, Çok Fazla, Aşırı/Hiç yapamıyorum”** olarak nitelendirilir. Alanların her birinin aldığı alt değerler ve toplam değerler Tablo VI'da gösterilmiştir (2, 66).

Tablo VI. WHODAS-II’de Tanımlanan Alanlar ve Değerleri:

ALAN DEĞERLERİ					
Alanlar	Hiç	Biraz	Orta	Çok Fazla	Aşırı/Hiç Yapamıyorum
1. Alan: Anlama ve iletişim kurma					
Bir işe dikkatini verebilme	0	1	2	3	4
Anımsama	0	1	2	3	4
Sorun çözümü	0	1	2	3	4
Yeni işler öğrenme	0	1	2	3	4
Anlaşma	0	1	1	2	2
İletişim	0	1	1	2	2
Toplam Alan Değeri					20
2. Alan: Hareket etme, bir yerden bir yere gitme					
Ayakta durma	0	1	2	3	4
Beden duruşunu değiştirme	0	1	1	2	2
Evin içinde dolaşma	0	1	1	2	2
Evden dışarı çıkma	0	1	2	3	4
Uzun mesafe yürütme	0	1	2	3	4
Toplam Alan Değeri					16
3. Alan: Kendine bakım					
Banyo yapma	0	1	1	2	2
Giyinme	0	1	2	3	4
Beslenme	0	1	1	2	2
Yalnız kalma	0	1	1	2	2
Toplam Alan Değeri					10
4. Alan: İnsan ilişkileri					
Yabancılarla iletişim	0	1	1	2	2
Arkadaşlığı sürdürme	0	1	1	2	2
Tanıdıklarla iletişim	0	1	1	2	2
Arkadaş edinme	0	1	2	3	4
Cinsel etkinlik	0	1	1	2	2
Toplam Alan Değeri					12
5. Alan: Yaşam faaliyetleri					
(Ev ile ilgili etkinlikler)					
Ev işlerini hızlı yapma	0	1	1	2	2
Ev ile ilgili sorumluluklar	0	1	1	2	2
Evde önemli görevler	0	1	1	2	2
Ev işlerini bitirme	0	1	2	3	4
Toplam Alan Değeri					10
(İşle ya da okulla ilgili etkinlikler)					
Tüm işleri bitirme	0	1	1	2	2
Her günlük işleri yürütme	0	1	2	3	4
Önemli görevlerin yapılması	0	1	2	3	4
İşleri zamanında bitirme	0	1	2	3	4
Toplam Alan Değeri					14
6. Alan: Toplumsal Yaşama Katılım					
Toplumsal etkinliklere katılım	0	1	1	2	2
Çevresel engellerle sorun yaşama	0	1	2	3	4
Özsaygıyı yitirmeden yaşayabilmek	0	1	1	2	2
Sağlık için harcanan süre	0	1	2	3	4
Sağlık nedeniyle duygusal etkilenim	0	1	2	3	4
Sağlık nedeniyle ekonomik etkilenim	0	1	1	2	2
Sağlık nedeniyle ailesel sorun yaşama	0	1	2	3	4
Kendi başına dinlenmek ve eğlenmek	0	1	1	2	2
Toplam Alan Değeri					24
WHODAS-II TOPLAM DEĞERİ					106

2.5. Engellilik Ölçütü:

Türkiye’de engellilik ölçütü, ICF’ye ve bu sisteme dayanılarak çıkartılmış “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” ve ilgili cetvellere göre değerlendirilmektedir.

Çeşitli sebeplerle (doğumsal ya da sonradan oluşan anormallikler, kazalar vb.) hastalığın oluşmasını takiben, fonksiyonel sınırlılığın ve engelliliğin ortaya çıkmasına kadar geçen süre ve bunun şiddeti, bireysel ve birey dışı (medikal, çevresel, kültürel, sosyal, ekonomik, politik vb.) pek çok etkene bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Zaten tanımlama ve sınıflamalardaki farklılıkların temelinde de büyük oranda bu değişkenlik yatmaktadır. Ancak konuya ne şekilde yaklaşılsa yaklaşılsın, başta engelli hakları alanında olmak üzere, engellilere yönelik pek çok düzenlemenin hazırlanmasında, o ülkenin kendi öznel şartlarına uygun bir engellilik ölçütüne ihtiyaç vardır.

Engellilik ölçütü incelenirken, engele maruz kalınan yaş ve günlük aktivitelerini yerine getirebilmek için başkasının yardımına muhtaç olup olmaması da önem taşımaktadır (10). Engelin, kişinin hayat tarzına, günlük aktivitelerine, istihdam ve eğitimine olan etkileri, yaşına göre farklılıklar gösterebilmektedir. Örneğin işitme engeli, ileriki yaşlarda değil de çocukluk döneminde oluşursa, kişinin dil gelişimi ve konuşması üzerine de olumsuz etkileri olacaktır (10).

Bir diğer konu da, engellilik kapsamının oldukça genişletilmiş olması ve artık şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp damar hastalıkları gibi, etkileri ve sonuçları itibarıyla organ ve fonksiyon kısıtlılıklarına yol açabilen pek çok metabolik hastalık da, engellilik kapsamında değerlendirilmektedir (10).

Engellilik ölçütüyle ilgili önemli konulardan biri de, 20. yüzyılın başından itibaren tıbbın gündemine giren “hastalık yoktur hasta vardır” anlayışıyla bireylerin değerlendirilmeleri gerektiğidir. Uygulanan ölçüte göre bir kişinin engelli sayılması, aynı durumdaki diğer kişilerin de her zaman aynı oranda engelli oldukları anlamına gelmez. Her bireyin kendi yetenekleri, sosyal çevresi, psikolojisi, hayata bakışı farklıdır. Bu farklılıklar, kişilerin günlük aktiviteleri kendi başlarına yapabilmelerini,

iş görebilmelerini, fonksiyon kaybından etkilenme derecelerini değiştirebilmektedir. Bu nedenle kişilerin engel durumları değerlendirilirken her birey bağımsız olarak ele alınmalı, hukuki açıdan uygulanmakta olan ölçütlere uyduğu tespit edilenler, kanunen tanınmış hak ve avantajlardan (belediye hizmetleri, vergi indirimi, ÖTV muafiyeti, özel eğitim hakkı vb.) eşit şekilde faydalanabilmelidirler.

Engelliler, yukarıda belirtilen farklılıklarıyla ve kendi öznel şartları içerisinde fonksiyon veya işgücü kaybından en az derecede etkilenmiş olsa dahi, kanunen belirlenmiş olan ölçütlerdeki kriterlere sahip oldukları sürece yasal haklara sahiptirler ve kendilerine tanınmış olan bu hakları kullanıp kullanmamak konusunda özgürdürler.

AB ülkelerinde engelliliğin değerlendirilmesi ve sınıflandırılmasında, çevresel ve sosyal engelleyici etkileri de dikkate alan cetvel sistemleri, kişinin günlük yaşam aktivitelerini ya da çalışma kapasitesini yerine getirmedeki durumunu gerektiğinde kendi ortamında gözleyen süreçsel yaklaşımlar, bir kişinin neden çalışmadığını kişinin kapasitesi ile emek piyasasının talepleri arasındaki ilişkiye göre değerlendiren kapasite profili yaklaşımı gibi değişik modeller kullanılmaktadır (18). Özellikle WHODAS-II Yeti Yitimi Ölçeği çıktıktan sonra, kişinin faaliyet alanları içindeki etkinlik ve katılımını, performans ve kapasitesini ayrıntısıyla değerlendirecek olan ölçekler oluşturulmuş ve böylece engellilik tüm boyutlarıyla kapsanmıştır.

2.6. Türkiye’de “Özürlü Sağlık Kurulları”

Yasal olarak bir kişinin engelli sayılabilmesi ve haklardan faydalanabilmesi için; mevcut bozukluğu/hastalığı ile birlikte, mevzuatta yer alan ölçütlere sahip olması ve yetkili sağlık kurumlarında oluşturulmuş “Özürlü Sağlık Kurullarından” rapor alması gerekmektedir. Özürlü sağlık kurulları, 14.01.2012 tarih ve 28173 Sayılı RG’de yayınlanıp yürürlüğe giren “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmelik” hükümlerine göre oluşturulur.

633 Sayılı KHK ile engellilerle ilgili çatı teşkilatının adı değiştirilerek, önceden Özürlüler İdaresi Başkanlığı Kurumu iken, “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Yaşlı ve Özürlüler Genel Müdürlüğü” olmuştur. Yeni yönetmelikle de, Özürlü Sağlık Kurulu Raporlarının düzenlenme usullerinde birtakım değişiklikler olmuştur. Bunlar;

- Özel eğitim alabilmek için önceden en az % 40 oranında engelli olmak gerekirken, bu oran % 20’ye indirilmiştir.
- Raporların uzun sürelerde çıkmasını ve hastaların mağduriyetlerini engellemek için, müracaat tarihinden itibaren **20 iş günü içinde** rapor çıkma zorunluluğu getirilmiştir.
- 15 yaşından küçüklere verilen raporlarda fotoğraf zorunluluğu kaldırılmıştır (eskiden 7 yaş).
- Tüm vücut fonksiyon kaybı oranı yerine **özür oranı** ibaresi konulmuştur.
- Kurumların talep etmesi ile kişinin çalıştırılmayacağı iş alanları raporlarda belirtilecektir (örneğin, “uzun süre ayakta kalmayı gerektiren işlerde çalışmaz” gibi).
- Raporlarda özür grupları ve rapor istek nedenleri yazılarak, bunlar ulusal özürlüler veri tabanına aktarılacaktır.
- Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten önceki “sürekli” ibareli sağlık kurulu raporlarında belirtilen özür oranları, çalışma gücü kayıp oranları, vücut iş görme gücü kaybı oranları, tüm vücut fonksiyon kaybı oranları geçerlidir. Ayrıca bu oranlara dayanılarak sağlanmış sosyal destek ve yardım hizmetlerinin sürdürülebilmesi için yeniden özürlü sağlık kurulu raporu düzenlenmesine de gerek yoktur. Ancak, raporda geçerlilik süresi belirtilmişse ve herhangi bir nedenle yeniden rapor talep edilmişse, özür oranları, yeni Yönetmelik hükümlerine göre yeniden belirlenecektir.

Bu Yönetmeliğin 3. bölümündeki 6-14. maddeler, “**Özürlü Sağlık Kurulu Raporu Düzenleme Usul ve Esaslarını**” içermektedir (50)

- **Özürlü Sağlık Kurulunun Teşkili (madde 6)**

1. Özürlü sağlık kurulu; iç hastalıkları, göz hastalıkları, kulak-burun-boğaz, genel cerrahi veya ortopedi, nöroloji veya ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından oluşur.
2. Özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kurumunda, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekiminin bulunması halinde, bu uzmanın özürlü sağlık kurulunda yer alması zorunludur.
3. Değerlendirilecek özur, birinci fıkrada sayılan uzmanlık dallarının dışında ise ilgili dal uzmanının da kurulda bulunması şarttır. Kurulda bulunan hekimler birbirlerinin yerine karar veremezler.
4. Eğitim ve araştırma hastanelerinde özürlü sağlık kuruluna şefler, bulunmadıkları zaman şef yardımcıları veya şeflerin görevlendirecekleri uzman hekimler girerler. Kurulun başkanı, bu Yönetmeliğin 7. maddesinde belirtilen hastanelerin baştabibi veya baştabibin görevlendireceği şef veya ana bilim dalı başkanıdır.
5. Asker hastanelerinde, Baştabip yardımcısı veya baştabipten sonraki en kıdemli uzman hekim; asker eğitim hastanelerinde ise baştabip tarafından görevlendirilecek diğer üyelerden kıdemli bir öğretim üyesi kurula başkanlık eder.
6. Sadece bir organ ya da sistemi ilgilendiren özürlü bulunanlar için özürlü sağlık kurulu, o özürlü ilgilendiren branştan üç uzman ile oluşturulabilir. Bu kurulun başkanlığını ilgili şef ya da anabilim dalı başkanı yürütür.

- **Yetkili Sağlık Kurumları (madde 7)**

- **Raporların Düzenlenmesi ve Özur Oranının Belirlenmesi (madde 8)**

- **Özürlü Sağlık Kurulu Raporunun Doldurulması (madde 9)**

Özürlü Sağlık Kurulu Raporunda; poliklinik muayene tarihi ve kayıt numarası, yapılan muayene, tetkik ve laboratuvar bulguları ile teşhis mutlaka yazılmalıdır. Kişinin ya da kişiyi sevk eden kurumun talebi halinde, kişinin çalıştırılmayacağı işlerin niteliği ile raporun kullanım amacı bölümüne; bireyin yararlanmak istediği hak ve hizmetlere ilişkin talepleri belirtilmelidir. Özürlü Sağlık Kurulu Raporunun sonucu bölümünde yer alan “Ağır Özürlü” kısmında evet ya da hayır ifadesi yazılarak kişinin durumu belirtilir ve bu bölüm hiçbir suretle boş bırakılmaz. Kişinin

özür durumunun zaman içinde değişme ihtimali olduğu ve hastalık bulgularının tam olarak görülemediği durumlarda süreli rapor düzenlenir. Özürlü Sağlık Kurulu Raporlarının kişinin başvuru tarihinden itibaren en geç yirmi iş gününde tamamlanarak ilgiliye verilmesi esastır.

- **Özürlü Sağlık Kurulu Raporuna İtiraz (madde 10)**

İlgililer itiraz dilekçesi ve ilk özürlü sağlık kurulu raporunun tasdikli bir örneği ile birlikte, bulunduğu ilin sağlık müdürlüğüne başvurur.

- **Birden Fazla Özür (çoklu özürlülük) Durumunun Bulunması (madde 11)**

Birden fazla hastalığı veya özrü bulunanların özür oranları, yönetmeliğin ekinde yer alan Ek-2 “Özür Oranları Cetveli”nde aksi belirtilmedikçe, aşağıda açıklandığı şekilde balthazard formülü ile toplanarak kişinin özür oranı hesaplanmaktadır.

- a) Özür oranları ayrı ayrı tespit edilir,
- b) Bu oranlar en yükseğinden başlanarak sıraya konulur,
- c) En yüksek oran, özürünün tüm vücut fonksiyonunun tamamını gösteren % 100'den çıkarılır.
- ç) Bu çıkarmada kalan miktar, sırada ikinci gelen özür oranı ile çarpılır. Çarpımın 100'e bölünmesinden çıkan rakam en yüksek özür oranına eklenir; böylece, birinci ve ikinci rahatsızlıkların özür oranı bulunmuş olur.
- d) Özür ikiden fazla ise, birinci ve ikinci rahatsızlıkların özür oranı birinci sıraya ve üçüncü sıradaki özür oranı ise ikinci sıraya alınarak formül tekrarlanır.
- e) 60 yaşın üzerindekielerde hesaplanan özürlülük oranına balthazard formülü ile % 10 eklenerek kişinin özür oranı bulunur.

Bir örnekle bu hesaplamayı açıklamak gerekirse;

60 yaşından küçük hasta;

Nöroloji bölümünce verilen özür oranı: %50,

Kardiyoloji bölümünce verilen özür oranı: %30,

İç Hastalıkları Endokrinoloji bölümünce verilen özür oranı da: %20 olsun.

Bu oranlar büyükten küçüğe doğru sıralanır: 50 → 30 → 20

Sonra; $100-50= 50$, $30 \times 50 / 100 = 15$, $50+15= 65 \rightarrow 100-65= 35$, $35 \times 20 / 100 = 7 \rightarrow$

Özür Oranı = $65+7 = \%72$ olarak hesaplanır.

- **Kurul Kararlarının Kaydı (madde 12)**
- **Özürlü Sağlık Kurulu Raporunun Geçerlilik Süresi (madde 13)**
- **Özürlü Sağlık Kurulu Raporunun Onaylanması ve Verilişi (madde 14)**

Özürlü Sağlık Kurulu Raporunun bir nüshası ilgili kişiye verilir. İlgilinin talebi üzerine hazırlanmış olan Özürlü Sağlık Kurulu Raporlarından; özürünün yararlanabileceği hakları sayısınca veya talep ettiği sayıda çoğaltılarak imza edilir, onaylanır ve mühürlenerek ilgiliye verilir. Kurum müracaatlarında ise raporun bir nüshası raporu isteyen kuruma gönderilir. Özürlü Sağlık Kurulu Raporu vermeye yetkili sağlık kurumları, Özürlü Sağlık Kurulu Raporlarına ait bilgileri Sağlık Bakanlığı veri tabanına aktarır (50).

2.7. Engelliliğe Yol Açan Etkenler

Engelliliğe yol açabilecek pek çok neden söz konusudur. DSÖ' nün 2001 yılında yaptığı bir çalışmada, engelliliğin ilk 3 nedeni (67);

1. Nöropsikiyatrik bozukluklar,
2. Yaralanmalar,
3. Kardiyovasküler bozukluklardır.

Çocuklarda ise, BM Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; UNESCO)'nun 1995 yılı verilerine göre engelliliğin en sık nedenleri (68);

1. Konjenital bozukluklar (%20),
2. Yetersiz beslenme (%20),
3. Noninfeksiyöz hastalıklar (%20),
4. Kazalar, Travmalar, Savaş ve Çatışmalar (%15,6)

5. Enfeksiyon hastalıkları (%11,2) şeklindedir.

Engellilik nedenlerinin birçoğu çocukluk döneminde oluşmaktadır (5). Bunların başlıcaları; genetik hastalıklar, doğum öncesi bakım alınmaması ve doğumun sağlık kuruluşlarında olmaması, doğum travmaları, gebelik esnasında uyuşturucu, alkol ve sigara kullanımı, doğuştan olma anomaliler, yetersiz konut koşulları, doğal afetler, eğitim düzeyinin düşük olması, yetersiz hijyenik koşullar, yetersiz beslenme, kazalar, yakın akraba evlilikleri, solunum yolu hastalıkları, metabolik, endokrin ve immün sistem hastalıkları, çocuk felci, kızamık vb. (5).

Tüm dünya ve ülkemizde engelliliğe yol açan faktörler aşağıda ana başlıklar halinde gruplandırılmıştır (69):

1. Doğum Öncesi ve Doğum Dönemi

- a) Doğumsal ve genetik bozukluklar (Kromozom anomalileri, doğumsal anomaliler, kalıtsal bozukluklar, nörofibromatozis, polikistik böbrek, fenilketonüri, Marfan Sendromu vb.)
- b) Kan uyuşmazlığı
- c) Riskli gebelikler
 - Anne yaşının 18'den küçük, 35'den büyük olması
 - Beşten fazla doğum yapmış olmak
 - Annenin sistemik hastalığının olması
 - Gebeliğe bağlı hipertansiyon görülmesi
 - Çoğul gebelikler
 - Kötü obstetrik öykü
 - Akraba evliliği
- d) Uteroplasental nedenler (Plasentanın primer yetmezlikleri ve uterusun yapısı ile ilgili bozukluklar)
- e) Annenin hamileliğinde karşılaştığı sorunlar
 - Kızamıkçık ya da ateşli hastalık geçirme
 - Doktor önerisi dışında ilaç kullanımı
 - Annenin kötü ve yetersiz beslenmesi
 - Annenin sigara, alkol ya da uyuşturucu kullanması

- Röntgen ışınlarıyla karşılaşma
- f) Doğum sırasında karşılaşılan sorunlar
 - Zor doğum
 - Doğum travmaları
 - Doğumda yanlış uygulamalar
 - Erken ve geç doğum
- g) Doğum sonrasında karşılaşılan sorunlar
 - Kazalar
 - Zehirlenmeler
 - Yanlış ve geç kan değişimi

2. Bulaşıcı Hastalıklar

- İntrauterin enfeksiyonlar
- Perinatal enfeksiyonlar
- Postnatal enfeksiyonlar

3. Kazalar

- Trafik kazaları
- İş Kazaları
- Ev kazaları
- Spor kazaları

4. Mental Bozukluklar

- Şizofreni
- Bipolar Bozukluklar (Depresyon, Mani)
- Demans
- Epilepsi
- Mental retardasyon
- Alkol, ilaç ve madde bağımlılığı

5. Beslenme Bozuklukları

- Malnütrisyonu bağlı mental retardasyon
- Kronik hastalıklar
- Körlük

6. **Diğer** (Savaşlar, terör olayları, doğal afetler, çarpık kentleşme ve sanayileşmenin bir sonucu olarak hava, su ve gıdaların kirlenmesi, küresel ısınma ve fosil yakıtların çevreye verdiği zararlar, yüksek tempolu şehir ve iş yaşamının getirdiği stres ve psikolojik sorunlar gibi daha pek çok etken)

7. Yaşlılık, Kronik Hastalıklar ve Engellilik

DSÖ yaşlılık sınırı olarak 65 yaş kabul etmektedir. Bir toplumda 65 yaş üzeri grubun toplumdaki payı %4'ten az ise "genç toplum", %4-7 arasında ise "olgun toplum", %7-10 arasında olduğu durumlarda "yaşlı toplum", %10'un üzerinde olduğu durumlarda ise "çok yaşlı toplum" ifadeleri kullanılmaktadır (70). Yaşlanma ile birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal yönden bazı işlevlerde, sosyal ilişkilerde azalma ve kayıplar meydana gelir. Nüfus yapılarına göre ABD yaşlı toplum, Avrupa ülkeleri ise çok yaşlı toplumlar olarak değerlendirilmektedir (70). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2011 verilerine göre 65 yaş üzeri nüfusun genel nüfusa oranı; %7,3'tür (71).

Dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte kas iskelet sistemi hastalıkları ve romatizmal hastalıklar, kanser, diabet, körlük, kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalığı, mental hastalıklar (özellikle demans) gibi hastalıkların sayısında artış beklenmektedir (5, 70).

Kronik hastalıklar dünyada görülen engelliliğin en yaygın nedenlerinden birisidir ve çeşitli aktivitelerde kısıtlamalara neden olmaktadır. En fazla gözlenen kronik hastalıkların başlıcaları ise şunlardır; kardiyovasküler sistem hastalıkları, kas-iskelet sistemi problemleri, artritler, KOAH ve diabet (72).

2.8. Türkiye’ de Engelli Nüfus Oranları

2.8.1. Türkiye’de Engelli Nüfus Oranlarıyla İlgili Çalışmaların Kısa Tarihçesi

Ülkemizde, 1990 yılı hariç, tüm nüfus sayımlarında engellilikle ilgili sorular sorulmuş olmasına rağmen, bu sayımların tümüyle ilgili olarak standart bir seri oluşturmak mümkün değildir Nitekim 1935-1985 yılları arasındaki sayımlarda engellilik türleri ve bunların cinsiyete göre dağılımları verilmişken, 2000 nüfus sayımında, engellilik türleri farklı bir şekilde sınıflandırılmıştır (29, 73). 1985 yılına kadar engellilik türleri; “kör, sağır/dilsiz, çolak, topal, kambur, kötürüm, zihinsel ve ruhsal özürlü, müteaddit ve diğer ve bilinmeyenler” şeklinde sınıflandırılmışken, 2000 yılında biraz daha sadeleştirme yapılarak; “görme özürlü, işitme özürlü, konuşma özürlü, fiziksel özürlü, zihinsel özürlü, diğer, birden fazla özürlü ve bilinmeyen” şeklinde sınıflandırılmıştır (29, 73). Yine engellilik türleri ve nedenleri ile bunların cinsiyete göre dağılımına sadece 1975 nüfus sayımında yer verilmiş, engellilik türleri ve yaş grupları ile bunların cinsiyete göre dağılımına ise 1985 ve 2000 nüfus sayımlarında yer verilmiştir. 1935 ile 2000 yılları arasındaki 65 yıllık süre zarfında; toplam engelli sayısı 12, erkek engelli sayısı 11 ve kadın engelli sayısı da, 14 kat artmıştır (29, 73).

2.8.2. 1935-2000 Yılları Arası Engelli Nüfus Araştırmaları

Ülkemizde engellilik ile ilgili çok az sayıda araştırma yapılmış ve uygulanan yöntemlerin aynı olmaması, sadece gözle görülebilir sakatlıkların dikkate alınması gibi nedenlerle çok farklı sonuçlar tespit edilmiştir. Yapılan bu çalışmalarda elde edilen sonuçlar Tablo VII’de görülmektedir (5). Bu tablo incelendiğinde; Türkiye’de aynı yıllarda yapılan çalışmalarda sonuçlar oldukça farklılık göstermektedir. 1990 yılında Edirne’de yapılan çalışmada engellilik sıklığı %2,28, Silivri’de %9, İzmir Bornova’da ise %15,99 olarak tespit edilmiştir. Aynı yıl içinde bu kadar değişik oranların çıkmasında, uygulanan istatistikî veri toplama yöntemlerinin farklı olması düşünülebilir (5).

Tablo VII. Türkiye’de Yapılmış Bazı Engellilik Prevalansı Çalışmaları

Araştırmanın Yapıldığı Yer	Engellilik Prevalansı (%)	Araştırma Yılı
Ankara Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesi (74)	6,20	1986
Edirne İl Merkezi (75)	2,28	1989
Antalya İl Merkezi (76)	4,50	1990
İstanbul İkitelli-Atatürk Mahallesi (77)	10,70	1990
Silivri İlçe Merkezi (78)	9,00	1990
İstanbul Bezirgan Bahçe Mahallesi (79)	11,30	1990
İzmir Bornova Kazım Dirlik Mahallesi (80)	15,99	1990
İstanbul Eski Bağlar Mahallesi (81)	10,40	1990
Ankara Park Sağlık Ocağı Bölgesi (82)	9,98	1991
İstanbul İl Merkezi (83)	9,70	1998
Diyarbakır İl Merkezi (55 Yaş ve Üzeri Bireylerde Özürlülük ve Kronik Hastalık Sıklığı) (84)	18,50	2000
Isparta İl Merkezi (85)	12,70	2002
Aydın İl Merkezi (86)	4,9	2003
Türkiye Özürlüler Araştırması (52)	12,29	2002

1935-1985 yılları arasında yapılan nüfus sayımlarında saptanan engellilerin cinsiyetlerine ve engel türlerine göre dağılımları Tablo VIII’de belirtildiği gibidir (29). Bu tablo incelendiğinde; ülke genelinde engellilerin çoğunluğunu “topallar”, “körler”, “çolaklar”, “sağır ve dilsizler” ile “zihinsel ve ruhsal özürlüler” oluşturmaktadır. “Zihinsel ve ruhsal özürlülerin” oranı 1985 yılında oldukça yüksektir. Bu denli artışın nedeni, soru tipinden veya yanlış anlaşılardan kaynaklanmış olabilir. 1985 yılında toplam engelliler arasında en büyük grubu “topallar” oluşturmaktadır. 2. önemli engellilik türünü ise 1935 yılında “çolaklar”, 1955, 1975 ve 1985 yıllarında ise “körler” oluşturmaktadır. Hemen hemen tüm engellilik türlerinde çoğunluğu erkekler oluşturmaktadır. Ancak kadınların oranları,

1935 yılında “körler”, “kambur” ve “kötürümler”, 1955 yılında “kötürümler”, 1975 yılında da “sağır ve dilsizler” grubunda erkeklerden daha yüksektir (29).

Tablo VIII. Türkiye’de 1935-1985 Yılları Arası Türlerine ve Cinsiyete Göre Toplam Engelliler

T: Toplam		E: Erkek				K: Kadın				
Yıllar		Toplam	Kör	Sağır/ Dilsiz	Çolak	Topal	Kambur	Kötürüm	Zihinsel-Ruhsal, Müteaddit Diğer	Bilinmeyen
1935	T	315.677	50.732	34.961	56.714	125.874	11.558	15.617	20.221	-
	E	186.817	23.500	20.530	45.038	72.971	5.595	6.496	12.417	-
	K	128.860	27.232	14.431	11.406	52.903	5.963	9.121	7.804	-
1955	T	316.943	101.182	34.037	32.543	107.882	7.204	6.293	12.161	15.641
	E	195.022	60.871	20.999	25.257	62.636	4.035	3.069	7.967	10.188
	K	121.921	40.311	13.038	7.286	45.246	3.169	3.224	4.194	5.453
1975	T	588.267	133.363	120.166	29.776	169.955	4.312	18.287	53.071	59.337
	E	355.557	80.830	55.002	19.582	102.329	2.533	10.789	35.183	49.309
	K	232.710	52.533	65.164	10.194	67.626	1.779	7.498	17.888	10.028
1985	T	695.071	133.363	79.234	34.747	199.602	2.681	62.374	176.841	6.051
	E	429.130	84.951	47.887	26.625	120.310	1.556	33.445	110.760	3.596
	K	265.941	48.950	31.347	8.122	79.292	1.125	28.929	66.081	2.455

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)’nin 1993 yılında BM’e sunulan “Türkiye Özel Raporu”nda yer alan ve ÇSGB’nin 1988 yılı için yaptığı çalışmada, Türkiye’deki özürlü nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %12 civarında olduğu ve en sık görülen engellilik türünün **konuşma engelliliği**, en az görülenin ise **görme engelliliği** olduğu saptanmıştır (2).

2000 yılında yapılan çalışmada ise (engel gruplarının sadeleştirilerek yeniden yapılan sınıflandırılması ile); engelliler içinde en büyük grubu **fiziksel engellilerin** oluşturduğu ve tüm engellilik türlerinde erkeklerin oranının, kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (29).

2.8.3. 2002 Yılı Türkiye Özürlüler Araştırması

68 milyon 622 bin 559 olan toplam Türkiye nüfusunun 8 milyon 431 bin 937'sini özürlü nüfus oluşturmaktadır (52, 87). Tablo IX'da, 2002 yılı Türkiye özürlüler araştırması sonuçlarına göre özürlü olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ve yaş grubu, yerleşim yeri, bölge ve cinsiyete göre dağılımları gösterilmiştir. Buna göre, özürlü olan nüfusun toplam nüfusa oranı % 12,29'dur. Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında; özürlü nüfusun 3 milyon 783 bin 197'si erkek (%11,10), 4 milyon 648 bin 740'ı kadındır (%13,45).

Özür türlerine göre bakıldığında; yaklaşık 1,8 milyon kişi olan ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlülerin oranı %2,58 iken (%1,25 ortopedik, %0,60 görme, %0,48 zihinsel, %0,38 dil ve konuşma, %0,37 işitme), yaklaşık 6,6 milyon kişi olan diğer grup (süreğen hastalıklar) özürlülerin oranı %9,70'tir (52, 87).

Tablo IX. Türkiye 2002 Yılı Özürlüler Araştırması Sonucuna Göre Özürlülük Oranları

T: Toplam

E: Erkek

K: Kadın

	Toplam Özürlü Nüfus (%)			Ortopedik, Görme, İşitme, Dil ve Konuşma, Zihinsel Özürlü Nüfus (%)			Süreğen Hastalığa Sahip Nüfus (%)		
	T	E	K	T	E	K	T	E	K
Türkiye	12,29	11,10	13,45	2,58	3,05	2,12	9,70	8,05	11,33
Yaş Grubu									
0-9	4,15	4,69	3,56	1,54	1,70	1,37	2,60	2,98	2,20
10-19	4,63	4,98	4,28	1,96	2,26	1,65	2,67	2,72	2,63
20-29	7,30	7,59	7,04	2,50	3,34	1,74	4,80	4,24	5,30
30-39	11,44	10,43	12,42	2,56	3,18	1,95	8,89	7,26	10,46
40-49	18,07	15,15	21,08	2,65	3,29	1,99	15,43	11,86	19,09
50-59	27,67	22,56	32,67	3,23	3,73	2,74	24,44	18,83	29,94
60-69	36,96	31,60	42,02	5,14	5,65	4,65	31,82	25,95	37,37
70+	43,99	39,77	47,77	7,89	8,45	7,38	36,10	31,32	40,39
Diğer	11,68	6,30	14,17	0,34	0,53	0,25	11,33	5,77	14,09
Yerleşim Yeri									
Kent	12,70	11,38	13,99	2,20	2,60	1,81	10,49	8,78	12,18
Kırsal	11,67	10,69	12,63	3,16	3,74	2,59	8,50	6,95	10,04
Bölge									
Marmara	13,13	11,66	14,59	2,23	2,60	1,87	10,90	9,05	12,73
Ege	11,86	10,69	13,00	2,59	3,15	2,05	9,27	7,55	10,95
Akdeniz	12,16	11,15	13,15	2,60	2,99	2,21	9,56	8,16	10,93
İç Anadolu	12,52	10,78	14,23	2,60	3,01	2,20	9,92	7,77	12,03
Karadeniz	12,98	11,62	14,32	3,22	3,66	2,80	9,76	7,97	11,52
Doğu Anadolu	11,80	11,29	12,30	2,53	3,18	1,90	9,26	8,10	10,41
Güney Doğu Anadolu	9,90	9,86	9,94	2,72	3,45	1,99	7,18	6,41	7,96

Yine Tablo IX'a göre ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü olanların oranı kırsalda daha yüksek iken süreğen hastalığa sahip olanların oranı kentte daha yüksektir. Özürlülük oranı bölgelere göre incelendiğinde,

ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü olanların oranı %3,22 ile en yüksek Karadeniz Bölgesinde, %2,23 ile en düşük Marmara Bölgesinde gözlenmektedir. Süreğen hastalığı olanların oranı ise %10,90 ile en yüksek Marmara Bölgesinde, %7,18 ile en düşük Güneydoğu Anadolu Bölgesinde gözlenmektedir. Ayrıca ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürliülerde erkeklerin, süreğen hastalıklara bağılı özürliülerde kadınların oranının daha yüksek olduğıu dikkati çekmektedir. Özürliü olma oranları yaş grupları bazında incelendiğinde her iki grupta da ileri yaşlarda artmaktadır. Ancak bu artış süreğen hastalığı olanlarda diğere özür grubundakilere göre daha fazladır (52, 87).

Aynı şekilde Tablo X'da da, özürliülük türleri bu kez ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürliüler olarak ayrıntılandırılarak diğere değışkenlerle karşılaştırıldığıında; en yüksek özürliülük oranının **ortopedik özürliülerde** gözlendiğıi ve bunların en çok 70 yaş ve üzeri nüfusta görüldüğü, en düşük özürliülük oranının ise **işitme özürliülerde** görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürliülüğün daha çok kırsal kesimde meydana geldiğıi, en fazla Karadeniz Bölgesinde oluştuğıu ve ülke genelinde erkeklerde daha fazla ortaya çıktığı bulunmuştur (52, 87).

Tablo X. 2002 Yılı Özürlüler Araştırması Sonucuna Göre Özur Türlerinin Yaş Grupları, Yerleşim Yeri, Bölge ve Cinsiyete Göre Dağılımı

	Ortopedik	Görme	İşitme	Dil ve Konuşma	Zihinsel
Türkiye (%)	1,25	0,60	0,37	0,38	0,48
Yaş Grubu					
0-9	0,64	0,33	0,20	0,46	0,42
10-19	0,77	0,36	0,29	0,43	0,58
20-29	1,21	0,45	0,32	0,42	0,65
30-39	1,26	0,46	0,35	0,31	0,54
40-49	1,39	0,62	0,35	0,26	0,39
50-59	1,79	0,91	0,41	0,30	0,26
60-69	2,80	1,56	0,77	0,41	0,27
70+	3,94	2,98	1,70	0,39	0,31
Yerleşim Yeri					
Kent	1,09	0,52	0,32	0,33	0,38
Kırsal	1,49	0,73	0,45	0,46	0,64
Cinsiyet					
Erkek	1,48	0,70	0,41	0,48	0,58
Kadın	1,02	0,50	0,33	0,28	0,38
Bölge					
Marmara	1,11	0,53	0,37	0,33	0,37
Ege	1,19	0,61	0,36	0,38	0,53
Akdeniz	1,22	0,58	0,34	0,38	0,55
İç Anadolu	1,27	0,63	0,37	0,38	0,50
Karadeniz	1,60	0,66	0,45	0,46	0,63
Doğu Anadolu	1,27	0,57	0,31	0,40	0,44
Güney Doğu Anadolu	1,25	0,60	0,36	0,45	0,45

Yine aynı çalışmaya göre; özürlülerin medyan (ortanca) yaşının çok genç olduğu dikkati çekmektedir (ülkemizde medyan yaş, toplam nüfus için 26,24'tür).

Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü nüfusta medyan yaş 33,86, süregen hastalığı olanlarda ise 48,87'dir. Her yaş grubunda özürülerin beklenti ve istekleri farklılık göstermektedir. Genel anlamda çocukluk döneminde erken tanı ve tedavi, ardından özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri, arkasından da istihdam, toplumsal katılım ve her tür hizmete erişebilmek özürülerin toplumla bütünleşebilmelerinde son derece önemlidir. Özürülerin yarısının 34 yaşından küçük olması tüm bu gereksinimlerin karşılanması için ciddi çabalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir (52, 87).

Özürülerin kurum ve kuruluşlardan beklentileri incelendiğinde; en önemli beklentilerinin parasal katkı (%61,22) olduğu gözlenmektedir. Parasal katkı yapılmasını isteyen özürülerin oranı kırdada %68,03 iken, kentte %55,28'dir. Özürü erkeklerin %59,34'ü, kadınların ise %63,76'sı kurum ve kuruluşlardan parasal destek istemektedirler (52, 87). Parasal katkı yapılmasını isteyen özürülerin kırdada ve kadınlarda daha yüksek olmasının nedeni, kadınların gelirlerinin daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca en önemli beklentilerin iş bulunmasında yardımcı olunması, eğitim olanaklarının yaratılması ve yasal haklarının savunulması olduğunu ifade edenlerin oranı erkeklerde ve kentte daha yüksektir (52, 87).

Özür nedenleri "doğuştan ve sonradan olan özürler" olarak sınıflandırıldığında; doğuştan olan özürler üç faktörden kaynaklanmaktadır. Bunlar; genetik, hamilelik ve doğum sırasında yaşanan sorunlardır. Doğuştan özürü olanlarda, özürün nedenini bilmeyenlerin oranı tüm özür türlerinde %50'lere yakın bir orandadır. Bu durum doğuştan özürü olanların özür nedeni konusunda bilgi sahibi olmadığını göstermektedir (52, 87). Genetik nedenlerden dolayı özürü olanların oranı, doğuştan tüm özür türlerinde en yüksek düzeydedir. Sonradan özürü olanların özür nedenleri incelendiğinde; kaza ve hastalık nedeniyle özürü olanların oranı, tüm özürü türlerinde en yüksektir. Kaza nedeniyle özürü olanların erkeklerde, hastalık nedeniyle özürü olanların ise kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir (52, 87).

Yine aynı araştırmada, Türkiye genelinde ortopedik özürülerde en fazla **şekil bozukluğu** bulunanlar, ikinci sırada **fonksiyon kaybı** olanlar ve üçüncü sırada da **organ yokluğu** bulunanlar yer almaktadır. Erkeklerde ortopedik şekil bozukluğu ve

organ yokluğu, kadınlara göre daha fazla iken, fonksiyon kaybı kadınlarda daha fazladır (52, 87).

Görme özürlülerde ise, **bir gözün hiç görmemesi** oranı %27,92 ile en yüksektir. İşitme özürlülerde, **her iki kulağı hiç duymayanların** oranı %32,45 ile en yüksektir. Her iki kulağı hiç duymayanlar kırsal kesimde ve kadınlarda daha fazladır. Dil ve konuşma özürlülerde, **hiç konuşamayanların** oranı %45,93 ile en yüksek orana sahiptir. Zihinsel özürlüler incelendiğinde; %47,03'ünün **eğitilebilir ve öğretilebilir** düzeyde özre sahip oldukları dikkat çekmektedir. Çok ağır düzeyde zihinsel özre sahip olanların oranı %19,66'dır (52, 87).

Özürlülük sadece bu sorunu yaşayan kişiyi değil, ailesini ve yakın çevresini de ekonomik, sosyal ve psikolojik olarak etkileyen bir sorundur. Bu açıdan bakıldığında oldukça fazla sayıda insanın özürlülük olgusundan etkilendiğini, dünyanın ve ülkemizin içinde bulunduğu şartlar göz önünde bulundurulduğunda, bu sayıların her yıl giderek artacağını söylemek mümkündür. Bu açıdan bakıldığında 2002 yılındaki araştırmanın da gösterdiği gibi %12,29'luk özürlü nüfusuna aile ve yakın çevresini de eklediğimizde, çok sayıda insanın bu olgudan etkilendiği gerçeğiyle karşılaşmaktayız. İşte bu noktada da, özürlü bireylere eşitlik ve adalet temelinde erişilebilir bir çevre, eğitim ve sosyoekonomik hizmetlerin sunumunda, sorunlarının çözümüne yönelik politikalar oluşturulmasında, yapılacak her tür istatistiki çalışmanın ve elde edilecek bulguların önemi ortaya çıkmaktadır.

2.8.4. TÜİK'in 2010 Yılı Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması

TÜİK'in 2010 yılında **Ulusal Özürlüler Veri Tabanına** dayanarak (sağlık raporunda **en az %20 özür oranına** sahip olduğu bildirilen **280.014 özürlü birey** ile) yaptığı "**Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması**"na göre; kayıtlı olan özürlülerin, %58,6'sı erkek, %41,4'ü kadındır. Yerleşim yerine göre %62,4'ü kentte, %37,6'sı kırdan yaşamaktadır. %20-%39 arası özür oranına sahip olanlar %15,2'dir. %40-%69 arası ile %70 ve üstü özür oranına sahip olanlar %42,4'tür. Kayıtlı özürlülerin %4,9'u 0-6 yaş grubu, %16,2'si 7-14 yaş grubu, %17,2'si 15-24 yaş grubu, %27,7'si 25-44 yaş grubu, %18,9'u 45-64 yaş grubu, %15,2'si 65 ve üzeri yaş grubundadır (88).

Özür türlerinin dağılımına bakıldığında ise; %29,2'si zihinsel özürlüler, %25,6'sı süreğen hastalığı olan özürlüler, %8,8'i ortopedik özürlüler, % 8,4'ü görme özürlüler, % 5,9'u işitme özürlüler, %3,9'u ruhsal ve duygusal özürlüler, %0,2'si dil ve konuşma özürlüler ve % 18'i de birden fazla özre sahip (çoklu özür) olanlardır (88).

Özrün ortaya çıkış nedenleri incelendiğinde; özürlü bireylerin %56,8'nin özrü hastalık sonucu ortaya çıkmıştır. Diğer nedenler ise, %15,9 ile genetik veya kalıtsal bozukluk, %9,6 ile kaza ve %3 ile gebelikte veya doğum sırasında yaşanan problemlerdir (88).

Kayıtlı olan özürlü bireylerin kamu kurum ve kuruluşlarından beklentileri incelendiğinde; %85,7'si sosyal yardım ve desteklerin artırılması, %77'si sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, %40,4'ü bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması, %28,7'si iş bulma olanaklarının artırılması, %25,6'sı eğitim olanaklarının artırılması yönünde beklentileri olduğunu vurgulamışlardır (88).

Aynı çalışmaya göre; kayıtlı olan özürlü bireylerin %38,4'ü sosyal yardımlardan düzenli olarak yararlanmaktadır. Sosyal yardımlardan yararlananlar içinde; %27'si özürlü aylığından (2022 sayılı yasa kapsamındaki aylık), %11,2'si Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü'nün (SYDGM) ayni ve nakdi yardımlarından, %6,3'ü SHÇEK'in ayni ve nakdi yardımlarından düzenli olarak yararlandıklarını belirtmiştir (88).

Sağlık kurulu raporu alma sürecinde yaşanan sorunlar irdelendiğinde; özürlü bireylerin %59,5'i hastane içinde ilgili tüm poliklinikleri dolaşma zorunluluğunu, %54,6'sı uzun bürokratik işlemleri, %35,9'u hastaneye ulaşımında güçlük yaşadıklarını, %27,2'si kurumların yeni rapor istemesi nedeniyle sıklıkla rapor alma zorunluluğunu, %25,4'ü özür durumunun tespitine yönelik yeterli ve gerekli muayenenin yapılmamasını karşılaştıkları sorunlar olarak ifade etmişlerdir (88).

2.9. Dünyada Engelli Nüfus Oranları

Engellilik, yukarıda da anlatılmaya çalışıldığı gibi standart ve açık tanımı olmayan bir kavram olması nedeniyle, istatistiksel veri toplamanın da oldukça güç olduğu bir alandır (89). Ülkeler çeşitli yöntemlerle engelli sayılarını ve temel göstergelerini saptamaya çalışmışlarsa da, bu çalışmaların geçerliliği ve güvenilirliği her zaman tartışma konusu olmuştur. Tüm bu çalışmalar; engellilerle ilgili politikaların belirlenmesi, planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesinde, engelliliğin önlenmesinde, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulmasında, fırsat eşitliğinin sağlanması ve ayrımcılığın önlenmesinde, toplumsal yaşama katılımın ve erişimin sağlanmasında son derece önemlidir. (89).

Engelli insanların sayısı tüm dünyada giderek artmaktadır (1). Bunun nedeni; trafik kazaları, doğal afetler, savaş ve terör olayları, beslenme bozuklukları, madde bağımlılığı ve çevre kirliliği gibi pek çok nedene ilaveten, dünya nüfusunun yaşlanıyor-yaşlı insanlarda engellilik riski daha yüksektir-olması ve diyabet, kalp ve damar hastalıkları, akıl hastalıkları gibi kronik sağlık sorunlarının dünya çapında artıyor olmasıdır (1).

Dünya çapında engelli sayılarına yönelik yapılan ilk çalışma, DSÖ'nün 1974 yılında yaptığı çalışmadır (1). Buna göre; gelişmiş ülkelerde toplam nüfusun % 10'unu, gelişmekte olan ülkelerde ise %12'sini engellilerin oluşturduğu kabul edilmektedir. DSÖ, engellilerin %0,2'sinin görme, %0,6'sının işitme, %1,4'ünün ortopedik, %3,5'inin konuşma engelliler, %0,1'inin süregen hastalığı olanlar olduğunu varsaymaktadır (1).

2.9.1. BM Çalışmaları

BM İstatistik Bölümü (UNSD), engelli istatistikleri veri tabanı sistemi oluşturarak, dünyanın tüm bölgelerindeki farklı ülkelerde yapılmış nüfus sayımları, hane halkı araştırmaları ve kayıt sistemlerinde yer alan engellilerle ilgili bilgileri belli standartlar altında toplayarak bir veri tabanı oluşturmuştur (BM Engellilik İstatistikleri Veri Tabanı (The United Nations Disability Statistics Database, DISTAT) (89).

DISTAT, ilk çalışmasını 1988 yılında yayınlamıştır (DISTAT Versiyon-1). Bu çalışmada (55 ülkede yapılan, toplam 67 çalışma) ülkeler arasındaki engellilik oranlarının %0,2 ile %20,9 arasında değiştiği bulunmuştur. DISTAT'ın 2001 yılındaki 2.versiyonu (100 ülkede yapılan, 179 çalışma); Hindistan ve Katar'da %0,2, Norveç'te %33 oranında engellilik saptandığını bildirmektedir (89).

DISTAT tarafından, “**Engelli İstatistikleri Geliştirme İlkeleri ve Rehberi**”nin tamamlanmasından sonra, ulusal çalışmalara katkı sağlamak amacıyla, ilki 2001 yılında Uganda'da (Afrika İçin Engelli İstatistikleri Çalışma Toplantısı) ve ikincisi de 2002 yılında Mısır'da (ESCWA Ülkeleri İçin Engelliliğin Ölçülmesi Çalışma Toplantısı) olmak üzere 2 eğitim toplantısı yapılmıştır. Bu toplantılarda bölgede engelliliğin ölçülmesi ve karşılaştırılabilir verilerin sağlanması için Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen “Fonksiyon, Engellilik ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)”nin temel alınması önerilmiştir (89).

2002 yılında, BM Asya ve Pasifik Ülkeleri Sosyal Komisyonu (UNESCAP) tarafından bölge ülkelerinde engelliler için tam katılımlı, engelsiz ve eşit haklara sahip bir toplum geliştirmek için Biwako Millennium Framework (BMF) (UNESCAP, 2002) olarak bilinen bölgesel eylem planı kabul edilmiştir. Bu kapsamda 2003 ve 2004 yılları arasında yapılan (16 Asya Pasifik ülkesinde) çalışmada; engellilik oranlarının %1 ile %18 arasında değiştiği saptanmıştır (89).

2.9.2. DSÖ Çalışmaları

Uluslararası düzeyde standardize edilmiş ve karşılaştırılabilir engellilik verilerin elde edilmesine yönelik en önemli çalışma, DSÖ'nün geliştirdiği sınıflandırma sistemidir (ICIDH-1, ICIDH-2, ICF, WHODAS-II Ölçeği ve küresel hastalık yükü ölçütleri gibi).

2.9.3. Avrupa Komisyonu'nun Çalışmaları

Avrupa Komisyonu tarafından desteklenen Harmonization of Health Expectancy Calculations in Europe Projesi (Euro-REVES, 2002); sağlığın ölçülmesi ile ilgili uluslararası uygulamaları ve önerileri tarayarak, AB tarafından kullanılacak

standart ölçüm teknikleri önermiştir (89). Bu çalışmada sağlığın 5 boyutuna odaklanılmıştır; fiziksel ve duyuşal sınırlılıklar, günlük yaşamdaki aktivite kısıtlılıkları, günlük aktivitelerde engellenmeler, algılanan sağlık ve ruh sağlığı (89).

Avrupa Komisyonu İstatistik Ofisi'nin (EUROSTAT) 2001 tarihli "Avrupa'da Engellilik ve Sosyal Katılım" başlıklı raporuna göre, AB'nin o dönemdeki nüfusunun %14,5'ini engelli insanlar oluşturmaktadır. O dönemde aday olup şü anda Birlik üyesi olan 10 ülkede ise bu oran %25'e kadar çıkmaktadır (18). Aynı rapora göre, Avrupa'da her 4 kişiden birinin ailesinde engelli bir kişi bulunmaktadır. Bununla birlikte engelli kişiler, engelli olmayanlara oranla işsiz kalma riskleri 2 ya da 3 kat daha fazladır. Yine engelli olmayan insanların lise düzeyinde eğitime ulaşma imkânları, engelli olanlardan 2 kat daha fazladır (18).

2.9.4. Dünya Engelliler Raporu'na Göre Engelli İstatistikleri

Dünya Engelliler Raporu'na göre; Dünya üzerinde 110 ila 190 milyonu çok ciddi işlev güçlüğü yaşayan 1 milyardan fazla insanın (2010 dünya nüfus tahminlerine göre, dünya nüfusunun yaklaşık %15'i), bir tür engellilik ile yaşadığı ve bu oranın yaşlanan nüfus ve kronik hastalıkların artması ile giderek daha da artacağı tahmin edilmektedir (1, 61). Bu oran, DSÖ'nün yaklaşık %10 olarak belirttiği 1970'lere ait önceki tahminlerden daha yüksektir (1).

Dünya Sağlık Araştırması (World Health Survey), 15 yaş ve üstündeki kişiler arasında engellilik ile yaşamak durumunda olan kişi sayısını 785 milyon (%15,6) olarak belirtirken, Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Disease) çalışması bu sayıyı yaklaşık 975 milyon (%19,2) olarak tahmin etmektedir (1). Dünya Sağlık Araştırması bu kişiler arasından 110 milyon kişinin (%2,2) işlevlerini yerine getirme konusunda çok ciddi zorluklar yaşadığını tahmin etmekteyken, Küresel Hastalık Yüğü-kuadripleji, şiddetli depresyon veya körlük gibi durumlara denk gelen engellilik kategorisi olarak-"ağır engellilik" yaşayan kişi sayısını 190 milyon (%3,8) olarak tahmin etmektedir (1). 13 milyonu (%0,7) "ağır engellilik" olmak üzere 95 milyon olarak tahmin edilen çocuk engelliliğini (0-14 yaş) sadece Küresel Hastalık Yüğü çalışması ölçmektedir (1).

Dünya Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, engellilik; düşük gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre daha yaygın görülmektedir (1). Aynı zamanda, en yoksul 1/5'lik refah diliminde yer alan insanlarda, kadınlarda ve yaşlılarda engellilik daha fazla yaygınlık göstermektedir. Düşük gelire sahip olan, çalışma yaşamının dışında kalan veya daha düşük eğitsel vasıflara sahip olan insanlar daha yüksek engellilik riski taşır (1). Seçilmiş ülkeler için “Çoklu Göstergeli Kümeleme Anketleri” verileri, daha yoksul hane halklarından ve etnik azınlık gruplarından olan çocukların diğer çocuklara göre kayda değer derecede daha yüksek engellilik riski taşıdığını göstermektedir (1).

Dünya Engelliler Raporu'na göre; Güney Afrika ülkeleri verileri, tıbbi rehabilitasyona ihtiyaç duyan engellilerin sadece %26-55'inin bu hizmeti aldığını, yardımcı alet gereksinimi olanların %17-37'sinin aleti temin ettiğini ve mesleki eğitime ihtiyaç duyanların %5-23'ünün bu hizmete eriştiğini ortaya koymuştur. İhtiyaç duyduğu sosyal politika hizmetlerinden yararlanabilenlerin oranı ise %5-24'tür (1).

Dünya Sağlık Araştırması'nın dünya genelinde sağladığı veriler, engelli olmayan erkeklere (%65) ve kadınlara (%30) kıyasla engelli erkeklerin (%53) ve kadınların (%20) daha az istihdam edildiklerini göstermektedir (1). OECD'nin yaptığı güncel bir araştırma, 27 ülkede çalışma yaşında olan engelli kişilerin işgücü piyasasında kayda değer dezavantajlar yaşadıklarını ve engelli olmayan kişilere göre işgücü piyasasında daha kötü sonuçlar elde ettiklerini göstermiştir. Ortalamada %44 olan engelli insanların istihdam edilme oranları, engelli olmayanların oranının (%75) yarısından fazladır. Engelli insanların çalışma yaşamı dışında kalma oranı ise, engelli olmayanlara kıyasla 2,5 kat daha yüksektir (sırasıyla %49 ve %20) (1).

2.9.5. Uluslararası Engelli İnsanlar Kuruluşu'na (DPI) Göre Engelli Kadın Çalışmaları

“Uluslararası Engelli İnsanlar Kuruluşu”na (Disabled People International-DPI, Vox Nostra 1994) göre; tüm dünyada çeşitli engellere sahip 250 milyon engelli kadın bulunmakta ve bunların da yaklaşık %75'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (90). Bu bireyler, hem engelli olmaları hem de cinsiyetleri açısından

çifte ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Erkek engelli bireylere göre sağlık, bakım, topluma katılım, eğitim, aile hayatı, evlilik hakkı gibi konularda kadın engelliler daha fazla ayrımcılığa uğramakta ve sosyal izolasyon yaşamaktadırlar (90). Ayrıca engelli çocuğa sahip anneler toplum tarafından damgalanmakta ve dışlanmakta, kocaları tarafından da çocuğun engelli olmasının sorumlusu olarak suçlanmaktadırlar (90).

2.9.6. Uluslararası Bazı Engelli Örgütlerinin Çalışmaları

Çalışmamızın ilk bölümlerinde bahsi geçen engellilerle ilgili UPIAS, ACCD, BCODP, DPI, VOADL, RADAR vb. birlik, konsey ve örgütlerin dünya genelinde yaptıkları bazı istatistiki çalışmalara göre (21);

- Dünya nüfusunun yaklaşık %10'u, yani 600 milyon üzerindeki nüfus engellidir (WHO, 2006). Bu rakamın %80'i gelir seviyesi düşük ülkelerde bulunmaktadır ve bu bireyler rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Savaş yaralanmaları, HIV/AIDS, beslenme yetersizliği, kronik hastalıklar, kazalar vb. sebeplerle bu engelli nüfusun giderek artacağı düşünülmektedir.
- Engellilik sadece engelli bireyin kendisini değil, ailesini ve çevresini de etkileyen bir yapıya sahiptir. Örneğin, Asya Pasifik bölgesinde yaşayan nüfusun %25'inin engellilik olgusundan etkilendiği bilinmektedir.
- Dünya nüfusunun en yoksullarının %20'si engellidir.
- Engelli nüfusunun %70'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta olup, gelişmekte olan ülkelerdeki engelli nüfusun %82'si yoksulluk sınırının altındadır.
- Dünya Bankası'nın (2005) verilerine göre, dünya nüfusunun 1,3 milyarı günlük 1 dolar gelirin altında yaşamakta olup, engelli kişiler yoksullar içinde en yoksul olan kesim olarak görülmektedir.
- Yarım milyar engelli kişi, karşı gelemedikleri konumları nedeniyle dünyanın en yoksul ve marjinal gruplarıdır.
- Dünyadaki engelli nüfusun yaklaşık 470 milyonu çalışma yaşındadır. Ancak engelli kişiler genellikle orantısız bir yoksulluk ve işsizlikle karşılaşmaktadırlar. (ILO, 2008b).

- Uluslararası Çalışma Örgütü'nün raporuna göre engelli bireylerin yaklaşık %80'i istihdam edilememektedir (ILO, 2003).
- Gelişmekte olan ülkelerdeki engelli çocukların %98'i temel eğitimden yararlanamamaktadır.
- UNICEF'in verilerine göre ise, 150 milyon engelli çocuk, bakım hizmetleri, meslek edinme faaliyetleri, eğitim gibi onların toplumla etkileşimini arttıracak ve istihdam edilebilecek olanaklardan yoksundur (UNICEF, 1999).
- BM verilerine göre dünyada rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duyan engelli kişilerin yalnızca %5'i herhangi bir rehabilitasyon hizmetinden yararlanabilmektedir (UNICEF, 1999).

2.9.7. Bazı AB Ülkelerinde Engelli Oranları

AB Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığının Haziran 2011 Raporuna göre (91);

Almanya (2005): 8,6 milyon (6,4 milyonu çalışmıyor, sosyal güvenlik sistemlerinin ve yardımların etkili olduğu düşünülmektedir)

Danimarka (2006): 16-64 yaş bandındakilerin %25'i kendini engelli olarak tanımlamış, bunların % 15'i de kısıtlılıklar yaşadığını belirtmiş

Fransa (1999): Genel nüfusa sorulduğunda %39'u kısıtlılıklar yaşadığını belirtmiş

İngiltere (2001): Genel nüfusun %17,6'sı kısıtlayıcı bir hastalık ya da engele sahip olduğunu belirtmiş

İsveç (2007): İstihdam yaş aralığındaki nüfusun %15,7' si kısıtlayıcı engele sahip

İtalya (2004): 65 yaş üstü %18,7, 80 yaş üstü %44,5 'i kısıtlayıcı engele sahip

Polonya (2002): 4,5 milyon engelli (% 11,7), resmi olarak engelli statüsünde olmayıp kısıtlılık yaşayanlar %14,3

Estonya (2007): 115 bin (% 8,6)

Hollanda(2009): 3,4 milyon (%22,5) (Orta ve ağır engele sahipler %12)

Avusturya (2007): %20,5

İrlanda (2006): %18,5

2.10. Genel Anlamda Engellilerin Sosyoekonomik Durumları ve Hakları

2.10.1. Engelli İnsanlar Açısından Sosyoekonomik Hakların Önemi

Klasik sosyal vatandaşlık kavramında yaşanan değişimle birlikte BM, AB, Dünya Bankası gibi uluslararası pek çok kurum ve kuruluş dezavantajlı bireylere yönelik politika ve eylemlere olan yaklaşımlarını değiştirmişlerdir. Bu değişim, çeşitli uluslararası sözleşmelere, antlaşmalara, standart kurallara, eylem planları ve stratejilere yansımış, bu da giderek taraf ülke anlayışlarına ve yasalarına yansımaya başlamıştır (18).

AB'nin yeni politikasına göre engelliler pasif ve yardıma muhtaç bireyler olarak değil, diğer bireylerle **eşit haklara sahip** ve toplumla bütünleşmek için mücadele eden **aktif bireyler** olarak görülmektedir (18). AB'nin önemle vurguladığı bir diğer eylem de, “**sosyal yardım ve bağış kültürünün**” yaygınlaşmasıyla savaştır (18). Günümüzde artık toplumdaki engellilere ve diğer dezavantajlı gruplara sağlanacak fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik haklar, **gelişmişliğin bir göstergesi** olarak kabul edilmektedir (11).

Engellilik ile dezavantajlılık arasında doğru orantılı bir ilişki olmakla beraber, tüm engelli insanlar eşit derecede dezavantajlı değildir (1). Elbette ki tüm dünyada, daha şiddetli sakatlığı olan insanlar, daha büyük dezavantaj yaşamaktadırlar (1). Özetle engellilik; kadınlar, yaşlılar, çocuk ve yoksullar gibi toplumun savunmasız kesimlerini orantısız şekilde etkilemektedir (1). Ayrıca engellilerin ekonomik ve sosyal haklardan tam anlamıyla faydalanamaması, kişisel ve siyasal haklarını kullanmalarını da engelleyebilmektedir (18).

Burada asıl vurgulanması gereken bir diğer nokta; engelli bireylerin kendileriyle ilgili alınacak tüm kararlarda ve politika oluşturulmasında bizzat sürece dâhil olmalarının gerektiğidir. Her ülkenin kendi sosyoekonomik durumuna, engelliliğe yüklediği anlam ve öneme göre engellilere tanınan hakların ve sunulan hizmetlerin nitelik ve niceliği farklılık göstermektedir. Devletin toplumdaki dezavantajlı gruplara sunduğu bu hizmetler **bir lütuf olarak değil, sosyal devlet ilkesi gereği, devletin görevi ve bir hak ve alacak olarak algılanmalı** ve bu algı,

engellilerin haklarını savunan tüm örgütlerin ve STK'ların temel anlayışı olmalıdır. Aksi durumda, engelli bireylere yönelik tüm korumacı ve yardımsever uygulamalar, onların bağımlılığını arttırmakta ve bu durum da, pasiflik duygusunu kabullenmelerine yol açmaktadır.

Bu noktadan hareketle engelli insanların hakları ve temel gereksinimleri, sürekli değişen hükümet politikalarının ve programlarının keyfiliğine ve insafına bırakılmamalı, hak ve alacak temelinde tanımlanmalıdır (18).

2.10.2. Dünya’da (Uluslararası Hukukta) Engellilerin Durumu ve Hakları

Engelli hakları ile ilgili başlıca uluslararası antlaşma ve sözleşmeler aşağıda özetlenmeye çalışılmıştır (10);

- 1) Cenevre Sözleşmesi
- 2) İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi
- 3) BM Genel Konseyi Sosyal Kalkınma ve Kalkınma Sürecine Dair Bildirgesi
- 4) BM Sakat Hakları Bildirisi
- 5) BM Çocuk Hakları Sözleşmesi
- 6) Çocuk Haklarına Dair Sözleşme
- 7) Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
- 8) Avrupa Sosyal Şartı
- 9) Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Hakkında 159 Sayılı İLO Sözleşmesi
- 10) AGİT-Moskova İnsani Boyut Toplantısı
- 11) Avrupa Birliği Avrupa Temel Haklar Sartı
- 12) İnsan Kaynaklarının Değerlendirilmesinde Mesleki Eğitim ve Yönlendirmenin Yeri Hakkında 142 Sayılı Sözleşme
- 13) Sosyal Haklara Erişim Konferansı-Malta Deklarasyonu
- 14) Sakatlar İçin Fırsat Eşitliği Konusunda Standart Kurallar
- 15) BM Genel Kurulu Zihinsel Engellilerin Haklarına İlişkin Bildirge
- 16) Avrupa Birliği Amsterdam Antlaşması
- 17) Viyana Deklarasyonu ve Eylem Programı
- 18) Avrupa Topluluğu’nun İlgili Kararları

Ülkemiz açısından bakıldığında; yukarıda bazıları sayılmış olan antlaşma, sözleşme ve bildirgelerin Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından onaylanmasını takiben bunlar, Anayasanın 90. maddesine göre kanun hükmündedir ve bunlarla ilgili olarak Anayasaya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesine başvurulamaz (9).

2.10.2.1. BM Açısından Engelli Hakları

BM, 1945 yılında kurulduğundan beri engelli bireylere yönelik 180'den fazla belge yayınlanmıştır. BM bünyesinde engellilere yönelik çalışmalarda bulunan organların/kurumların başlıcaları aşağıda belirtilmiştir (18, 29);

- Özel eğitim alanında; BM Eğitim, Bilim ve Kültür Organizasyonu (UNESCO)
- Sağlık ve özür lülüğün önlenmesi konusunda; Dünya Sağlık Örgütü (WHO)
- Engelli çocuklara destek konusunda; BM Çocuk Yardım Fonu (UNICEF)
- İş piyasasına engellilerin erişimi ve çalışma koşullarına yönelik olarak da; ILO'nun çalışmaları vardır. Bu kuruluşların geçmişten günümüze dek engellilere yönelik pek çok faaliyeti mevcuttur.

2.10.2.1.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi:

Bildirgenin tüm hükümleri engelli bireyleri kapsamakla birlikte, özellikle 2, 3, 7 ve 25. maddeler engelli bireyleri yakından ilgilendirmektedir. Bunlar (53);

Madde 2; Herkes ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka türden kanaat, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, doğuş veya başka türden statü gibi herhangi bir ayırım gözetilmeksizin, bu bildirmede belirtilen bütün hak ve özgürlüklere sahiptir.

Madde 3; Herkesin yaşama hakkı ile kişi özgürlüğü ve güvenliğine sahip olma hakkı vardır.

Madde 7; Herkes yasa önünde eşittir ve ayırım gözetilmeksizin yasa tarafından eşit korunmaya hakkı vardır. Herkes, bu bildirgeye aykırı herhangi bir ayrımcılığa ve ayrımcı kışkırtmalara karşı eşit korunma hakkına sahiptir.

Madde 25; 1. Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşama standartlarına hakkı vardır; bu hak, beslenme, giyim, konut, tıbbi bakım ile gerekli toplumsal hizmetleri ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da kendi denetiminin dışındaki koşullardan kaynaklanan başka geçimini sağlayamama durumlarında güvenlik hakkını da kapsar.

2. Anne ve çocukların özel bakım ve yardıma hakları vardır. Tüm çocuklar, evlilik içi ya da dışı doğmuş olmalarına bakılmaksızın, aynı toplumsal korumadan yararlanır.

2.10.2.1.2. Mental Retardasyon’lu İnsanların Hakları Bildirgesi (1971)

Madde 1; mental retardasyonu olan kişilerin, diğer insanlarla aynı haklara sahip olduğu belirtilmiştir.

Madde 2; mental retardasyonlu bireylerin uygun tıbbi bakım, fizik tedavi, eğitim, mesleki eğitim, rehabilitasyon ve rehberlik alabilecekleri vurgulanmıştır.

Madde 3; bu kişilerin ekonomik güvence ve makul bir yaşam seviyesi ile üretken bir iş ya da becerilerini mümkün olan en üst düzeye kadar kullanabilecekleri anlamlı bir mesleğe sahip olmaları gerektiği belirtilmiştir.

Madde 4; mental retardasyonu olan kişinin mümkün olduğunda kendi ailesi ya da koruyucu ebeveynleri ile yaşaması ve topluluk yaşamına katılmasının gerekliliği vurgulanmış; ailenin desteklenmesi gerektiği ifade edilmiş ve kurumsal bakımın gerekli olduğu durumlarda bu bakımın normal hayata mümkün olduğunca yakın tesis ve imkânlar ile sağlanması gerektiği belirtilmiştir (18).

2.10.2.1.3. BM Sakat Hakları Bildirisi (1975):

BM Genel Kurulu'nun insan Hakları Evrensel Bildirgesinin devamında yer alan 9 Aralık 1975 tarihli ve 3447 sayılı Sakat Hakları Bildirisi'nin 1.maddesinde, engelli (bildiride sakat ifadesi kullanılmaktadır) bireyin tanımı yapıldıktan sonra geri kalan bölümünde de, engellilerin haklarına ilişkin maddeler yer almaktadır. Bunlar (40, 53);

Madde 2: Engelli kişiler bu bildiride belirtilen bütün haklara sahiptir. Bu haklar, hiçbir istisna ve ayırım gözetilmeksizin, ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal veya diğer bir fikir, ulusal veya sosyal köken, sağlık durumu, doğum veya engelli kişinin kendisi veya ailesi ile ilgili her hangi bir durum nedeniyle hiç bir ayrımcılığa tabi tutulmaksızın, bütün engelli kişilere tanınır.

Madde 3: Engelli kişiler, doğuştan sahip oldukları insanlık onurlarına saygı gösterilmesi hakkına sahiptir. Engellerinin sebebi, niteliği ve ağırlığı ne olursa olsun bütün engelli kişiler, aynı yaştaki vatandaşlar ile aynı temel haklara sahiptir; bu hakların başında ve hepsinden önce, mümkün olduğu kadar normal ve tam bir insan gibi nezih bir hayat yaşama hakkı gelir.

Madde 4: Engelli kişiler diğer insanlarla aynı kişisel ve siyasal haklara sahiptir. Zihinsel geriliği bulunan kişilerin haklarına dair bildirinin 7. maddesi, zihinsel engelli kişilerin haklarının kısıtlanması ve kaldırılması ihtimalinde de uygulanır.

Madde 5: Engelli kişiler, mümkün olduğu kadar kendilerini yeter hale getirecek tedbirlerin alınmasını isteme hakkına sahiptir.

Madde 6: Engelli kişiler protez ve ortopedik araçlar da dahil, kabiliyetlerini ve maharetlerini en üst düzeye çıkaracak ve kendilerinin toplumla bütünleşme ve kaynaşma sürecini hızlandıracak olan tıbbi ve sosyal rehabilitasyon, eğitim, mesleki öğrenim ve rehabilitasyon, yardım, danışmalık, barınma hizmetleri ile diğer hizmetler gibi tıbbi, psikolojik ve işlevsellik muamelesi görme hakkına sahiptir.

Madde 7: Engelli kişiler, ekonomik ve sosyal güvenlik ile yaşamalarını nezh bir düzeyde sürdürme hakkına sahiptir. Engelli kişiler, kabiliyetleri ölçüsünde çalışma veya yararlı, üretici ve kazanç sağlayıcı bir meslek icra etme ve sendikalara katılma hakkına sahiptir.

Madde 8: Engelli kişiler ekonomik ve sosyal planlamanın her aşamasında özel ihtiyaçlarının dikkate alınmasını isteme hakkına sahiptir.

Madde 9: Engelli kişiler kendi aileleri veya bakıcı aileler ile birlikte yaşamak ve her türlü sosyal, yaratıcı veya eğlendirici faaliyetlere katılmak hakkına sahiptir. Hiç bir engelli kişi, içinde bulunduğu durumun veya şahsi durumundaki gelişmesinin gerektirdiği muameleler dışında, ikameti ile ilgili olarak farklı bir muameleye tabi tutulamaz. Engelli bir kişinin özel bir kurumda kalması kaçınılmaz ise, buradaki yaşama şartları ve çevresi, kendisinin yaşındaki normal bir kişinin yaşama şartlarına mümkün olduğu kadar yakın olur.

Madde 10: Engelli kişiler bütün istismarlara, ayrımcı, kötüye kullanıcı veya onur kırıcı nitelikteki bütün düzenlemelere ve muamelelere karşı korunur.

Madde 11: Engelli kişilerin şahsiyetlerinin ve mallarının korunması için nitelikli hukuki yardıma duydukları ihtiyaç kaçınılmaz ise, kendilerine bu tür bir hukuki yardım verilir. Engelli kişiler hakkında bir dava açılmış olması halinde uygulanacak olan usul, kendilerinin fiziksel ve zihinsel şartlarını tam olarak dikkate alır.

Madde 12: Engelli kişilerin haklarını ilgilendiren bütün konularda, engelli kişilerin örgütleri ile yararlı olacak biçimde istişare edilir.

Madde 13: Engelli kişiler, onların aileleri ve yaşadıkları çevre, bu bildiride yer alan haklardan her türlü uygun vasıta ile bilgilendirilir.

2.10.2.1.4. Engelli İnsanlar ile İlgili Dünya Eylem Programı (1983-1992)

BM Genel Kurulu, 1981 yılını “Tam Katılım ve Eşitlik” sloganı ile “Uluslararası Engelli İnsanlar Yılı” ve 1983-1992 yılları arasındaki dönemi de,

“Uluslararası Engelli İnsanlar On Yılı” ilan etmiştir. 1982 yılında ise, “Engelli İnsanlar ile İlgili Dünya Eylem Programı” isimli son derece önemli bir başka karar almıştır (18, 53).

Dünya Eylem Programı'nın amacı; engelliliğin önlenmesi, rehabilitasyon ve engelli insanların sosyal hayata ve kalkınmaya tam katılımı ve fırsat eşitliği hedeflerinin gerçekleştirilmesidir (92). Fırsat eşitliği; engelli bireylerin fiziksel ve kültürel çevreye, konut ve mimari yapılara, ulaşım ve spor etkinliklerine, sosyal ve kültürel hizmetlere, sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerine, eğitim ve istihdam olanaklarına, iletişim ve teknolojik olanaklara herkes gibi kolaylıkla erişebilmesi anlamına gelmektedir (92).

Dünya Eylem Programı çerçevesinde Türkiye’de de, ÇSGB’nin başkanlığında 1984 yılında, “**Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu**” kurulmuştur. Kurul’un görevi, 1997 yılında Başbakanlığa bağlı Özürlüler İdaresi Başkanlığı’nın (ÖZİDA) kurulması ile sona ermiştir. Daha sonra da çatı kuruluşu olarak, “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü” kurulmuştur (18).

2.10.2.1.5. Engelli İnsanlara Fırsat Eşitliği Sağlanması için BM Standart Kuralları (1993)

Engelli insanlara fırsat eşitliği sağlanması için geliştirilmiş olan ve 4 ana bölümden oluşan, toplam 22 adet “**Standart Kural**” mevcuttur. Bunlar (18, 53, 93);

- “**Katılım için ön koşullar**” başlığı altında;
 1. Kural; Farkındalığı arttırma,
 2. Kural; Tıbbi bakım,
 3. Kural; Rehabilitasyon,
 4. Kural; Destek hizmetleri yer almaktadır.

Tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin engelli kişinin yaşadığı çevrede verilmesi (Toplum Temelli Rehabilitasyon; TTR) gerektiği ancak çok gerekli olduğu

durumlarda yatılı bakım kurumlarında ve kısa süreyle uygulanması gerektiğinin de altı çizilmektedir (18).

- **“Eşit Katılım için Hedef Alanlar”** başlığı altında;

5. Kural; Ulaşılabilirlik
6. Kural; Eğitim
7. Kural; İstihdam
8. Kural; Gelirin korunması ve sosyal güvenlik
9. Kural; Aile hayatı ve kişisel bütünlük
10. Kural; Kültür
11. Kural; Rekreasyon ve spor
12. Kural; Din yer almaktadır.

- **“Uygulama Tedbirleri”** başlığı altında;

13. Kural; Bilgi ve araştırma
14. Kural; Politika oluşturma ve planlama
15. Kural; Kanun yapma (mevzuat)
16. Kural; Ekonomik politikalar
17. Kural; Çalışma koordinasyonu
18. Kural; Engelli organizasyonları
19. Kural; Personel eğitimi
20. Kural; Ulusal izleme ve engellilik programlarının değerlendirilmesi

- **Kuralların uygulamasında;**

21. Kural; Teknik ve ekonomik işbirliği
22. Kural; Uluslararası işbirliği

- **“İzleme Mekanizması”**

Bu kurallar yasal olarak bağlayıcı olmamakla birlikte, engellilere yönelik politikaların oluşturulmasında başlıca referans noktalarından biri olmuştur. AB'nin

engelli bireylerle ilgili belgelerinin çoğunda, Standart Kurallar temel alınmıştır (18, 53, 93).

2.10.2.1.6. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (ESKHUS)

BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, ESKHUS'ta engellilerle ilgili herhangi bir düzenleme olmamasına rağmen, 1994 yılında, bu sözleşmenin engelliler açısından yorumlanmasıyla ilgili olarak “**Genel Gözlemler**” adı verilen bir metin oluşturmuştur (18, 93). Komite tarafından kabul edilen bu metin, yasal olarak bağlayıcı değildir ancak “5 Numaralı Genel Gözlem”, engelliliğin bir insan hakları sorunu olduğunu vurgulaması açısından son derece önemlidir. “Engelli İnsanlar başlıklı Genel Gözlem”; engelliliğin sosyoekonomik faktörlerle yakın ilişkisini vurgulamaktadır. Genel Gözlemin 3. Bölümünde ise, engelliliğe dayalı ayrımcılığın ortadan kaldırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Buna göre engelliliğe dayalı ayrımcılık; ekonomik, sosyal ve kültürel haklardan faydalanılmasını, bu hakların tanınmasını ve uygulanmasını ortadan kaldıran ya da buna zarar veren herhangi bir farklılaşma, dışlama, sınırlama ya da tercih veya makul olanakların ve düzenlemelerin yaratılmaması olarak tanımlanmaktadır. Türkiye ESKHUS'u, 2000 yılında imzalamış ve 2003 yılında da üç açıklama ve bir çekince ile onaylamıştır (18, 93).

2.10.2.1.7. BM İnsan Hakları Komisyonu Kararları

Bu kararların ortak ve en önemli noktası; çoğunda ayrımcılık yasağı ve eşitlik ilkelerine vurgu yapılması ve buradan hareketle de, engellilerle ilgili standart kurallara aykırı biçimde yapılan düzenleme ve uygulamaların, insan hakları ihlali kapsamında değerlendirilmesi gerektiğidir (18).

2.10.2.1.8. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (ÇHS)

1989 yılında kabul edilen BM ÇHS'nin 23. maddesi, tamamen engelli çocuklara ayrılmıştır. Maddenin 2. fıkrasında, engelli çocukların özel bakımdan yararlanma hakkı ve bundan sorumlu olanların devlet tarafından desteklenmesi

gerektiği belirtildikten sonra, 3. fıkrasında da, söz konusu yardımın olanaklar ölçüsünde ücretsiz sağlanacağı hükme bağlanmıştır. Bu yardımın amacı; eğitim, meslek eğitimi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri vb. olanaklardan çocukların etkin olarak yararlanması ve bu sayede toplumla tam anlamıyla bütünleşmeleridir. ÇHS, Türkiye tarafından 1990 yılında imzalanmış ve 1994 yılından onaylanmıştır (18).

2.10.2.1.9. Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılmasına Dair Sözleşme

Bu sözleşme, engelli kadınlar ile ilgili özel bir hüküm içermemektedir. Ancak, “Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Komitesi”, 18 sayılı tavsiye kararında; taraf devletleri engelli kadınların durumlarıyla ilgili olarak düzenli raporlar hazırlamaya çağırmakta ve eğitim, istihdam, sağlık hizmetleri ile sosyal güvenliğe eşit erişimlerini ve sosyokültürel hayata katılımlarının desteklenmesi gerektiğini belirtmektedir. Türkiye bu sözleşmeyi 1985 yılında onaylamıştır (18).

2.10.2.1.10. BM Engelli Hakları Sözleşmesi (2008)

Sözleşmeye taraf olan devletler, giriş bölümünde belirtilen 25 maddelik temel ilkeler ve toplamda da 50 maddelik bu sözleşme metni üzerinde anlaşmaya varmışlardır (49).

Sözleşmenin 1. Maddesinde, bu sözleşme'nin amacının; tüm engelli insanların temel özgürlüklerden ve bütün insan haklarından tam ve eşit şekilde yararlanmasını teşvik etmek, sağlamak, korumak ve doğuştan sahip oldukları onurlarına yönelik saygıyı güçlendirmek olduğu vurgulanmaktadır (49).

3. maddesinde ise bu sözleşmenin dayandığı “**genel ilkeler**” şu şekilde özetlenmiştir (49);

- Kendi seçimlerini yapma özgürlükleri ve bağımsızlıklarını da kapsayacak şekilde, kişilerin insanlık onuru ve bireysel özerkliklerine saygı gösterilmesi,
- Ayrımcılık yapılmaması,

- Engellilerin topluma tam ve etkin katılımlarının sağlanması,
- Farklılıklara saygı gösterilmesi ve engellilerin insan çeşitliliğinin ve insanlığın bir parçası olarak kabul edilmesi,
- Fırsat eşitliği,
- Erişilebilirlik,
- Kadın-erkek eşitliği,
- Engelli çocukların gelişim kapasitesine ve kendi kimliklerini koruyabilme haklarına saygı duyulması.

2.10.2.2. Uluslararası Çalışma Örgütü'ne (ILO) Göre Engelli Hakları

Ekonomik ve sosyal haklar bağlamında ILO'nun 1983 yılında kabul ettiği ve 1985 yılında yürürlüğe giren, “Engelli İnsanların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı” ile ilgili 159 no'lu sözleşmenin 1. maddesinde; mesleki rehabilitasyonun amacının kişinin uygun bir iş bulması, bu işi koruması, bu işte yükselmesi ve buna bağlı olarak da kişinin topluma yeniden entegrasyonunun sağlanması” olduğu belirtilmektedir. Sözleşmenin 2. maddesi, taraf devletleri engelli insanların mesleki rehabilitasyonu ve istihdamı ile ilgili olarak ulusal bir politika geliştirmekle yükümlü kılmaktadır. 4. maddesi ise; fırsat eşitliğine vurgu yapmaktadır. Türkiye 159 no'lu ILO sözleşmesini 8 Temmuz 1999 tarihinde, 4407 sayılı yasa ile kabul etmiştir (18).

2.10.2.3. AB'de Engellilerin Durumu ve Engelli Hakları

AB'nin engellilikle ilgili uluslararası düzeydeki politikaları, BM'nin 1993 yılında kabul ettiği “Fırsat Eşitliği Konusunda Engelliler İçin Standart Kurallar İlke Kararı”na dayandırılmıştır. Söz konusu standart kuralların izlenmesi için AB Komisyonu “Engelliler İçin Fırsat Eşitliği” başlıklı bir tebliğ yayınlamıştır (93).

Engelli bireylere yönelik oluşturulacak politikaların ana hatlarını belirlemek amacıyla birçok çerçeve belge hazırlanmıştır. Bu anlayış kendini ilk olarak “1996 Engellilik Strateji Belgesinde” göstermiş, bunu “AB İstihdam Stratejisi ve Eşit Muamele ve Eşit Fırsatlar Direktifi” izlemiştir (91). Ardından, engelli bireylerin iş piyasasına entegrasyonu yoluyla marjinalleştirilmesini önlemeyi amaçlayan ve üye

devletlere mücadele etmelerinde yardımcı olacak “Avrupa Sosyal İçerme Stratejisi” kabul edilmiştir (91).

Engellilerin işgücü piyasasında karşılaştıkları ayrımcılığa yönelik bir süreç de, topluluk girişimi EQUAL’dır (2000-2006). Bu uygulamanın amacı, işgücü piyasasındaki her türlü ayrımcılığa ve eşitsizliğe karşı uluslararası işbirliği geliştirmektir (18, 93).

4 Şubat 2000 tarihinde “Bilgi Toplumunda İş Stratejileri” konulu tebliğ yayınlanmıştır. Avrupa İstihdam Stratejisini ve E-Avrupa girişimini destekleyen bu tebliğde, “İstihdam Topluluk Girişimleri” kapsamında özel güçlükleri olan bazı engellilere iş bulma ve işini koruma konusunda destek olunması gerektiği vurgulanmıştır. Bu girişimin dört boyutundan biri olan HORIZON, serebral palsi ve ruhsal problemleri olan engellilerin mesleki eğitiminde ve istihdam politikalarında olumlu değişiklikler yaratmayı sağlamak üzere 1700 proje geliştirmiştir (18, 93).

Avrupa Komisyonun önerisi üzerine “**2003 Avrupa Engelliler Yılı**” olarak saptanmış ve yıl boyunca farkındalık ve bilinçlendirme çalışmaları gerçekleştirilmiştir (18, 91). Aynı yıl Avrupa Komisyonu “Engelliler İçin Fırsat Eşitliği” COM (2003) başlıklı bir tebliğ yayınlamaya engellilerin toplumsal yaşamın tüm alanlarında karşılaştıkları engellerin ortadan kaldırılması ve fırsat eşitliğinden yararlanmalarını gerektiğini vurgulamıştır (18, 91).

Ayrıca yine Avrupa Komisyonu tarafından eğitim, sağlık, meslek edindirme, istihdam gibi alanlarda **Sokrates, Leonardo da Vinci, Sağlık Teşviki, Daphne, Prince, Phare ve Tacis vb.** programlar aracılığıyla engellilerin ihtiyaçlarına yönelik projeler desteklenmektedir (18, 53, 91).

2.10.2.3.1. AB’de Engellilere Yönelik Başlıca Yasal Düzenlemeler

- Engelliler İçin Engelsiz Avrupa Sonuç Tebliği
- Engellilere Yönelik Fırsat Eşitliği: Avrupa Eylem Planı Sonuç Tebliği
- Ayrımcılığa Karşı Topluluk Eylem Planı Oluşturulması (2001-2006) Konsey Kararı

- İstihdamda ve İşte Eşit Muamele Konusunda Genel Çerçeve Hakkında Konsey Direktifi
- Avrupa Birliği Temel Haklar Belgesi
- Engelli Bireylerin İstihdamının Ve Toplumsal Bütünleşmelerinin Teşvik Edilmesi Konsey İlke Kararı
- Engelli Bireylere Yönelik Kültürel Etkinlikler Ve Bu Etkinliklere Ulaşılabilirlik Konsey İlke Kararı
- Engelli Öğrencilere Eğitim Ve Mesleki Eğitimde Fırsat Eşitliği Sağlanması Konsey İlke Kararı
- Engelli Kişilere İstihdamda Fırsat Eşitliği Sağlanması Konsey İlke Kararı
- Engelliler İçin Park Kartı Verilmesi Konsey Tavsiye Kararı
- Engelli Bireylere Tanınacak Fırsat Eşitliği Konsey İlke Kararı
- Engelli Çocuklar ve Gençlerin Genel Öğretim Sistemine Katılımı Konsey İlke Kararı
- Avrupa Engelliler Yılı Değerlendirme Raporu (Özet)
- “E-Erişebilirlik”- Engelli Bireylerin Bilgi Temelli Topluma Erişiminin Arttırılması Konsey İlke Kararı
- Engellilerin İstihdamı Hakkında İyi Uygulama Kodu Parlamento Kararı
- Avrupa Engelliler Stratejisi 2010-2020
- Avrupa Engelliler Stratejisi 2010-2020 Eylem Planı (53, 93).

2.10.2.3.2. Avrupa Sosyal Şartı (ASS)

ASS'nin 15. maddesi; “Engelli bireylerin bağımsızlık, sosyal bütünleşme ve toplum yaşamına katılma hakkı” şeklinde formüle edilmiştir. 15. maddenin 1. fıkrası; engelli insanlara rehberlik, eğitim ve mesleki eğitim sağlanmasını, 2. fıkrası; işverenlerin teşviki, iş yerlerinin makul düzenlenmesini ya da korumalı işyerleri yoluyla engelli insanların istihdamının desteklenmesini, 3. fıkrası; teknik desteklerin sağlanması, iletişim ve fiziksel çevredeki engellerin kaldırılması ve erişilebilirliğin sağlanması yoluyla engelli kişilerin toplum yaşamına katılmalarının ve sosyal bütünleşmelerinin sağlanmasını öngörmektedir (18).

2.10.2.3.3. AB Engelliler Eylem Planı

2010 yılına kadar olan dönemde en çok öne çıkan çerçeve belge, “**AB’nin Engelliler Eylem Planı**”dır. AB Engelliler Eylem Planı, 3 aşamalı bir süreç şeklinde uygulanmıştır (18, 91).

1.Aşama: Engellilik Eylem Planı 2004-2005’te; Genişleyen AB’de iş piyasasının engelliler için daha ulaşılabilir olması için çalışılırken, engellilerin istihdamını desteklemeye yönelik gerekli koşulların oluşturulması konusuna ağırlık verilmiştir. **İstihdama** ilişkin 4 öncelik belirlenmiştir (18, 91);

- Engellilere yönelik ayrımcılıkla mücadeleyi içine alan istihdama erişilebilirlik,
- İstihdam edilebilirliği artırmaya yönelik hayat boyu öğrenme,
- Aktif vatandaşlık,
- İstihdama erişilebilirliği kolaylaştırmaya ve kamu alanlarının engellilerin ulaşılabilirliğini sağlamaya yönelik yeni teknolojilerin geliştirilmesidir.

2.Aşama: Engellilik Eylem Planı 2006-2007’de; engellilerin **bağımsız yaşamını teşvik** etmeye yönelik öncelikler belirlemiştir. Bunlar (18, 91);

- Aktiviteyi desteklemek,
- Kaliteli destek ve bakım hizmetlerine erişebilirliği teşvik etmek,
- ICF sınıflama sistemini yaygınlaştırmak,
- Mal ve hizmetlere erişebilirliğini arttırmaktır.

3.Aşama: Engellilik Eylem Planı 2008-2009’da; Avrupa’da “BM Engelli Kişilerin Hakları Sözleşmesi” hükümlerinin hayata geçirilmesini sağlamak için, topluma aktif katılımını ve engellilerin haklarını korumayı içeren bir öncelik olarak **erişilebilirliğin sağlanması** benimsenmiştir (18, 91).

2.10.2.3.4. AB Engelliler Stratejisi 2010-2020

2008 yılında yürürlüğe giren “**Engelli Kişilerin Haklarına İlişkin Sözleşme**”, engellilik bağlamında en son gerçekleştirilen ve bağlayıcılığı olan uluslararası yasal düzenlemedir (18, 91). İmza dolayısıyla AB’ye üye ülkeler, bütünüyle yaptırım kapsamı altına alınmıştır. Yine aynı şekilde, 2010 Aralık ayında yasalaşan “**AB Engellilik Stratejisi 2010-2020’de**”, yukarıda belirtilen sözleşmenin, AB’ye üye ülkelerde uygulanabilirliğinin artırılması için yapılandırılmış eylemler ve uygulama mekanizmaları sunulmuş, engelli bireylerin güçlendirilmesi ve “**Engelsiz Bir Avrupa**” oluşturulması öngörülmüştür (91, 94).

Yaklaşık 80 milyon olan Avrupa engelli nüfusu göz önüne alındığında, Avrupa’da her 6 kişiden birinin engelli olduğu gözlemlenmektedir (94). Ortalama gelir seviyesine göre engelli insanlar, diğer Avrupalılardan daha yoksul durumda bulunmaktadır, iş sahibi olmaları daha güçtür (94). Eğitim, sağlık, ulaşım, konut ve teknoloji gibi mal ve hizmetlere erişimleri daha kısıtlıdır (94). Avrupa Engelliler Stratejisi, yukarıda bazıları sayılan engelleri gidermek amacıyla, gelecek 10 yıl içerisinde 8 temel alanda komisyonun eylemlerini içermektedir. Bu eylem alanları şunlardır (94);

- Erişilebilirlik,
- Katılım,
- Eşitlik,
- İstihdam,
- Eğitim ve öğretim,
- Sosyal koruma,
- Sağlık,
- Dış eylemler/etkiler.

Strateji, bu 8 temel alandaki engelleri ortadan kaldırmak ve üye ülkelerle, aday ülkeler arasında koordinasyon ve standardizasyon sağlamak üzere bazı hedefler belirlemiştir (94).

Avrupa Engelliler Stratejisi; birlik düzeyindeki eylemlere ek olarak, ulusal düzeydeki ölçütleri de tanımlamaktadır. Aynı zamanda fon bulma, araştırma, farkındalığı arttırma, istatistik ve veri toplama konularında ihtiyaç duyulan desteği de sunmaktadır (94). Başlıca hedefler (18, 91, 94);

- Ürünlere ve hizmetlere erişimi sağlamak,
- Engellilerin AB vatandaşlığından tam olarak faydalanmasını garanti altına almak,
- Kaliteli toplumsal temelli hizmetlerin geliştirilmesini teşvik etmek,
- Engel temelindeki ayrımcılıkla mücadele etmek,
- Engellilerin açık iş gücü piyasasına erişimlerini sağlamak,
- Engelli öğrencilerin kapsamlı eğitimini ve hayat boyu öğrenimini teşvik etmek,
- Yoksullukla ve sosyal dışlanmayla mücadele etmek,
- Sağlık ve ilgili hizmetlere eşit erişimi teşvik etmek,
- Toplumsal farkındalık ve bilinç düzeyini arttırmak,
- Bu faaliyetlerin teşvikine yönelik fonlar oluşturmak,
- AB genişleme ve uluslararası kalkınma programlarıyla engellilerin haklarını arttırmak.

2.10.2.3.5. AB Engelliler Stratejisi 2010-2020: Eylem Alanları

Stratejide; ana başlıklar altındaki amaçlar, eylemler ve öngörülen gerçekleştirilme zamanları belirtilmiştir. Bu eylem listesi stratejinin ilk evresi olan 2010 - 2015 dönemini kapsamaktadır ve üye ülkeler ile aday ülkelerde periyodik olarak takip edilerek, raporlar düzenlenecek ve güncellenecektir (93, 94).

Erişilebilirlik: Erişilebilirlik topluma katılım için esastır. Ana eylem alanları ortam oluşturmayı, ulaşımı, bilgiyi ve iletişimi ve hizmetleri içermektedir. AB, Birlik içerisinde erişilebilir ürün ve hizmet şartlarının sağlanması için araştırma, politika/yasama ve standardizasyon gibi enstrümanları kullanır. Avrupa Komisyonu, nüfusun mümkün olan en geniş kapsamda faydalanması amacıyla “**Herkes İçin Tasarım**” yaklaşımını teşvik etmektedir (93, 94).

Katılım: Engelliler ve aileleri, sosyal ve ekonomik hayatın her aşamasına diğerleriyle eşit temelde katılabilmelidirler. Serbest hareket hakkı, nerede ve nasıl yaşayacaklarını seçme ve kültürel, boş zaman ve spor faaliyetlerine tam erişim dâhil vatandaşlar olarak haklarını kullanabilmeleri gerekmektedir. Katılım konusundaki çalışmaların örnekleri şöyledir; Avrupa engelli park kartının teşvik edilmesi, üye ülkelerde kurumsal bakımdan, toplum temelli bakıma dönüşümün desteklenmesi ve engellilere özgü spor faaliyetlerinin düzenlenmesiyle spora katılımın teşvik edilmesi vb. (93, 94).

Eşitlik: AB yaş, ırk, dil, din, cinsiyet ve cinsel yönelim gibi alanlarda ayrımcılığın engelliler üzerindeki her tür olumsuz etkisine yakından dikkat etmektedir. Komisyon, engel temelinde iş piyasasında ayrımcılığı yasaklayan AB Direktifinin tam olarak uygulanmasını sağlamaktadır. Burada eşitlikten anlaşılan fırsat eşitliğidir. Fırsat eşitliğinin temel unsurları şunlardır (93, 94);

- Engelli insanların katılıma hazırlanması (kaynaştırmalı eğitim, mesleki eğitim vb.)
- Erişilebilirliğin garanti edilmesi (fiziksel çevre, iletişim ve ulaşım sistemleri vb.)
- Ayrımcılık yasağı
- Engelliliğin ana alan ve politikalara yerleştirilmesi
- Sosyal destek sisteminin, bağımsızlık ve katılım hedeflerinin gerçekleştirilmesine yönelik olarak yeniden düzenlenmesi

İstihdam: İş bulma, işinde yükselme gibi konularda teşvikler uygulanmasını, iş yerlerinin daha erişilebilir hale getirilmesini, işbaşı eğitiminin desteklenmesini ve korumalı işyerlerinde engellilerin işgücü piyasasına erişiminin arttırılmasını içermektedir (93, 94).

Üye devletler kendi öznel şartları içinde değişik sistemler (örneğin kota sistemi) uygulayarak ama Avrupa yönetmelikleriyle aynı çizgide kendi istihdam politikalarını belirlemektedirler. İstihdam, sosyal bütünleşme açısından kilit bir öneme sahiptir. Genişlemiş Avrupa'da işgücü piyasasının daha ulaşılabilir olmasını

sağlamak için AB Engellilik Eylem Planı'nın 1. aşaması şu 4 somut önceliği ortaya koymaktadır (93, 94);

1. İş sahibi olma, işte kalma ve ayrımcılıkla mücadele,
2. İstihdam olanağının artırılması, uyum, kişisel gelişim ve aktif vatandaşlık için yaşam boyu öğrenme,
3. Engellilerin güçlendirilmesi için yeni teknolojiler geliştirilmesi ve kullanımı, böylece istihdam olanaklarının artırılması,
4. İşyerlerine ulaşmak, ekonomi ve toplumla bütünleşmek için kamusal mekânların ulaşılabilirliği.

AB'nin "İşe Alma ve Mesleki Açından Eşit Muamelenin Sağlanması için 2000/78/EC Sayılı Direktif"inde; engellilerin istihdamı konusunda işverenlere orantısız bir yük getirmeyecek şekilde uygun tedbirleri (makul düzenlemeler) almaları gerektiği ifade edilmiştir. Bu düzenlemeler (93, 94);

- İşe alım, seçim ve atama,
- Kariyer geliştirme,
- Mesleki eğitim,
- Terfi, nakil veya diğer iş fırsatları,
- Kurumlardaki sosyal ilişkiler,
- İşin yeniden tasarlanması,
- Gerekli ekipmanın alımı ve uyarlanması,
- Esnek çalışma düzenlemeleri gibi konuları kapsamaktadır.

Eğitim: AB Engelli Stratejisi 2010 - 2020, kaliteli eğitime ve hayat boyu öğrenmeye eşit erişimi vurgulamaktadır. "Hayat Boyu Öğrenme Programıyla" engelli bireylerin AB içindeki dolaşımını da teşvik etmektedir (93, 94).

Sosyal koruma ve kapsama: Engellilerin sosyal koruma, yoksulluğu azaltma programları, engelle ilgili yardım ve sosyal konutlar gibi hizmetlerden yararlanabilmesi gerekmektedir (93, 94).

Sağlık: Engelliler koruyucu bakım, rehabilitasyon ve diğer özel hizmetler dahil yüksek kaliteli, sağlık bakımına eşit erişime ihtiyaç duymaktadırlar. Aynı zamanda üye devletler, çalışma sağlığı ve güvenliğini de sağlamak durumundadırlar (93, 94).

Dış eylemler/etkiler: BM, Avrupa Konseyi ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü gibi uluslararası kurumlarla ve aday ülkelerle sürekli işbirliği halinde olunarak yapılan tüm çalışmalar gözden geçirilmekte ve bu amaçla çeşitli mali yardım enstrümanları ve fonları kullanılmaktadır (93, 94).

2.10.2.3.6. AB Engelliler Stratejisi 2010-2020'nin Gerçekleştirilmesi: Genel Araçlar

Avrupa Engelliler Stratejisi, engelleri olmayan bir Avrupa yaratmak için AB kurumlarının ve bütün üye ve aday ülkelerin ortak, yenilenmiş ve standardize edilmiş bir mutabakatına ihtiyaç duymaktadır. Yukarıda ana hatlarıyla ifade edilen eylemlerin, aşağıdaki genel araçlarla desteklenmeleri gerekmektedir (93, 94);

- 1. Bilinçlendirme**
- 2. Finansal Destek**
- 3. İstatistikler, Veri Toplama ve Denetleme;** Engelli kişilerin durumlarını incelemek için engellilik ile ilgili dönemsel istatistiklerin toplanmasını sağlamak (EUROSTAT, EU-SILC, LFS AHM, EHIS ve EDSIM).

2.10.2.3.7. AB Ülkelerinde ve Aday Ülkelerde Engelli Haklarını İzleme Kriterleri

AB Engelliler Stratejisi 2010-2020'de de belirtildiği gibi, üye ve aday ülkelerde engellilere yönelik planlanan hizmetlerin gerçekleştirilmesi, aşağıda belirtilen ana başlıklar temelinde belli bir takvime bağlanmış ve yayınlanan ülke raporları aracılığıyla izlenmesi sağlanmıştır (94).

- Eşitlik ve ayrımcılıkla mücadele amaçlı **yasal düzenlemeler**,
- **İstihdama** katılım olanakları,
- **Eğitim ve mesleki eğitime** katılım olanakları,

- **Seçimlere** katılım olanakları (posta ve/veya internet aracılığıyla oy kullanma, oy kullanma yerinin düzenlenmesi ve ulaşım olanakları vb.),
- **Sağlık, bakım, destek ve rehabilitasyon** hizmetlerine erişim olanakları,
- Her tür **ulaşım** hizmetine erişim olanakları
- Özel ve kamu kurumlarında **e-erişilebilirlik** olanakları,
- **Acil arama** numaralarının metinli telefonlarla uyumluluğu, ulaşılabilirliği,
- Özel ve kamu televizyonlarında **alt yazı ve işaret dili** kullanım oranları,
- Bankacılık sektöründe **sesli ATM** hizmeti,
- Bağımsız yaşamı ve hareket serbestisini sağlayacak şekilde bina, yol, kaldırım, merdiven gibi her tür **mimari yapının ulaşılabilirliği**

2.10.2.3.8. AB Ülkelerinde Engellilerin Durumlarıyla İlgili Örnekler

Yukarıda belirtilen izleme kriterleri çerçevesinde bazı AB ülkelerinde gelinen duruma bakılacak olursa (91, 95);

2.10.2.3.8.1. Almanya:

Almanya’da engellilere yönelik tüm hizmetler kamu ve bağımsız birçok kuruluş tarafından verilmektedir. Ulusal düzeyde “Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı”, eyaletlerde, bağımsız olarak çalışan “Engelli Kişilere İlişkin Federal Ombudsman” bulunmaktadır. 2002’de engellilerle ilgili tüm konularda iletişim ve danışmanlık yapmak, araştırma, bilgilendirme ve kampanyalar düzenlemek üzere, “Federal Hükümet Komiserlikleri” kurulmuştur (91, 95).

Özürlülere ilişkin başlıca yasal düzenlemeler;

Anayasanın 3. maddesi, kamu alanlarında ve iş piyasasında ayrımcılığı kesin bir dille yasaklamaktadır. Medeni Kanun , bu anayasal ilkeyi benimsemiştir (91, 95).

Sosyal Kod (Sosyal Yasa) Kitabı (2001); Sosyal hukuk sistemi ile ilgili tüm yasal düzenlemelere çerçeve sunmaktadır. Bu kitap (kanun) engelli bireylerin sosyal haklarını detaylı bir şekilde dile getirir ve garanti altına alır. Sosyal kod kitabı,

engelli ayrımcılığını yasaklamıştır. Ayrıca 20 ve üzeri işçi çalıştıran işyerlerinde %5 engelli kotası koymuştur (91, 95).

Federal Engelliliğe Dayalı Eşit Muamele Kanunu (2002); Kamusal alan, yapılı çevre, bilgi ve iletişim teknolojilerinden faydalanma, ulaşım ve iletişim hakkını garanti altına alır ve işaret dilini resmi dil olarak kabul eder. Kanun ayrıca Ombudsmannın görevlerini de düzenler (91, 95). Eşitlik Muamele Kanunu (2006); İstihdamda, eğitimde, mal ve hizmetlere ulaşımında, alım-satım işlemlerinde oluşacak ayrımcılık durumlarına karşı engelli bireyi korur (91, 95).

İstihdam; “Federal Çalışma Bürosu” tarafından organize edilir. Yetkileri;

- Engelliler için işyeri hazırlamakta danışmanlık ve aracılık etmek,
- Engellilere iş ve eğitim olanakları sağlamak,
- İşyeri edinmeleri ve istihdamlarını teşvik etmek,
- Çalışmayı Teşvik Yasası uyarınca engellilere işyeri için özel teşvikler uygulamak,
- Özel ve kamu sektörü işyerlerinde çalıştırılan engelliler için kayıt tutmak, yasada belirtilen sayıda engelli çalıştırılıp çalıştırılmadığını denetlemek,
- Engelliler için kurulan iş atölyelerini onaylamak veya bu onayları iptal etmek,
- Yasaya göre yeterince engelli çalıştırmayan işyerlerinde, parasal cezanın kayıtlarını tutmak ve ödenmesini sağlamak, parasal cezalardan oluşan fonların kullanımına karar vermek görevleri arasındadır (35).

Seçimlere Katılım ve Oy Kullanma; Almanya’da yerel, federal ve bölgesel düzeyde yapılacak tüm seçimlerde engelli bireylerin oy kullanma hakkı diğer bireylerle eşit düzeydedir. “**Bund and Lander**” adlı yasal düzenlemelerle seçim prosedürleri belirlenmiş ve oy kullanmaya erişimde engelli bireylerin her aşamada dezavantaj yaşamaması için gerekli düzenlemeler yapılmıştır (91, 95).

Hukuki Ehliyet; Kişi eğer işlerinin tamamını ya da bir kısmını akıl hastalığı, fiziksel ya da zihinsel yetersizliği nedeniyle yönetemeyecek durumda ise mahkeme kişinin durumuna göre vasi/vekil tayin eder (91, 95).

Bakım Hizmetleri; Almanya’da uzun süreli bakım 1994’te yürürlüğe giren **zorunlu sosyal sigorta sistemi** ile finanse edilmektedir. Bakım yardımının alınabilmesi için bireyin bağımlılık derecesi ilgili makamlarca değerlendirilir. İhtiyaç analizine göre maddi yardım, kurumsal bakım ya da uzman (evde bakım) desteği sunulur. Çoğu kişi evde bakımı tercih etmektedir. Gerektiğinde evde bakım hizmeti alanların ailelerine nefes aldirmek için gündüz bakım evleri hizmet vermektedir. 2008 yılında yapılan uzun süreli bakım sigortası revizyonundan sonra, bakıcılara ve ailelere verilen destekler arttırılmış, **birey tabanlı engel yönetimi sistemi** oluşturulmuştur (91, 95).

Engelli İstatistikleri; Almanya’da yaklaşık olarak 8,6 milyon engelli birey bulunmaktadır. Rutin Hane Haklı Araştırmaları, 2005 yılında yaptığı anket çalışmaları sonucunda; engelli bireylerin büyük çoğunluğunun (6,4 milyon) çalışma hayatı dışında olduklarını tespit etmiştir. İstihdama katılım oranlarına bakıldığında engelli erkeklerin %30’u, kadınların ise %23’ü iş hayatına katılmaktadır. Genel popülasyonda bu oranlar erkeklerde %70, kadınlarda ise %53’tür. Engelli bireylerin istihdam oranlarının düşük olmasının verilen sosyal yardımlardan kaynaklandığı düşüncesi yaygındır (91, 95).

Eğitim; Kaynaştırma eğitimi ilke olarak benimsenmekle birlikte, tam olarak uygulanamadığı dikkati çekmektedir. Kaynaştırma eğitimine devam eden çocukların oranı %15 civarındadır. 2006 yılı için, okullaşma oranlarına bakıldığında ise oldukça düşüktür. Engelli bireylerin %62’si ilköğretim, %12’si lise mezunudur. Üniversite Giriş Sınavına girmeye hak kazanan engelli birey oranı ise %3,2 olarak verilmiştir (91, 95).

Erişilebilirlik; Acil arama numaralarının her engel grubuna göre erişilebilir durumda olmadığı, metinli telefonla erişime uygun olmadığı görülmektedir. Ulusal televizyon kuruluşlarının programlarının %20’sini altyazı ve işaret dili seçenekleri ile erişilebilir hale getirdiği tespit edilmiştir. Ancak özel kanallarda böyle birşey söz konusu değildir. Bankacılık sektöründe ise sadece 2 bankanın ATM’lerini ulaşılabilir (Sesli ATM gibi) kıldığı fark edilmiştir. Kamu kurumlarının internet sayfalarının **e-erişilebilirliği** incelendiğinde, 5 kamu kuruluşundan birinin erişilebilirlik kriterlerini karşıladığı görülmüştür (91, 95).

2.10.2.3.8.2. Danimarka:

2007 yılında kurulan “Sosyal Refah ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Bakanlığı”, daha önce dağınık halde bulunan tüm kuruluşları tek bakanlık çatısı altında toplamıştır. Bu yeni bakanlık, sosyal güvenlik ve sosyal yardım, toplumsal cinsiyet eşitliği, evsizler, madde bağımlıları gibi marjinal gruplar, çocuklar, aile, gençler, risk altındaki çocuklar, çocuk yardımı, doğum izni, yaşlılar ve engelliler, emeklilik, konut ve kentsel kalkınma gibi konularla ilgilenmektedir. Ayrıca “Danimarka Özürlüler Konseyi” ile “Özürlüler için Eşit Fırsatlar Merkezi” de bu alanda hizmet veren kuruluşlardır (91, 95).

Engellilere ilişkin başlıca yasal düzenlemeler;

Sosyal Hizmetler Kanunu (1998), Aktif İşgücü Yasası (2005), İstihdam Kapsamındaki Engellilere Yönelik Tamamlama Desteği Yasası (2006), İstihdamda Ayrımcılıkla Mücadele Yasası (91, 95).

Seçimlere Katılım ve Oy Kullanma; Hazırlanan rehberde göre, seçim sandıklarının bulunduğu yerlerde en az 1 oy kullanma kabininin, 3 kişinin (engelli refakatçisi) sığabileceği şekilde tasarlanmış olması gerekmektedir. Ayrıca oy kullanma yerlerinin ve kabinlerinin, tekerlekli sandalye kullanan seçmenler içinde uygun olarak tasarlanması sağlanmıştır (91, 95).

Hukuki Ehliyet; Bazı durumlarda hukuki ehliyet sınırlandırılması söz konusudur. Ağır zihinsel engeli olan bazı kişilere bir yasal vasi tayin edilir (91, 95).

Bakım Hizmetleri; Danimarka’da uzun süreli bakıma ayrılan bütçe genel bütçenin %2’sinden fazladır ve çoğunlukla devlet tarafından karşılanmaktadır. Resmi evde bakım hizmeti veya ailesi tarafından bakılanların oranı %80’den fazladır. Kurumda bakım hizmeti alanlar %7 civarındadır. Danimarka’da hizmetler belediyeler tarafından denetlenmektedir. Danimarka’da da yaşlı ve engellilerin bakımı, mümkün olduğunca bireyin kendi evinde ve yaşadığı çevrede (Toplum Temelli Rehabilitasyon) yapılmaktadır (91, 95).

Engelli İstatistikleri; 2006’da yapılan bir araştırmada, 16-64 yaş aralığındaki nüfusun %25’i kendini engelli olarak tanımlamıştır. Aynı yaş bandındaki popülasyonun %15’i çeşitli düzeylerde kısıtlılıklar yaşadıklarını bildirmiştir. Bildirilen engel ya da kısıtlılıkların nedenlerine bakıldığında ise %11’inin doğuştan, geri kalan %89’unun ise sonradan kazanıldığı bilgisi verilmiştir. İstihdam oranlarına bakıldığında 2002 yılındaki bir araştırmaya göre; engelli bireylerin istihdam oranı %57’dir (91, 95).

Eğitim; Görme ve işitme dışındaki diğer engel gruplarının eğitime ve istihdama katılımında daha fazla sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle zihinsel engellilerin durumu diğerlerine oranla daha ciddidir (91, 95).

Erişilebilirlik; Danimarka’nın diğer AB ölkelerine göre daha yüksek bir standardı tutturduğunu söylemek mümkündür. Kamu binalarındaki erişilebilirlik kriterleri büyük oranda karşılanmıştır. Toplu taşımada, yine aynı şekilde, büyük oranda erişilebilir ve ulaşılabilir kılınmıştır. Kamu kurum ve kuruluşlarının **e-erişilebilirliği** değerlendirildiğinde, hiçbirinin e-erişim kriterlerini karşılamadığı tespit edilmiştir. Özel sektör kuruluşlarının sitelerinde ise, altı kuruluştan birinin bu kriterleri karşıladığı söylenebilir. Acil arama numaralarının metinli telefonlarla ulaşılabilir olduğu da saptanmıştır. Kamuya ait 2 televizyon kanalı çeşitli oranlarda **alt yazı hizmeti** vermektedir (%24 ve %42,2). Programlarda **işaret dili tercümesi** oranı ise %5’in altında kalmaktadır. Özel televizyon kanallarına bakıldığında alt yazıya yer verme oranı %10’un altındadır. Özel kanalların hiçbiri işaret dili tercümesine yer vermemektedir. Bankacılık sektöründe, **Sesli ATM** bulunmadığı tespit edilmiştir (91, 94).

2.10.2.3.8.3. Fransa:

Engellilerle ilgili olarak tüm faaliyetler “Çalışma, Sosyal İlişkiler, Aile, Sosyal Yardım ve şehircilik Bakanlıkları” koordinasyonunda geręekleřtirilmektedir. İçerisinde STK temsilcilerinin de bulunduğu “Engellilik Delegasyon Birimi”, engellilik konusunda politika belirleyen ve hizmet sunan bu bakanlıklar arasında işbirliği oluşturmak üzere kurulmuştur (91, 95).

2005 yılında kurulan “Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin Sosyal Yardımlaşma Bağımsız Yaşam Fonu”, engelli bireyleri bağımsız olarak hareket etmeleri ve kimseye bağımlı olmadan kendi hayatlarını idame edebilmeleri için destekler. “Fransız Eşit Fırsatlar ve Ayrımcılıkla Mücadele Komisyonu”, özerk bir birimdir. Bu kurum, engelli bireylerin karşılaştıkları ayrımcı uygulamaları tespit etmek ve engelli bireylere destek olmak için kurulmuştur. “Engellilerin Entegrasyonu ve İstihdamı Fonu”, engelli bireylerin istihdama katılımını arttırmak üzere kurulmuştur. Kota sistemiyle ilgili teşvik ve ceza konularını düzenler (91, 95).

Engellilere ilişkin başlıca yasal düzenlemeler;

2005 yılından önce engellilere yönelik başlıca yasal düzenlemeler şunlardır; 1975 yılı “Engelli Bireyler Temel Yasası”, 1987 “Engelli Bireyler İstihdam Yasası”, 2001 yılı “Ayrımcılıkla Mücadele Yasası”, 2002 yılı “Sosyal Modernizasyon Yasası” (91, 95).

2005 yılında yürürlüğe giren “Engellilerin Fırsat Eşitliği Kanunu”; engelli bireylere yönelik fırsat eşitliği, toplumsal tam katılım, vatandaşlık haklarından faydalanma ve ayrımcılıkla mücadele ilkelerini esas almıştır. Bu kanun, kamu ulaşımında engelli bireyler için erişebilirliğin sağlanması için 3 yıl; kaldırım, merdiven, binalar, sokak ve caddelerin ve diğer tüm kamu alanlarında erişebilirliğin sağlanması için 10 yıllık süre tanımaktadır (91, 95).

Özellikle ağır derecedeki engelli bireylerin istihdamını kolaylaştıran “İş Yardım Merkezleri (CAT)” bulunmaktadır ve korumalı işyerlerinin işgücü piyasasında aktif bir rolü vardır. Fransa’da, demode olan kota uygulaması sınırı % 6’dır ve 20 ve üzeri işçi çalıştıran işyerlerinde uygulanmaktadır (91, 95).

Eşitlik ilkesi; Ceza Kanununun 225. maddesinin 1 ve 2. fıkralarında ayrımcılık tanımlanmış ve engelli ayrımcılığı da yasaklanmıştır. Buna göre; istihdamda, mal ve hizmetlere erişimde ve eğitimde oluşabilecek ayrımcı uygulamalar eğer ispat edilirse hapis cezası verilebilecektir (91, 95).

Hukuki Ehliyet; Ağır engelli kişinin kendi çıkarlarını koruması söz konusu değilse, bu durum tıbbi olarak belirlenmişse ya da zihinsel veya fiziksel yeterlilikleri kendi iradesini ifade etmesi için yeterli değilse yasal koruma tedbirleri uygulanmaktadır. Koruyucu tedbirler, hâkim tarafından tıbbi bir rapor sonucu ve ihtiyaç duyulduğu kadarıyla belirlenmekte ve yerindelik ve oransallık ilkesi gözetilerek bireysel durumlara göre uyarlanmaktadır (91, 95).

Seçimlere Katılım ve Oy Kullanma; 11 Şubat 2005 tarih ve L.62-2 sayılı yasa, L.57-1 sayılı yasa ve L.64 sayılı yasalarda, engellilerin seçimlere katılımları önündeki tüm engellerin kaldırılmasına yönelik düzenlemeler mevcuttur (91, 95).

Engelli İstatistikleri; 1999 yılında yapılan bir araştırmaya göre, tüm yaşlardan genel nüfusa sorulduğunda; araştırmaya katılan insanların %39'u hane içerisinde günlük aktivitelerini yerine getirmede çeşitli derecelerde zorluklar yaşadığını bildirmiştir. Bunların %53,8'i hareket ve duyuşsal kısıtlılıkları, %7,7'si öğrenme ve ruşsal sağılık kısıtlılıkları, %10'u hem fiziksel hem de öğrenme bozuklukları, %28,2'si tanımlanamayan kısıtlılıkları olduğunu ifade etmiştir. 59 yaş üstü nüfusun %50'si, listelenen 40 alanın en az birinde kısıtlılık yaşadığını belirtmiştir. Engelli bireye sahip hanelerde yaşayan toplam 1,8 milyon kişi **istihdam kotası** kapsamındadır. Engellilerin istihdam oranı genel popülasyonun %50'si kadardır (91, 95).

Eğitim; Fransa'da eğitim çağındaki çocuk ve gençlerin %1,6'sının engelli olarak tanımlandığı görölmektedir. 2005 - 2006 yıllarında eğitim gören engelli çocuk sayısı 235.400 kişidir. Bunların %68'i (159.100) normal okullara devam etmektedir. Geri kalan %32'si engelli çocuklara ayrılmış sınıflarda eğitim almaktadır (91, 95).

Erişilebilirlik; Genel nüfusun %1,7'sinin evlerine ulaşımında zorluk yaşadıkları tespit edilmiştir. %1,2'si evlerinin içerisinde hareket zorluğu yaşadığını söylemiştir. Tekerlekli sandalye kullanıcıları arasında yapılan bir araştırmada, kamuya açık alanlarda erişilebilirlik düzeyinin son yıllarda artış gösterdiği anlaşılmıştır. **E-erişilebilirlik** açısından bakıldığında, kamu ve özel kurum ve kuruluşların hiçbirinin değerlendirmeyi geçemediği görölmüştür. Acil arama numaraları metinli telefonlarla erişilebilir durumda değildir. Ulusal kanalların her ikisi de %58 ve %76 olmak üzere **alt yazı** hizmeti vermektedir. Bunlardan sadece biri bazı programlarda **işaret dili**

tercümesi hizmeti sağlamaktadır. İncelenen 2 özel TV kanalı yine alt yazı hizmetini büyük oranda sağlamakta, bununla birlikte işaret dili tercüme hizmeti bulunmamaktadır. Bankacılık sektöründe, sadece bir bankada **Sesli ATM** hizmeti mevcuttur (3600 ATM'sinden sadece 325'i Sesli ATM'dir) (91, 95).

2.10.2.3.8.4. İngiltere:

“Yeni Eşitlik ve İnsan Hakları Komisyonu” kurulmasıyla, daha önce mevcut olan 3 eşitlik komisyonunun (Engelli Hakları Komisyonu-DRC, Irksal Eşitlik Komisyonu-CRE ve Fırsat Eşitliği Komisyonu-EOC) çalışmalarının bir araya getirilmesi hedeflenmiş olup, işyerinde yaş, din, inanç ve cinsel yönelime yönelik ayrımcı uygulamaları önleme sorumluluğu bu komisyona verilmiştir. “Engelli İşleri Birimi”; engellilikle ilgili yasal düzenlemelerin yapılmasından ve kurumlar arası koordinasyondan sorumlu olan ana kurumdur (91, 95).

Engellilere ilişkin başlıca yasal düzenlemeler;

“1996 Engelli Bireylerin Ayrımcılığı Yasası (DDA)”; İşe alım, görevde yükselme, eğitim, otomasyon, işe son verme, tazminat ödeme, iş ilişkileri ve diğer tüm fırsat ve özlük haklarının elde edilmesi ve kullanılmasında ayrımcılığı yasaklamaktadır. Ayrıca 2004 yılında yapılan değişiklikle, engelli bireyin itibarını zedeleyen ve ona gözdağı veren, düşmanca bakan, küçük düşürmeye çalışan, utandıran veya iticiliğe neden olan söz, hareket ve davranışların ayrımcılık kapsamında değerlendirileceği belirtilmiştir. DDA ile sorunlu olan kota sistemi kaldırılmıştır. DDA ile başlayan ve makul uyumlaştırma tedbirleri başlığını taşıyan bu eylemlerden bazıları; İşe Giriş Planı, İstihdama Adım Planı, İşe Hazırlık Planı, Engellilerin Bağımsız Yaşam Planı, Engellilerin Vergi Planı, Engelli Bireyler İçin Yeni Bir İş (New Deal) ve Engelli Yetişkinler İçin Konut Eğitimi Planıdır (91, 95).

Ayrıca “2005 İngiltere Engelliler Ayrımcılıkla Mücadele Yasası”, “Kamu Gardiyanlık Ofisi (OPG)” ve “Zihinsel Kapasite Yasası (The Mental Capacity Act 2005- MCA)” da engellilerle ilgili konularda yasal düzenlemeler getirmektedir (91, 95).

Seçimlere Katılım ve Oy Kullanma; “Temsiliyet Yasası (2000)”, engelli bireylere oy kullanmada yardımcı olunmasına yönelik esasları belirlemektedir. 2001 yılında posta ile oy kullanma, seçmenlere oy kullanmada alternatif bir yöntem sunarak seçimlere olan katılımı büyük ölçüde arttırmıştır. Bu yöntem ayrıca, hareket kısıtlılığı olan engelli bireyler gibi oy kullanma merkezlerine ulaşmada problem yaşayan kişilerin ulaşabilirliğini de arttırmıştır (91, 95).

Engelli İstatistikleri; İngiltere’de genel nüfusun %17,6’sının kısıtlayıcı uzun dönemli hastalık ya da engel sahibi olduğu görülmektedir. Bu bireylerin %5,6’sı 18 yaş altındadır. %50,7’si istihdam yaş aralığındadır. Engelli nüfusunun %43,6’sını ise 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır (2001 Ulusal Nüfus Sayımı). Engel gruplarına bakıldığında engelli nüfusun %66’sının fiziksel engele, %12’sinin görme engeline, %15’nin işitme engeline, %10’nun ruhsal-duygusal engele, %2’sinin öğrenme güçlüğüne sahip olduğu görülmüştür. 2007 istihdam raporlarına göre İngiltere’de engellilerin istihdam oranı, %47 civarındadır (91, 95). 2012 yılında engelli çocukların yaşadıkları şiddet ve kötü muameleyi saptamaya yönelik yapılan bir çalışmada; engelli çocukların, engelli olmayan çocuklara oranla yaklaşık 4 kat daha fazla fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldıkları, bu çocukların içinde ağırlıklı olarak zihinsel engelli çocukların bulunduğu saptanmıştır (96).

Eğitim; 2006 - 2007 döneminde yaklaşık 89.400 öğrencinin özel eğitim okullarında eğitim gördüğü tespit edilmiştir. Okullaşan çocuklar arasında özel eğitim gereksinimi olan çocuk oranının %1 olduğu belirtilmiştir (91, 95).

Erişilebilirlik; 2007 yılı ONS Omnibus Araştırması, engellilerin %24’ünün ulaşımda zorluk çektiğini belirtmektedir. Buna karşın Ulaştırma Biriminin yıllık araştırmalarına göre, erişilebilir otobüs sayısı 2006’da %50 iken, bu sayı 2007’de %62’ye çıkarılmıştır. 2005 ve 2007 yılları arasında mal ve hizmetlere erişimde zorluk yaşadığını bildiren engellilerin oranı %37’den %33’e düşmüştür (ONS Omnibus Araştırması) (91, 95). 2008 yılında televizyon kanallarının tamamının alt yazı sağladığı görülmektedir. İçerisinde engelli birey bulunan hanelerin internete erişim oranı %49’dur. Genel nüfusta bu oran %71’dir. (British Social Attitudes Survey). Kamu kurum ve kuruluşları ile özel kurumların **e-erişilebilirliği** incelendiğinde, araştırma kapsamındaki her altı kamu kuruluşundan birinin e-

erişilebilirliği karşıladığı görülmüştür. Araştırma kapsamı içerisindeki hiçbir ticari kuruluş, e-erişilebilirlik kriterlerini geçememiştir. Acil arama numaraları metinli telefonlarla uyumludur. TV programlarının %97'si **alt yazı** sağlamak ve %5 oranında da **işaret dili tercüme** hizmeti vermektedir. Özel televizyon kanallarında alt yazı oranı %90'dır. %10-16 oranında da **audio tanımlama hizmeti** verilmektedir. Önemli bankaların hiçbirinde **Sesli ATM** hizmeti bulunmadığı görülmüştür (91, 95).

2.10.2.3.8.5. İsveç:

“Sosyal Hizmetler Yasası’na” göre dezavantajlı gruplara (çocuklar, sosyal ve ekonomik anlamda dezavantajlı durumdaki aileler, evsizler, madde bağımlıları, şiddete uğrayan kadınlar gibi) destek ve yardım sağlamak belediyelerin sorumluluk alanı içindedir. “Ulusal Eylem Planı-Hastadan Vatandaşa” İsveç’in iş gücü piyasası, toplu taşıma araçları, binalar ve kamusal alanlarındaki fiziksel engellerin kaldırılması için son tarih olarak 2010 yılını belirlemiştir. “İsveç Özürlüler Politikası Koordinasyon Ajansı: HANDISAM (Myndigheten för handikappolitisk samordning)”, engellilerin toplumda karşılaştıkları engelleri kaldırmaya yardımcı olmak için kurulmuştur. Handisam, engelliler politikasında resmi birim ve uzman otoritedir. 2 ana görevi vardır: koordinasyon ve hızlandırma. “İsveç Engelliler Enstitüsü (The Swedish Handicap Institute (SHI)”, yardımcı cihazlar ve engellilerin ulaşılabilirliği konusunda ulusal kaynak olma görevini yürütmektedir. “Engelliler Ombudsmanlığı (The Disability Ombudsman in Sweden)”, BM’in Engelliler İçin Fırsat Eşitliği Konusunda Standart Kuralları’na dayalı olarak çalışmalar yürütülmekte olup engellilerin haklarını ve çıkarlarını koruyan bir hükümet ajansıdır (91, 95).

Engellilere ilişkin başlıca yasal düzenlemeler;

“İş Hayatında Engellilere Yönelik Ayrımcılıkla Mücadele Yasası (1999)”; Bu yasa daha çok, İngiltere ve ABD’deki engelliler kanunundan esinlenerek hazırlanmıştır ve ana teması istihdam alanında karşılaşılabilecek ayrımcılığın önlenmesidir (91, 95).

Eşitlik; Anayasanın 1 ve 2. bölümlerinde, kamu kurumlarının tüm toplumsal alanlarda, demokrasi ilkelerine göre hareket edeceği ve tüm bireylerin topluma tam ve eşit katılımını sağlaması için çabalayacağı ifade edilmiştir. “İş ve Eğitim Kanunları’nda” da, engelli ayrımcılığı kesin bir dille yasaklanmıştır. “Ceza Kanunu” da, bu temeller nedeniyle doğabilecek ayrımcı uygulamalara karşı hapis cezasını öngörmektedir. “2003 Ayrımcılık Yasağı Kanunu”, istihdam alanının dışında, mal ve hizmetlere erişim, sosyal güvenlik-yardım, konut edinme ve eğitim alanında engelliliği de kapsayan 7 temelde ayrımcılığı yasaklamaktadır. “2006 Öğrenci Ayrımcılığı Yasası” aynı şekilde engelli öğrencilere karşı ayrımcılığı yasaklamıştır. Bu kanun, anaokulundan yükseköğrenime kadar tüm öğrencileri içermektedir (91, 95).

Hukuki Ehliyet; fiziksel engellilik yasal koruma için bir sınırlılık nedeni değildir. Ancak zihinsel engellilik hukuki ehliyet bakımından bir sınırlama yapılmasına neden olabilmektedir. Bu durumda engelli bireyin işlerini yönetmek için bir veli/vasi atanabilir (91, 95).

Seçimlere Katılım ve Oy Kullanma; İsveç’in tümünde seçim yerlerinin erişilebilirliğinden **belediyeler** sorumludur. 2006’dan sonra oy kullanma yerlerinin sayısı ve çeşitliliği (91, 95) .

Engelli İstatistikleri; İstihdam yaş grubundaki (15-65) nüfusun %15,7’si (919.000) engellidir. En sık karşılaşılan engel durumları ise; hareket kısıtlılığı (%31,9), Allerji (%20,2), Zihinsel (%9,3) ve İşitme (%8,6) engelleridir. 2006 yılında yapılan bir araştırmada engelli bireylerin % 67’sinin istihdama katılmış durumda olduğu tespit edilmiştir. Engelli nüfustaki işsizlik oranı %8,7 iken, bu oran genel nüfusta %4,3’tür (91, 95).

Eğitim; 2006 yılındaki aynı araştırmada engelli bireylerin %47,6’sı, ikinci düzey eğitimi bitirmiştir, ikinci düzey sonrası verilen eğitimi tamamlayan engelli birey oranı %30,2’dir (Statistics Sweden, SCB 2007:2) (91, 95).

Erişilebilirlik; Televizyon programlarının **alt yazıya** yer verme oranı 2007 yılında %68’e çıkmıştır. Bununla birlikte **işaret dili tercümesine** yer veren programların

sayısı düşüktür. Ulaşım araçlarının %50-60'ının erişilebilir durumda olduğu rapor edilmiştir. Acil arama numaraları, metinli telefonlar ve görüntülü iletişime uygundur. Bankacılık sektörü **Sesli ATM** kullanımı konusunda girişimlerini başlatmıştır (91, 95).

2.10.2.3.8.6. İtalya:

Engellilere yönelik hizmetlerin, politikaların tasarlanması ve uygulanması Çalışma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Politika Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. 2008 yılından beri “Haklar ve Eşit Fırsatlar Bakanlığı”, engelli bireylerin haklarının artırılması konusunda koordinasyonu sağlamakta ve ayrımcılığa karşı çalışmalar yapmaktadır (91, 95).

Hukuki Ehliyet; Medeni Kanun, yargı organlarının kontrolü altındaki zihinsel engellilere özel danışmanlık sağlanmasını düzenlemiştir (91, 95).

Seçimlere Katılım ve Oy Kullanma; Engelli birey kendi oy kullanma merkezi erişilebilir değilse, erişilebilir olan bir başka merkezde oyunu kullanabilir. Ağır engelliler ya da tıbbi bir cihaza sürekli olarak bağlı kalması gereken hastalar da, evlerinde oy kullanabilirler (91, 95).

Engelli İstatistikleri; 65 yaş üstü nüfusun %18,7'si, 80 yaş üstü nüfusun %44,5'inin engele ya da kısıtlanmaya sahip olduğu tespit edilmiştir (ISTAT data 2004/2005). Engellilerin istihdam oranının %3,5 olduğu görülmektedir. Daha vahim olan bulgu ise engellilerin sadece %0,9'u iş aradıklarını bildirmiştir (91, 95).

Eğitim; 2006 - 2007 akademik yılı için okullaşma sayısına bakıldığında, 187.567 engelli çocuğun okula gittiği tespit edilmiştir. Bu oran eğitim çağındaki çocukların %2,1'ine denk gelmektedir. Bu çocukların %92,6'si kamu okullarına devam etmektedir (91, 95).

Erişilebilirlik; Araştırma kapsamına alınan kamu ve özel kuruluşlarda altı kuruluştan sadece birinin **e-erişilebilirlik** durumunda olduğu görülmüştür. Acil arama numaraları metinli telefonlara uyumlu durumda değildir. Ulusal televizyon kanalları

programlarını belli oranlarda **alt yazı** ile desteklemektedir. **İşaret dili tercümesine** ise çok az yer verilmektedir (91, 95).

2.10.2.3.8.7. Polonya:

“Engelli Bireyler Kamu Temsilciliği”, engellilere dair yasal düzenlemelerin denetiminden birinci derecede sorumludur. Polonya Cumhuriyeti Anayasası'nda bütün insanların eşit olduğu ve resmi otoritelerce eşit muamele hakkına sahip olduğu belirtilmiştir ve politik, sosyal ve ekonomik hayatta herhangi bir nedenle ayrımcılık yapmak yasadışıdır. Polonya 1997'de “Engelliler Şartı”nı kabul etmiştir. Bu şarta göre engelli insanlar, sosyal hayata tam katılımlarını sağlayacak olan mal ve hizmetlere, sağlık hizmetlerine, erken teşhis, tıbbi rehabilitasyon ve eğitim hizmetlerine erişim hakkına sahiptirler (91, 95).

Eğitim; Mesleki eğitim, genel okullarda ve özel amaçlı meslek okulları tarafından sağlanmaktadır. Son yıllara kadar, orta ve ileri derecede zihinsel engelli öğrencilere yönelik belirgin bir orta öğrenim kavramı söz konusu olmamıştır. 1 Eylül 2004 tarihi itibarıyla, orta ve ileri derecede zihinsel engelli (ya da çoklu engele sahip) öğrencileri iş yaşamına hazırlayan 3 yıllık özel okullar faaliyet göstermeye başlamıştır (91, 95).

Engelli İstatistikleri; Polonya'da resmi olarak belirlenen 4,5 milyon engelli birey bulunmaktadır. Bu, toplumun %11,7'sini oluşturmaktadır. Resmi olarak engelli statüsünde olmayan, ancak belirli bir düzeyde kısıtlılık yaşayan insanlar da bu sayıya katıldığında toplam olarak nüfusun 5,5 milyonu (%14,3'ü) engelli ya da kısıtlılık sahibi bireyler olarak adlandırılmaktadır. Yaş dağılımına bakıldığında bu bireylerin %5,3'ü 20 yaş altı, %57,1'i 20-65 yaş aralığı, %57,6'sı 65 yaş üstüdür (2002 Nüfus Sayımı). Engel grupları dağılımı incelendiğinde; %46'sı hareket engelli, %29'u görme engelli, %14'ü işitme engelli, %2,5'i zihinsel engelli, geri kalan %8 ise ruhsal duygusal engelli olarak rapor edilmiştir. 2007 yılındaki araştırmada engelli bireylerin istihdam oranı %19,4 olarak bulunmuştur. 2007-2008 öğrenim yılı verilerine bakıldığında; ilköğretimdeki engelli öğrencilerin %60'ı eğitimini kaynaştırma okullarında almıştır. Bu oran orta öğretimde %44'tür. Üniversite mezunu olanların oranı sadece %5,7'dir. Hayat boyu öğrenme programlarına katılım oranı ise %0,5'dir (91, 95).

Erişilebilirlik; Toplu taşıma araçlarının %45,1'i engelli bireyi taşıyabilecek şekilde uyumlaştırılmış durumdadır. 2008 yılı incelemesine göre; demir yolu taşımacılık sistemi ve tren garlarının erişilebilirlik açısından uygun durumda olmadığı tespit edilmiştir. Yine aynı yıl sinemaların %57,3'ünün, müzelerin %24,2'sinin, sanat galerilerinin %40'ının, kütüphanelerin %16,6'sının erişilebilir durumda olduğu tespit edilmiştir. 2008 yılındaki araştırmaya göre; engelli bireylerin %69'unun o zamana kadar bilgisayar kullanmadığı, %75'inde internete hiç girmediği saptanmıştır (CSO Araştırmaları, 2008). Kamu ve özel kuruluşlarının web sitelerinin **e-erişilebilirlik** kriterlerini karşılamadığı görülmüştür. Acil arama numaralarının erişilebilir formatlarda olmadığı tespit edilmiştir. Ulusal ve özel kanallarda **alt yazı** sisteminin kullanım oranının çok düşük olduğu ve sadece birinin %3 oranında **işaret dili tercümesi** yaptığı ortaya çıkmıştır (91, 95).

2.10.2.3.8.8. Estonya:

Engellilere yönelik yasal düzenlemeler gerçekleştirmek ve politikalar belirlemek ve uygulamak “Sosyal İşler Bakanlığı'nın” sorumluluğundadır. “Sosyal Sigortalar Kurumu” ise, hibelerin koordinasyonu, emeklilik maaşlarının ödenmesi, sosyal yardımlar ve telafi primlerinin ödemeleri gibi hizmetleri sunmakla görevlidir. “Adalet Hâkimi” ise, kanunlarla çelişen durumlarda ayrımcılık durumlarını çözer ve eşit fırsatların uygulamada yer almasını sağlar (91, 95).

Engellilere ilişkin başlıca yasal düzenlemeler; “Engellilere İlişkin Sosyal Yardım Kanunu (1999-2009)”, “İşgücü Piyasası Hizmet ve Sosyal Yardım Kanunu (2006)”, “İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası (1999, 2007)” (91, 95).

Destek ve Bakım Hizmetleri; 2001 yılından bu yana sunulan hizmetler;

- Durum yönetimi; bağımsız yaşama imkânının sağlanması amaçlanmıştır.
- Rehabilitasyon,
- Günlük yaşam desteği (günlük bakım merkezleri),
- Desteklenen yaşam alanları,
- Toplum içinde yaşam,

- İş desteği; Bu sistemde işveren ve çalışan arasında resmi bir ilişki (sözleşme) bulunmaktadır. Hem işveren hem çalışan destek alır, ayrıca işyeri ve iş koşulları kişinin ihtiyaçlarına uyarlanmıştır (91, 95).

Seçimlere Katılım ve Oy Kullanma; 2005 yılında Estonya dünyada ilk kez, sonuçlarının bağlayıcılığı kabul edilerek **internet üzerinden oy kullanımını** ülke genelinde uygulamıştır. Yasalara göre, bütün seçimlerde ve referandumlarda **e-seçim (i-Voting)** yöntemi uygulanacaktır (91, 95).

Engelli İstatistikleri; 2000 yılı nüfus sayımına göre, Estonya’da 102.000’in üzerinde (%7,8) engelli birey bulunmaktadır. 2007 yılı Sosyal Sigortalar Kurulu kayıtlarına göre ise bu sayı 115.354’tür (%8,6). Bunların, % 43’ü hareket engelli, % 18’i ruhsal bozukluk, %2,3’ü işitme engelli, %3,5’i görme engelli, %31’i ise diğer olarak tanımlanmıştır. 2007 yılı istatistiklerine bakıldığında çalışma gücünü %40 ya da daha fazla kaybetmiş olan malullerin sayısı 74.576 olarak verilmiştir. Eğitim durumlarına bakıldığında ise engelli bireylerin %45,7’sinin 3. seviye eğitimi (orta öğretim), %16’sının 4. seviye eğitimi (lise) ve %16,2’sinin de, 5. seviye eğitimi (üniversite) aldığı rapor edilmiştir (91, 95).

Erişilebilirlik; kamu ve özel web sitelerinin hiçbiri **e-erişilebilirlik** kriterlerini geçememiştir. Acil durum numaraları metinli telefonlara uyumlu değildir. GSM operatörleri ya da ev telefon şebekeleri e-erişilebilir formatta bilgi yayınlamamaktadır. 2006 yılındaki televizyon kanallarında yapılan incelemelerde, bazı programların **alt yazı ve işaret dili hizmeti** sunduğu ortaya çıkmıştır. Hiçbir ATM erişilebilir (**sesli ATM**) olarak hizmet vermemektedir (91, 95).

2.10.2.3.8.9. Hollanda:

“Kamu Sağlığı, Refah ve Spor Bakanlığı”, engellilerle ilgili politikaları koordine etmekle görevlidir. Anayasa’nın 1. maddesinde: “Hollanda sınırları içinde bulunan her bireye eşit durumlarda eşit biçimde muamele edilir. Din, inanç, siyasi görüş, ırk, cinsiyet temelinde veya başka herhangi bir nedene dayalı ayrımcılığa katiyen izin verilmez” hükmü yer almaktadır. “Süreğen Rahatsızlığı Bulunan Kişilere ve Engellilere Eşit Muamele Yasası (2003)” ile ayrımcılık yasaklanmıştır ve

süreğen hastalığı bulunan kişiler ve engelliler için makul düzenlemelerin yerine getirilmesi zorunluluğu getirilmiştir. “2006 yılında Hollanda Ceza Yasası”, engelliler için koruma sağlayacak şekilde değiştirilmiştir. Nefret suçları, ayrımcılık teşkil eden muameleler veya şiddet suçları, bu değişikliklerle birlikte cezai yaptırım gerektiren suçlar olarak kabul edilmiştir. Ceza Yasasında yer alan hükümler ile ayrımcılık uygulamaları için 2 yıla varan hapis cezaları öngörülmektedir (91, 95).

Bakım ve Destek Hizmetleri; Hollanda’da genel sigorta tarafından finanse edilen kurum (bakım yurdu, yaşlılar yurdu) bakımına ilaveten, müşteriye dayalı ev bakım hizmeti de sunulmaktadır. 65 yaş üzerindekiilerin %8,8’i devamlı bakım yurdunda kalmaktadır. %70’ten fazlası ise kendi evinde ya resmi olarak ya da ailesi tarafından bakılmaktadır. Özel ihtiyacı olan bireylere günde 2,5 saat ücretsiz bakım hizmeti verilmektedir (91, 95).

Seçimlere Katılım ve Oy Kullanma; fiziksel engeli olan seçmenlere kendi seçtikleri biri tarafından oy kullanma kabinlerinde yardım edilmesine izin verilmektedir. Ayrıca belediyeler, seçimlere katılımın önündeki tüm engelleri kaldırmakla yükümlüdür (91, 95).

Eğitim; Bedensel, zihinsel ve belirli psiko-sosyal engellere sahip çocukların eğitimi, kaynaştırılmalı okulların dışında bazı özel okullar tarafından verilmektedir. 2005 yılında, engelli çocukların 35.000’i özel ilköğretim okullarına, 19.000’i ise kaynaştırılmalı eğitim veren ve engelli çocuklar için bireysel destek hizmeti sunan ilköğretim okullarına devam etmiştir. Ayrıca, 24.000 çocuk da, özel orta öğretim okullarında eğitimini sürdürmüştür. 2002 yılında Hollanda’da %9-12 arasında engelli öğrenci yükseköğretime devam etmiştir (91, 95).

Engelli İstatistikleri; Hollanda sınırları içerisinde yaklaşık 3.377.000 engelli kişi (%22,5) bulunmaktadır. Bu sayının yaklaşık 1,7 milyonu’nun orta ve üstü derecede engel oranına sahip olduğu tespit edilmiştir (genel nüfusun %12’si). Zihinsel engelli birey sayısının ise 110.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir (91, 95).

Erişilebilirlik; SCP araştırmasına göre; özellikle ağır derecede engele sahip olanlar ulaşımda büyük sıkıntılar yaşadıklarını ifade etmiştir. Bulgular arasındaki bu tespit

sosyal katılımın önündeki en büyük 2. engel olarak görülmektedir (en büyük engel ise finansal durumdur). Hükümet kararı gereği 2010 yılı sonunda tüm otobüslerin erişilebilir olması, 2024 yılına kadar da tüm trenlerin erişilebilir durumda olması kararı bulunmaktadır. Milli kütüphanede, Braille formatında yazılmış kitaplar veya CD'ler gibi alternatif formatlar sunulmamaktadır. Kamu ve özel kuruluşların beş tanesinden ikisinin **e-erişilebilirlik** kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Acil arama numaraları metinli telefonlarla erişilebilir durumdadır. Ulusal televizyon kanallarının her ikisinde **alt yazı, işaret dili hizmetleri** sağlamaktadır. Bankacılık sektöründe **sesli ATM** erişilebilirliği mevcut değildir (91, 95).

2.10.2.3.8.10. Avusturya:

Engellilerle ilgili başlıca kurum ve kuruluşlar ile yasal düzenlemeler;

“Engelli Bireyler için Avukatlık Merci”, Sosyal İşler Bakanlığı altında kurulmuştur ve engellilere eşit haklar sağlanması yolunda yasal savunuculuk yapmaktadır. “Federal Sosyal Birimler”, engellilerin başta istihdam olmak üzere, hayatın tüm alanlarında eşit haklardan faydalanmasını sağlamaktan sorumludur. Engelli bireylerin istihdamını düzenleyen temel yasa olan “Beinst 1969 yasası”, kota sistemini öngörmektedir ve her işverenin, 25 çalışan başına 1 engelli birey çalıştırmasını öngörmüştür. Belirlenen engellilik oranı ise %50'dir ve eğer bu kotaya uyulmazsa para cezası öngörülmektedir. 2005 yılında önce “Eşit Muamele Komisyonu ve Ofisi Kanunu”, ardından “Engellilerin İstihdamı Kanunu” ve “Engelli Bireylerin Eşitliği Kanunu” ve son olarak da “Federal Engelli Bireyler Kanunu” yayımlanmıştır (91, 95).

Seçimlere Katılım ve Oy Kullanma; fiziksel engelli bireyler için ulaşılabilir, engelsiz binalar, işitme ve görme kısıtlılıkları yaşayan bireyler için işaret dili tercümanları, oy pusulaları için şablonlar ve kaplamalar, bütün özürsüz bireyler için posta yoluyla oy kullanma ve kişisel yardım gibi önlemler alınmıştır. Bu uygulamalar, 2009 Avrupa Parlamentosu seçimlerinde de uygulanmıştır (91, 95).

Engelli istatistikleri; 2007 nüfus araştırmalarına göre; nüfusun %20,5'i, 6 ay ya da daha fazla süre günlük hayatlarını idame etmelerini zorlaştıran kısıtlılık ya da engel

durumu rapor etmiştir. Bunların %13'ü fiziksel engel ya da hareket kısıtlılığı; %3,9'u görme engeli, %2,5'i işitme engeli, %0,8'i iletişim sorunu, %1'i öğrenme güçlüğü, %7'si ruhsal-duygusal hastalık, %7'si çoklu engel, %7'si de çeşitli diğer engel durumu rapor etmiştir (91, 95).

Erişilebilirlik; engelli bireylerin kamu binaları ve toplu taşıma araçlarına erişimlerinde ve boş zaman aktivitelerine katılımlarında ciddi sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir. Kamu kurumlarının web sitelerinden altısından ikisinin **e-erişilebilirlik** kriterlerini karşıladığı, özel kurum sitelerininse hiçbirinin bu kriterleri karşılamadığı saptanmıştır. Acil aramalar metinli telefonlara uyumlu değildir. Ulusal kanallar programlarının %26'sında **alt yazı** hizmeti sağlamaktadır. **İşaret dili tercüme** hizmeti ise çok azdır. Özel kanallarda işaret dili ya da alt yazı hizmeti bulunmamaktadır. Bankacılık sektöründe **sesli ATM** erişilebilirliği söz konusu değildir (91, 95).

2.10.2.3.8.11. İrlanda:

Engellilerle ilgili başlıca kurum ve kuruluşlar ile yasal düzenlemeler;

“Ulusal Engellilik Stratejisi”, “Ulusal Engelliler Otoritesi (National Disability Authority-NDA)”, “Ulusal Engellilik Yasası”, “Adalet, Eşitlik ve Hukuk Reformu Bakanlığı”, “Eşitlik Otoritesi”, “Ulusal Eğitim ve İstihdam Otoritesi (FAS)”, “İstihdam Eşitlik Yasası”, “Eşit Statü Yasası”, “Eşitlik Kanunu”. Bu yasalar; engelliliği de kapsayan 9 alanda ayrımcılığı yasaklamaktadır. İstihdamda, mesleki eğitimde, iş ilanlarında, toplu sözleşmelerde, emeklilikte ve istihdam bürolarında ayrımcılık yasaklanmıştır. Makul uyumlaştırma burada da mevcuttur. 2004 Eşitlik Yasası; sadece engelli bireyle kurulabilecek ikili ilişkilerde değil ayrıca, her türlü resim, kelime, ses ve diğer küçük düşürücü ifadelerin (örneğin; lakap takma, alay etme ve benzeri) de yasaklanmasını öngörmektedir. 2000 yılı “İnşaat Yönetmeliği”, engelli insanlar için ulaşılabilirliği arttırmak amacıyla değiştirilmiştir. Yeni bir binanın inşa edilmesi sırasında engelli insanların dikkate alınmasını özellikle sağlamaktadır (91, 95).

Seçimlere Katılım ve Oy Kullanma; Binaların, süreçlerin, kamusal hizmet ve tesislerin erişilebilirliğinin ve kullanılabilirliğinin ve ayrıca buna paralel olarak da engellilerin kişisel gizlilik ve mahremiyetlerinin korunmasını sağlaması için özel yasal tedbirler alınmıştır (91, 95).

İstihdam, Bakım ve Destek Hizmetleri; destek hizmeti almaya uygun olan engelliler uzun süreli engelli maaşı alırlar. Sağlık Kurulunca yürütülmesi planlanan, engellilerin bakım, eğitim ve istihdamına yönelik orijinal İrlanda modelinde gönüllü gruplar ve dini örgütler de yer almaktadır. Hizmetler geleneksel olarak fiziksel sağlık ve sağaltım amacına yönelik olup istihdam da çoğunlukla “korunmalı işyerleri” vasıtasıyla sağlanmaktadır. Teşvik ve ceza sistemleri mevcuttur(91, 95) .

Engelli İstatistikleri; 2006 Nüfus Sayımına göre genel nüfusun %9,3’ü, yani yaklaşık 393.800 kişi engellilik durumu rapor etmiştir. Bu bireylerin %62’si birden fazla engele sahip olduğunu söylemiştir. Engelli nüfusun %36’dan fazlasının 65 yaş üstünde olduğu da saptanmıştır. Genel İstatistik Ofisinin 2004 verilerine göre; 15-64 yaş arası engellilerin istihdama katılım oranları %37 (110.800) olarak bulunmuştur. Engelli olmayan bireylerdeki istihdam oranı ise %64’tür (91, 95).

Eğitim; 2006 Nüfus Araştırmasında, engelli bireylerin 3. düzey eğitimi bitirme oranının çok düşük olduğu tespit edilmiştir (91, 95).

Erişilebilirlik; engellilerin yarısından fazlası erişilebilirlik konusunda problem yaşadıklarını belirtmektedirler. Bununla birlikte yapı yönetmeliğindeki değişikliklerin henüz uygulamada yer almamasına karşın, ileride erişilebilirlik olgusunu arttıracacağı düşüncesi taşınmaktadır. Engelli bireylerin 2/3’sinin toplu taşıma araçlarına erişemediği rapor edilmiştir. Engelli bireylerin yalnızca yarısı araba kullanabildiklerini ifade etmiştir (91, 95).

2.10.2.3.9. Engellilerle İlgili Türkiye’nin Katıldığı Bazı AB Programları

2.10.2.3.9.1. Katılım Öncesi Mali Yardım Aracı (IPA)

2007-2013 döneminde AB, aday ülkelere (Hırvatistan, Makedonya ve Türkiye) ve AB potansiyel aday ülkelerine (Arnavutluk, Bosna-Hersek, Karadağ ve Sırbistan) sağlanacak katılım öncesi mali yardımların temel ilkeleri ve amaçları, 1085/2006 sayılı Avrupa Konseyi Tüzüğü ile düzenlenmiştir. Bunlar 5 ana başlıkta toplanmıştır (97);

- Kurumsal kapasite geliştirme
- Bölgesel ve sınır ötesi işbirliği
- Bölgesel kalkınma
- İnsan kaynakları
- Kırsal kalkınma

2.10.2.3.9.2. Türkiye'nin Katıldığı Topluluk Programları

Ekonomik ve sosyal birliği hedefleyen AB'de çeşitli alanlarda işbirliğini teşvik etmek ve uygulamaları standardize etmek için çeşitli topluluk programları bulunmaktadır. Bunların başlıcaları (97);

- Araştırma ve Teknolojik Gelişme Alanında 7. Çerçeve Programı (Tübitak)
- Progress Programı (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı)
- Hayat Boyu Öğrenme ve Gençlik Programı (AB Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başkanlığı)
- Fiscalis 2013 Programı (Maliye Bakanlığı)
- Gümrük 2013 Programı (Gümrük Müsteşarlığı)
- Kültür Programı (Kültür ve Turizm Bakanlığı)
- Rekabet Edebilirlik ve Yenilik Programı (Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, DPT)
- 2007-2019 yılları için Avrupa Kültür Başkentleri Eylemi

2.10.2.4. Engelli Hakları ile İlgili Diğer Ülke Örnekleri

2.10.2.4.1. ABD

Yasal Düzenleme; pek çok yasal düzenleme olmakla birlikte özellikle, 1973 tarihli **Rehabilitasyon Yasası (Rehabilitation Act of 1973; RA)** ve 1990 tarihli “**Engelli Amerikalılar Yasası (Americans with Disabilities Act of 1990; ADA)**” çok önemli bir konuma sahiptir (10, 56). Özellikle ADA; istihdamda, devlet ve yerel hükümetlerde, kamu binalarında, ticari etkinliklerde, ulaşımda ve telekomünikasyonda engellilere karşı ayrımcılığı yasaklayan geniş kapsamlı bir yasadır. Bu yasa Amerika’da engelli bireyler açısından bir dönüm noktası sayılmaktadır. Hatta engelli insanların “**Azad edilme-Serbest bırakılma**” bildirisi olarak dahi nitelendirilmektedir. ADA’nın amacı, sayısı 54 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilen engellilerin, istihdama, hükümet programlarına, hizmet ve etkinlikler ile kamu hizmetlerine ulaşmalarını sağlamaktır (10, 56).

Konut kiralama veya satın almada, kişinin engelinden dolayı ayrıma uğraması yasadıdır. Yasa, ayrıca engelli kiracıların yaşadıkları yerde veya genel alanlarda, ulaşılabilirlik için değişiklik yapmalarına olanak tanır. Bu alanlar içinde, genel kullanım alanı, tekerlekli sandalyenin geçebileceği genişlikte kapılar, tekerlekli sandalyenin manevralarına uygun mutfak ve banyolar ile diğer uyarlanabilir özellikleri kapsar. Yasa, engellilerin yaşadığı tüm merkez ve bakım evlerinin denetlenme görevini ABD Başsavcılığına vermiştir (10, 56).

Engelli İstatistikleri; 1990 yılında 18-44 yaş arası genç erişkin erkeklerde %8,7, kadınlarda %8,9 olan engelli 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 engelli katılmıştır. 1980’li yıllarda engelli oranı %14’lerde sabit iken, 1990 - 1994 yılları arasındaki yükseliş (%20,6 ile 54 milyon kişi çeşitli düzeylerde engelli) dikkat çekmektedir. Bunun en büyük nedeni nüfusun yaşlanmasıdır (10, 56).

Engelli İstihdamı; 15 kişi ve üzerinde işçi çalıştıran işverenler, engelli olmayanlara sağlanan iş fırsatını engelli olanlara sağlamakla yükümlüdür. Yasa; işe alımda,

tanıtımda, eğitimde, ödemede ve sosyal etkinliklerde ayrımcılığı da yasaklar. ABD’de 1991 yılında yapılan bir araştırmada; engelli olmayan kişilerde istihdam oranı %80,5, engellilerde %76, ağır engellilerde ise %23’dir. Oysa 1997 yılındaki araştırmada 21-64 yaş arası nüfusun istihdam oranına bakıldığında; Engelli olmayanların % 82,1’i, engellilerin %76,9’u, ağır engellilerin ise %26,1’i istihdam edilmiştir (10, 56).

Yardım Programları; ABD’de engellilerin günlük yaşamlarını gerçekleştirebilmelerini sağlamak için yapılan her tür yardım, kişisel yardım olarak tanımlanmıştır. Hükümet yardımı programlarını alanlar için yapılan bir teste katılanlardan; 22-64 yaş arasındaki 13 milyon kişiden nakit, yiyecek ve kira yardımı alanların %50,6’sı ağır engelli olmayanlar, %40,3’ü ise ağır engellilerden oluşmaktadır. Bu yaş grubunda bulunan ve yardım programına dâhil olmayan 133 milyon kişiden; %16,9’u engelli olan ve olmayanlar, %6,7’si ise ağır engellilerdir. Ağır engellilerin çoğu yardım programlarından yararlanamamaktadır. Yaşları 45-54 arası olan engellilerden 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 (10, 56).

2.10.2.4.2. Japonya

Yasal Düzenleme; “**Temel Engelliler Yasası**”, eğitim, mesleki rehabilitasyon, istihdam gibi çoğu alanda düzenlemeler yapmaktadır (6, 10, 35). Yasa’nın 2. maddesine göre; bir fiziksel engel, zekâ geriliği veya zihinsel engel nedeniyle günlük veya sosyal yaşamı büyük ölçüde ve uzun dönem kısıtlanan kişiler engelli olarak kabul edilmektedir. Ayrıca engelliler; zihinsel engelliler, zekâ engellileri ve fiziksel engelliler (görme, işitme, konuşma gibi) olmak üzere 3 gruba ayrılarak sınıflandırılmıştır. 1993 yılında yeni çerçeveleri çizilen bu yasa Amerikan Engelliler Yasası’ndan etkilenmiştir. Bu yasa; engelliler için plan ve politika yapılmasını, bilgiye ve fiziksel çevreye ulaşılabilirliğin geliştirilmesini, tam katılım ilkesini getirmiştir (6, 10, 35). Yasanın hazırlanması aşamasına Japon engellileri etkin olarak bizzat katılmışlardır. Bu yasanın amacı; engelliler için geliştirilmiş temel ilkelerin güçlendirilmesi ile devletin ve toplumun sorumluluklarını belirlemektir. 1995 yılında

bu yasaya dayanılarak bir eylem planı hazırlanmıştır. Plan, yedi alanda politikaların geliştirilmesine öncelik tanımaktadır. Bunlar (6, 10, 35);

- Toplumda sıradan insanlar gibi yaşamaları
- Engellilerin bağımsız yaşama kapasitelerinin geliştirilmesi
- Engelsiz bir toplumun geliştirilmesi
- Yaşam kalitesinin hedeflenmesi
- Güvenli yerleşim alanları sağlanması
- Psikolojik engellerin giderilmesi
- Uluslararası işbirliği ve bilgi alışverişinin geliştirilmesi

Temel Engelliler Yasası'na göre, Japonya'da bir **merkez konsey** ve bir de **yerel konsey** kurulmuştur. Merkez Konsey'in görevi, engellilere yönelik önlemlerin temel plana uygun olarak hazırlanması ve bu amaca göre onaylanmasıdır (6, 10, 35).

“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; engellilerin toplumsal yaşama tam katılımı ve eşit haklarını gerçekleştirmesidir (6, 10, 35).

İstihdam; kota sistemi ve işverenlere teşvik sistemi uygulanmaktadır. 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 engelli kotasını gerçekleştirmekle yükümlüdür. Kamu sektöründe bu oran %2,1'dir. Bu kotaya uymayan işverenler cezalandırılır ve buradan toplanan paralar özürlü istihdam eden işverenlere dağıtılır. 1999 tarihi itibarıyla, engelli 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 (6, 10, 35).

Barınma; Engelliler için konut yapımı ve konut yapımlarına erişimde öncelik tanınması amacıyla **“Konut ve Kentsel Gelişim Birliği”** tarafından engelliler ve ailelerine özel olarak tasarlanmış konutlar sağlanmaktadır. Hükümet Konut Kredi Birliği, engellilere ev satın almaları veya yapmaları için kredi verir (6, 10, 35).

Eğitim; Görme, işitme ve fiziksel engellilerin, 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 (6, 10, 35).

2.10.3. Engellilerin Bilgi ve İletişim Teknolojilerine Erişimi

Engelli bireylerin yaşam kalitesinin artırılması, topluma katılımlarının sağlanması ve eşitlik isteniyorsa; toplumsal planlamalar ve politikalar yapılırken, engellilerin bilgiye eşit erişimlerinin sağlanması ve teknolojinin olanaklarından yararlanmalarının sağlanması çok önemli bir yer tutmaktadır (98).

Bu konuda Komisyonun 13.9.2005 tarih ve COM (2005) 425 sayılı “**E-Erişebilirlik**” başlıklı bir tebliğı bulunmaktadır (Communication from the Commission to the Council, The European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, E-Accessibility) (91, 93).

Son yıllarda bilgisayarlar ve bilgiye erişim yöntemleri, engelli bireylere yönelik olarak farklı olanaklarla yeniden tasarlanmaktadır. Bilgisayar teknolojilerindeki gelişmelerin yardımıyla işitme engelliler telefon ağlarıyla iletişim kurabilmekte, görme engelli bireyler konuşma sentezleyici cihaz aracılığı ile bir bilgisayar ekranını okuyabilmekte, Braille görüntülere erişebilmekte, fiziksel engelliler bilgisayarlarını üfleyerek bile kullanabilmektedir, yeni teknolojiler yardımıyla seslere ve hareketli görüntülere **www** aracılığı ile erişebilmektedirler (98).

2.10.3.1. Görme Engelliler İçin Geliştirilmiş Teknolojik Ürünler: Görme engellilere yönelik olarak dünyadaki en muhteşem buluş, yazılı bir metni, bir makinanın üzerine koymak ve onu duymaktır. Braille kullanmadan, bir başkasına okutmadan bir kitabı okumaktır. Bunu **Raymond Kurzweil** başarmıştır. Bu, Braille'den bu yana başarılımış en büyük buluştur (98).

“Kurzweil Okuma Makinası”nın geliştirildiği yıllardan günümüze, görme engellilerin bilgiye erişim sorunlarına çözüm olarak geliştirilen başlıca ürünler şunlardır (98):

- **Ekran Büyütücüleri:** Zoom text, PC Lens, Dehixe LP-DOS, Soft Vista, Artic Focus, Panorama ve Potverama, CCTV (Kapalı Devre Televizyon) Sistemleri, LPCAS (Large Print Computer Access System), Lynx (CCTV ve LPCAS’ın birleşimi)
- **Ekran Okuyucu Yazılımlar**
- **Braille Girdi-Çıktı Donanımları:** Navigator, Octabraille, Alva, Braille n’SPEAK, BrailleMate,

2.10.3.2. İşitme Engelliler İçin Geliştirilmiş Teknolojik Ürünler: Bu engel grubuna yönelik olarak uyarlanmış teknolojiler şunlardır (98):

- **İşitme Engelliler İçin İletişim Cihazı (TDD-Telecommunications Device for the Deaf)** (TDD; normal telefon hatlarına bağlanan ve ses yerine yazı transferi amacıyla yönelik bir araçtır. Hattın bir ucundaki klavye ile yazılanlar, diğer uçtaki ekranda izlenebilmektedir)
- **Ses ve Konuşma Çeviricileri** (Video gibi görsel ve işitsel ortamlardaki konuşmaları yazıya çevirerek işitme engellilerin erişimine olanak sağlayan cihazlardır)
- **Ses Yükselticiler**
- **Frekans Ayarlayıcılar**
- **Sinyal Sistemleri**

2.10.3.3. Fiziksel Engelliler İçin Geliştirilmiş Teknolojik Ürünler: Bu kullanıcılara yönelik olarak geliştirilmiş teknolojiler şunlardır (98);

- **Alternatif İşaretleme Araçları** (Ayak, baş, el ya da göz hareketleri ile kontrol edilebilen işaretleme araçları ile fiziksel engelliler bilgisayarı yönlendirebilmektedirler)
- **Ekran Klavyeleri**
- **Ses-Yazı Çeviricileri**

- **Akıllı Sözlükler**
- **Geliştirilmiş Klavye Özellikleri** (Sticky keys, Mouse Keys, Repeat Keys, Slow Keys)

2.10.3.4. Zihinsel Engelliler İçin Geliştirilmiş Teknolojik Ürünler: Algılama ve ilişki kurmaya yönelik basit hafıza ve yönlendirme yardımcıları kullanılmaktadır (98).

2.10.3.5. Engellilerin Bilgi ve İletişim Teknolojilerine Ulaşımalarıyla İlgili Üretilen Çözümler, Tasarımlar, Kaynaklar ve Web Siteleri (98):

- **ADA (Americans with Disabilities Act - Engelli Amerikalılar Yasası):** Dünyada engellilik alanında en güçlü yasalardan biridir. Bu site, ADA yasa maddelerini içermektedir (<http://janweb.icdi.wvu.edu/kinder>).
- **CAST (Centre for Applied Special Technology - Uyarlanmış Teknolojiler Merkezi):** CAST, kar amacı gütmeyen, engelli bireylerin teknoloji kullarımlarına ilişkin bir eğitim kuruluşudur (<http://www.cast.org>).
- **CODI (Cornucopia of Disability Information):** Engellilere ve engelliliğe yönelik olarak eğitim, istatistikler, politikalar ve evrensel tasarımlar alanında bilgilerin edinilebileceği bir sitedir (<http://codi.buffalo.edu>).
- **DisABILITY Information and Resources:** Bu sitede genellikle fiziksel engelliliğe ilişkin bilgiler bulmak mümkündür (<http://www.eskimo.com/~jlubin/disabled>).
- **WebABLE:** Bu sitede engellilik ve erişilebilirlik ile ilgili İnternet kaynakları veri tabanına erişilebilmektedir (<http://www.yuri.org.webable>).
- **World Information on Disabilities:** Bu site, engellilik alanında ansiklopedik bir dizindir (<http://www.sd.soft.iwatepu.ac.jp/sensui/foreign-res.htm>).
- **RNIB (Royal National Institute for the Blind):** RNIB, İngiltere'de görme engellilere yönelik en büyük kuruluşlardan birisidir. Bu sitede görme engellilere ilişkin bilgilere, hizmetlere, yayınlara, yasalara erişmek mümkündür (<http://www.rnib.org.uk>).
- **Java:** Engellilerin, Java araçlarını kullanarak İnternet ve web kullarımlarına olanak sağlayan bir sitedir (www.trace.wisc.edu/world/Java.htm).

- **NCAM (The CPBAVGBH National Center for Accesible Media):** Engelli kullanıcılar için erişilebilir ortamlar tasarımı alanında araştırma ve geliştirme çalışmaları yapan, web erişimine yönelik projeler sunan bir kuruluştur
(<http://www.wgbh.org/wgbh/pages/ncam/aboutncam.html>; www.wgbh.org/wgbh/pages/ncam/urrentprojects/wapsummer.html).
- **NCSA (National Center for Supercomputing Applications) Mosaic Access Page:** Engellilerin Internet ve www'yi kullanabilmelerine ilişkin bir web sayfasıdır. Bu sayfa, National Science Foundation tarafından desteklenen Mosaic Access Project altında geliştirilmiştir (<http://bucky.aa.uic.edu/>).
- **Jaws for Windows:** Henter Joyce Inc. tarafından görme engellilere yönelik olarak tasarlanmıştır. Görme engelli kullanıcıların bilgisayar ekranında görüntülenen bilgilere erişebilmeleri için bir konuşma sentezleyicisi ile birlikte kullanılan programlara ilişkin sitedir (<http://www.nanopac.com/JAWS.htm>).
- **GRI (The Galiudet Research Institute):** İşitme engellilere yönelik araştırmalarla tanınan uluslararası bir kuruluş olan GRI'nın tanıtıldığı bir sitedir (<http://gri.galludet.edu>).
- **NLS (National Library Service for the Blind and Physically Handicapped - Library of Congress):** Sitede, Kongre Kütüphanesi'nin görme ve fiziksel engelli kullanıcılara yönelik ulusal kütüphane hizmetlerini yansıtan programlara, kütüphane derlemesine ilişkin bilgiler yer almaktadır (<http://lcweb.loc.gov/nls/nls.html>).
- **WAI (The Web Accessibility Initiative):** WAI'nin amacı, engelli insanların, html, http gibi protokollere ve web formatlarına erişimlerine yardımcı olmaktır. Bu site, erişilebilir WEB siteleri oluşturma bağlamında yol göstericidir (<http://www.w3.org/WAI>).
- **Bobby (The Bobby Accessibility Programme):** Bu site, engellilerin web sitelerine erişilebilirliklerini analiz eden ücretsiz bir hizmet olan Bobby programına erişmeyi mümkün kılmaktadır. Bobby, ayrıca, web sitelerine erişilebilirliği geliştirmek amacıyla kullanıcılarına öneriler sunmaktadır (<http://www.cast.org/bobbyhttp://www.sbu.ac.uk/litc/lt/ltcover.html>).
- **pwWebSpeak:** pwWebSpeak, bir web tarayıcısıdır. Büyük puntolu karakter görüntüleri bulunan görsel bir sunumla birlikte www'in sesli gösterimini de sağlamaktadır (<http://prodworks.com/pwinfo.htm>;

www.prodworks.com/pewebspk. htm).

- **WAB (Wold Wide Web Access for Blind and Visually Impaired Computer Users):** WAB, görme engelli kullanıcıların WEB sitelerinde dolaşabilmelerine yönelik olarak oluşturulmuş bir sitedir
(<http://www.inf.ethz.ch/department/IS/ea/blinds/>).

2.10.4. Türkiye’de (Ulusal Mevzuatta) Engellilerin Durumu ve Engelli Hakları

Türkiye’de sosyal hukuk devleti anlayışı ve bağlı olduğumuz uluslararası sözleşme hükümleri gereğince engelli haklarının tanınması/sağlanması, engelli tanımlamaları ve sınıflandırılması, “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü” tarafından koordine edilmektedir.

2.10.4.1. Özürlü Şuraları

Bu alanda en yüksek danışma kurulu olan ve engellilerle ilgili konularda tetkik ve teklif niteliğinde kararlar almakla görevli olan “Özürlüler Şurası”nın amacı; engellilik konusunda her türlü görüş ve çözüm önerilerini tartışmak, ulusal politikalara esas olacak ilke ve programlar oluşturmak, kamuoyunun bu konuda bilinçlenmesine katkıda bulunmak, ulusal ve uluslararası alanlardaki görüş, düşünce ve gelişmelerin aktarılmasını, tartışılmasını sağlamaktır (10). Bu amaçlarla şimdiye kadar toplanan şuralar ve ana temaları şunlardır (10, 47);

1. **Özürlüler Şurası:** 29 Kasım-02 Aralık 1999, “Çağdaş Toplum, Çağdaş Yaşam ve Özürlüler”
2. **Özürlüler Şurası:** 26-28 Eylül 2005, “Yerel Yönetimler ve Özürlüler”
3. **Özürlüler Şurası:** 19 - 23 Kasım 2007, “Bakım Hizmetleri
4. **Özürlüler Şurası:** 16-20 Kasım 2009, “İstihdam”
5. **Özürlüler Şurası:** 03-07 Ekim 2011, “Engelsiz Eğitime Doğru”

2.10.4.2. Türkiye’de Engelli Haklarını Düzenleyen Başlıca Yasal Mevzuat

Ulusal mevzuatımızda engellilerin durumu ve engelli hakları ile ilgili başlıca yasal düzenlemeler (68 Kanun, 4 KHK, 4 Bakanlar Kurulu Kararı, 97 Yönetmelik,

19 Genelge, 16 Tebliğ, 2 Sirküler, 1 Gümrükler Genel Md. Kurum Görüşü ve 17 adet Türk Standartları Enstitüsü-TSE-Standardı) aşağıda özetlenmeye çalışılmıştır (10, 47);

- 1) T.C. Anayasası ve Uluslararası Sözleşmeler
- 2) 5378 Sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun
- 3) 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun
- 4) 193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu
- 4) 222 Sayılı İlköğretim ve Eğitim Kanunu
- 5) 3194 Sayılı İmar Kanunu
- 6) 4857 Sayılı İş Kanunu
- 7) 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu
- 8) 197 Sayılı Motorlu Taşıtlar Vergisi Kanunu
- 9) 5434 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu
- 10) 4760 Sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu
- 11) 298 Sayılı Seçimlerin Temel Hükümleri ve Seçmen Kütükleri Hakkında Kanun
- 12) Emlak Vergisi Kanunu, Gümrük Kanunu
- 13) 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu
- 14) 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu
- 15) 406 Sayılı Telgraf ve Telefon Kanunu
- 16) 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu
- 17) 6831 Sayılı Orman Kanunu
- 18) 4123 Sayılı Tabii Afet Nedeniyle Meydana Gelen Hasar ve Tahribata İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesine Dair Kanun
- 19) 4373 Sayılı Taşkın Sulara ve Su Baskınlarına Karşı Korunma Kanunu
- 20) 3160 Sayılı Emniyet Teşkilatı Uçuş Hizmetleri Tazminat Kanunu
- 21) 634 Sayılı Kat Mülkiyeti Kanunu
- 22) 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu
- 23) 1512 Sayılı Noterlik Kanunu
- 24) 3065 sayılı Katma Değer Vergisi Kanunu
- 25) 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
- 26) 5228 Sayılı Kanun (vergi düzenlemelerinde değişiklik)

- 27) 5398 Sayılı Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlenmesine ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun
- 28) 3289 Sayılı Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğünün Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun
- 29) Radyo ve Televizyon Yayınlarının Esas Ve Usulleri Hakkında Yönetmelik
- 30) Karayolları Trafik Yönetmeliği ve Karayolları Taşıma Yönetmeliği
- 31) Yüksek Öğretim Kurumları Özürlüler Danışma ve Koordinasyon Yönetmeliği
- 32) Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği
- 33) Özürlüler Veri Tabanı Oluşturulmasına ve Özürlülere Kimlik Kartı Verilmesine Dair Yönetmelik
- 34) Özürlülerin Devlet Memurluğuna Alınma Şartları ile Yapılacak Yarışma Sınavları Hakkında Yönetmelik
- 35) Özürlü, Eski Hükümlü ve Terör Mağduru İstihdamı Hakkında Yönetmelik

2.10.4.3. T.C. Anayasası ve Engelli Hakları

1982’de yürürlüğe giren T.C. Anayasası’nın 2. maddesindeki “sosyal devlet” ilkesi, 10. maddesindeki “ayrım gözetmeksizin kanun önünde eşitlik” ilkesi, 17. maddesindeki “herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı”, 41. maddesindeki “ailenin korunması ve aile planlamasının öğretilmesi hakkı”, 42. maddesindeki “eğitim, öğretim hakkı”, 49. maddesindeki “çalışmanın bir hak olduğu, devletin çalışanları koruyarak çalışmasını desteklemek ve işsizliği önlemek için gerekli tedbirleri alacağı”, 60. maddesindeki “herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu”, 61. maddesindeki “sakatların korunmaları ve toplum yaşamlarına uyumlarını sağlayıcı önlemleri alma görevi”, 90. maddesindeki “usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası andlaşmalar kanun hükmündedir, bunlar hakkında Anayasaya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesine başvurulamaz” ilkeleri; engellileri yakından ilgilendiren, engellilerin durumlarını ve haklarını kapsayan yasalara kaynak oluşturmuş hükümlerdir (9).

2.10.4.4. 5378 Sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'a Göre Engelli Hakları

1. maddede bu Kanun'un amacının; özürllülüğün önlenmesi, özürllülerin sağlık, eğitim, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümü ile gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri alarak katılımlarını sağlamak ve hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmak olduğu belirtilmektedir. Bu kanun, engellileri ilgilendiren bir takım yasal düzenlemelerde değişiklikler yapmış ve yeni bir takım düzenlemeler getirmiştir (50).

Bu Kanunla sağlanan hakları özetlemek gerekirse (50);

1- Sosyal güvencesi bulunmayan ve ailesi ekonomik yoksulluk içindeki bakıma muhtaç özürllülere evlerinde ve kurumlarında bakım ve rehabilitasyon hizmetleri verilecektir (md.6, 7, 8, 9, 10).

2- Genetik geçişli ve özürllülüğe neden olabilecek hastalıkların erken teşhis edilmesinin sağlanması, özürllülüğün önlenmesi, var olan özrün şiddetinin olabilecek en düşük seviyeye çekilmesi ve ilerlemesinin durdurulmasına ilişkin çalışmalar Sağlık Bakanlığınca planlanıp yürütülecektir (md. 11).

3- Özürllülerin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri bir işte eğitilmesi, mesleğe kazandırılması, verimli kılınarak ekonomik ve sosyal refahının yükseltilmesi sağlanacak ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri yaygınlaştırılacaktır. Ayrıca işe alımda; iş seçiminden, başvuru formları, seçim süreci, teknik değerlendirme, önerilen çalışma süreleri ve şartlarına kadar olan safhaların hiçbirinde özürllülerin aleyhine ayrımcı uygulamalarda bulunulamayacaktır. Özürllülük durumları sebebiyle işgücü piyasasına kazandırılmaları güç olan özürllülerin istihdamı, öncelikle korumalı işyerleri aracılığıyla sağlanacaktır (md. 12, 13, 14).

4- Özürllü çocuklara, gençlere ve yetişkinlere, özel durumları ve farklılıkları dikkate alınarak, bütünleştirilmiş ortamlarda ve özürllü olmayanlarla eşit eğitim imkanı sağlanacaktır. Özürllü üniversite öğrencilerinin öğrenim hayatlarını

kolaylaştırabilmek için Yükseköğretim Kurulu bünyesinde araç-gereç temini, özel ders materyallerinin hazırlanması, özörlölere uygun eğitim, araştırma ve barındırma ortamlarının hazırlanmasının temini gibi konularda çalışma yapmak üzere Özürlöler Danışma ve Koordinasyon Merkezi kurulacaktır. Çıraklık eğitimi almak isteyen özörlölerin ilgi, istek, yetenek ve becerileri doğrutusunda ve sağlık kurulu raporunu da dikkate almak suretiyle hangi meslek dalında eğitim alacaklarına özel eğitim değerlendirme kurulu karar verecektir. Ülkemizde ulusal işaret dili bulunmamaktadır. İşitme özörlölerin eğitim ve iletişimlerinin sağlanması amacıyla Türk İşaret Dili Sistemi oluşturulacaktır. Özürlölerin her türlü eğitim ve kültörel ihtiyaçlarını karşılamak üzere kabartma, sesli, elektronik kitap, alt yazılı film ve benzeri materyal üretilmesini temin etmek için gerekli çalışmalar yapılacaktır (md. 15, 16, 17, 18).

5- Özürlö vatandaşlarımız, yaşamlarını kolaylaştırabilmek için konutlarında bazı tadilatlar yapmak zorunda kalabilmektedir. Ancak bir kat maliki bile onay vermezse bu düzenlemeler yapılamıyordu. Kanunla özörlölünün yaşamı için zorunluluk gösteren proje tadili, oluşturulacak bir komisyonda değerlendirilecek ve uygun görölmesi halinde gerçekleştirilebilecektir (md.19).

6- Mesleği olan özörlö devlet memurları, mesleklerine uygun münhal kadrolara atanacak ve mesleklerini icra ederken kullanacakları yardımcı araç ve gereçler kurumlarınca karşılanacaktır (md. 20, 21).

7- Özürlölünün 200 m²'den küçük bir evi varsa, emlak vergisinden muaf tutulmuştur (md. 22).

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

9- 01.07.1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanunun 1. maddesinin 2. ve 4. fıkraları yürürlükten kaldırılmış ve aynı Kanuna “Ek md.1” eklenmiştir. Buna göre, 65 yaşını doldurmamış olmakla birlikte;

- Başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde özürlü olduklarını sağlık kurulu raporu ile kanıtlayan, 18 yaşını dolduran ve kanunen bakmakla mükellef kimsesi bulunmayan özörlöölere,
- 18 yaşını dolduran, kanunen bakmakla mükellef kimsesi olmayan ve herhangi bir işe yerleştirelememiş olan özörlöölere,
- Kanunen bakmakla yükümlü olduğu 18 yaşını tamamlamamış özörlü yakını bulunanlara, bakım ilişkisi fiilen gerçekleşmek kaydıyla aylık bağlanabilecektir (md.25).

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

11- Özörlöölere 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).

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

13- Sağlık Bakanlığı, özörlöölere yol açan tüm kalıtsal hastalıklarla koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında mücadele edecektir (md. 36).

14- Radyo ve televizyonlarda kadınlara, güçsözlere, çocuklara ve özörlöölere karşı şiddetin ve ayrımcılığın teşvik edildiği programlar yapılamayacaktır (md. 37).

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

16- Büyükşehir Belediyeleri'nde özörlöölere ilgili bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık, sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri vermek için özörlü hizmet birimleri oluşturulmuştur (md.40).

17- Kanunla, ilk defa özörlölere karşı yapılan ayrımcı uygulamalara ceza hükmü getirilmiştir. Özörlöye öözünden dolayı, Türk Ceza Kanunu'nda ayrımcılık sayılan eylemlerden birini geçekleştirenler hakkında 6 ay-1 yıl arası hapis veya para cezası öngörölmüştür (md. 41).

18- Özörlölöler İdaresi Başkanlığı'nca verilen kimlik kartı hazırlama ve verme yetkisi, işlemlerin ve sürecin hızlandırılması amacıyla valiliklere devredilecektir (md.42).

19- Özörlölölere yönelik faaliyetlerde uluslararası kurum ve kuruluşlardaki gelişmeleri takip etmek, özörlölölerin sorunlarını ve çözüm yollarını araştırmak, ortaya çıkan sorunlar hakkında ortak inceleme ve araştırma yapmak, yaptırmak, bu konuda ortak proje ve teklifleri hazırlamak ve hazırlatmak, uluslararası düzeyde özörlölölere yönelik faaliyet gösteren kurum ve kuruluşlarla işbirliği kurmak, sürdürmek, geliştirmek, ilgili personelin bilgilendirilmesini sağlamak amacıyla Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı kurulmuştur (md. 46).

20- 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 özörlölölerin erişilebilirliğine uygun hale getirilecektir. Yine Büyükşehir Belediyeleri ve Belediyeler, şehir içinde kendilerine sunulan yada denetimlerinde olan toplu taşıma hizmetlerinin, yedi yıl içerisinde özörlölölerin erişilebilirliğine uygun olması için gereken tedbirleri alacaklardır (geçici md. 2, 3)

2.10.4.5. Türkiye'de Ana Başlıklar Halinde Engellilerin Hakları ve Sunulan Hizmetler

2.10.4.5.1. Sağlık Yardımı

Sosyal güvencesi olan engelli bireylerin tedavi, muayene, ilaç, tetkik ve ortez-protez ihtiyaçları bağılı oldukları sosyal güvenlik kuruluşu tarafından katkı payı alınarak karşılanmaktadır (97). Hiçbir sosyal güvencesi olmayan bireylerin sağlık hizmetleri önceden yeşil kart uygulamasıyla karşılanmakta iken GSS'nin uygulanmasıyla yeşil kart uygulaması yürürlükten kalkmıştır. Ancak yeşil kart

almaya hak kazanmış olanlar GSS kapsamında bu hizmetlerden yararlanmaya devam edecekler ve primleri, belirlenen koşullarda devlet tarafından karşılanacaktır (97).

2.10.4.5.2. Bakım ve Rehabilitasyon (Evde Bakım Yardımı)

Hizmet sunumuna göre bakım türleri aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir (99);

Erken Dönemdeki Bakım:

- Hastane veya Klinik
- Rehabilitasyon Merkezi (akut)

Geç Dönemdeki Bakım:

- **Kurumsal Bakım (Sürekli veya Süreli)**
- Hastaneler veya Klinikler
- Hastalığa Özel Merkezler
- Rehabilitasyon Merkezi (kronik)
- Bakım Evleri ve Huzurevleri
- Mesleki Rehabilitasyon

- **Toplum Temelli Bakım (Sürekli veya Süreli)**
- Evde Bakım
- İşyerinde Bakım
- Okulda Bakım

- **Kamusal ve Sosyal Alanda Bakım**
- Bilinçlendirme
- Mimari ve Çevresel Düzenlemeler
- Sosyal Kaynaştırma
- Rekreasyon Evleri
- Sosyal Kulüpler ve Spor Aktiviteleri

5378 Sayılı Özürlüler Kanunu'nun 6-10. maddeleri, engellilere yönelik bakım ve rehabilitasyon hizmetleriyle ilgilidir. Engellilere yönelik bakım hizmetlerini,

SHÇEK Genel Müdürlüğü'nden ruhsat alan gerçek ve tüzel kişiler ile kamu kurum ve kuruluşları verebilir (50).

Bakım hizmetleri, evde bakım veya kurum bakımı modelleriyle sunulabilir. Öncelikle kişinin sosyal ve fiziksel çevresinden ayrılmaksızın hizmetin sunulması esastır (**Toplum Temelli Bakım ve Rehabilitasyon**) (5, 97). **Bakıma muhtaç özürlü** bireyin aile yanında bakımının mümkün olmaması halinde kurumda bakım hizmeti verilir. Bu hizmetler SHÇEK İl Müdürlüğüne yürütülmektedir (97).

Evde Bakım Parası; Engelli bireylerin hayatlarının idamesini evde yürütecek kişilere Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü tarafından aylık net asgari ücret miktarında verilen ücrete denmektedir. Engelli bireylerin evde bakım parası alabilmesi için 3 şart gereklidir (97);

1. Her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamı esas alınmak suretiyle kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendisine düşen ortalama aylık gelir tutarının, **bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az** olduğu sağlık kurul raporu ile tespit edilmesi,
2. Engelli bireyin heyet raporu veren hastanelerden alacağı Özürlü Sağlık Kurul Raporunun **Ağır özürlü** kısmında mutlaka **“Evet”** yazan bir ibare bulunması,
3. Engelli bireyin başkasının yardımı olmadan hayatını devam ettiremeyecek şekilde **bakıma muhtaç olması** gerekli olduğunun heyet raporu ile tespit edilmesidir.

Bakım hizmetleri, bakıma muhtaç engellinin, bakımına yönelik olarak **kişisel bakım hizmetlerini** ve **psiko-sosyal destek hizmetlerini** kapsar. Bunlar (99, 100);

a) Kişisel bakım hizmetleri

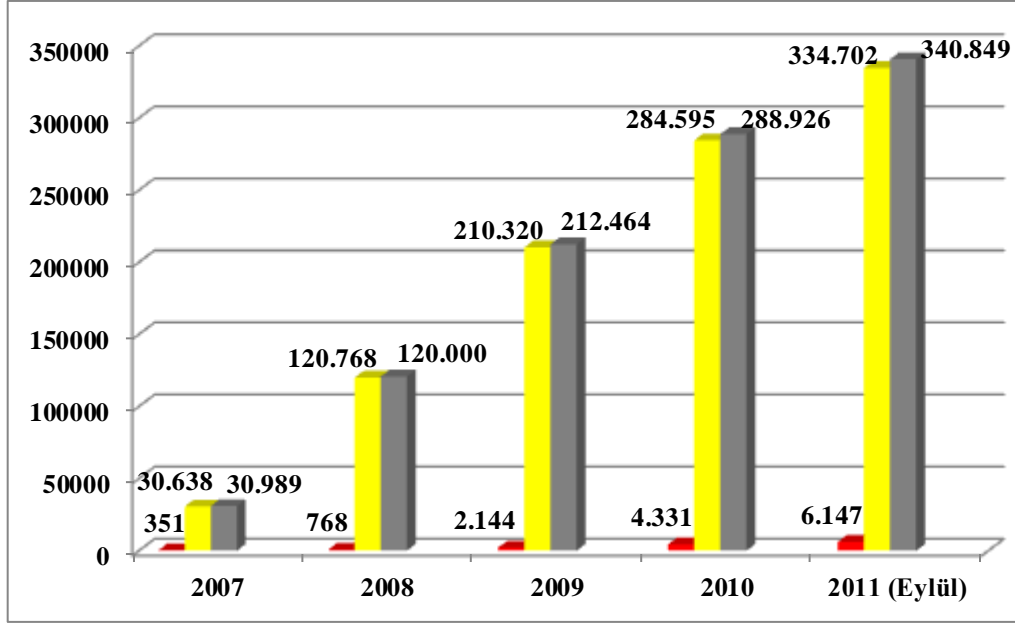
- 1) Banyo yaptırılması,
- 2) Tuvalet ihtiyacını gidermede yardım edilmesi ve gerektiğinde temizliğinin yapılması,
- 3) Tırnaklarının kesilmesi,
- 4) Saçlarının taranması,
- 5) Dişlerinin temizlenmesi,

- 6) Yemek ve içecek ihtiyacının giderilmesi,
- 7) El, yüz ve ayak temizliği,
- 8) Sakal tıraşının yapılması,
- 9) İstenmeyen tüylerin temizlenmesi,
- 10) Elbiselerinin giydirilmesi ve çıkarılması,
- 11) Burun ve kulak temizliğinin yapılması,
- 12) Yatağının temizlenmesi ve düzeltilmesi,
- 13) Odasının temizlenmesi,
- 14) Çamaşırlarının yıkanması gibi hizmetleri içermektedir.

b) Psiko-sosyal destek hizmetleri

- 1) **“Bakıma muhtaç özürlü”** ailesinin, engelli ve engel durumunu kabullenmesine, bilgilendirilmesine yönelik kişisel veya grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri,
- 2) Bakıma muhtaç özürünün; engelini, mevcut durumunu ve yerleştirildiği ortamı kabullenmesine, bilgilendirilmesine ve gelişim alanlarında desteklenmesine yönelik kişisel ve grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri,
- 3) Engelli ve ailesinin sosyal hakları ve mevcut kaynakların kullanılmasına yönelik kişisel ve grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri,
- 4) Engellinin bağımsız yaşama, sosyal hayata uyumuna ve katılımına yönelik sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinlikler ile düzenlenecek bu tür etkinliklere katılabilmesi için refakat hizmetleri,
- 5) Engellinin terk edilme, reddedilme, engel durumunu kabullenememe, ümitsizlik, intihar etme, yalnızlık, sevgisizlik ve benzeri olumsuz duygulardan kurtarılmasına ve depresyon, stres ve benzeri durumların yaşanmasının engellenmesine yönelik kişisel veya grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri gibi psiko-sosyal destek hizmetlerini içermektedir.

SHÇEK'ten alınan verilere göre kurumda ve evde bakım hizmetinden yararlanan kişilerin yıllara göre dağılımı Şekil III'de verildiği gibidir (101).



Şekil III. Evde ve Kurumda Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Yıllara Göre Dağılımı

Şekil III incelendiğinde; 2007 yılında evde bakım hizmetinden 30.638 kişi yararlanırken kurumda bakım hizmetinden yararlanan kişi sayısı 351'dir. 2010 yılında ise evde bakım hizmetinden yararlanan kişi sayısı 284.595'e, kurumda bakım hizmetinden yararlanan kişi sayısı ise 4.331 kişiye ulaşmıştır. 2011 yılı Eylül ayı itibarıyla evde bakım hizmetinden yararlanan kişi sayısı 334.702 iken kurumda bakım hizmetinden yararlanan kişi sayısı 6.147'dir. Toplamda 340.849 kişi evde ve kurumda bakım hizmetlerinden yararlanmaktadırlar (101).

2.10.4.5.3. İş ve İstihdam

Özürllüler Hakkında Kanun'un 12-14. maddeleri bu konuyla ilgilidir. Engellilerin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri bir işte eğitilmesi, mesleğe kazandırılması, verimli kılınarak ekonomik ve sosyal refahının sağlanması ve mesleki rehabilitasyon hizmetlerinin yaygınlaştırılarak mesleğini seçme ve bu alanda eğitim almaları temel amaçtır (102).

“Özürlü, Eski Hükümlü ve Terör Mağduru İstihdamı Hakkında Yönetmeliğe” göre işverenler, işyerlerini, imkânlar ölçüsünde, özürülülerin çalışmalarını kolaylaştıracak şekilde hazırlamak, sağlıkları için gerekli tedbirleri almak, mesleklerinde veya mesleklerine yakın işlerde çalıştırmak, işyerleriyle ilgili bilgi ve yeteneklerini geliştirmek, çalışmalarını için gerekli araç ve gereçleri sağlamak zorundadır (97, 102). Özürülüler, yapabilecekleri işler dışında sağlıklarına zarar verecek diğer işlerde çalıştırılmaz. Uygun koşulların varlığı halinde çalışma sürelerinin başlangıç ve bitiş saatleri, özürülünün durumuna göre belirlenir (97, 102).

İşe alım esnasında ve sonrasında, engellilerin aleyhine ayrımcı uygulamalarda bulunulamaz. Engellilik durumları sebebiyle işgücü piyasasına kazandırılmaları güç olan engellilerin istihdamı, öncelikle **korunmalı işyerleri** aracılığıyla sağlanır (92). Kurum ve kuruluşlar, çalışma yerlerini engellilerin çalışmasını kolaylaştıracak şekilde düzenlemek (**makul düzenleme**), gerekli tedbirleri almak ve engellilerin çalışmalarını ile ilgili özel araç ve gereçleri temin etmek zorundadır (92).

Engelli çalışanlar, işiyle ilgili bir meslek hastalığına yakalanma durumunda, **“Sürekli İş Göremezlik Geliri”** alırlar ve eğer engellinin başka bir geliri varsa onun tamamını, sürekli iş göremezlik gelirin de yarısını hayat boyu alır (97, 103). Engelli işçiler, diğer işçilere yapılan sosyal yardımlardan aynen yararlanırlar. Toplu iş görüşmelerinde engelli işçiler aleyhine hükümler kurulamaz. Engelliler kendi işini kurduğunda, gelir vergisi indiriminden yararlanabilirler. Özelleştirme, kapatma ya da tasfiye nedeniyle işten çıkarılma durumunda, 2 katı tutarında iş kaybı tazminatı ödenir. Engelli birey çalıştırırken aşağıdaki şekilde **kota sistemi** uygulanır (97, 103);

4857 Sayılı İş Kanununa göre; Özürülü işçi istihdamından, Türkiye İş Kurumu sorumludur. 50 ve üzerinde işçi çalışan özel sektörde %3 özürülü, kamu işyerlerinde %4 özürülü ve %2 eski hükümlü çalıştırma zorunluluğu vardır. Aynı il sınırları içinde birden fazla işyeri bulunan işverenin bu kapsamda çalıştırmakla yükümlü olduğu işçi sayısı, toplam işçi sayısına göre hesaplanır (97, 103).

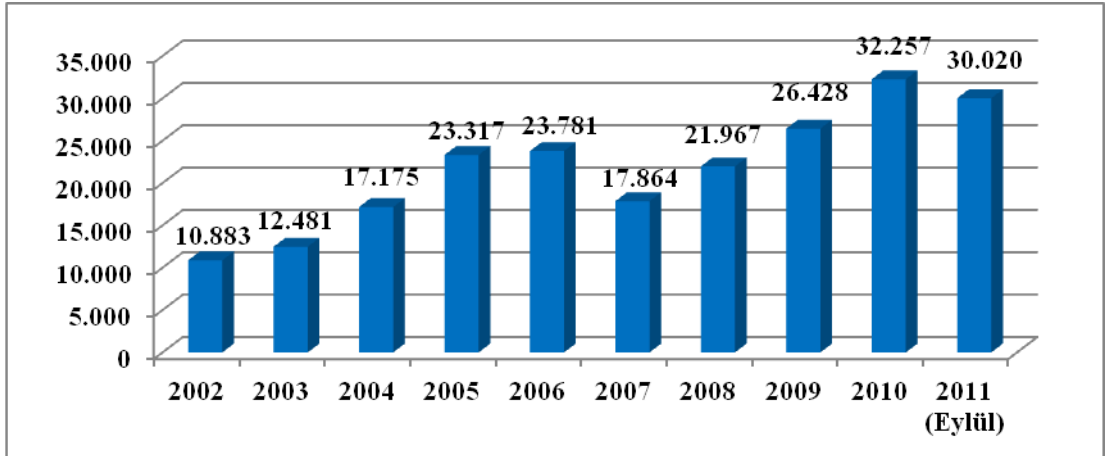
Özürülü memur istihdamından Özürülü Memur Seçme Sınavı (ÖMSS) sonucuna göre, Devlet Personel Başkanlığı sorumludur ve %3 özürülü memur çalıştırma

zorunluluğu vardır. Bu konuda caydırıcılık ve teşvik amaçlı bazı düzenlemeler yapılmıştır. Bunlar (97);

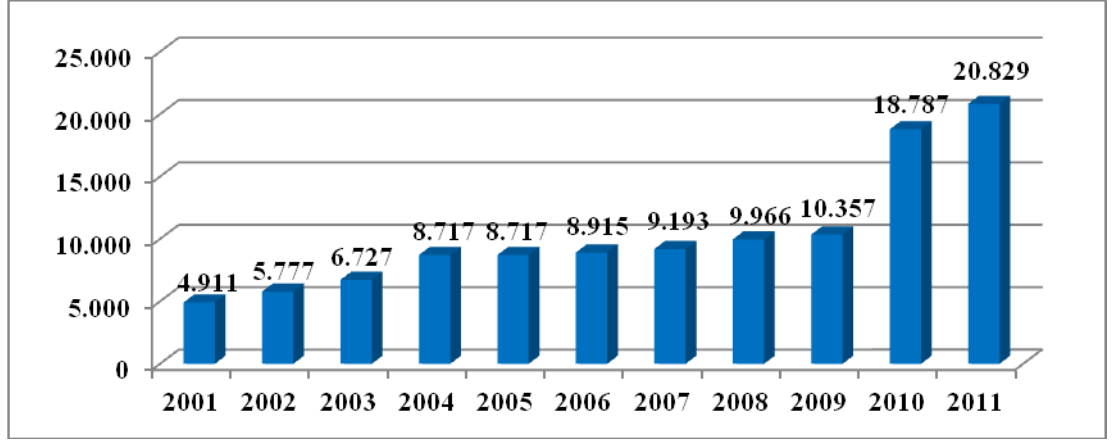
Teşvik: Yükümlü olmadığı halde engelli çalıştıran, mevzuattaki orandan daha fazla engelli çalıştıran, engel derecesi %80'den fazla olan engelli çalıştıran işverenin ödeyeceği sigorta priminin %50'si hazine tarafından karşılanır (97).

Ceza: Her ay çalıştırmadığı her engelli birey için para cezası vardır (her ay için 750 TL. Toplanan para cezaları, engellilerin meslekî eğitim ve meslekî rehabilitasyonu, kendi işini kurma ve bu gibi projelerde kullanılmak üzere Türkiye İş Kurumuna aktarılmaktadır). Engelli memur çalıştırmamanın herhangi bir müeyyidesi bulunmamaktadır (97, 104).

Türkiye İş Kurumu ve Devlet Personel Başkanlığı verilerine göre, kamu ve özel sektörde istihdam edilen engelli işçi ve memurların yıllara göre dağılımları Şekil IV ve V'de gösterilmiştir (101).



Şekil IV. Kamu ve Özel Sektörde Çalışan Engelli İşçilerin Yıllara Göre Dağılımı



Şekil V. Kamu Kurumlarında Çalışan Engelli Memurların Yıllara Göre Dağılımı

Bu verilere göre 2002 yılında, kamu kurumlarında ve özel sektörde istihdam edilen **engelli işçi** sayısı 10.883 kişi iken, 2011 yılı Eylül ayında 30.020 olmuştur. Yine 2002 yılında kamu kurumlarında istihdam edilen **engelli memur** sayısı 5.777 iken, yıllar itibari ile sürekli artarak 2011 yılında 20.829 olmuştur (101).

Devlet Personel Başkanlığı'nın 2013 yılı verilerine göre; tüm kamu kurumlarında istihdam edilen engelli memur sayısı toplam 27443 kişidir. İstihdam edilen engelli memurların cinsiyetine, engel oranlarına ve engel gruplarına göre dağılımları Tablo XI'de gösterilmiştir. Engel oranları arttıkça istihdam edilme oranı azalmaktadır. En fazla istihdam edilenler ortopedik engelliler iken, en az istihdam edilenler dil ve konuşma engelliler olarak karşımıza çıkmaktadır (105).

Tablo XI. Tüm Kamu Kurumlarında istihdam edilen engelli memurların cinsiyet, engel grupları ve engel oranları dağılımı

	(%)	Kadın	Erkek	Toplam
Engel oranı	40-60	4411	16831	21242
	61-80	680	2647	3327
	81-100	681	2193	2874
Engel oranı toplamı		5772	21671	27443
Engel grubu	İŞİTME	385	1220	1605
	DİL ve KONUŞMA	75	263	338
	SÜREĞEN (KRONİK)	269	1265	1534
	RUHSAL ve DUYGUSAL	38	275	313
	ZİHİNSEL	146	885	1031
	ORTOPEDİK	2418	7832	10250
	GÖRME	1211	4917	6128
	SINIFLANAMAYAN	1230	5014	6244
Engel grubu toplamı		5772	21671	27443

2.10.4.5.4. Özel ve Mesleki Eğitim

Engelli bireyler, Anayasal güvence altında olan ve Kanun ve Yönetmeliklerle çerçevesi çizilen temel eğitim ilkeleri doğrultusunda genel eğitim, özel eğitim ve mesleki eğitim alma haklarına sahiptir (97).

Özel eğitim hizmetleri, 573 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve 31.05.2006 tarih ve 26184 sayılı RG’de yayınlanarak yürürlüğe giren “Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliğine” göre yürütülmektedir (97).

5378 sayılı Özürlüler Kanunu'nun 15. maddesinde, “hiçbir gerekçeyle özürlülerin eğitim alması engellenemez. Özürlü çocuklara, gençlere ve yetişkinlere, özel durumları ve farklılıkları dikkate alınarak, bütünleştirilmiş ortamlarda ve özürlü

olmayanlarla eşit eğitim imkânı sağlanır.” ibaresi yer almaktadır (101). Bu eğitim, kurumda veya talep edilmesi halinde evde de olabilmektedir (97).

Özel eğitim alabilmek için %20 oranında Özürlü Sağlık Kurulu Raporu almak gerekir. Özel eğitim, hem çocuğu hem de ailesini kapsar ve gerekli görülürse bu eğitim kurum dışında evde verilebilir (97, 103, 104). Özürlü Sağlık Kurulu Raporu ve Rehberlik Araştırma Merkezi (RAM) yönlendirme raporu alan zihinsel, ruhsal, görme, işitme ve ortopedik engelli çocuklar için Milli Eğitim Bakanlığı eğitim yardımı yapmaktadır. Ayrıca “Özel Eğitime İhtiyacı Olan Öğrencilerin Okullara ve Kurumlara Erişiminin Ücretsiz Sağlanması Projesi” kapsamında (97, 103, 104); Görme engelliler okullarında, İşitme engelliler okullarında, Ortopedik engelliler okullarında, Otistik çocuklar eğitim-iş eğitim merkezlerinde, Zihinsel engelliler okullarında, Uyum güçlüğü olanlar okulunda, Özel eğitim okulları bünyesinde ana sınıfında, Özel eğitim sınıflarında eğitim alan öğrenciler, bu okullara ücretsiz taşınmaktadır (97).

İşitme engelli öğrenciler meslek liselerine sınavsız girebilmektedir. Yüksek Öğretime girmeye hak kazanan engelli öğrenciye Başbakanlık Bursu ve yardımcı ders araç ve gereçleri verilir (SYDGM aracılığıyla). Engelli öğrencilerin kredi ve yurtlar kurumunda öncelik hakkı (%40 ve üzeri özür oranı olanlara, harç ve öğrenim kredisi önceliği, harç kredisi geri ödemesinde %50 indirim hakkı) vardır (97, 103, 104). Ayrıca Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM), engellilere 25 puana kadar avantaj ve ek kontenjan hakkı sağlamaktadır. Halk eğitim merkezlerinde %40 ve üzeri engelle sahiplerden ücret alınmamaktadır. Üniversite sınavında gerekli fiziksel düzenlemeler yapılmakta, görme engelliler için ek 30 dakikalık süre tanınmakta ve sınav sorularını okuyup yazacak, diksiyonu düzgün yardımcı refakatçi sağlanmaktadır (97, 103, 104).

Sınav duyuruları Devlet Personel Başkanlığı tarafından resmi gazetede, tirajı yüksek ulusal gazetelerde ve TRT'nin televizyon ve radyo kanalları aracılığıyla yapılmaktadır (103, 104).

Engellilerin 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. Sosyal Hizmetler Müdürlükleri'nce işitme engellilere tercümanlık yapmak üzere işaret dili bilen personel görevlendirilecektir (102).

Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim ve Rehberlik Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı verilere göre; 1999-2000 yılında kaynaştırma eğitiminden yararlanan öğrenci sayısı 17.724 iken bu sayı, 2010-2011 yılında 93.000'e ulaşmıştır (101).

2.10.4.5.5. Özlük Hakları

5378 Sayılı Özürlüler Kanunu 21. maddesiyle 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa ek 39. madde eklenmiştir (102). Buna göre; özürlü devlet memurunun kendisi ya da bakmakla yükümlü olduğu özürlü eşi, çocukları, kardeşleri ve anne babası olması durumunda ilgili kurumun atama, tayin ve nakil yönetmeliklerine uygun olarak tedavi ve eğitiminin yapılabileceği uygun boş bir kadroya ataması yapılır (Ağır özürlü ve bakıma muhtaç ibareli rapor olmak şartıyla). Mesleği olan özürlü devlet memurları, mesleklerine uygun münhal kadrolara atanacak ve mesleklerini icra ederken kullanacakları yardımcı araç ve gereçler kurumlarınca karşılanacaktır (Özürlüler Kanunu madde 21-22) (97, 102).

5510 sayılı Kanunda yapılan bir düzenleme ile özürlü çocuğu olan kadınlara erken emeklilik hakkı tanınmıştır. Ayrıca Özürlü memurlara isteği dışında gece nöbeti ve gece vardiyası görevi verilmeyecektir (97, 102).

Özürlüler Kanunu'nun 38. maddesi ile 2001 tarihli ve 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'nun 348. maddesinde yer alan, anne veya babadan birisinin özürlü olmasının, çocuğun velayetinin alınmasına yeterli gerekçe oluşturmasına ilişkin hüküm iptal edilmiştir (102).

2.10.4.5.6. Özürlü Aylığı

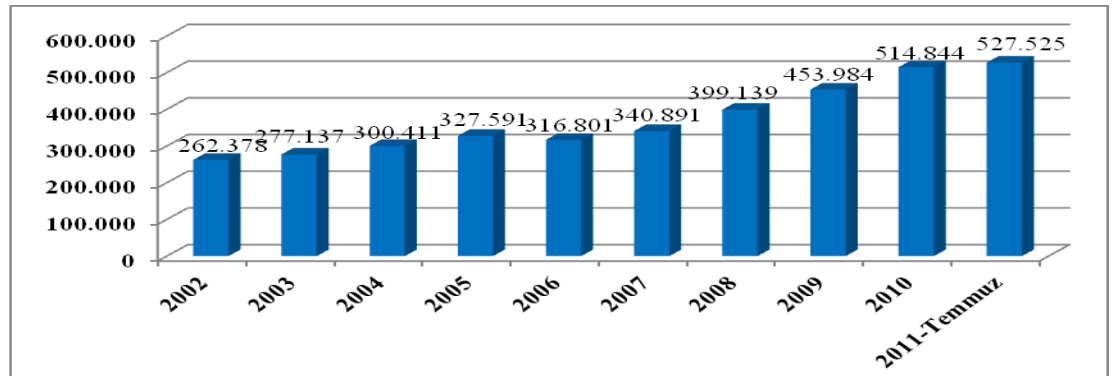
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü tarafından, 2022 sayılı yasa kapsamında bağlanan aylıktır. İllerde Defterdarlıklar,

ilçelerde Mal Müdürlükleri tarafından koordine edilerek hak sahiplerine verilir. Bu aylıktan aşağıdaki şartlara sahip kişiler faydalanırlar (97, 102);

- % 40 ve üzeri engel sahibi olanlar,
- Kanunen bakmakla yükümlü kimsesi bulunmayanlar,
- Sosyal güvenlik kurumlarından her ne ad altında olursa olsun bir gelir veya aylık hakkından yararlanmayan ve SGK' ya prim ödemeyenler,
- Nafaka bağlanmamış veya bağlanması mümkün olmayanlar,
- Mahkeme kararıyla veya doğrudan bir mevzuat gereği bağlanmış herhangi devamlı bir gelire sahip bulunmayanlar,
- Her türlü gelirleri toplamının aylık ortalaması, kanunla belirlenen muhtaçlık sınırının altında olan kişiler,
- Yukarıdaki koşullara sahip olup kanunen bakmakla yükümlü olunan 18 yaşını tamamlamamış engelli yakını bulunanlar ile muhtaçlık sınırından az geliri bulunan 18 yaşından büyük engelli bireyler.

Özür oranına göre aylık miktarı değişir ve 3 aylık aralarla ödenir. Yetim aylığı almakta olan özürülülerin geliri, özürülü aylığından az ise aradaki fark tamamlanır (97). Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından bağlanan yaşlı, özürülü ve özürülü yakını aylıkları 2022 sayılı Kanun'un 1. maddesinde belirtilen gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu hesaplanmaktadır (106).

Sosyal Güvenlik Kurumu Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü'nden alınan verilere göre 2022 sayılı Kanundan yararlanarak maaş alan engelli birey sayılarının yıllara göre dağılımı Şekil VI'da gösterilmiştir (101).



Şekil VI. 2022 Sayılı Kanun Kapsamında Maaş Alan Kişilerin Yıllara Göre Dağılımı

Şekil VI'daki verilere göre; 2002 yılında, 2022 sayılı kanundan yararlanarak maaş alan kişilerin sayısı 262.378 iken 2011 yılı Temmuz ayı itibari ile bu maaştan yararlanan kişi sayısı 527.525'dir. Haziran 2011 itibariyle özürlü silikozis hastaları da 2022 sayılı kanundan yararlanarak maaş alan kişilerin içinde yer almaya başlamıştır (101).

Bu kapsamda yer alan kişiler (101):

- Bakıma muhtaç yaşlı aylığı (65 yaş ve üzerinde olanlar ile %70 üzeri özürlü)
- Özürlü aylığı (%40-69 özürlü olanlar)
- Bakıma muhtaç özürlü aylığı (%70 ve üzerinde özürlü olanlar)
- Özürlü yakını aylığı (18 yaş altı, %40 özürlü yakını)
- Özürlü Silikozis Hastaları

2.10.4.5.7. Muhtaç Aylığı

Vakıflar Genel Müdürlüğü tarafından ödenen aylıktır (97). Ayrıca muhtaç durumda olup herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlara Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca aynı ve nakdi yardımlar da yapılmaktadır (101). Vakıflar Yönetmeliğinin hükümlerine göre, aşağıdaki özelliklere sahip kişilere verilir (97);

- % 40 ve üzeri özre sahipler,
- 18 yaşından büyük özürlü bireyler,
- 18 yaşından küçük özürlü çocuğu bulunan anne babalar,
- Anne babası olmayan 18 yaşından küçük yetim çocuklar,
- Mahkeme kararı veya kanunla bakım altına alınmamış olanlar,
- Sosyal güvencesi ve herhangi bir geliri olmayanlar,
- Gelir getirici taşınır ve taşınmaz malı olmayanlar ya da olup da bunların değeri toplamı muhtaç aylığı miktarını geçmeyenler.

2.10.4.5.8. Yardımcı Araç, Gereç, Cihaz, Bilgi ve İletişim Teknolojilerine Ulaşım

Bu yardımlar; SGK, Valilikler, Kaymakamlıklar, Belediyeler, Kızılay, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları, Çeşitli Dernek, Vakıf, Federasyon ve Konfederasyonlar tarafından karşılanır (97).

Her tür tedavi ve bakım araç gereç ve cihazları, ortez-protez, işitme ve konuşma cihazları, görme engellilere yönelik cihazlar ve tekerlekli sandalyeler, sağlık kurul raporu ile karşılanır (Katkı payı, peşin ödeme veya fatura karşılığı geri ödeme sistemi ya da tamamının SGK tarafından karşılanabilmesi söz konusudur. Karşılanmayan kısımları için, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Dernekleri, Valilik ve Kaymakamlıklara başvurulabilir) (97).

Ayrıca hastalığı nedeniyle “mesane veya rektum kontrolü olmadığı” (çocuklar için en az 2 yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) ve hasta altı bezi kullanması gerektiğinin belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak reçete düzenlenmesi halinde, ihtiyaca binaen kullanılması öngörülen hasta alt bezine ait fatura bedelleri birer aylık devreler halinde SGK tarafından ödenir (97).

Bunlara ilaveten; engellilerin eğitimi, çalışması veya fiziksel, ruhsal gelişimlerine yönelik olarak özel olarak imal edilip yurtdışından ithal edilmiş eşyalar (kararnamede sayılan) gümrük vergisinden muaftır. Bunlar (97, 98);

- Ortopedik cihazlar (motorlu-motorsuz koltuk, merdiven çıkabilen koltuk, bisiklet, protez),
- İşitme ve konuşma cihazları,
- Eğlence merkezleri için özel oyun ekipmanları,
- Görmeyenler için eğitsel matbu yayınlar, kabartma baskılar ve kağıtlar, braille kağıdı, beyaz bastonlar, engel dedektörü, sesli banka ATM’leri ve bunların yedek parça ve aksesuarları.

Ayrıca yukarıdakilere ilaveten, engellilerin yaşamlarını kolaylaştırıcı ve ülkemize de yeni girmekte olan aşağıdaki cihazlar da talep edilmesi halinde gümrük vergisinden muaf olarak ithal edilebilmektedir (98).

Görme Engelliler için;

- Raymond Kurzweil'in bulduğu yazılı bir metni sesli okuyan cihaz (bu cihazla, Braille kullanmadan, başkasına okutmadan kitap okumak mümkün olacaktır.)
- Ekran büyütücüleri
- Ekran okuyucu yazılımlar
- Braille girdi-çıkı donanımları

İşitme Engelliler için;

- İletişim cihazı (TDD; Telefondaki sesi yazıya çeviren cihaz)
- Ses ve konuşma çevirileri yapan cihaz
- Ses yükselticileri
- Frekans ayarlayıcılar
- Sinyal sistemleri

Fiziksel Engelliler için;

- Vücutta taşınan işaretleme araçları
- Ses ve yazı çeviriciler
- Akıllı sözlükler
- Geliştirilmiş klavye özellikleri (Sticky keys)

Bilgiye Erişilebilirlik; kamu web sitelerine özürülülerin erişebilirliği için Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından “**e-erişilebilirlik kılavuzu**” hazırlanmıştır (107). Kamudaki tüm kurum ve kuruluşların web sitelerinin engelliler tarafından erişilebilir hale getirilmesi gerekmektedir. E-erişilebilirlik kılavuzu www.ozida.gov.tr adresinde yayımlanmaktadır (107).

2.10.4.5.9. Özürlü Kimlik Kartı

19.07.2008 tarihli ve 26941 sayılı RG'de yayınlanarak yürürlüğe giren “Özürlüler Veri Tabanı Oluşturulmasına ve Özürlülere Kimlik Kartı Verilmesine Dair Yönetmelik” gereği özürülülere tanınan hak ve hizmetlerden yararlanmak üzere, özürlü kişilere verilen kimlik kartıdır (108). Özürlü kimlik kartı, Valilikler (İl Sosyal Hizmetler Müdürlükleri) tarafından düzenlenmektedir (97).

Özürli kimlik kartı, Özürli Sağlık Kurulu Raporu yerine geçmez. Kimlik kartına sahip her Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, mevzuatta engelli kişilere tanınan hak ve hizmetlerden yararlanır. Kimlik kartı alıp almamak engelli kişinin isteğine bağlıdır. Yabancı ülkede yaşayan Türk vatandaşlarının yaşadığı ülke makamlarınca verilmiş olan Özürli Sağlık Kurulu Raporu Türkiye’de geçerli değildir. Bu karta sahip olmak engellilere sağlanan tüm haklara sahip olmak anlamına gelmez, her kurumun düzenlemesi farklıdır. Bunun yanında bazı kamu ve özel sektör kuruluşlarının, özürli kimlik kartı, nüfus cüzdanına işlenmiş özürlilik bilgisi ya da özürllere verilen sağlık kurulu raporunu esas alarak özürllere sağladığı kolaylıklar bulunmaktadır (97).

2.10.4.5.10. Engellilere Yönelik İndirimler

“Özürllük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürllere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak alınmış Sağlık Kurulu Raporu, özürli kimlik kartı veya özürli ibaresi bulunan nüfus cüzdanlarının ibraz edilmesi ile aşağıda sayılan indirimlerden faydalanmak mümkündür (97, 103, 104, 106):

- Şehirlerarası yolcu otobüslerinde, “Karayolları Taşıma Yönetmeliğinin 57. maddesinin 11. fıkrası” gereği; % 40 oranında özürli olduğunu belgeleyen kişiler için, bilet ücretlerinde %30 indirim yapılmaktadır.
- Bazı belediyeler, belediye meclislerinde alınan kararlar doğrultusunda, özürlleri şehir içi otobüs, vapur, su, metro vb. hizmetlerinden ücretsiz veya indirimli faydalandırmaktadırlar.
- Belediyelere ait ve belediyeler tarafından işletilen veya kiraya verilen büfeler, otoparklar gibi işyerlerinin özürllere tarafından işletilmesi konusunda kolaylık getirilmiştir.
- %40 ve üzeri olan özürli yolcunun sadece kendisi, özür oranı %50 ve üzeri olan ağır özürli yolcunun kendisi ve varsa beraberindeki refakatçisi, Devlet Demir Yolları ana hat yolcu trenlerinde %50 indirimli olarak seyahat edebilmektedirler.

- Türk Hava Yolları, %40 ve üzeri oranda özürli olan yolculara, tüm iç ve dış hatlarda %25 indirim sağlamaktadır. Ayrıca, “refakatçi ile seyahat etmelidir” ibaresi bulunan doktor raporunun ibraz edilmesi halinde, özürli yolcu ile birlikte yanındaki refakatçisine de tüm iç ve dış hatlarda %25 oranında indirim sağlanmaktadır.
- Müze ve ören yerlerine, özürliüler ile bir refakatçisi, gaziler, şehit ve gazilerin eş ve çocukları, 65 yaş ve üstü Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları kimliklerini ibraz etmek suretiyle ücretsiz biletle girmektedirler.
- Özürliüler, harp malulü ve gaziler ile bunların eşleri, çocukları ve anne babalarından, kimliklerini ibraz etmek suretiyle milli parklar, tabiatı koruma alanları ve tabiat parklarına girişte ücret alınmamaktadır.
- GSM operatörleri (Telsim ve Vodafone; Cep Özel Engelliler, Turkcell; Destekcell, Avea; Elele kampanyaları gibi.) ve bazı özel televizyon ve internet firmaları (Türk Telekom, TTNET ve Digtürk’ ün “Sosyal Tarife Paketi”), özürli kişilere özel tarifeler uygulamaktadır.
- Devlet tiyatroları gösterilerini, özürliülere ve 2022 sayılı yasa kapsamındaki kişilere ücretsiz olarak sunmaktadır. Ayrıca tüm sinema ve özel tiyatrolarda indirimli tarife uygulanmaktadır.

2.10.4.5.11. Engellilere Yönelik Belediye Hizmetleri

5393 Sayılı Belediye Kanunu’nun 14. maddesi (97);

- Engellilerin barınması, bakım ve rehabilitasyonu için merkezler açmak,
- Danışma ve rehberlik hizmetleri sunmak,
- Ücretsiz muayene ve ilaç yardımı yapmak,
- Ayni ve nakdi yardımlarda bulunmak,
- Ücretsiz - indirimli ulaşım sunmak,
- Özel kurslar, şenlik, gezi ve spor müsabakaları düzenlemek

5216 Sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu'nun 7. maddesi (97);

- Büyükşehir Belediyeleri'nde engellilerle ilgili bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık, sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri vermek için "Engelli Hizmet Birimleri" oluşturulmuştur.
- Sağlık, eğitim ve kültür hizmetleri için tesisler yapmak,
- Sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık birimleri kurmak,
- Kimsesiz ve evsizler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik sosyal ve kültürel hizmetler yürütmek,
- Meslek ve beceri kursları açmak,
- Bu alanda çalışan Üniversiteler, Yüksek Okullar, Meslek Liseleri, Kamu Kurum ve Kuruluşları ve STK' lar ile işbirliği yaparak onlara destek olmak.

2.10.4.5.12. Fiziksel Çevre ve Mimari Düzenlemeler

5378 sayılı Özürlüler Kanunu'nun 19. maddesine göre; engellinin yaşamı için zorunluluk gösteren proje tadili, oluşturulacak bir komisyonda değerlendirilecek ve eğer yapılacak değişiklik, bina güvenliğini tehlikeye atmıyorsa (teknik komisyon kararı ile) yapılabilecektir (50, 97).

572 sayılı KHK ve ardından İmar Mevzuatında yapılan düzenlemelerle yapı çevrenin engelliler için ulaşılabilir kılınması amaçlanmıştır (97). 6 Haziran 1997 tarihli 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 1. maddesiyle, 3194 Sayılı İmar Yasası'na bir madde eklenmiş ve "Fiziksel çevrenin özürlüler için ulaşılabilir ve yaşanabilir kılınması için, imar planları ile kentsel, sosyal, teknik altyapı alanlarında ve yapılarda TSE'nin ilgili standartlarına uyulması zorunludur" hükmü getirilmiştir. Buna göre hazırlanan İmar Yönetmeliklerinde de; açık alanlarda (yol, otopark, park, yaya bölgesi, meydan ve kaldırımlarda) ve umumi yapılarda (okul, hastane, alışveriş merkezi, sinema, vb.) ulaşılabilirliğin sağlanması için TSE standartlarına uygun düzenleme yapılması hükümleri yer almaktadır (97).

Ayrıca 5378 sayılı Özürlüler Kanunu'nun geçici 2. maddesinde; "kamu kurum ve kuruluşlarına ait mevcut resmi yapılar, mevcut tüm yol, kaldırım, yaya geçidi, açık ve yeşil alanlar, spor alanları ve benzeri sosyal ve kültürel alt yapı alanları ile

gerçek ve tüzel kişiler tarafından yapılmış ve umuma açık hizmet veren her türlü yapılar, bu Kanun'un yürürlüğe girdiği tarihten itibaren yedi yıl içinde özurlülerin erişilebilirliğine uygun duruma getirilir" denmektedir (50, 97).

Geçici 3. maddesinde de; "Büyükşehir belediyeleri ve belediyeler, şehir içinde kendilerince sunulan ya da denetimlerinde olan toplu taşıma hizmetlerinin özurlülerin erişilebilirliğine uygun olması için gereken tedbirleri alır. Mevcut özel ve kamu toplu taşıma araçları, bu Kanun'un yürürlüğe girdiği tarihten itibaren yedi yıl içinde özurlüler için erişilebilir duruma getirilir" denmektedir (50, 97).

Yine Özurlüler Kanunu'nun 31. maddesinde, özurlülere ait park yerleri oluşturulması gerektiği ve bu yerlerin diğer bireylerce işgal edilmesi halinde 2 kat para cezası uygulanacağı belirtilmektedir (50, 97).

2.10.4.5.13. Spor, Medya, Seçimlere ve Diğer Yaşam Alanlarına Katılım

5378 Sayılı Özurlüler Kanunu'nun 33. maddesi; "Özurlü bireylerin spor yapabilmelerini sağlamak ve yaygınlaştırmak üzere; spor tesislerinin özurlülerin kullanımına da uygun olmasını sağlamak, spor eğitim programları ve destekleyici teknolojiler geliştirmek, gerekli malzemeyi sağlamak, konu ile ilgili bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmaları ile yayınlar yapmak, spor adamları yetiştirmek, özurlü bireylerin spor yapabilmesi konusunda ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yapmak..." şeklinde düzenlenmiştir (50, 97).

Ayrıca yine bu yasaya dayanarak, özurlü kimlik kartı ile tüm tesislerde, federasyonca veya il müdürlüklerince düzenlenen spor faaliyetlerine girişte ücret alınmaması veya indirimli tarife uygulanması istenmiştir ve uygulanmaya başlanmıştır (97).

Özurlüler Kanunu'nun 37. maddesiyle, 3984 sayılı "**Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayınları Hakkında Kanun**"un 4. maddesi değiştirilerek, "Kadınlara, güçsüzlere, özurlülere ve çocuklara karşı şiddetin ve ayrımcılığın teşvik edilmemesi" gerektiği belirtilmiştir (97). Medyada 2003-2005 yılları arasında engellilerle ilgili olarak çıkan haberlerin nitelik ve niceliği

incelendiğinde; 2005 yılında Özürlüler Kanunu çıktıktan sonra, medyada özürlülerle ilgili yapılan yayınlarda artış olduğu ve bunların daha çok özürlülerin sosyal aktiviteleri, kültür, sanat ve spor alanındaki çalışmalar ve özürlülerin maruz kaldıkları olumsuzluklarla ilgili yayınlar olduğu saptanmıştır (97, 101).

Yine Özürlüler Kanunu'nun 50. maddesiyle, Türk Ticaret Kanunu'nun 668. maddesinde yer alan ve görme özürlü bireylerin poliçe altına attıkları imzanın usulen tasdik edilmiş olmadıkça geçerli olmayacağına ilişkin hüküm ve Borçlar Kanunu'nun 14. maddesinde yer alan görme özürlü bireylerin imzalarının usulen tasdik edilmedikçe bağlayıcı olmayacağına ilişkin hüküm kaldırılmıştır (97).

Ayrıca 23 ve 24. maddeler ile de, 1512 sayılı Noterlik Kanunu'nun 73. maddesi, başlığıyla birlikte şu şekilde değiştirilmiştir; ilgilinin işitme, konuşma veya görme özürlü olması: “Noter, ilgilinin işitme, konuşma veya görme özürlü olduğunu anlarsa, işlemler özürlünün isteğine bağlı olmak üzere iki tanık huzurunda yapılır. İlgilinin işitme veya konuşma özürlü olması ve yazı ile anlaşma imkânının da bulunmaması halinde, iki tanık ve yeminli tercüman bulundurulur ve eğer noter gerekli görürse ilgili, tanık ve tercümanın parmak bastırmasını isteyebilir. Mühür kullanılmışsa parmağın da bastırılması zorunludur” (Yasa önceki halinde sağır, dilsiz ya da görme özürlü kişilerin noterdeki işlemlerinin iki tanık huzurunda yapılmasını zorunlu kılmaktaydı. Yeni halinde ise, özürlünün istemesi halinde tanık bulundurulacaktır) (97).

13.02.2011 tarihli ve 6111 sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve KHK'lerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un 213. maddesi ile 6098 sayılı Borçlar Kanunu'nun 15. maddesi, “görme engellilerin talepleri halinde imzalarında şahit aranır. Aksi takdirde görme engellilerin imzalarını el yazısı ile atmaları yeterlidir” şeklinde değiştirilmiştir (önceden görme engelli kişinin imzasının geçerli olması için şahit bulundurması zorunluydu) (97).

1997 tarihli ve 572 sayılı KHK'nın 25. maddesi ile 1972 tarihli ve 1543 sayılı Genel Nüfus Yazımı Kanunu'na, “yazım kurulları, özürlülerin, özürlülük durumlarını belirtmek suretiyle yazımını sağlayacak tedbirleri alırlar. Herkes, kendisinin veya

- Özürlü hizmet erbabı,
- Bakmakla yükümlü olduğu özürlü kişi bulunan hizmet erbabı (Ana, baba, eş ve çocukları),
- Özürlü serbest meslek erbabı,
- Bakmakla yükümlü olduğu özürlü kişi bulunan serbest meslek erbabı,
- Basit usulde vergilendirilen özürünün kendisi (Burada kastedilen imalat, tamirat ve küçük sanat işleri ile uğraşan terzi, tamirci, marangoz gibi işleri yapan özürülüdür)

Bakmakla yükümlü olduğu özürlü kişi bulunanların sakatlık indiriminden faydalanabilmesi için, bu yükümlülüğü gösterir belge istenmektedir (97, 109).

SGK'nın maluliyet oranı hesaplamalarında kullanılan (11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı RG) "Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği"nin 15. maddesine göre, sigortalıların ve özürlü çocuklarının **başka birinin sürekli bakımına muhtaç olma halleri** aşağıdaki şekilde belirtilmiştir (37);

- a) Kuadripleji, parapleji, dipleji ve sigortalının yaşamını kendi başına yürütmesine engel hemipleji veya merkezi sinir sisteminin sfinkter bozuklukları ile birlikte olan diğer hastalık ve arızalar.
- b) Süreli veya sürekli ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde kalmayı gerektiren ve tedavi edilemeyen psikotik hastalıklar.
- c) İki gözde de yüzde yüz (tam) görme kaybı.
- ç) İki elin kaybı.
- d) Bir kolun omuzdan ve bir bacağın kalçadan kaybı.
- e) Her iki bacağın alttan en az 1/3'ünün kaybı.
- f) Tedavisi olanaksız bir hastalıktan ileri gelen ağır beslenme bozuklukları ve kaşeksiler.
- g) (Ek bent: 22.01.2011 - 27823 S.R.G Yön/3.mad) Yukarıda tespit edilen hastalık ve arızalar dışında kaldığı halde tedavi edilemeyen, başka birinin sürekli bakımına muhtaç olan ağır hastalık ve arızalar.

Gelir vergisi indiriminden faydalanmak için, illerde Defterdarlık Gelir Müdürlüğüne, bağımsız vergi dairesi bulunan ilçelerde Vergi Dairesi Müdürlüğüne, diğer ilçelerde Mal Müdürlüğüne başvurmak gerekmektedir (97, 103).

Çalışma gücü kayıp oranları (97, 104, 106, 109);

Özel sektörde işçi olarak çalışanlar;

- %40-59: **3. derece sakat** kabul edilmekte ve 180 TL üzerinden hesaplama yapılmakta
- %60-79: **2. derece sakat** kabul edilmekte ve 380 TL üzerinden hesaplama yapılmakta
- %80 üzeri: **1. derece sakat** kabul edilmekte ve 770 TL üzerinden hesaplama yapılmakta

Gelir İdaresi Başkanlığının 1981 ile 2009 yılları arasını kapsayan 2009 faaliyet raporunda; belirtilen yıllar arasında toplam 314.424 kişinin özürlü raporu aldığı, bunların da yaklaşık 115.000'inin %40 barajını aşmadığı saptanmıştır. Gelir vergisi indiriminden (sakatlık indirimi) faydalananların sayısı son 10 yılda 2 kat artmıştır (150.617). Ayrıca son 10 yılda en fazla %40-59 oranında çalışma gücünü kaybeden özürsüzler (88.932 kişi) sakatlık indiriminden yararlanmışlardır (101).

5378 Sayılı Özürsüzler Kanunu'nun 22. maddesi ile 1970 tarihli ve 1319 sayılı Emlak Vergisi Kanunu'nun 8. maddesine "gazilerin" ibaresinden sonra gelmek üzere, "özürsüzlerin" ibaresi eklenmiştir. Buna göre; 200 metrekareden küçük tek konutu olan özürsüzler, Emlak Vergisinden muaf tutulmuşlardır (50, 97).

197 Sayılı MTV Kanunu'nun 4. maddesine göre, bizzat maluller tarafından kullanılan ve %90 ve üstü oranında özürsüz sağlık kurulu raporu bulunan tüm özürsüzler, MTV'den muaf tutulmuşlardır (97, 110).

Engellilere destek olmak amacıyla eğitimleri, meslekleri ve günlük yaşamları için üretilmiş her türlü araç, gereç ve özel bilgisayar programları, KDV'den muaf tutulmuştur. Ancak bu indirim taşıtlar için geçerli değildir (97, 106).

Engellilerin eğitimi, çalışması veya fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimlerine yönelik olarak özel suretle imal edilmiş olup, malul ve engellilerin kendi kullanımları için yurtdışından getirttikleri veya onlara yardım sağlanması amacıyla yönelik olarak kamu yararına faaliyette bulunan dernekler ile Sağlık Bakanlığı'nca yetki verilmiş kurum ve kuruluşlarca ithal edilen ve Kararnamede sayılan eşyalar, gümrük vergisinden muaf. Gümrük vergisinden muaf olan eşyalar (97, 106);

- Görme engelliler için; eğitsel, bilimsel veya kültürel gelişimlerine yönelik olmak üzere özel surette imal edilmiş matbu yayınlar, kabartma baskılar ve kağıtlar, braille kağıdı, beyaz bastonlar, yazı ve kelime işlem makineleri, konuşan kitaplar, kasetçalarlar, büyütücü televizyon ekranları, elektronik yer saptayıcı ve engel dedektörü, saatler ve diğer parçalar vb.
- Ortopedik engelliler için; ortopedik cihazlar, motorlu veya motorsuz koltuklar, bisiklet, motosiklet, koltuk değnekleri, protez organlar vb.
- İşitme engelliler için; işitmeyi kolaylaştırıcı cihazlar,
- Vücut kusur veya noksanlığını gidermek amacıyla üstte veya elde taşınan veya vücudun içine yerleştirilen diğer cihazlar,
- Eğlence merkezleri için özel oyun ekipmanları gibi eşyalardır.

Özel olarak malul ve engellilerin kullanımına mahsus olan ve eşya ile birlikte getirilen parça, yedek parça ve standart aksesuarlara veya bu eşyanın bakım, kontrol, ayarlama ya da tamiri için gerekli olan aletler de muafiyet kapsamındadır (97). Ayrıca, H sınıfı sürücü belgesi olan özürülülerden uygun şartları taşıyanların, yurt dışından getirecekleri özel tertibatlı otomobiller için de gümrük vergisi muafiyeti vardır (97).

4760 Sayılı ÖTV Kanunu'nda 5228 sayılı Kanun ile yapılan değişiklik sonucu, malul ve engellilere sağlanan ÖTV istisnasının kapsamı genişletilmiş ve özür oranı %90'nın üzerinde olanların araç üzerinde herhangi bir mekanik tertibat veya tadilat yapılması şartı olmaksızın yurt içinden veya yurt dışından taşıt alımlarında ÖTV

tahsil edilmemesi sağlanmıştır (97, 111). Engel türünün önemi bulunmamaktadır. Görme, işitme, konuşma veya ortopedik olabileceği gibi zihinsel engelliler de, bu yasadan yararlanabilmektedir. Ayrıca %90 ve üzeri engele sahip olanların aracı bizzat kullanması gerekmemektedir. Engel türü ne olursa olsun, %90 ve üzeri Özürlü Sağlık Kurulu Raporu bulunan ve hiçbir şekilde sürücü belgesi alamayacak durumda olanların, 3. dereceye kadar yakınları veya noter tarafından düzenlenmiş iş akdine bağlı olarak istihdam edilen bir sürücü aracı kullanabilmektedir (97, 111).

Özür oranı %90'ın altında ise, “hareket ettirici özel tertibat yaptırmak ve H sınıfı ehliyet almak” kaydıyla, ÖTV muafiyeti söz konusudur (%1 ile %89 arası ortopedik özürler için hareket ettirici özel donanımlı araç olmak şartıyla ÖTV, MTV muafiyeti varken, %90 ve üzeri tüm özür türlerine şartsız ÖTV, MTV muafiyeti vardır). Ayrıca aşağıdaki özel durumlarda da bu muafiyet geçerlidir (97, 106, 111);

- Sol alt ekstremiteden sakat olmak ve “otomatik vitesli araç kullanabilir, H sınıfı sürücü belgesi alabilir” ibareli raporu bulunmak,
- Sağ alt veya her iki alt ekstremiteden sakat olmak ve “özel donanımlı araç kullanabilir, H sınıfı sürücü belgesi alabilir” ibareli raporu bulunmak,
- Sağ üst ekstremiteden sakat olmak ve “vites kolu yükseltilmiş özel donanıma sahip araç kullanabilir, H sınıfı sürücü belgesi alabilir” ibareli raporu bulunmak,
- Boy kısalığı nedeniyle pedallara uzanamadığı için, pedalları yükseltecek özel donanıma ihtiyaç duymak ve “pedalları yükseltecek özel donanıma sahip araç kullanır, H sınıfı sürücü belgesi alır” ibareli raporu bulunmak

Özel tertibatlı olarak imal, tadil ve teçhiz edilmiş motosiklet veya otomobil türünden araçları kullanacak özürler H sınıfı ehliyet almak zorundadır. H sınıfı sürücü belgesine ilişkin düzenlemeler Karayolları Trafik Yönetmeliği'nde yer alır. H sınıfı ehliyet almak için, “özel tertibatlı araç kullanabilir” ibaresi olan özürler sağlık kurulu raporu ile birlikte sürücü kurslarına müracaat edilir. H sınıfı ehliyet kurslarında, kursiyerler trafik ve ilkyardım derslerinden sorumludurlar. Motor dersinden muafırlar. Dört haftalık teorik ders süresi vardır. Geri kalan sürede de

direksiyon eğitimi alınır. H sınıfı ehliyeti ömür boyu kullanmak veya belirli aralıklarla güncellemek, alınacak sağlık kurulu raporu ile kesinlik kazanır (97).

Ayrıca, Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelik'te belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde tek gözü olmayanlar da ehliyet alabilmektedirler (97).

2.10.4.5.15. Emeklilik Hakkı (Erken ve Malulen Emeklilik)

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu'nun 25. maddesinde; “...çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60'ını (2/3'ünü) kaybettiği Özürlü Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı, malullük sigortası bakımından malul sayılır” denmektedir (36). Burada önemli olan nokta; gerek erken gerekse malulen emeklilik için, SGK'nın kendi yönetmelik ve tüzüğüne göre (Özürlülük Yönetmeliğinden farklı olarak) kurumun kendisinin resmi olarak sevk edeceği hastanelerin sağlık kurullarından rapor alınması gerekliliğidir. Bu hastanelerden alınan sağlık kurulu raporları Ankara'da kurumun bünyesindeki heyet tarafından ayrıntılı olarak tekrar değerlendirilip bir karara bağlanmaktadır.

Malulen Emeklilik için gerekli şartlar şunlardır (36, 104, 106);

- İşe girmeden önce hastalık ya da özre sahip olmaması,
- En az %60 özre sahip olması,
- En az 10 yıldan beri sigortalı bulunup, toplam olarak 1800 gün veya başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede malul olan sigortalılar için ise sigortalılık süresi aranmaksızın 1800 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olması (primler, isteğe bağlı olarak da ödenebilmektedir)

Madde 28: Yaşlılık sigortasından sigortalıya sağlanan haklar şunlardır:

“ ...sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarihten önce 25. maddenin ikinci fıkrasına göre malul sayılmayı gerektirecek derecede hastalık veya özrü

bulunan ve bu nedenle malullük aylığından yararlanamayan sigortalılara Çalışma Gücü Kayıp Oranları (01.01.2015 yılından itibaren) (36, 104, 106);

- %60 ve üzeri özre sahip olanlar; 15 yıl ve 3960 gün
- %50-59 arası özre sahip olanlar; 16 yıl ve 4320 gün
- %40-49 arası özre sahip olanlar; 18 yıl ve 4680 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olmak şartıyla yaşlılık aylığı (erken emeklilik) bağlanır.

5510 sayılı Kanun'un 28. Maddesi; 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir, bu Kanun'un getirdiği özürlü emekliliği hükümleri, 01.10.2008 gününden sonra ilk defa işe girecek olanlar için geçerlidir. Kanun'un ek ve geçici maddeleriyle kademeli geçiş getirilmiştir (36, 104, 106).

01.10.2008 tarihinden önce sigortalı olarak ilk defa çalışmaya başladığı tarihten önce 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun mülga 53. maddesine göre malul sayılmayı gerektirecek derecede (2/3 oranında) hastalık veya özrü bulunan ve bu nedenle malullük aylığından yararlanamayan sigortalılar, yaşları ne olursa olsun en az 15 yıldan beri sigortalı bulunmak ve en az 3600 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödemiş olmak şartıyla yaşlılık aylığından (Erken Emeklilik) yararlanırlar (36, 104, 106).

01.10.2008 gününden önce işe başlamış eski memurlara da geçiş süreci tanınmıştır. Buna göre, %40 ve üzeri özre sahipler, 15 yıl ve 5400 günlük süreyle erken emekli olabilmektedirler. Ayrıca yeni kanunla artık Bağ-kura bağlı özürülüler de, erken emeklilik hakkından yararlanabileceklerdir. Bağ-kur'lu özürülüler (4/B) için erken emeklilik (36, 104, 106);

- %60 ve üzeri özre sahipler; 15 yıl ve 3960 gün
- %50-59 arası özre sahipler; 16 yıl ve 4320 gün
- %40-49 arası özre sahipler; 18 yıl ve 4680 gün prim ödemek şartıyla erken emekli olabileceklerdir.

2.10.5. Engellilerin Hak ve Hizmetlere Ulaşamamasına Neden Olan Etkenler

2.10.5.1. Genel Anlamda Engellilerin Önündeki Ana Engeller

Gerek BM Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme, gerekse de ICF, çevrenin engelli insanların topluma katılımını kısıtlayan rolüne önemle vurgu yapmaktadırlar (1). Zaten savunmasız ve dezavantajlı konumda olan engelli bireyler, bir de ayrıca aşağıda belirtilen konularda engellerle karşılaştıklarında çözümü zor durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu engeller ana başlıklar halinde aşağıda verilmiştir (1);

- Yetersiz politikalar ve standartlar
- Olumsuz tavırlar
- Yeterli hizmet sağlanmaması
- Hizmet iletimi sorunları
- Yetersiz finansman
- Yetersiz erişilebilirlik
- Danışma ve katılım yetersizliği (kendi kaderini tayin edememe)
- Veri ve bulgu yetersizliği

2.10.5.2. Çevresel Kısıtlayıcıların Engelliler Üstündeki Etkileri

Engellilik ile dezavantajlılık arasında genel anlamda doğru orantılı bir ilişki olmakla birlikte, engelli insanların hepsi eşit derecede dezavantajlı değildir. Örneğin engelli kadınlar, hem engellerinden hem de cinsiyetlerinden dolayı daha fazla ayrımcılığa maruz kalabilirler (1, 90). Aynı şekilde engel türleri arasında da dezavantaj oluşturma açısından farklılıklar vardır. Farklı sakatlık kategorilerinde okul kayıt oranları da farklıdır, fiziksel sakatlığı olan çocukların durumu zihinsel ya da duyuşsal sakatlığı olan çocuklarınkinden daha iyidir. İşgücü piyasasından en fazla dışlananlar akıl sağlığı sorunları ya da zihinsel sakatlığı olanlardır. Bu etkileri aşağıdaki şekilde gruplandırmak mümkündür (1);

- Daha kötü sağlık durumları
- Daha düşük eğitim başarısı
- Daha az ekonomik katılım
- Daha yüksek yoksulluk oranları
- Artan bağımlılık ve kısıtlanan katılım

2.10.5.3. AB’de Engellilerin Önündeki Ana Engeller

Toplumsal hayata ve siyasete katılım ile teknolojiye erişim, engelli kişiler açısından her zaman diğer bireylerle eşit düzeyde olmamaktadır. Örneğin (94):

- Market, restoran, sinema, postane, okul ve mahkeme gibi kamuya açık alanların genellikle özürlü insanlar açısından ulaşımı güçtür,
- Taşıma ve mobil alt yapısı, iş ve sosyal aktivitelerini gerçekleştirmek açısından birçok engelli için problem teşkil etmektedir,
- Değişik standartlar, hatta bazen hizmet sunanların hizmet sağlamayı reddetmeleri ile sigortacılık, kiralık konut ve bankacılık gibi hizmetler daha az ulaşılabilir,dir,
- Kamu internet sitelerinin yalnızca %5’i internet erişim standartlarına tam olarak uymaktadır.

Ayrıca eğitim, sağlık, bakım ve rehabilitasyon ile istihdam ve sosyal içerme gibi alanlarda da engelli bireyler engelli olmayanlara göre, çok daha fazla sorunla karşılaşmaktadırlar (94).

2.10.5.4. Türkiye’de Engellilerin Önündeki Ana Engeller

Engelli bireyler, insan hakları ve özgürlükler bağlamında ulusal ve uluslararası mevzuattan kaynaklanan haklarına çeşitli nedenlerden dolayı ulaşamamaktadırlar. Bu nedenle, önceki bölümlerde bahsedildiği gibi engelli bireylerin, gerçekte “engellenen bireyler” ya da “hukuksal engelli” bireyler olduğunu söylemek pek de yanlış değildir (10). Bu duruma bir de yasal mevzuatımızdaki dağımlıklığı, uygulayıcıların ve

toplumun yeterince bilgi sahibi olmamalarını da eklersek, engellilerin önünde aşmaları gereken ne denli ciddi sorunlar olduğunu söylemek mümkündür.

Bu hakların kullanılmasını engelleyen davranış veya tutumlar (bilgisizlik, farkında olmamak, plansız hareket etmek vb.), bir kişi veya kurum tarafından kasten olabileceği gibi (örneğin; bilerek ayrımcılık uygulama, yasal olmayan yollarla işten çıkarma, özgürlüğünü kısıtlama gibi); ihmal veya dikkate almama gibi davranışlarla, kasıtlı olmadan da söz konusu olabilir (10). Birinci durum ceza hukukunu ilgilendirmekte iken, ikinci durum istenmeden yapılan ihmal ve ihlallerdir (10).

Bir diğer önemli etken de, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin kronik bir sorunu olan kayıt dışı ekonomi ve onun doğal bir sonucu olan sosyal güvenceden yoksun olarak çalışmanın getirdiği sorunlardır. Çeşitli sebeplerle zaten yoksul ve dezavantajlı durumda olan engelli bireyler, bir de bu temel sorundan dolayı daha fazla olumsuzlukla karşılaşmaktadırlar. Hatta bazı işverenler öngörülen cezayı ödemek suretiyle bilerek ve isteyerek engelli birey çalıştırmama yoluna gitmektedirler.

Ayrıca yine ülkemizde daha sık karşılaştığımız bir sorun olarak, engelli bireyler ve çoğu özürlü STK'ları, gerek engellilerle ilgili politika oluşturma, gerekse de bunların uygulanması aşamasında sürece bizzat katılamamakta, birçok hak ve hizmetten haberdar olamamaktadırlar.

Her ne kadar Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurularak koordinasyon ve standardizasyonu sağlamak üzere tek bir çatı oluşturulmuş ve 2005 yılında yürürlüğe giren 5378 sayılı Özürsüzlük Kanunu ile mevzuattaki dağınıklık kısmen giderilmiş olsa da, uygulamada birçok sorunla karşılaşmaktadır. Mevzuattaki bu dağınıklıktan dolayı uygulayıcılar belirsizlikler yaşamakta, engelli bireyler ve ilgili STK'lar engelli hakları konusunda çelişkilerle karşılaşmaktadırlar. Ayrıca kimi zaman yönetmelik ve genelgeler kanunların üzerine çıkmakta, hizmet sunucuları da kanunları değil yönetmelik hükümlerini esas alarak belirsizlik ortamını derinleştirmektedirler.

Bu durumun giderilmesi amacıyla yapılacak olan eğitim ve bilgilendirme çalışmaları (kamu kurumları veya STK'lar aracılığıyla), toplumsal bilgi düzeyinin ve farkındalığın artmasında faydalı olacaktır. Ayrıca engellilerin de haklarını bilmeleri ve bunları koruyan yasal çerçeve ve mekanizmalardan haberdar olmaları gerekmektedir (8, 10).

2.11. Engellilikten Korunma

Engellilikten korunmak için öncelikle engellilik sıklığı, sosyodemografik özellikleri, türleri ve nedenlerinin belirlenmesi, engellilerin toplumdan ve idareden beklentilerinin saptanması, yasaların uygulanması esnasında hizmeti sunan ve alanların karşılaştıkları sorunların tespit edilmesi gerekmektedir. Bu noktada çalışmamızın ve benzeri çalışmaların önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır

Engellilikten korunma üç başlık altında incelenebilir:

2.11.1. Birincil Korunma: Sağlıklı bir kişinin, hastalık ya da risk faktörleriyle henüz karşılaşmamış iken, bunlardan etkilenmemesini ya da en az düzeyde etkilenmesini sağlamak üzere yapılan işlemlerdir. Bunlar (2, 5, 57);

- Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sunumu ve ulaşılabilirliğinin sağlanması,
- Doğumun sağlıklı koşullarda yapılması, doğum travmalarından korunma,
- Doğum sonrası bakım hizmetlerinin sunumu ve ulaşılabilirliğinin sağlanması,
- Anne sütü ve beslenmenin iyileştirilmesi,
- Aşılama hizmetlerinin sunumu ve kullanımının sağlanması,
- Enfeksiyon hastalıklarından korunma, Bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama,
- Akraba evliliklerinin yapılmamasına ilişkin eğitim yapılması,
- Gebelik sırasında radyasyon, ilaç kullanımı ve hastalıklardan korunma,
- Aile planlaması hizmetlerinin sunumu ve ulaşılabilirliğinin sağlanması,
- Kazalara karşı pasif koruma önlemlerinin alınması,
- Kazalardan korunmak için aktif korunma önlemlerinin alınması,
- Çeşitli kimyasal maddelerin ortamda bulunmamasının sağlanması,
- Şiddet olaylarının önlenmesine ilişkin müdahalelerin uygulanması,

- Doğal afetler öncesinde gerekli çevre önlemlerini alma ve bu konuda gerekli olan tutum ve davranışı geliştirme uygulamaları,
- İçme sularının sanitasyonu. Temiz su ve gıda sağlanması, sağlıklı çevre ve barınma olanaklarının geliştirilmesi,
- Toplumsal ve bireysel sağlık eğitimi, ana çocuk sağlığı eğitimleri,
- Hijyen ve dengeli beslenmenin geliştirilmesi,
- Alkol, ilaç, uyuşturucu madde ve sigara kullanımının kısıtlanması,
- Gebelik öncesi anne ve babanın kan gruplarının belirlenmesi,
- Kaza sayısını azaltmak ve meslek hastalıklarını önlemek için yasalar çıkarılması,
- Terapötik ilaç yan etkilerinin kontrolü,
- Fiziksel ve Ruhsal yönden stres faktörlerinin azaltılmasına yönelik çalışmalar,
- Çocuklara yönelik her türlü kötü muamele, ihmal ve istismarın önlenmesidir.

2.11.2. İkincil Korunma: Erken tanı ve tedavi hizmetleri olarak da bilinir. İkincil korunma, hastalık ve yetersizliklerin engellilik şekline dönüşmemesi için alınan önlemleri içerir. Bunlar (2, 5, 57);

- Yeni doğan döneminde rastlanılan metabolik sorunların (hipokalsemi, hipoglisemi, hipotermi vb.) erken tanı ve tedavisi,
- Yeni doğan sarılığı yönünden bebeklerin izlenmesi, gebelik öncesi anne ve babanın kan gruplarının belirlenmesi,
- Kronik hastalıkların uygun tanı ve tedavisi
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
- Gerekli ortopedik ve cerrahi hizmetlerin bulunması, kolay ulaşılabilir olması,
- Gerekli ilaçların hazır bulundurulması (epilepsi, hipertansiyon, diyabet vb.),
- Kötü bakının önlenmesi,
- Psikolojik destek,
- Taramalar (fenilketonüri, hipotiroidi, talasemi, orak hücreli anemi vb.)
- Uygun ilaçlarla erken dönemde tedavi (lepra, tüberküloz, epilepsi, psikoz, hipertansiyon, diyabet ve kalp-damar hastalıkları gibi),
- Gerekli cerrahi tedavinin erken dönemde yapılması (yara debridmanı, kırıkların tedavisi, katarakt operasyonu vb.)
- Engellilik potansiyeline sahip durumlarda erken rehabilitasyona başlamaktır.

2.11.3. Üçüncül Korunma: Birincil ve İkincil korunma olanaklarından yararlanamamış, teşhiste geç kalınmış hastalarda, en iyi tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının kullanımınıdır. Bu korunma özellikle **rehabilitasyon** hizmetlerini kapsamaktadır. Üçüncül korumada yapılabilecekler (2, 5, 57);

- Fizyoterapist, iş ve uğraşı terapisti, konuşma terapisti, psikologlarla yapılan tedaviler,
- Engellilerin, toplum ve ailenin eğitilmesi, belli grupların (örneğin: kör ve sağırların) eğitimi,
- Ortez - protez gibi yardımcı cihazların sağlanması,
- Sosyal, kültürel ve mesleki alanda rehberlik ve danışmanlık hizmetleri sunulması,
- Engellilere uygun mimari yapılar, yol ve kaldırımlar ile transport sistemlerinin sağlanması,
- Teknolojik ve kültürel tüm ürünlere (kitap, sinema, tiyatro, telefon, bilgisayar vb.) erişimlerinin sağlanması (e-erişilebilirlik).
- Kendine bakım eğitimleri,
- Teknik yardımlar sağlama,
- Sosyal ve mesleki danışmanlık, rehberlik,
- Mesleki eğitimler,
- Eğitimin ve uygun işlerin sağlanması,
- Engelliliğe yönelik davranışları ve tutumları düzeltmek için toplumsal eğitim vermek,
- Fiziksel engelleri ortadan kaldırmaktır.

2.12. Engellilik ve Rehabilitasyon

2.12.1. Rehabilitasyon'un Tanımı

DSÖ, genel olarak rehabilitasyonu; “bireylerdeki engelliliğin etkilerinin ve engel koşullarının azaltılmasını amaçlayan, bu bireylerin sosyal entegrasyonunu sağlamaya yönelik bütün önlemler” olarak tanımlamaktadır (57).

5378 sayılı Özürlüler Kanunu'nun 3. maddesinde rehabilitasyon; “doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle oluşan özrü ortadan kaldırmak veya özürlülüğün etkilerini mümkün olan en az düzeye indirmek, özürliye yeniden 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 özürünün toplum ile bütünleşmesi, ayrımcılığa karşı tüm tedbirlerin alınması amacıyla verilen koruyucu, tıbbi, mesleki, eğitsel, rekreasyonel ve psiko-sosyal hizmetler bütünüdür” şeklinde tanımlanmaktadır (50).

Rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunda hekim, hemşire, fizyoterapist, sağlık idarecisi, iş ve uğraş terapisti, konuşma ve dil terapisti, odyolog, özel eğitim uzmanı, diş hekimi, ortez-protez teknisyeni, optometrist, sosyal çalışmacı, klinik psikolog yer almalı ve kişisel rehabilitasyon planı aşağıdaki 5 aşamayı içermelidir (5);

- 1- Rehabilitasyon amaçlarının özelleştirilmesi ve formüle edilmesi.
- 2- Problemlerin ergonomik olarak belirlenmesi.
- 3- Problemlerin çözümü için yaklaşımlar.
- 4- Toplam rehabilitasyon yaklaşımlarının sonuçlarının değerlendirilmesi.
- 5- Engel durumu ve yaşam kalitesindeki değişimin izlenmesi.

2.12.2. Rehabilitasyon'un Tipleri

2.12.2.1. Tıbbi Rehabilitasyon: Engelli kişinin fiziksel kapasitesini artırarak günlük yaşamda işlevsel bağımsızlığa ulaşmasını sağlamak amaçlanır (fizyoterapi uygulamaları gibi) (2, 5, 57).

2.12.2.2. Sosyal Rehabilitasyon: Engelli kişinin sosyal ve kültürel etkinliklere katılmasını sağlamak amaçlanır. Ülkemizdeki yasal mevzuatta her ne kadar “sosyal rehabilitasyon” kavramından bahsedilmemiş olsada, sosyal rehabilitasyonun temel amacı; rehabilitasyon sürecine engel olacak ekonomik ve sosyal güçlükleri ortadan kaldırarak kişinin aile, toplum ve iş hayatına uyumunu sağlamaktır (2, 5, 57).

2.12.2.3. Mesleki Rehabilitasyon: Engelli kişinin mesleğini sürdürebilmesini, işinde yükselebilmesini sağlamak ya da yeni bir işe yönlendirmek amaçlanır (2, 5, 57).

2.12.2.4. Toplum Temelli Rehabilitasyon (TTR): TTR'nin genel yapısı, 1978 yılında Kazakistan'ın başkenti Alma Ata'da düzenlenen uluslararası konferansta birçok sağlık bakanının kabul ettiği bir bildiriyle ortaya çıkmıştır. DSÖ de bu bildiriyi 1981 yılındaki "Dünya Engelliler Yılı"nda uygulamaya başlamıştır. TTR yaklaşımı, engelli bireylerin yaşadıkları toplum içinde günlük yaşamlarında bağımsız, aktif ve üretken kişiler haline gelmelerini hedefler. TTR'ye önem verilmesinin nedenleri (2, 5, 57):

- Dünyanın hemen her ülkesinde çok sayıda engelli ve buna karşın az sayıda rehabilitasyon uzmanı ve sağlık personeli vardır.
- Rehabilitasyon alt yapısı birçok ülkede çok kötü, çok geri kalmış durumdadır.
- Zengin ülkelerde bile rehabilitasyondan yararlanma oranı yüksek maliyetler nedeniyle sınırlıdır.
- Birçok engellilik durumunda basit bazı bilgilerle engelinin durumu iyileştirilebilir, onlara yardımcı olunabilir.
- İdeal rehabilitasyon kliniklerinin genişlemesini beklemek, yeterli rehabilitasyon uzmanı sayısına ulaşmayı beklemek doğru değildir. Engelliler hemen hizmet beklemektedirler.
- Rehabilitasyonun amacı ve temel ilkelerinin yaygın bir biçimde tanıtılması, ilgili toplumda engellilerle ilgili bilincin artmasını, durumlarının düzelmesini sağlayacaktır.

Özellikle tüm dünyada "TTR" ve "Kaynaştırılmış Eğitim" uygulamaları savunulmaktadır. Yani engelli bireylerin toplumla kaynaşmasını ve ulaşılabilirliği arttırmaya yönelik tüm çalışmaların (tıbbi, psikososyal, mesleki ve diğer her tür eğitim, fizyoterapi, ulaşım ve mimari kolaylıklarla erişimin arttırılması vb.), kurumlarda izole bir şekilde değil de, buldukları sosyal çevre içinde (aile, mahalle, okul, işyeri vb.), engelli olmayan bireylerle bir arada rehabilite edilmeleridir.

2.12.2.5. Psikososyal Rehabilitasyon ve Ev Rehabilitasyonu

2.13. Engelliler ve Zorlu Yaşam Olayları

1980’li yıllarda tüm dünyada hızla yaygınlaşan küreselleşme ve neoliberal ekonomik uygulamalar, “az maliyet - çok kar” yaklaşımıyla kayıt dışılığı, sosyal güvencesizliği, sağlıksız ortamlarda çalışmanın getirdiği meslek hastalıkları ve kazaları, dolayısıyla da yoksulluğu daha da derinleştirerek, zaten dezavantajlı konumda olan ve istihdamın dışında tutulan engellilerin durumunu iyice kötüleştirmiştir (41). Bu süreç; toplumdaki eşitsizliği ve gelir dağılımındaki adaletsizliği arttıran bir takım zorlu yaşam olaylarının varlığı ile tüm bireylerin bu durumdan etkilenmesine yol açmıştır. Bu olaylar (41);

- Ulusal ve uluslararası göç ve mültecilik olgusu,
- Her tür doğal afet ve yıkımlar,
- Savaş ve terör olayları,
- Ekonomik krizler ve işsizlik, yoksulluk,
- Salgın hastalıklar,
- Yetersiz sağlık hizmetleri,
- Yetersiz ve sağlıksız gıda, su ve barınma imkânları,
- Çevre kirlenmesi ve ekolojik dengenin bozulması,
- Alkol ve madde bağımlılığı,
- Bireyselliğin ve bencilliğin giderek artması,
- Her tür şiddetin ve özellikle kadına yönelik şiddetin artması
- Çocuk ve yaşlı istismarı ve ihmali,
- Yoğun tempolu ve stresli şehir hayatının yol açtığı sosyoekonomik ve psikolojik olumsuzluklar vb. durumlar olarak sıralanabilir.

Tüm bunlar, bir de tek ebeveynli aile, parçalanmış aile, çok çocukluluk, engellilik, yaşlılık, bağımlılık, suç işleme gibi bireysel/toplumsal gerçeklerle birlikte yaşandığında, birey ve çevresi üzerindeki yıkıcı etkisi daha da belirgin hale gelmektedir (41).

Olumsuz, yoğun, ani ve örseleyici her tür olay, kişinin iç dünyası ile dış dünyası arasındaki dengeyi bozabilir (112). Artan karamsarlık, umutsuzluk, belirsizlik ve mutsuzluk, zincirleme bir şekilde önce aile ve yakın çevrede olmak üzere toplumda çalkantılara, yetersizliklere, parçalanmış ve kaotik bir aile ortamına, yetersiz psikososyal ve ekonomik ilişkiler kurulmasına ve suça sürüklenme ya da suç mağduru olma gibi daha pek çok olumsuzluğa yol açabilir (BAYKARA A, Zorlu Yaşam Olayları ve Aile-Toplum, 21. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Özet Kitabı, 2011, sy: 60) (112).

2.14. Engelliler ve Yoksulluk

Ekonomik sistemlerde meydana gelen krizler en çok yoksul kesimlerin yaşamlarını etkilemiştir. Ayrıca; küreselleşmeyle birlikte devletin kamusal alandan çekilmesi ve özelleştirme çalışmalarına hız verilmesi, otomasyonun iş hayatına hâkim olması ile işgücü talebinin azalması, sosyal politikaların ve sosyal güvenlik kavramının erozyonu, kayıt dışı çalışmanın ve işsizliğin giderek derinleşmesi ile gelir dağılımındaki dengesizliğin artması ve tüm bunların sonucunda da sosyal devlet anlayışından giderek vazgeçilmesi en çok yoksul, işsiz, engelli gibi toplumun dezavantajlı gruplarını etkilemiş ve yoksulluk ile engellilik arasındaki kısır döngüyü derinleştirmiştir (21).

Yapılan araştırmalar, dünyanın her yerinde engellilerin çok büyük çoğunluğunun toplumun yoksul kesimlerinden geldiğini ve yoksulluk içinde yaşadıklarını göstermektedir (21, 41). Yoksulluk ve engellilik arasında karşılıklı bir neden-sonuç ilişkisi söz konusudur. Yani, yoksulluk ve engellilik ilişkisi iki yönlüdür; bir yandan yoksulluk, engellilik riskini artırmaktadır, öte yandan da engellilik, yoksullaşmaya neden olmaktadır (21, 41). Engellilik nedeniyle var olan işlev kaybı, hareket kısıtlılığı, fiziksel güç azalması, mantıklı düşünememe, analiz-sentez yapamama, sağlıklı kararlar alamama gibi nedenlerle engelli bireyin iyi gelir getirici bir işte çalışması bir yana, çoğu zaman bir iş bulup çalışması bile çok zor olmaktadır (21, 41).

Yoksulluk çoğu zaman olumsuz sağlık koşullarına, gebelik döneminde yaşanan risklere ve yetersiz beslenmeye vb. neden olarak engelli çocuk doğumlarına yol

açabilmektedir. Yoksulluk; dezavantajlı ve incinebilir gruplardan olan kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve engellilerin yaşamlarını diğer bireylere göre çok daha ciddi şekilde zorlaştırmaktadır (21, 41).

2.15. Engelliler ve Damgala(n)ma/Etiketle(n)me (Stigmatizasyon)

Anormalliği gösteren işaret ve/veya özellik anlamına gelen “damga” ile ilgili süreçler, tüm toplumlarda belli grupların ötekileştirilmesine, dışlanmasına yol açmaktadır (12, 17, 112). Tarihsel süreç içinde engelli bireyler ilk olarak toplum tarafından “tehdit edici” olarak etiketlenmiş ve bu durum, kurumsal bazı tedbirlerin alınmasına yol açmıştır. İkinci olarak, engelli insanların “bir yük” olarak damgalanması nedeniyle mümkün olduğu kadar toplumun engellilikten ayıklanması yönünde tedbirler ön plana çıkmıştır. Üçüncü olarak ise, engelli bireylerin “aciz” olarak damgalanmasıdır. Bu tanımlama onlara yönelik “korumacı-acımacı” düşünceleri beraberinde getirmiştir (12, 17, 24, 112) .

Eskiye göre engelli bireylere toplumun bakışı giderek olumlu yönde değişse de hala basmakalıp düşünceler, ön yargılar ve damgalanmanın etkisiyle utanç, suskunluk ve içe kapanma artmakta; görmezden gelme, uzak durma, ötekileştirme ve hatta cezalandırma sürüp gitmektedir (112). Damga; başta tedavi ve rehabilitasyona erişimi olmak üzere, aile bütünlüğünün korunmasını, kişisel ilişkilere girebilmeyi, sosyo kültürel etkinliklere katılımı, eğitim ve mesleki hedeflere ulaşmayı engelleyebilmektedir (ARAS Ş. Ruhsal Hasta Damgası Taşıyarak Büyüme, 21. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Özet Kitabı, 2011, sy: 50) (112).

Bu toplumsal etiketlemelerin yanısıra resmi tanımlamaların da, engelli bireylerin etiketlenme sürecinde etkili olduğunu söylemek mümkündür (24). Bu negatif tanımlamalarda engelli bireyler; “şekli bozuk olan”, “zihinsel anormalliği olan”, “acınan”, “verimsiz/üretmeyen”, “korunmaya, bakıma, yardıma muhtaç olan” v.b. şekillerdeki ifadelerle betimlenmişlerdir (24).

Herhangi bir farklılık taşıyan ya da bir bozukluğu olan bireyler, örneğin, kamburu olanlar, bacağı ya da kolu olmayanlar, yüzünde ciddi deformasyonu olanlar,

spastik ya da zihinsel engeli olanlar, diğeri tarafından belirli bir önyargı ile karşılanabilirler, hatta korku ve tedirginlik duygusunu yaşatabilirler (42).

Gündelik sosyal ilişkilerde, medya ve edebiyatta, atasözlerinde, yasal düzenlemelerde, filmlerde vb. bu duruma sıklıkla rastlanmaktadır. Örneğin Türk atasözlerinde; “kör allah’a nasıl bakarsa allah’ta köre öyle bakar”, “gördün deli savul geri”, “körler sağırılar birbirini ağırlar”, “körle yatan şaşı kalkar”, “delidir ne yapsa yeridir” gibi birçok olumsuz kültürel tanımlamalar bulunmaktadır (42).

“Türkiye’de Özürlü Birey Olma: Temel Sosyolojik Özellikleri ve Sorunları” (Burcu, 2006) adlı araştırma sonuçlarına göre; engelli bireylerin düşüncelerine göre, toplumdaki diğeri bireylerin “engelli birey” tanımlaması; “acınan”, “dışlanan/reddedilen” ve “alay edilen/ küçümsenen/ yetersiz görülen” bireyler şeklindedir. Bu çerçevede engelli bireyler yaşadıkları toplumda en fazla “acıacak kişi” etiketlemesine maruz kalmaktadırlar. Bu tanımlamaları sırasıyla, “reddedilme, dışlanma, istenmeme” ile “alay edilme, küçük görülme” takip etmektedir (24).

Engelli hakları hareketleri de, engelli insanlara olan bu bakış açısına, etiketlenmelere ve baskılara karşı bir tepki olarak ortaya çıkmıştır. Bu hareketi sağlayan tepki noktaları; “yadsınan vatandaşlık”, “kaynak yetersizliği”, “toplumda itibar/saygı görme” olarak belirtilebilir (24).

Sonuç olarak önemli olan ve yapılması gereken; bu etiketlemeleri ve negatif tanımlamaları/resmedilmeleri belirleyen kültürel anlamların sosyo-kültürel yapıdaki varlığını, bilimsel bilgiler ışığında tespit etmek ve bunları ortadan kaldırmak için mücadele ederek engelli bireylerin sosyal izolasyonunun önüne geçmek ve toplumsal bütünleşmeyi sağlamaktır (42).

2.16. Engelliler ve Sosyal Dışla(n)ma/İçerilme

Sosyal dışla(n)ma, sadece mali sıkıntılarla ilişkili bir izolasyon olmayıp; kadınlar, işçiler, yaşlılar, engelliler ve/veya farklı etnik gruptan bireyler gibi kitlelere yönelik geliştirilen “ötekileştirme”, “kişisel ön yargılar” ve birtakım “damgalamaları” da içeren tutumsal davranışlar bütünüdür (113). Toplumda “öteki”

olmanın derecesi, toplumsal normlardan ne kadar uzaklaştığına bağlı olarak belirlenmektedir (113).

Sosyal dışla(n)manın nedenlerini 2 grupta toplamak mümkündür. Bunlar yapısal ve kişisel nedenlerdir. Yapısal nedenlerin başında küreselleşme, ulus devletin rolü ve kuralsızlaştırma, özelleştirme ve kamu sosyal harcamalarının azaltılması, emek piyasasında yeniden yapılanma, gelir dağılımında artan eşitsizlikler ve göç hareketleri gelmektedir. Buna karşılık, kişisel nedenlerin başında ise, aile yapısında gözlenen değişim/dönüşüm, cinsiyete ve etnisiteye dayalı ayrımcılık ve yaş gelmektedir (113).

Buna karşılık “sosyal içerilmenin/kaynaşmanın” sekiz önemli göstergesi bulunmaktadır. Bunlar (113);

- 1- Sosyal güvenlik sistemine dâhil olma,
- 2- Emek piyasasına girme,
- 3- Konut ve mülkiyet hakkına sahip olma;
- 4- Sağlık hizmetlerinden yararlanabilme,
- 5- Eğitim hizmetlerinden yararlanma,
- 6- Siyasal denklemde temsil edilme,
- 7- Sosyal yaşama katılım,
- 8- Sosyal statüde fırsat eşitliğine sahip olmadır.

Engelli bireyler; genel ve mesleki eğitimden yeterince yararlanamadıklarından kendilerini geliştirmekte yetersiz kalmakta, resmi/kayıtlı iş piyasasında kendilerine çalışma alanı bulamamakta, kayıt dışı alanlara yönelmekte ve böylece sosyal güvenlikten yoksun olarak ekonomik hayattan dışlanabilmektedirler (113).

Sonuç olarak engellilerin elverişsizlikler, belirsizlikler ve kısıtlılıklarla dolu yaşam koşulları, toplumdan kopuş sürecini hızlandırmaktadır. Ekonomik, politik, sosyo-kültürel ve fiziki-mimari dışlanmayı bünyesinde barındıran çok boyutlu dışlanma süreci, engelli bireylerin yaşadıkları toplum içinde “erişim” ve “katılım” olanaklarını engelleyerek “temel vatandaşlık haklarından” ve “sosyal bütünleşmeden” mahrum kalmalarına yol açmaktadır (113).

2.17. Kadın ve engellilik

Dünyanın yarısını ve kimi zaman da yarısından fazlasını kadınların oluşturduğu, aynı zamanda dünyada en az 300 milyon engelli kadının yaşadığı düşünülürse; engelli kadınların ihmal edilmesi ile büyük bir kitlenin de ciddi sorunlarının göz ardı ediliyor olduğu ortaya çıkmaktadır (114).

Ülkemizde de “Türkiye Özürlüler Araştırması 2002” verilerine göre; nüfusun %12,29’unu (8.431.937) engelliler oluşturmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre, sayıları 4 milyon 648 740 olan engelli kadınların, toplam nüfusa oranı %13,45’tir (52, 87).

Geçmişten günümüze engelli kadınlar; hem kadın olmaları, hem de engelli olmaları nedeni ile literatürde “çifte dezavantaj/ayrımcılık (double discrimination)” olarak adlandırılan ikili dezavantajı yaşamışlardır (90).

Yaygın kaniya göre engelli kadınların, toplumsal yaşamdaki kadın rollerini “iyi bir eş ya da iyi bir anne” vb. karşılayamadıkları düşünülmektedir (114). Eğitim ve istihdam sorunları, toplumun önyargısı, yanlış tutumlar ve ulaşılabilirlikteki engeller gibi nedenlerle çoğunlukla kendi geçimlerini temin edememektedirler. Engelli kadınlar yaşları, sosyo-kültürel seviyeleri, yaşadıkları bölge ne olursa olsun çok büyük oranda insan hakları ihlalleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar (114).

2.18. Engelli Bireye Sahip Aileler

Engelli bireye sahip aileler, hiç beklemedikleri bir durumla karşılaşan ve bu yeni duruma göre hayatlarını değiştirmek ve kurgulamak zorunda kalan, kendilerine göre çözüm yolları ve baş etme yöntemleri arayan bireylerdir (35). Ailenin özellikleri (ailenin sosyokültürel ve ekonomik yapısı, ebeveynlerin engelli çocuğun durumuyla ilgili bilgi düzeyi, çocuğun engellilik türü ve derecesi vb.), karşılaşılan bu zorlu ve yeni durumla baş edebilmede etkili olan faktörlerdir (41). Ayrıca aile ve yakın çevre desteği, yasal ve toplumsal destek mekanizmaları, bireylerin kendine olan güvenleri, bilinç ve eğitim düzeyleri, maddi ve manevi destekler vb. faktörler de ailesel faktörler kadar önemlidir (35).

Engelli doğan çocuk uygun ve yeterli eğitim alamazsa engelli bir genç ve yetişkin olur. Engelli bireyler yetişmemesi için yapılacak en önemli adım, mümkün olan en erken dönemde özel eğitim ve rehabilitasyona başlanmasıdır (115). Engelli çocukların gelişimi hangi zeka düzeyinde olursa olsun, normal çocuklardan farklıdır. Ancak gelişim ihtiyaçları onlarınkinden farklı değildir. Bu çocukların da beslenmeye, sevilmeye, eğitime, başarmaya, kabul edilmeye ve toplumun bir üyesi olarak yaşamaya hakları vardır (115).

2.18.1. Engelli Bireye Sahip Ailelerin Özellikleri

Aileler için engelli bireye sahip olmak, yaşamlarının en zorlu deneyimidir. Bu durum engelin tipi, ağırlık derecesi, ortaya çıkış zamanı gibi etmenlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (41). Engelli aileleri bu zorlu deneyimi yaşarken sıklıkla savunma mekanizmaları (bastırma, yansıtma vb.), kişilik özellikleri (dışa, içe dönük), kişilik örüntüleri (güçlü, zayıf, vb.), sorun çözme becerileri gibi etmenlere başvurumaktadırlar (41).

Engelli bireye sahip olan ailelerde şok, inkâr, aşırı üzüntü, kaygı, depresyon, karşıt duygular yaşama, suçluluk, kızgınlık, utanma ve sıkılma gibi davranışlar gözlenmektedir (116). Bu duyguları yaşayan ailelerin engelliliği kabullenmesinde etkili olabilecek en önemli adım; “neden ben ya da biz, acaba yürüyebilecek mi, evlenebilecek mi, bizleri tanıyabilecek mi, okula gidebilecek mi, nerelerden ya da kimlerden yardım alabiliriz ?” şeklindeki sorulara tutarlı ve tatmin edici cevapların bulunmasıdır. Çünkü olaylara anlam verememe, ne yapacağını bilememe ve belirsizlik ortamı; korku, utanma, kızgınlık ve suçluluktan başlayıp depresyona kadar uzanan pek çok psikopatolojik duruma neden olabilmektedir (116).

Aileler zamanla uyum süreci içinde çeşitli aşamalardan geçerler. Çocuklarının engel durumları farklı olacağı için ailelerin hepsinin aynı aşamalardan, aynı sırayla geçtiğini söylemek doğru değildir. Bununla birlikte engelli çocuğa sahip olan ailelerin, bu durumu kabullenebilme aşamalarını aşağıdaki şekilde özetlemek mümkündür (41);

- **Birincil tepkiler:** Şok, inkâr, acı çekme ve depresyon,
- **İkincil tepkiler:** Suçluluk duyma, karasızlık, kızgınlık duyma, utanma,
- **Üçüncül tepkiler:** Uzlaşma, uyum sağlama ya da kabul etme.

Engelli bireye sahip aileler, bu aşamalardan değişik hızlarda ve biçimlerde geçebilmektedir (115).

2.18.2. Engelli Bireyle Yaşayan Ailelerde Başa Çıkma Yöntemleri

2.18.2.1. Başa Çıkma kavramı; yaşanan strese ve probleme karşı direnmeyi, mücadele etmeyi ve bu durumu yönetebilmeyi ifade etmektedir. Literatürde en sık karşılaşılan başa çıkma yöntemleri temelde iki başlık altında incelenmektedir (41);

1. **Problem odaklı yaklaşım:** bilgi alma ve problem çözme becerilerini içerir.
2. **Duygusal odaklı yaklaşım:** Stres duygusunun düzenlenmesidir. Genellikle uzlaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kabullenme gibi yaklaşımları içerir.

Kendine ve yaşama dair destek mekanizmaları güçlü olan bireyler ve aileler, bu durumla daha hızlı ve kolay baş edebilirler. Birkaç başlık altında bu destek mekanizmalarını sınıflandırmak gerekirse (41);

1. **destek mekanizması;** kişinin kendisidir. Olaylara karşı direncini aktif olarak harekete geçirebilen, mantığını kullanabilen ve yardım gerektiğinde isteyebilen, yoğun suçluluk duyguları geliştirmeyen, kendini önemli hissedebilen kişilerin, bu durumla daha kolay başa çıkmaları beklenmektedir.
2. **destek mekanizması;** sosyal destek mekanizmasıdır. Resmi kurumlar, STK'lar ve engelli bireyin aile ve yakın çevresini kapsayan destek mekanizmalarıdır.
3. **destek mekanizması;** engelli çocuğun ailesinde bulunan yakın ya da uzak tanıdıkları ya da akrabaların maddi ve manevi desteklerini içermektedir.
4. **destek mekanizması;** kişinin umutları ve hayallerinin olmasıdır.
5. **destek mekanizması;** çevrenin, ailesinin ve bireyin kendisinin oluşturabileceği fiziksel ve maddi kaynaklardır.

Şüphesiz en önemli baş etme ve destek mekanizması, engelli bireyin kendi özellikleridir (35). İçine kapanıp suçluluk duygusu geliştirmeyen, yaşamdan kopmayan, hayalleri, umutları ve hedefleri olan, üreten, kendine ve yaşama değer veren, öz güveni yüksek bireyler bu olguyla daha kolay baş edebilmektedirler (35). Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin karşılıklı olarak anlayışlı olmak, iş yükünü paylaşmak, çözüm yollarına ve çocuklarının sağlık ve gelişimine odaklanmak yerine, birbirlerini suçlamaları ve kusur aramaları, olayla baş etmelerini zorlaştırmaktadır (35).

Baş etmeyi kolaylaştırıcı önemli diğer bir faktör de, sosyal devlet anlayışı gereği kapsayıcı bir sosyal güvenlik ağının olması, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin (TTR) yeterince kolay, ulaşılabilir ve ücretsiz olarak sunulmasıdır. Ayrıca kaynaştırılmış okullarda özel ve mesleki eğitim, iş bulma, işini koruma ve işinde yükselme olanaklarının sağlanması, teknoloji, iletişim, ulaşım ve mimari yapıların engellilerin kullanımına uygun olması gibi pek çok faktör de, hem engelli bireylerin hem de ailelerinin bu durumla baş etmelerini kolaylaştırıcı diğer faktörlerdir.

2.18.2.2. Psikolojik sağlamlık

Psikolojik sağlamlık kavramı; Latince “resiliens” kökünden türemiştir ve “bir maddenin elastik olması ve aslına kolayca dönebilmesini” ifade etmektedir. Ayrıca literatür ve sözlüklerde aşağıdaki şekilde tanımlara da rastlanmaktadır (117);

- “Sıkıştırılıp ya da esnetildikten sonra orijinal formuna veya pozisyonuna dönebilme becerisi” (The Random House Sözlüğü; 1967),
- “Sıkıştırıldıktan sonra eski haline gelmek/dönmek ve güç, enerji, cesaret kazanmak” (Webster 20.yüzyıl İngilizce Sözlüğü; 1958),
- “Değişim, hastalık ve kötü kaderden hızlıca kurtulma, iyileşme” (Amerikan Heritage Sözlüğü; 1973),
- “Bir çocuğun stresle nasıl baş ettiği, travmadan nasıl kurtulduğu/iyileştiği, uyum (adaptation) ve yeterlik (competence) gibi olumlu gelişme, geleceğe yönelme ve umut ile ilgili genel bir kavramdır” (Murphy; 1987, s.101).

- “Zor koşullar altında olumlu ve beklenmedik başarılar kazanma ve sıra dışı koşul ve durumlara uyum sağlama becerisi” (Fraser, Richman ve Galinsky; 1999, s.136)

Yukarıdaki tanımlara bakıldığında; psikolojik sağlamlık olgusunun dinamik bir süreç olduğu, zorlu yaşam olayları ya da belirgin bir risk altında başarılı bir baş etme, sağlıklı uyum gösterme ya da yeterli geliştirebilme süreçlerini içerdiğini söylemek mümkündür (117).

2.18.2.3. Sosyal destek

Stres altındaki ya da güç durumdaki bireye en yakın olduğu eş, aile ve arkadaşlar gibi kişiler (informal) ile resmi kurumlar (formal) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımlar olarak kabul edilmektedir (41). Sosyal desteğin sıklıkla kullanılan boyutlarını aşağıda belirtilen 4 şekilde sınıflandırmak mümkündür (41);

- 1. Empatik sosyal destek;** sevgi ifadeleri; bakım, saygı, güven verme, güven sağlama, empati ve ilgi gibi durumları kapsamaktadır.
- 2. Bilgi sağlayıcı sosyal destek (bilgi verici sosyal destek);** Bilgi alınabilecek kaynakların bulunması, yararlı olabilecek hizmetler ve teknikler hakkında bilgilenme, önerilerde bulunma gibi davranışları içermektedir.
- 3. Araçsal sosyal destek;** eşya, araç-gereç, para sağlama, işlerde yardım ederek zaman sağlama gibi durumları içermektedir.
- 4. Güvence veren sosyal destek;** hasta ya da sakat bireye ve ailelerine üzülmemesini ve her şeyin yolunda gideceğini söyleme, onunla şakalaşarak komik şeyler anlatma, hastalığından uzaklaşmasına yardımcı olma.

Özellikle zihinsel engelli çocukların eğitimlerinin temel amacı, yaşam becerilerini geliştirerek onları ve dolayısıyla ailelerini daha bağımsız kılmaktır (112). Bu amaçla engelli çocuklara okul öncesinden başlayarak akademik eğitimlerinin sonuna kadar süren ve ayrıca onların sokakta bağımsız hareket edebilmelerini ve sosyal ilişkiler kurabilmelerini sağlayan bağımsız yaşam becerileri (BYB) kazandırmaya yönelik eğitsel destek de verilmelidir. (BAŞGÜL ŞŞ. BYB, 21. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, sy: 52) (112).

Gelişimsel geriliği olan çocuklara yönelik “Küçük Adımlar Erken Eğitim Programı”, 0-4 yaş arası gelişimsel geriliği olan çocukların aileleri için hazırlanmış bir programdır (112). Avustralya Macquarie Üniversitesinde hazırlanmış olan bu program, 1985 yılında Türkçe’ye çevrilerek “Zihinsel Engellilere Destek Derneği” tarafından ülkemizin değişik yerlerinde uygulanmaya başlamıştır. Çocuğun gelişiminin yanı sıra merak, öğrenme, keşif duygusunun en yoğun yaşandığı bu dönemde ayrıca annenin işe başlaması, okula hazırlık, akran ilişkileri, cinsel kimlik oluşumu gibi pek çok zorlu yaşam olayı da bu dönemde deneyimlenir. Bu yüzden bu dönemde aile ve engelli çocuğa yapılacak olan olumlu müdahale, eğitim ve yönlendirmeler, hem çocuğun eğitimi ve kişiliği üzerinde hem de ailenin bu zorlu durumla başedebilmesinde çok önemli bir role sahiptir (KARTAL S. Küçük Adımlar Erken Eğitim Programı, 21. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, sy: 48) (112).

2.19. Engelli Sivil Toplum Kuruluşları (STK’ları)

STK’lar; yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası alanda çıkar amacı gütmeyen insan hakları, eğitim, sağlık, kültür, toplum kalkınması, çevre, iş, bilim ve insani yardım konularında çalışan bağımsız, gönüllü kuruluşlardır (118).

1960’lı yıllarda başlayıp 1970’li yılları da içine alan dönemdeki sosyo-politik ortam, engelli hakları açısından önemli bir dönüm noktası olmuştur. Bu yıllarda BM, Avrupa Konseyi ve AB, engellilerle ilgili uluslararası çalışmalara öncülük etmişler ve çalışmamızın önceki bölümlerinde bahsedilen çeşitli antlaşma, sözleşme ve bildirgeyi kabul etmişlerdir. Tüm bu metinlerde yer alan önemli bir konu da, engelli hakları ve hizmetleriyle ilgili karar alma ve politika oluşturulması aşamalarında, bizzat engellilerin ve üye oldukları resmi ya da özel STK’ların sürece dâhil olması gerektiğinin vurgulanmasıdır.

Toplumların bilinçlenmesi ile birlikte STK’ların ulusal ve uluslararası alandaki etkinlikleri de, her geçen gün artmakta ve bu etkinlikleri her alanda tartışılmaktadır (119). Daha fazla “katılım”, daha fazla “hak” ve daha fazla “özgürlük” gibi temalara vurgu yapan engelli STK’ları, toplumsal tepkinin dengeleyicisi ve demokrasinin

emniyet sübabı, siyasal partiler gibi demokratik hayatın vazgeçilmez unsurlarıdır (119).

Ülkemizde engellilerin topluma kazandırılması için devletin denetim ve gözetimi altındaki çok sayıda gönüllü kuruluşla (dernek, vakıf, federasyon vb.) birlikte aşağıda başlıcaları sayılan resmi kurum ve kuruluşlar, koordineli bir şekilde çalışarak engelli birey ve ailelerine hizmet sunmaktadır (118);

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK),
- Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı,
- Valilik Engelliler Birimi,
- Belediyelerin Engelli Birimleri

Türkiye’de engelli STK’ları; vakıf, dernek, federasyon ve konfederasyon adı altında örgütlenmişlerdir. Derneklerin üst örgütleri federasyonlar ve federasyonların üst örgütü ise konfederasyondur. Federasyonlar, en az 5 derneğin bir araya gelerek oluşturdukları bir üst örgütlenmedir (118).

Ülkemizde engellilere yönelik 5 federasyon faaliyet göstermektedir. Bunlar (118);

- 1- Türkiye Ortopedik Özürlüler Federasyonu,
- 2- Türkiye İşitme Engelliler Milli Federasyonu,
- 3- Zihinsel Özürlüler Federasyonu,
- 4- Görme Engelliler Federasyonu,
- 5- Spastik Çocuklar ve Erişkinler Dernekleri-Serebral Palsy-Federasyonu’dur.

Bir başka üst örgütlenme çeşidi ise konfederasyondur. Konfederasyon en az 3 federasyonun bir araya gelmesiyle tüzel kişilik kazanmaktadır. 2908 sayılı “Dernekler Kanunu” ile 1986 yılında kurulan Türkiye Sakatlar Konfederasyonu (TSK), ülkemizdeki tek engelliler konfederasyonudur (118).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Yapıldığı Bölgenin Tanıtılması

3.1.1. Çalışmanın Yapıldığı Bölgenin Tarihçesi ve Sosyodemografik Özellikleri

Çok geniş bir Hinterland'a sahip olan ve Anadolu yarımadasının batısında, Ege denizi kıyısının tam ortasında yer alan İzmir; kuzeyde Balıkesir, doğuda Manisa, güneyde Aydın ve batıda Ege denizi ile komşudur (120). Şehrin yüz ölçümü 12.012 km² dir. Dağların denize dik olarak uzanmasıyla denizin etkisi iç kısımlara kadar uzanır. Akdeniz iklimi (yazları sıcak ve kurak, kışları ılık ve yağışlı) ve Akdeniz bitki örtüsüne (ormanlık ve genelde makilik alanlar) sahip olan şehrin tarihteki adı, ana tanrıça-kutsal ana anlamına gelen "Smyrna" olarak geçmektedir (120, 121). Bir "Aiol" kenti olan İzmir'in kuruluşu M.Ö.2000'li yıllara dayanmaktadır. Kurulduğundan beri stratejik konumu, liman ve ticaret kenti olması nedeniyle sürekli savaş ve istilalara (İonlar, Lidyalılar, Romalılar, Venedik-Cenevizliler ve nihayet Osmanlı imparatorluğu tarafından) maruz kalmış ve bu özelliğiyle de pek çok uygarlığa beşiklik etmiştir (121).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2010 verilerine göre; nüfus büyüklüğü bakımından Türkiye'nin 3. büyük, Ege Bölgesi'nin ise 1. büyük kenti olan İzmir'in nüfusu 2010 yılında 3.948.848 kişiye ulaşmıştır (122). İzmir'de 2009-2010 dönemindeki yıllık nüfus artış hızı %20,6'dır. Aynı dönemde Türkiye'deki yıllık nüfus artış hızı ise %15,9'dur. İzmir'de doğum hızının Türkiye ortalamasının altında olmasına karşın, nüfus artış hızının Türkiye ortalamasından daha yüksek olmasının nedeni kente olan göçlerdir (122). İzmir, en fazla göç alan iller sıralamasında, İstanbul ve Ankara'dan sonra 3. sıradadır. Nüfus yoğunluğu (kilometrekareye düşen nüfus) olarak baktığımızda; 2010 yılında Türkiye nüfus yoğunluğu 96 kişi/km² iken, İzmir'in nüfus yoğunluğu 329 kişi/km² ile İstanbul (2.486 kişi/km²) ve Kocaeli (421 kişi/km²)'den sonra 3. sırada gelmektedir. 2010'daki yaş gruplarına göre dağılıma bakıldığında; İzmir nüfusunun %19'unun 0-14 yaş, %72'sinin 15-64 yaş, %9'unun da 65 yaş ve üzerindeki yaş grubunda yer aldığı belirlenmiştir. Türkiye nüfusunun ise %26'sı 0-14 yaş, %7'si 65 yaş ve üzerindeki yaş grubunda yer almaktadır (122).

İzmir'deki engelli nüfus sayısı kesin olarak bilinmese de, DSÖ'nün saptadığı gelişmekte olan ülkelerdeki engelli birey oranına (%10-12) göre hesaplandığında; İzmir'de yaklaşık 350-400 bin civarında engelli birey bulunduğu söylenebilir.

3.1.2. İzmir'in İl ve İlçelerinde Başlıca Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar (123):

- 2 Üniversite Hastanesi,
- 7 Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- 23 Devlet Hastanesi ve bunlara bağlı 12 Semt Polikliniği,
- 22 Özel Hastane,
- 16'sı resmi olmak üzere çok sayıda Diyaliz Merkezi,
- 25 Ana ve Çocuk Sağlığı Polikliniği (AÇSAP),
- 4 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi,
- 5 Halk Sağlığı Laboratuvarı,
- 1 Kuduz Tedavi Merkezi,
- 1 Sıtma Savaş Dispanseri,
- 12 Verem Savaş Dispanseri,
- 1 Deri ve Zührevi Hastalıklar Dispanseri,
- Özel Tanı ve Tedavi Merkezleri ile Dal Merkezleri,
- Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM),
- 112 Acil Sağlık Hizmeti İstasyonları.

3.1.3. İzmir’de Özürlü Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Sağlık Kurumları (124):

Tablo XII. İzmir’de Özürlü Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Hastaneler

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi)
İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İzmir Karşıyaka Devlet Hastanesi
İzmir Alsancak Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesi
İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aliğa Devlet Hastanesi
Bayındır Devlet Hastanesi
Bergama Dr. Faruk İlker Devlet Hastanesi
Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi
Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi
Çeşme Alper Çizgekanat Devlet Hastanesi
Foça Devlet Hastanesi
Menemen Devlet Hastanesi
Ödemiş Devlet Hastanesi
Seferihisar Nejat Hepkon Devlet Hastanesi
Tire Devlet Hastanesi
Torbalı M. Enver Şenerdem Devlet Hastanesi
Urla Devlet Hastanesi
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Güzelyalı Asker Hastanesi
İzmir Asker Hastanesi

3.1.4. İzmir’de Özürlü Sağlık Kurulu Raporları Vermeye Yetkili Hakem Hastane Listesi (124):

Tablo XIII. İzmir’de Özürlü Sağlık Kurulu Raporu Vermeye Yetkili Hakem Hastaneler

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (İzmir Katip Çelebi Üniv. Tıp Fak.)
Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

3.1.5. İzmir’de EngellilereYönelik Belediye Çalışmaları

Engelli bireylerin ekonomik ve sosyokültürel haklara erişebilmeleri ve toplum yaşamına tam katılımlarının sağlanabilmesinde merkezi otoritenin ve yasal düzenlemelerin yanında, hiç kuşkusuz yerel yönetimlerin uygulamaları da çok önemli bir yer tutmaktadır. Bu görüşten hareketle, “Ulusal Mevzuatımızda Özürlü Hakları” başlığı altında değinilen belediyelerin sunduğu hizmetlere ilaveten, İzmir Büyükşehir Belediyesi, engellilerin eğitimi ve rehabilitasyonu konularında gerçekleştirdiği çalışmalar ve engellilere verdiği destekten ötürü, 2005 yılında Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı tarafından “**Engelli Dostu Belediye**” seçilmiştir (125). Ulaşımdan sağlığa, eğitime, spora, kültüre kadar her alanda, engellilerin yaşam kalitesini ve toplumsal yaşama katılımlarını arttırmak için çalışmalarına devam etmektedir. 2010 yılını “Engelliler Yılı” ilan eden İzmir Büyükşehir Belediyesi, “**İzmir Engelleri Kaldırıyor**” projesini de hayata geçirerek engellilerin kamu hizmetlerine ve kamusal alanlara erişiminin sağlanması yolunda çalışmalarını sürdürmektedir. Ayrıca 2012 yılında da “**Engelsiz İzmir**” ve “**Ben Varım**” projeleriyle çok sayıda etkinlik gerçekleştirilmektedir (2011 yılında 424 olan engellilere uygun aparatlı otobüslere 200 tane daha eklenmiştir, tekerlekli sandalyeli engellilerin sportif etkinlikleri vb.) (125).

3.1.6. İzmir’de Engellilere Hizmet Sunan Başlıca Resmi ve Özel Kurumlar:

İzmir’de başta Büyükşehir Belediyesi ve diğer Belediyelerin bünyesindeki engelli birimleri, İl Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK), Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı Özel Eğitim Okulları ve Rehberlik Araştırma Merkezleri (RAM) olmak üzere çok sayıda resmi ve özel dernek, vakıf, kurum ve kuruluş, engelli bireylere hizmet vermektedir. Bunlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır (126);

- Çiğli Fakir Kimsesiz ve Zihinsel Engellileri Koruma Derneği,
- Down Sendromlu Çocukları Geliştirme Koruma, Yardımcı Olma Derneği,
- Dünya Spastik Ortopedik ve Zihinsel Özürlüler Vakfı Ege Bölge Başkanlığı,
- Görmeyenleri Koruma Derneği Genel Merkezi İzmir Şubesi,
- Sağır ve Dilsizleri Koruma ve Kalkındırma Derneği,
- Özel Eğitim Kurumları Derneği,
- Zihinsel Engellileri Geliştirme ve Koruma Derneği,
- Zihinsel Özürlüleri Yetiştirme ve Koruma Vakfı,
- Bergama Ortopedik Özürlüleri Koruma Güçlendirme Derneği,
- Çağdaş Özürlüler Yaşam Derneği,
- Dikili Zihinsel ve Bedensel Özürlüleri Koruma ve Eğitim Derneği,
- Karşıyaka Duymazlar Spor Kulübü Derneği Merkez Lokali,
- Karşıyaka İşitme Engellileri Koruma ve Dayanışma Derneği,
- Ortopedik Özürlüler Eğitim Derneği,
- Zihinsel Yetersiz Çocukları Yetiştirme ve Koruma Vakfı İzmir Şubesi,
- Otistik Çocukları Koruma ve Yönlendirme Derneği,
- Bedensel Engelliler Derneği İzmir Şubesi,
- Çağdaş Görmeyenler Derneği,
- Mevlana Özürlüler Dayanışma ve Yardımlaşma Derneği,
- Narlıdere Zihinsel Özürlüleri Koruma ve Destekleme Derneği,
- Beyaz Ay Derneği,
- Beyaz Baston Görmeyenler Derneği,
- Spina Bifida Derneği,

- Şizofreni Dayanışma Derneği,
- İzmir Multipl Skleroz Derneği
- Alzhemier Derneği İzmir Şubesi,
- Ege Çölyakla Yaşam Derneği,
- Konak İş Eğitim Koruma Derneği,
- Görmeyen Aydınlar Spor Kulübü Derneği,
- Demokratik Bedensel Engelliler Derneği.

3.2. Çalışmanın Yapıldığı Sağlık Kurumu ve Özürlü Sağlık Kurulu Raporlarının Düzenlenmesi

Bu çalışma, 2007-2010 yılları arasında EÜTF Hastanesi Özürlü Sağlık Kuruluna başvuru (kişisel ya da resmi) yapmış 7380 kişinin raporlarından oluşmaktadır. Bu kurul, “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak iç hastalıkları, göz hastalıkları, kulak-burun-boğaz, fizik tedavi ve rehabilitasyon, genel cerrahi ve/veya ortopedi, nöroloji ve/veya ruh sağlığı ve hastalıkları Öğretim Üyesi/Uzmanlarından oluşmaktadır. 2006 yılından beri kurul başkanlığı görevi, Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi/Uzmanı tarafından yürütülmektedir.

Olgular Özürlü Sağlık Kuruluna ilk müracaatlarını takiben Adli Tıp Anabilim Dalına sevk edilmekte, burada değerlendirilen ve ilk muayeneleri yapılan olgular, engelleri ile ilgili Anabilim Dallarına konsültasyon muayenesi amacıyla yönlendirilmektedir. Konsültasyonları tamamlanan hastalar, Özürlü Sağlık Kurulu heyetince değerlendirilmekte ve hastaların yönetmelik hükümlerine uygun olarak muayene edilip edilmediği, tetkiklerinin yapıp yapılmadığı, konulan tanılarının ve verilen özür oranlarının yönetmelikteki cetvele uygun olup olmadığı heyet üyelerince ve kurul başkanı tarafından kontrol edilerek ve eğer birden fazla engel saptanmışsa, “Balthazard Formülü” uygulanarak gerçek özür oranı hesaplanmaktadır. Bu işlemlerden sonra hastanın bilgileri yönetmelikte belirtilen formda eksiksiz olarak (tüm haneler doldurularak ve tarihleriyle birlikte tüm muayene ve tetkik sonuçları yazılarak) doldurulup kurul üyelerince imzalandıktan ve mühürlendikten sonra, kişisel müracaatlarda 2, kurumsal müracaatlarda 3 nüsha olmak üzere hazırlanıp birer nüshası kurumda kalacak şekilde hastaya verilmektedir. Daha sonra kişi ile ilgili veriler, 19.07.2008 tarih ve 26941 Sayılı RG’ de yayınlanıp yürürlüğe giren, “Özürlüler Veri Tabanı Oluşturulmasına ve Özürlülere Kimlik Kartı Verilmesine Dair Yönetmelik” hükümlerine uygun olarak, her ayın ilk haftası “Özürlüler İdaresi Başkanlığı Ulusal Veri Tabanına” (Özveri), elektronik ortamda gönderilmektedir. Yukarıda bahsi geçen ve yönetmelikte belirtilen “Özürlü Sağlık Kurulu Raporu Formunun” ön ve arka yüzü Ek 1’de gösterilmiştir.

Bu formun standart bilgiler içermesinden dolayı sabit ve sınırlı veriler elde edilmiştir. Sadece hastalık ya da engel nedeniyle başvuran olgulara ait düzenlenmiş raporları içerdiğinden genel popülasyon verilerini tam olarak yansıtmamaktadır.

Ayrıca başvuran her birey, rapor formunda yer alan engeliyle ilgili birden fazla Anabilim/Bilim Dalında konsülte edilebildiği ve bir ya da farklı bölümlerde birden fazla tanı alabildiğinden konsültasyon ve tanı rakamları, olgu sayısından yüksek çıkabilmektedir. Aynı şekilde bu durum, rapor kullanım amaçları açısından da bu şekildedir. Bir kişi birden çok nedenle başvuruda bulunabildiği için, rapor kullanım amaçları sayısı olgu sayısından yüksek çıkabilmektedir.

3.3. Çalışmanın Tipi

Çalışmamız, EÜTF Hastanesi'ne 2007-2010 yılları arasında “Özürlü Sağlık Kurulu Raporu” almak üzere başvurmuş hastalara ait kurul arşivindeki raporların (her yıl için ayrı ayrı klasörlerde saklanan), **geriye dönük olarak (retrospektif) incelenmesi sonucunda, kesitsel tanımlayıcı yöntemler** kullanılarak yapılmıştır (gerekli izinler alındıktan sonra ve 7439 adet özürlü sağlık kurulu raporundan 59 tanesi eksik doldurulmuş olduğundan çalışma dışı tutularak toplam 7380 adet rapor değerlendirmeye alınmıştır).

3.4. Çalışmanın Değişkenleri ve Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızın Olgu Rapor Formları, Ek-1'de gösterilen Özürlü Sağlık Kurulu Rapor Formunda yer alan bilgilerden oluşmaktadır. EÜTF Hastanesinde 2007-2010 yılları arasında düzenlenmiş olan 7380 adet özürlü sağlık kurulu raporu yaş, cinsiyet, rapor çıkma süresi, başvuru şekli (resmi ya da kişisel), kişinin muayene olmak üzere gönderildiği bölümler (özürlerinin hangi vücut işlevlerini/sistemlerini ilgilendirdiği) ve her bölümde aldığı tanımlar ile rapor istek nedenleri (raporun kullanım amacı), raporun geçerlilik süresi, özrün ağırlık derecesi (ağır özürlü veya değil) ve özür oranı gibi değişkenler yönünden değerlendirilip elde edilen veriler SPSS 20 istatistik paket programında kodlanmış ve analiz edilmiştir. Temel istatistiksel analizde tanımlayıcı istatistikler, frekans tabloları, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri saptanmıştır. İleri analizde oranlar arası farkın anlamlılığı testi (Ki kare)

uygulanmıştır. %95 güven aralığında (CI: %95) çalışılmış ve $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

3.5. Çalışmanın Hipotezleri

- 1.** “Özürli Sağlık Kurul Raporu” almak için yapılan başvurular, her yıl giderek artmaktadır.
- 2.** “Özürllük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürllere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmeliğin” 9. maddesinin 8. fıkrasına göre; başvuru tarihinden itibaren en geç 20 iş günü içinde raporların tamamlanıp ilgiliye verilmesi zorunluluğu olmasına rağmen, rapor çıkma süreleri, Yönetmelik’te belirtilen süreden çok daha uzundur.
- 3.** Her iki cinsiyet içinde rapor kullanım amaçları (başvuru nedenleri) düşünüldüğünde, ekonomik haklardan (2022 sayılı yasa kapsamında özürli aylığı, evde bakım yardımı, belediye hizmetlerinden indirimli/ücretsiz yararlanma ve diğer indirimler gibi) faydalanmak amacıyla başvurular önemli ölçüde yüksektir.
- 4.** Erkeklerin sosyoekonomik hayatta ve aktif iş yaşamında daha ön planda olması nedeniyle çevresel hastalık yapıcı ve özürleyici risk etmenlerine daha açık olmasından dolayı, başvuru ve özürllük sıklıkları daha yüksektir.

4. BULGULAR

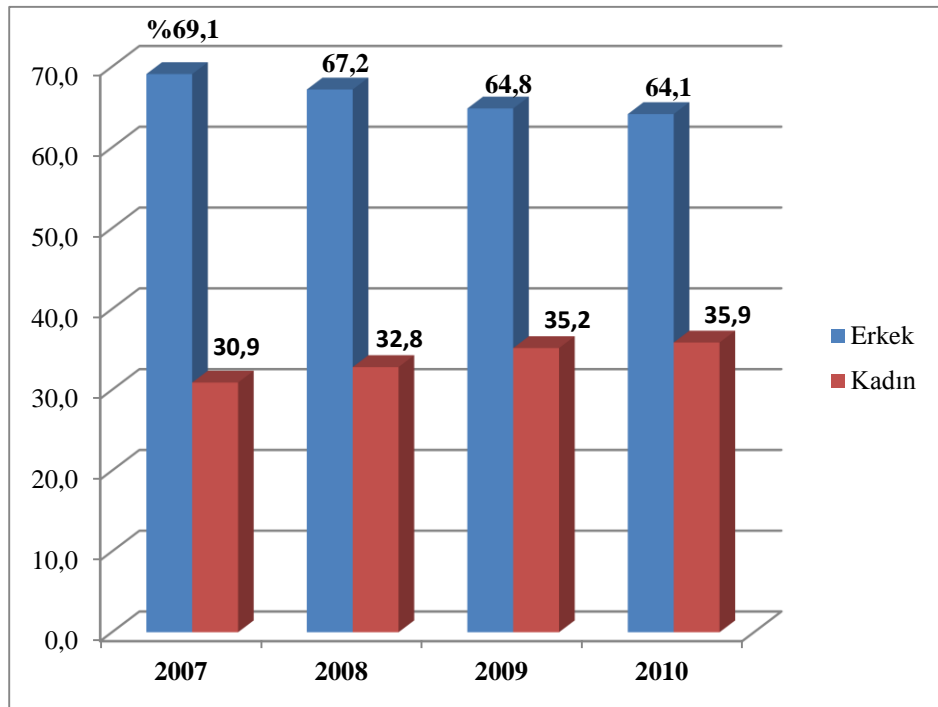
EÜTF Hastanesi Özürlü Sağlık Kurulu'nca 2007-2010 yılları arasında toplam 7439 kişiye özürlü sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olup, bunların 59 tanesi eksik doldurulmuş olup çalışma dışı bırakılmıştır. Toplam 7380 rapor değerlendirildiğinde; bunların %66,1'i erkek (4875), %33,9'u (2505) kadındır.

Başvuran olguların yıllara ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, erkek oranında yıllara göre bir azalma, kadın oranında ise artma gözlenmiştir. Yıllara göre cinsiyet oranlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Kikare 11,410; p=0,010) (Tablo XIV ve Şekil VII).

Tablo XIV. Başvuran Olguların Yıllara ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	2007		2008		2009		2010		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erkek	950	69,0	1312	67,0	1327	65,0	1286	64,0	4875	66,1
Kadın	425	31,0	641	33,0	720	35,0	719	36,0	2505	33,9
Toplam	1375	100,0	1953	100,00	2047	100,00	2005	100,00	7380	100,00

Kikare 11,410; p=0,010



Şekil VII. Başvuran olguların Yıllara ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı

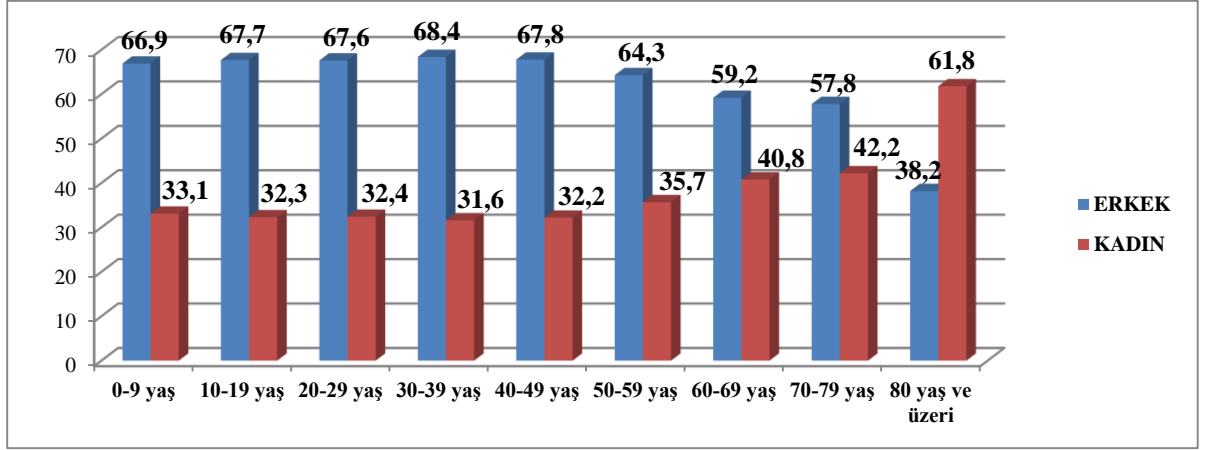
Olguların ortalama yaşı $28,94 \pm 21,66$ 'dır. Olgularda en küçük yaş, erkek ve kadınlarda; 0-1 yaş arası bebek grubu iken, en büyük yaş; erkeklerde 97, kadınlarda 94'tür.

Olguların yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı Tablo XV ve Şekil VIII'de gösterilmiştir. En sık görülen yaş grubu %25,3 (1865) ile 0-9 yaş grubu iken, ikinci sırada %18,3 ile (1349) 10-19 yaş grubu gelmektedir. Kadınların 80 ve üzeri yaş grubundaki oranı, erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (Kikare 49,072; $p < 0,00001$).

Tablo XV. Yaş Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş Grupları	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	% *
0-9 yaş	1248	66,9	617	33,1	1865	25,3
10-19 yaş	913	67,7	436	32,3	1349	18,3
20-29 yaş	600	67,6	288	32,4	888	12,0
30-39 yaş	592	68,4	273	31,6	865	11,7
40-49 yaş	591	67,8	281	32,2	872	11,8
50-59 yaş	459	64,3	255	35,7	714	9,7
60-69 yaş	309	59,2	213	40,8	522	7,1
70-79 yaş	137	57,8	100	42,2	237	3,2
80 yaş ve üzeri	26	38,2	42	61,8	68	0,9
TOPLAM	4875	66,1%	2505	33,9	7380	100,0

Kikare 49,072; $p < 0,00001$ (* Sütun Yüzdesi)



Şekil VIII. Yaş Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Başvuru türüne göre, olguların %87,8'inin (6480) kişisel, %12,2 (900)'ünün bir resmi kurum aracılığıyla başvurduğu saptanmıştır (Tablo XVI).

Tablo XVI. Olguların Başvuru Türlerine Göre Dağılımları

Başvuru Türleri	n	%
Resmi başvuru	900	12,2
Kişisel başvuru	6480	87,8
Toplam	7380	100,0

Başvuru türlerinin yıllara göre dağılımı incelendiğinde; 2008 yılındaki resmi başvuru oranının anlamı olarak arttığı görülmüştür (Kikare: 268,465; $p < 0,00001$) (Tablo XVIII)

Tablo XVII. Başvuru Türlerinin Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	Resmi Başvuru		Kişisel Başvuru		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
2007	185	13,5	1190	86,5	1375	100
2008	407	20,8	1546	79,2	1953	100
2009	161	7,9	1886	92,1	2047	100
2010	147	7,3	1858	92,7	2005	100

Kikare: 268,465; $p < 0,00001$

Başvuru türlerinin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, resmi başvuru oranlarının aktif çalışma yaşlarına paralel olarak 20-29 yaş grubu ile 40-49 yaş gruplarında istatistiksel olarak anlamlı artış gözlenmiştir (Kikare 375,455; $p < 0,0001$) (Tablo XVIII).

Tablo XVIII. Başvuru Türlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Resmi başvuru		Kişisel başvuru		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0-9 yaş	56	3,0	1809	97,0	1865	100,0
10-19 yaş	111	8,2	1238	91,8	1349	100,0
20-29 yaş	172	19,4	716	80,6	888	100,0
30-39 yaş	202	23,4	663	76,6	865	100,0
40-49 yaş	176	20,2	696	79,8	872	100,0
50-59 yaş	104	14,6	610	85,4	714	100,0
60-69 yaş	59	11,3	463	88,7	522	100,0
70-79 yaş	15	6,3	212	93,7	237	100,0
80 yaş ve üzeri	5	7,4	63	92,6	68	100,0

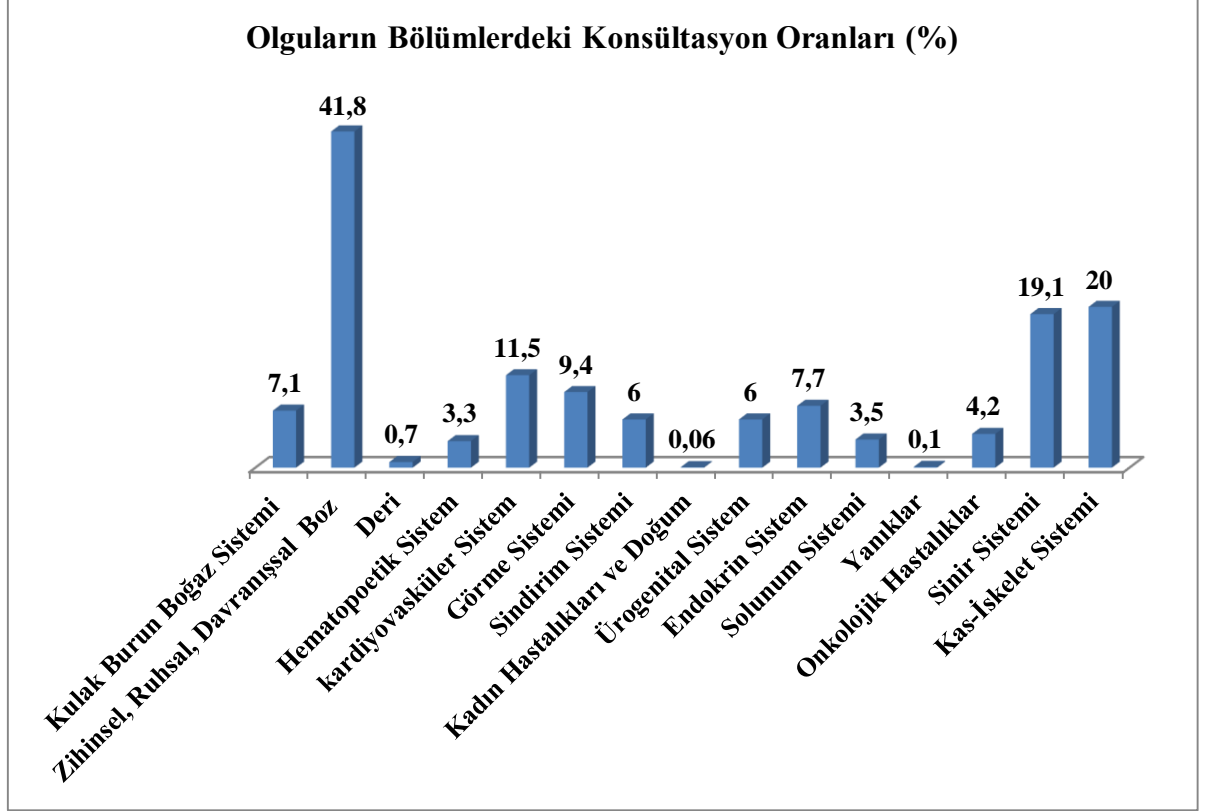
Kikare 375,455; $p < 0,0001$

Özürlü Sağlık Kurulu Raporu Formunun ön yüzünde yer alan vücut sistemleri sınıflandırmasına göre; olguların %71,6'sının sadece bir vücut sisteminde konsülte edildiği saptanmıştır (Tablo XIX)

Tablo XIX. Olguların Konsülte Edildiği Anabilim/Bilim Dallarına Göre Dağılımı

Olguların Konsülte Edildiği Anabilim/Bilim Dalı	n	%
Bir	5283	71,6
İki	1430	19,4
Üç	486	6,6
Dört	132	1,8
Beş	35	0,5
Altı	7	0,1
Sekiz	7	0,1
Toplam	7380	100

Toplam 7380 olgunun en sık zihinsel, ruhsal, davranışsal bozukluklar (%41,8) başlığı altında toplanan bölümde konsülte edildiği, bunu sırasıyla kas-iskelet sistemi (%20,0) ve sinir sistemi (%19,1) başlıkları altındaki bölümlerde yapılan konsültasyonların izlediği görülmektedir (Şekil IX) (*Olgular, Özürlü Sağlık Kurulu Rapor Formunda yer alan birden çok bölümde konsülte edilebilmektedirler).



Şekil IX. Olguların Bölümlerdeki Konsültasyon Oranlarının Dağılımı (*)

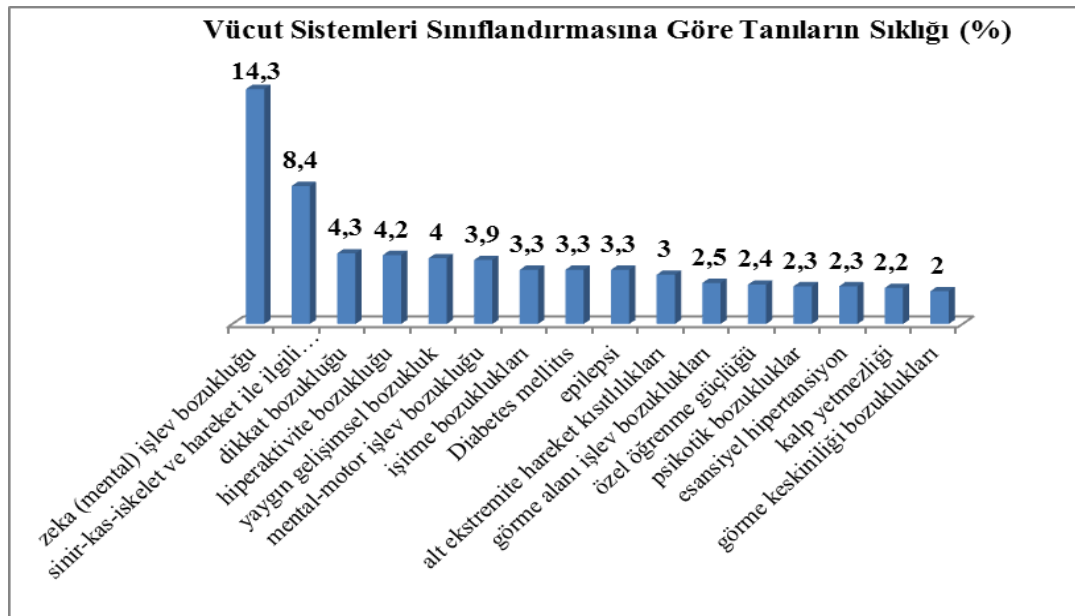
Bölümlerdeki konsültasyonlar, cinsiyet ve başvuru yıllarına göre değerlendirildiğinde, yukarıda belirtilen sırayla en sık ilk üç konsültasyonun, erkeklerde (%69,5, %65,6 ve %63,1) kadınlardan (%30,5, %34,4 ve %36,9) daha fazla olduğu ve bu üç bölümdeki konsültasyonların 2007 yılından itibaren arttığı saptanmıştır (Tablo XX).

Tablo XX. Bölümlerdeki Konsültasyonların Cinsiyet ve Başvuru Yıllarına Göre Dağılımı (*)

Bölümler (Anabilim/Bilim Dah)	Toplam		Cinsiyet				Başvuru Yılı							
	7380 olgu		Erkek		Kadın		2007		2008		2009		2010	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kulak Burun Boğaz	530	7,1	334	63	196	37	93	17,5	151	28,5	129	24,3	157	29,6
Zihinsel, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar	3087	41,8	2146	69,5	941	30,5	583	18,9	751	24,3	903	29,3	850	27,5
Deri Sistemi	58	0,8	41	70,7	17	29,3	9	15,5	19	32,8	15	25,9	15	25,9
Hematopoetik Sistem	246	3,3	171	69,5	75	30,5	31	12,6	75	30,5	78	31,7	62	25,2
KVS	854	11,6	579	67,8	275	32,2	153	17,9	259	30,3	224	26,2	218	25,5
Görme Sistemi	694	9,4	443	63,8	251	36,2	137	19,7	225	32,4	162	23,3	170	24,5
Sindirim Sistemi	441	5,9	274	62,1	167	37,9	111	25,2	130	29,5	119	27	81	18,4
Kadın Hastalıkları ve Doğum	5	0,1	0	0	5	100	0	0	0	0	1	20	4	80
Ürogenital Sistem	443	6	277	62,5	166	37,5	73	16,5	122	27,5	126	28,4	122	27,5
Endokrin Sistemi	570	7,7	324	56,8	246	43,2	132	23,2	171	30	142	24,9	125	21,9
Solunum Sistemi	260	3,5	182	70	78	30	41	15,8	109	41,9	63	24,2	47	18,1
Yanık	8	0,1	4	50	4	50	2	25	3	37,5	0	0	3	37,5
Onkolojik Hastalıklar	307	4,2	126	41	181	59	46	15	46	15	105	34,2	110	35,8
Sinir Sistemi	1411	19,1	890	63,1	521	36,9	295	20,9	473	33,5	345	24,5	298	21,1
Kas İskelet Sistemi	1479	20	970	65,6	509	34,4	258	17,4	412	27,9	349	23,6	460	31,1

(*) Olgular, Özürlü Sağlık Kurulu Rapor Formunda yer alan bölümlerden birden fazlasında konsülte edilebilmektedirler. Bu nedenle toplam %100,0'ü aşmaktadır.

Özürlü Sağlık Kurulu Raporunda yer alan bölümlere göre, engelliliğe en sık neden olan bozukluklar/hastalıklar Şekil X'da gösterilmiştir. Zekâ (Mental) işlev bozukluklarının %14,3 ile ilk sırada yer aldığı ve bunu %8,4 ile sinir-kas-iskelet ve hareketle ilgili bozuklukların takip ettiği saptanmıştır.



Şekil X. Engelliliğe Neden olan Bozuklukların/Hastalıkların Dağılımı

Engelliliğe neden olan bozukluk/hastalık sayısı incelendiğinde; en yüksek oranı %57,9 ile bir bozukluğa/hastalığa sahip olan bireyler oluşturmaktadır (Tablo XXI).

Tablo XXI. Engelliliğe Neden Olan Bozukluk/Hastalık Sayısı

Bozukluk/Hastalık Sayısı	n	%
1	4271	57,9
2	1864	25,3
3	986	13,4
4	226	3,1
5	33	,4
TOPLAM	7380	100,0

Engelliliğe Neden Olan İlk Üç Bozukluğun/Hastalığın Yaşlara Göre Dağılımı:

*** 0-9 Yaş:**

1. Zeka (mental)İşlev Boz. (844 - %28,0)
2. Yaygın Gelişimsel Boz. (350 - %11,6)
3. Mental-Motor İşlev Boz. (335 - %11,1)

*** 10-19 Yaş:**

1. Zeka (mental)İşlev Boz. (572 - %23,9)
2. Dikkat Boz. (268 - %11,6)
3. Hiperaktivite Boz. (260 - %10,8)

*** 20-29 Yaş:**

1. Zeka (mental)İşlev Boz. (151 - %11,9)
2. Sinir-Kas-Hareket İşlev Boz. (131 - %10,3)
3. Epilepsi (97 - %7,7)

*** 30-39 Yaş:**

1. Sinir-Kas-Hareket İşlev Boz. (124 - %10,0)
2. Psikotik Boz. (96 - %7,8)
3. Zeka (mental)İşlev Boz. (84 - %6,8)

* **40-49 Yaş:**

1. Sinir-Kas-Hareket İşlev Boz. (164 - %12,1)
2. İşitme Boz. (69 - % 5,1)
3. Zeka (mental)İşlev Boz. (66 - % 4,9)

* **50-59 Yaş:**

1. Sinir-Kas-Hareket İşlev Boz. (116 - % 9,3)
2. Diabetes Mellitus (106 - % 8,3)
3. Koroner Arter Hastalıkları (78 - % 6,3)

* **60-69 Yaş:**

1. Diabetes Mellitus (102 - %10,7)
2. Koroner Arter Hastalıkları (101 - %10,6)
3. Sinir-Kas-Hareket İşlev Boz. (94 - % 9,9)

* **70-79 Yaş:**

1. Sinir-Kas-Hareket İşlev Boz. (67 - %14,8)
2. Diabetes Mellitus (43 - % 9,5)
3. Demans (42 - % 9,3)

* **80 ve Üzeri Yaş:**

1. Demans (23 - %22,1)
2. Sinir-Kas-Hareket İşlev Boz. (14 - %13,5)
3. İşitme Boz. (12 - %11,5)

Engelliliğe neden olan en sık on bozukluğun/hastalığın cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, her iki cinsiyette de en sık görülen bozukluğun/hastalığın; zekâ (mental) işlev bozukluğu ve sinir-kas-hareket bozuklukları olduğu görülmüştür (Tablo XXIV).

Tablo XXII. Engelliliğe Neden Olan En Sık On Bozukluğun/Hastalığın Cinsiyete Göre Dağılımı (*)

Bozukluk/Hastalık	Erkek		Bozukluk/Hastalık	Kadın	
	n	%		n	%
Zekâ (Mental) İşlev Bozukluğu	1125	23,1	Zekâ (Mental) İşlev Bozukluğu	591	23,6
Sinir-Kas-Hareket Bozuklukları	670	13,7	Sinir-Kas-Hareket Bozuklukları	337	13,4
Dikkat bozukluğu	410	8,4	Mental-Motor İşlev Bozukluğu	179	7,1
Hiperaktivite Bozukluğu	398	8,1	Diabetes Mellitus	160	6,4
Yaygın Gelişimsel Bozukluk	383	7,9	İşitme bozuklukları	156	6,2
Mental-Motor İşlev Bozukluğu	286	5,9	Epilepsi	137	5,5
Epilepsi	255	5,2	Alt Ekstremitte Hareket Kısıtlılıkları	132	5,2
İşitme Bozuklukları	242	4,9	Kadın-Doğum Maligniteleri (Meme Dâhil)	125	5,0
Diabetes Mellitus	235	4,8	Esansiyel Hipertansiyon	119	4,7
Koroner Arter Hastalıkları	228	4,6	Dikkat bozukluğu	112	4,4

(*) Bir kişi, engelliliğe neden olan birden fazla bozukluğa/hastalığa sahip olabilmektedir. Bu tabloda bunlardan en sık saptanan 10 tanesi belirtilmiştir. Bu nedenle toplam%100,0'ü aşmaktadır.

Her bir bölüm içinde engelliliğe neden olan ilk üç bozukluk/hastalık Tablo XXIII' de gösterilmiştir.

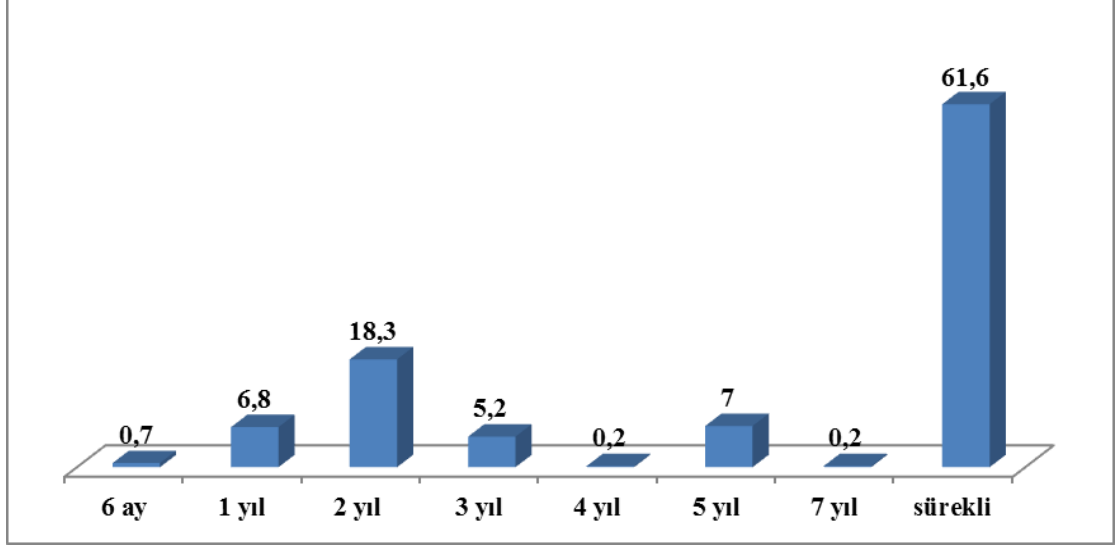
Tablo XXIII. Her Bölümde Görülen İlk Üç Bozukluk/Hastalık

Bölmeler	n*		En Sık Üç Bozukluk/Hastalık	n**	%**
Kulak Burun Boğaz Sistemi	530	1	İşitme Bozuklukları	398	75,1
		2	Konuşma ve Ses İşlev Bozuklukları	197	37,3
		3	Maligniteler	55	10,3
Zihinsel, Ruhsal, Davranışsal Bozukluklar	3087	1	Zekâ (Mental) İşlev Bozuklukları	1716	55,5
		2	Dikkat Bozukluğu	522	16,9
		3	Hiperaktivite Bozuklukları	501	16,2
Deri	58	1	Deri Maligniteleri	14	24,1
		2	Çeşitli İnflamatuvar Hastalıklar	8	13,7
		3	İmmün-Otoimmün-Sistemik Hastalıklar	6	10,3
Hematopoetik Sistem	246	1	Maligniteler	101	41,0
		2	İmmün-Otoimmün-Sistemik Hastalıklar	78	31,7
		3	Koagülasyon ve Hemostaz Bozuklukları	58	23,5
KVS	854	1	Esansiyel Hipertansiyon	273	31,9
		2	Koroner Arter Hastalıkları	270	31,6
		3	Kalp Yetmezliği	146	17,0
Görme Sistemi	694	1	Görme Alanı Bozuklukları	299	43,0
		2	Görme Keskinliği Bozuklukları	242	34,8
		3	Diğer yapısal ve fonksiyonel bozukluklar	176	25,3
Sindirim Sistemi	441	1	Karaciğer Transplantasyonu	154	34,9
		2	Sindirim Maligniteleri	105	23,8
		3	Karaciğer hastalıklarına bağlı kalıcı bozukluklar	68	15,4
Kadın Hastalıkları ve Doğum	5	1	Kadın-Doğum Maligniteleri (meme kanseri dâhil)	133	26,4
		2	Serviks ve Uterusun kalıcı bozuklukları	11	2,2
Ürogenital Sistem	443	1	Böbrek hastalıklarına bağlı kalıcı bozukluklar	186	41,9
		2	Böbrek Transplantasyonu	100	22,5
		3	Mesane hastalıklarına bağlı kalıcı bozukluklar	72	16,2
Endokrin Sistem	570	1	Diabetes Mellitus	395	69,2
		2	Tiroid hastalıkları	57	10,0
		3	Lipid metabolizması hastalıkları	51	8,9
Solunum Sistemi	260	1	Solunum sistemi hastalıklarına bağlı kalıcı bozukluklar	149	57,3
		2	Solunum Maligniteleri	44	16,9
Sinir Sistemi	1411	1	Serebral, Serebellar, SSS, PSS ve Spinal Kord lezyonlarına eşlik eden bozukluklar	1007	71,3
		2	Epilepsi	392	27,7
		3	Demans	118	8,3
Kas-İskelet Sistemi	1479	1	Alt ekstremitte hareket kısıtlılıklarına yol açan bozukluklar	358	24,2
		2	Vertebra hastalıklarına bağlı bozukluklar	184	12,4
		3	Alt ekstremitte kırıkları	140	9,4

*Her Bir Bölümdeki Toplam Konsültasyon Sayısı (Bir kişi birden fazla Anabilim/Bilim Dalında konsülte edilebilmektedir.)

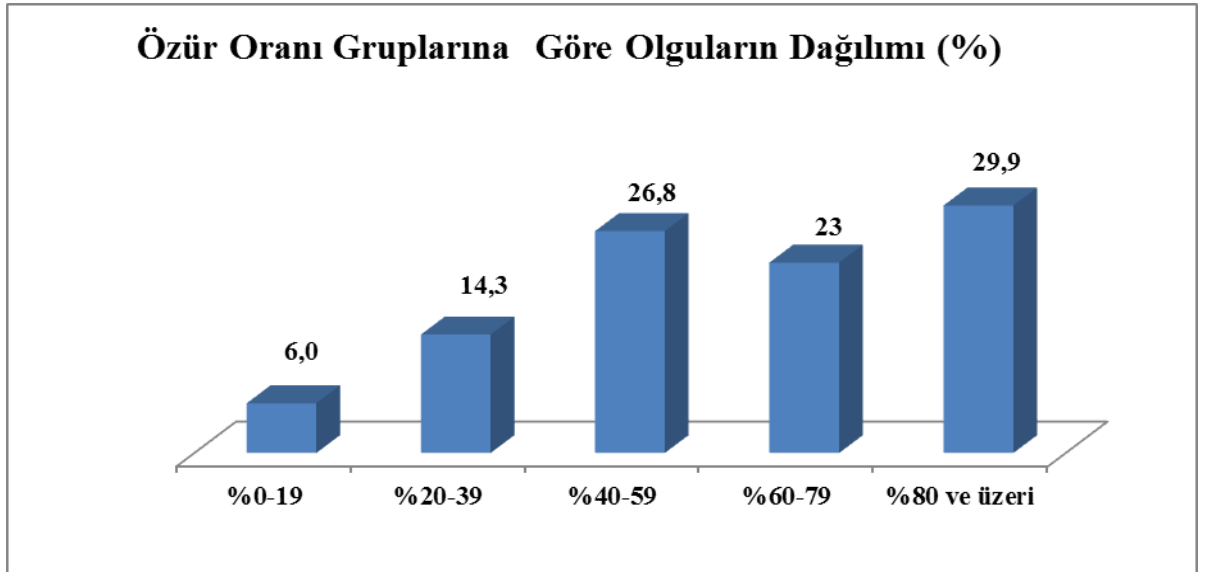
**Bozuklukların/Hastalıkların Belirtilen Bölüm İçindeki Sayı ve Yüzdeleri (Bir kişi, engele neden olabilen birden fazla bozukluğa/hastalığa sahibi olabildiği için tanı sayısı, toplam kişi sayısından fazladır. Toplam bozukluk/hastalık sayısı 12.014'tür.)

Özürli Sağlık Kurulu Raporlarının geçerlilik sürelerine bakıldığında, %61,6 ile en sık sürekli ibareli raporlar düzenlendiği saptanmıştır (Şekil XI).



Şekil XI. Özürli Sağlık Kurulu Raporunun Geçerlilik Süreleri

Başvuranların özür oranları ortalaması $\%59,80 \pm 24,62$ 'dir. Özür oranlarına göre gruplandırıldığında, olguların en sık **%80 ve üzeri** özür oranı grubunda (%29,9) olduğu görülmektedir (Şekil XII).



Şekil XII. Özür Oranı Gruplarına Göre Olguların Dağılımı

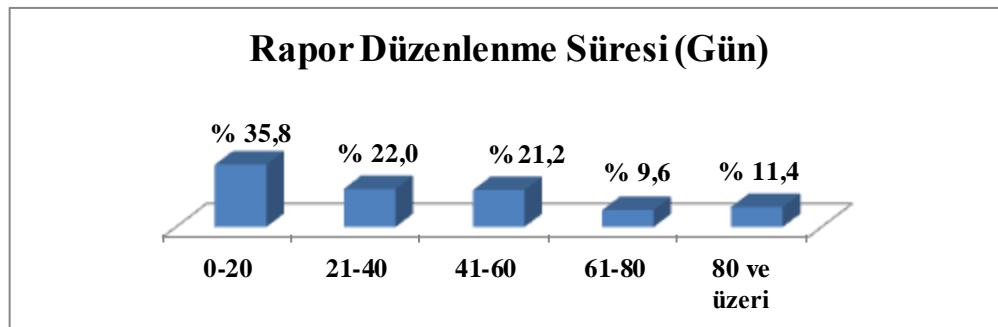
Olguların %44,1'inin ağır özürlü olduğu saptanmıştır. Olguların ağır özürlülük durumu ile rapor geçerlilik süresi karşılaştırıldığında; ağır özürlü olguların %75,6 (2461)'sına sürekli ibareli rapor düzenlendiği, bunun da ağır özürlü olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur (Kikare;489,918; $p<0,00001$) (Tablo XXIV).

Tablo XXIV. Olguların Ağır Özürlülük Durumuna Göre Rapor Geçerlilik Süreleri

Rapor Geçerlilik Süresi	Ağır Özürlülük Durumu			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
6ay	9	0,3	39	0,9
1 yıl	137	4,2	363	8,8
2 yıl	399	12,3	949	23,0
3 yıl	119	3,7	268	6,5
4 yıl	2	0,1	12	0,3
5 yıl	123	3,8	396	9,6
7 yıl	5	0,2	10	0,2
Sürekli	2461	75,6	2088	50,6
Toplam	3255	100	4125	100

Kikare;489,918; $p<0,00001$)

Bireylerin başvuru tarihi ile Özürlü Sağlık Kurulu raporlarının sonuçlanma tarihi arasındaki süre incelendiğinde; raporların %35,8 ile en sık 0-20 günde düzenlendiği ve rapor düzenlenme süresinin ortalamasının da $40,65\pm 35,76$ gün olduğu saptanmıştır. Başvuru yıllarına göre bu sürenin dağılımına bakıldığında; 0-20 gün arası sonuçlanan raporların en sık 2007 yılında düzenlendiği ve diğer yıllara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (Kikare; 1718;755; $p<0,0001$) (Şekil XIII ve Tablo XXV)



Şekil XIII. Rapor Düzenlenme Süreleri

Tablo XXV. Rapor Düzenlenme Süresinin Yıllara Göre Dağılımı

Başvuru Yılı	Rapor Düzenlenme Süresi				Toplam	
	0-20 gün		20 günden fazla			
	n	%	n	%	n	%
2007	1075	78,2	300	21,8	1375	100
2008	856	43,8	1097	56,2	1953	100
2009	354	17,3	1693	82,7	2047	100
2010	356	17,8	1649	82,2	2005	100

Kikare; 1718;755; p<0,0001

Özürlü Sağlık Kurulu Rapor Formunda belirtilen rapor kullanım amaçları arasında birden çok seçenek söz konusu olabildiği için, rapor kullanım amacı sayı ortalaması; $2,80 \pm 1,83$ (0-12)'tür. Rapor kullanım amaçları arasında en sık belediye hizmetlerinden yararlanmak (%54,7) ve bunu takiben sırasıyla 2002 sayılı yasa kapsamında özürlü aylığından yararlanmak (%39,7), vergi indiriminden yararlanmak (%38,4), özel eğitimden yararlanmak (%36,5) ve ÖTV muafiyetinden yararlanmak (%32,5) olduğu saptanmıştır (Tablo XXVI).

Tablo XXVI. Özürlü Sağlık Kurulu Raporunun Kullanım Amaçları Dağılımı

Özürlü Sağlık Kurulu Raporunun Kullanım Amacı	n*	%*
Malulen Emeklilik	1039	14,1
Özürlü Kontenjanından İşe Girmek	957	13
Vergi İndirimi	2836	38,4
ÖTV Muafiyeti	2386	32,3
Belediye Hizmetleri	4040	54,7
Özürlü Aylığı (2022 sayılı yasa)	2927	39,7
Özel Eğitim	2691	36,5
H Sınıfı Ehliyet	239	3,2
Özel Tertibatlı Akülü Araç	360	4,9
Ortez-Protez	364	4,9
Özürlü Kartı	521	7,1
Tekerlekli Sandalye	32	0,4
İşitme Cihazı	94	1,3
Yardımcı Cihaz	322	4,4
Aile Sağlık Karnesinden Faydalanma	114	1,5
Evde Bakım Yardımı	1119	15,2
Diğer**	620	8,4

*Birden fazla amaç belirtildiği için rapor kullanım amacı sayısı olgu sayısından fazladır.

** Diğer (Sıklık sırasına göre):

Trafik sigortasına verilmek üzere, refakatçi kartı almak için, fizik tedavi ve rehabilitasyon görmek için, çalıştığı kuruma vermek için, tedavi-mama-ilaç-alt bezi masraflarının karşılanması için, tayin-atama-nakil işlemleri için, mahkemeye sunmak için, askerlik işlemleri için, sakatlık indirimi (vergi indirimi) için, kamu kurumlarında ve hastanelerde öncelik hakkı almak için, sınavlarda yardım almak için, durum bildirir rapor almak için, tüm engelli haklarından faydalanmak için.

Sonuç olarak saptanan bulguları özetlemek gerekirse;

- Toplam incelenen rapor sayısı: 7439
- Çalışma dışı bırakılan rapor sayısı (eksik doldurulmuş): 59
- Çalışmaya alınan toplam rapor sayısı: 7380
- Erkek (E): 4875 (%66,1)
- Kadın (K): 2505 (%33,9)
- E/K: 1,95

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	28,94	21,66	E-K: 0-1	E: 97 K: 94
Olguların Konsülte Edildiği Bölüm Sayısı	1,41	0,75	1	8
Bozukluk/Hastalık Sayısı	1,63	0,85	1	5
Özür Oranı (%)	59,80	24,62	2	100
Rapor Kullanım Amacı Sayısı	2,80	1,83	0	12

5. TARTIŞMA

Araştırmamızdaki bulgular, genel olarak “Türkiye Özürlüler Araştırması” ve Ulusal Özürlüler Veri Tabanında kayıtlı olan ve sağlık raporunda en az %20 özür oranına sahip olduğu bildirilen 280014 özürlü bireyi kapsayan, TÜİK’ in 2010 yılındaki “Özürlülerin Sorun ve Beklentileri” isimli anket çalışması ile karşılaştırılmıştır. Ülkemizde Özürlü Sağlık Kurulu Raporlarının incelenmesi şeklinde yapılmış sadece iki adet çalışma olduğundan ve genelde saha çalışmaları yapıldığından, bu çalışmalarda bildirilen ve çalışmamızla kesişen bazı bulgular da karşılaştırılmıştır.

2002 Türkiye Özürlüler Araştırması, toplumdaki özürlü oranı, eğitim, tanı grupları, medeni durum, cinsiyet, yaş, sosyal güvenlik durumu, özür derecesi, özrün nedeni ve ortaya çıkış zamanı, kırsal/kentsel kesim özürlü oranları, bölgesel oran farklılıkları, işgücüne katılım gibi konularda uzun yıllardır yapılan ilk ve tek araştırmadır.

Çalışmamızın olgu rapor formunda yer alan birçok sabit veri, saha çalışmalarında kullanılmamış olup, “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmelik” ve ekindeki “Özürlü Sağlık Kurulu Rapor Formu”nda yer alan standart sorularla sınırlıdır. Bu nedenle genel popülasyon üzerinde yapılan diğer çalışmalarla birkaç veri dışında benzerlik taşımamaktadır.

Çalışmamız; herhangi bir engeli olup, bunu raporla belgeleyen olgulara ait raporların, geriye dönük olarak incelenmesiyle yapılmıştır. Yani bölgemizdeki genel popülasyonu yansıtmayıp, sadece engelli olduğu düşünülen ve bunu sağlık kurulu raporu ile kanıtlamak isteyerek hastanemize başvuru yapan bir grubu içermektedir. Dolayısıyla zaten engelli olan olgularımızın özür oranları ortalaması, Türkiye’de genel nüfus üzerinde yapılan araştırmalara oranla yüksek çıkmıştır (Çalışmamızda olguların özür oranı ortalaması %59,80±24,62’dir).

2002 yılında yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması sonuçlarına göre; engelli olan nüfusun toplam nüfusa oranı %12,29’dur. Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında;

engelli nüfusun 3 milyon 783 bin 197'si (%11,10) erkek, 4 milyon 648 bin 740'ı (%13,45) kadındır (52, 87).

Engel türlerine göre bakıldığında; yaklaşık 1,8 milyon kişi olan ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engellilerin oranı %2,58 iken (%1,25 ortopedik, %0,60 görme, %0,48 zihinsel, %0,38 dil ve konuşma, %0,37 işitme), yaklaşık 6,6 milyon kişi olan diğer grup (süreğen hastalıklar) engellilerin oranı %9,70'tir (52,87).

Yine aynı çalışmaya göre; engellilerin medyan (ortanca) yaşının çok genç olduğu dikkati çekmektedir (ülkemizde medyan yaş, toplam nüfus için 26,24'tür). Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engelli nüfusta medyan yaş 33,86, süreğen hastalığı olanlarda ise 48,87'dir. Bu değerlere göre toplam nüfusun yarısı 26 yaşından, ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engelli olan nüfusun yarısı yaklaşık 34 yaşından ve süreğen hastalığı olan nüfusun yarısı da yaklaşık 49 yaşından daha büyük yaşlardadır (52, 87).

2007-2010 yılları arasındaki 4 yıllık dönemi kapsayan çalışmamızda; toplam 7439 rapor incelenmiş, 59 adet rapor eksiklikleri nedeniyle çalışma dışı bırakılarak 7380 adet rapor değerlendirmeye alınmıştır. 7380 olgunun %66,1'i (4875) erkek, %33,9'u (2505) kadındır. Olgularda en küçük yaş, erkek ve kadınlarda; 0-1 yaş arası bebek grubu iken, en büyük yaş; erkeklerde 97, kadınlarda 94'tür. Erkeklerin kadınlara oranı ise 1,95'dir.

Özdil S.'nin, 2004-2007 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Uygulama ve araştırma Hastanesinde 601 olguyla yaptığı benzer bir çalışmada, erkelerin oranı %82,2, kadınların oranı %17,8 ve erkeklerin en küçük 4, en büyük 75 yaşında, kadınların ise en küçük 1, en büyük 73 yaşında olduğu bildirilmiştir (35).

Çalışmamız verileri sadece hastanemize başvuran engellileri kapsamaması, ülkemiz genelindeki engellileri yansıtmaması nedeniyle hastanemize başvuran engellilerin median yaşı 25, en sık görülen yaş grubu ise % 25,3 ile 0-9 yaş grubudur. Bunu %18,3 ile 10-19 yaş grubu izlemektedir. İki grup birlikte düşünüldüğünde, 20

yaşın altındaki çocuk ve ergen engellilerin oranı %43,6 ile dikkati çekmektedir. En az başvuru ise, %0,9 ile 80 ve üzeri yaş grubunda olmuştur. Bu yaş grubunda kadınlar erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo XV).

Benzer şekilde Beyazova, Ankara Etimesgut Sağlık Ocağı bölgesindeki, Kesiktaş ise İstanbul ilindeki engellilerin en sık 0-14 yaş grubunda yer aldıklarını bildirmişlerdir (127,128). Ayrıca Akar ve Demirel, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran engellilerle yaptıkları çalışmada, olguların median yaşının 10 ve en sık yaş grubunu da %66,0 ile 0-14 yaş grubu olarak bildirmişlerdir (129). Özyurda ise, Ankara Abidinpaşa bölgesindeki engellilerin en sık 40 ve üzeri yaş grubunda yer aldıklarını, 0-14 yaş grubunun ise üçüncü sırada bulunduğunu bildirmiştir (130). Özdil ise Gaziantep Üniversitesindeki çalışmasında, engellilerin %51,7 ile en sık 21-40 yaş grubunda olduklarını, 0-20 yaş grubu engellilerin ise 3. sırada yer aldıklarını ve en az başvuran yaş grubunun ise 61-75 yaş grubunda olduğunu bildirmiştir (35).

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2011 sonuçlarına göre; nüfusumuzun %50,2'sini erkekler, %49,8'ini ise kadınlar oluşturmaktadır (71).

TÜİK'in 2010 yılında Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı engelli bireylerle yaptığı "Özürlülerin Sorun ve Beklentileri" isimli anket çalışmasına göre; erkeklerin (%58,6) kadınlardan (%41,4) 1,41 kat fazla olduğu saptanmıştır (88). Benzer şekilde Özdil, 4,61 kat olarak, Akar ve Demirel, 1,95 kat olarak, Kesiktaş, İstanbul' da 1.03 kat olarak, Arslan ise, 23 ilde yaptığı çalışma da bu oranı 1,4 kat olarak bildirmişlerdir (35, 128, 129, 131).

2011 Dünya Engellilik Raporu ve Uluslararası Özürlü İnsanlar Kuruluşu'na (Disabled People Internatioanal-DPI) göre; yaklaşık 1 milyar olan engelli kişiler arasında erkeklerin kadınlardan yaklaşık 3 kat fazla olduğu tahmin edilmektedir (1, 90).

Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarla uyumlu olarak erkekler kadınlardan 1.95 kat fazla bulunmuştur. 2002 Türkiye Özürlüler Araştırmasına göre kadınlar erkeklerden 1,2 kat fazla saptanmıştır (52). Uskun ise Isparta'da engelli

nüfus içerisinde kadınların erkeklere göre anlamlı şekilde fazla olduğunu bildirmiştir (85).

Çalışmamızda olguların yıllara ve cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde, erkek oranında her yaş grubunda yıllara göre bir azalma, kadın oranında ise artma gözlenmiştir. Yıllara göre cinsiyet oranlarındaki bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo XIV ve Şekil VII). Özdil'in Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2004-2007 yılları arası dönemi kapsayan çalışmasında, erkek oranında yıllara göre hafif bir artış olurken, kadın oranında hafif bir azalma bildirilmiştir (35). Yine aynı çalışmada, 2004 yılından itibaren engelli başvurularında artış bildirilmiştir (2006 yılında en belirgin olmak üzere).

Bizim çalışmamızda da, 2007 yılından itibaren engelli başvurularında artış saptanmıştır. 2008 yılında, 2007 yılına göre belirgin bir şekilde artış olduğu ve 2009, 2010 yıllarında bu seviyenin hafif bir şekilde artmaya devam ettiği dikkati çekmektedir. Bu artışın nedeni olarak; 1998 yılından sonra, 2006 yılında çıkarılan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkındaki Yönetmelik ile özür oranlarının ciddi anlamda düşürülmesi nedeniyle, birçok resmi kurum ve kuruluşun önceki raporların yenilenmesini talep etmelerini ve 2007 yılından sonra özür oranlarının yeniden düzenlenerek arttırılması ile engelli bireylerin kişisel olarak yeniden rapor düzenlenmesi için başvuruda bulunmalarını sayabiliriz.

Diğer bir sebep olarak da, engelli bireyler ile ailelerinin ve ilgili STK'ların engellilerin sosyoekonomik hakları ile ilgili farkındalıklarının arttığı akla gelmektedir. Bu durum, başvuru yapan bireylerin rapor kullanım amaçları arasında, en fazla ekonomik haklarla ilgili taleplerde bulunmalarıyla açıklanabilir (örneğin sırasıyla; belediye hizmetlerinden yararlanmak (%54,7), 2022 sayılı yasa kapsamında özürlü aylığı almak (%39,7), vergi indiriminden yararlanmak (%38,4), özel eğitimden yararlanmak (%36,5), ÖTV'den muaf araç almak (%32,3) ve evde bakım yardımı (%15,2) gibi) (Tablo XXVI).

Bu arada %14,1 oranıyla "malulen emeklilik" istemiyle yapılan başvurular dikkat çekicidir. Oysa malulen emeklilik konusu, "Özürlülük Ölçütü,

Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine göre değil, 5510 sayılı Yasa’ya dayanılarak çıkarılmış ilgili Yönetmelik ve Tüzük hükümlerine göre düzenlenmektedir.

TÜİK’ in 2010 yılında yaptığı anket çalışmasında, kayıtlı olan engelli bireylerin kamu kurum ve kuruluşlarından beklentileri incelendiğinde; %85,7’si sosyal yardım ve desteklerin artırılması, %77’si sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, %40,4’ü bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması, %28,7’si iş bulma olanaklarının artırılması, %25,6’sı eğitim olanaklarının artırılması yönünde beklentileri olduğunu vurgulamışlardır (88).

Ayrıca yine benzer şekilde 2002 yılı Türkiye Özürlüler Araştırması sonuçlarına göre, engellilerin kurum ve kuruluşlardan beklentileri incelendiğinde; en önemli beklentilerinin parasal katkı (%61,22) olduğu gözlenmektedir. Parasal katkı yapılmasını isteyen engellilerin oranı kırsalda %68,03 iken, kentte %55,28’dir. Engelli erkeklerin %59,34’ü, kadınların ise %63,76’sı kurum ve kuruluşlardan parasal destek istemektedirler (52, 87). Parasal katkı yapılmasını isteyen engellilerin kırsalda ve kadınlarda daha yüksek olmasının nedeni, kadınların gelirlerinin daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca en önemli beklentilerin iş bulunmasında yardımcı olunması, eğitim olanaklarının yaratılması ve yasal haklarının savunulması olduğunu ifade edenlerin oranı erkeklerde ve kentte daha yüksektir (52, 87).

Çalışmamızda saptadığımız rapor kullanım amaçları sıklık dağılımları, 2002 yılı Türkiye Özürlüler Araştırması ve TÜİK’in 2010 yılındaki anket çalışmasıyla uyumlu bulunmuştur.

Özgül’in çalışmasında rapor kullanım amacı olarak en sık 2022 sayılı yasa gereği özürlü aylığı almak ve malulen emeklilik bildirilmişken, Akar ve Demirel’in çalışmasında ise, en sık %59,1 ile özel eğitimden yararlanmak ve %15,3 ile 2022 sayılı yasa kapsamında özürlü aylığından yararlanmak bildirilmiştir (35, 129).

Çalışmamızda; olguların %87,8’inin (6480) kişisel, %12,2’sinin (900) bir resmi kurum aracılığıyla başvurduğu saptanmıştır (Tablo XVI). Benzer şekilde

Özdil'in çalışmasında da başvuruların %63,6'sının (382) kişisel, %36,4'ünün (219) ise, resmi kurumlar tarafından sevk edilenlerden oluştuğu bildirilmiştir (35).

Çalışmamızda başvuru türlerinin yıllara göre dağılımı incelendiğinde; 2008 yılındaki resmi başvuru oranının anlamlı olarak arttığı görülmüştür (Tablo XVII). Başvuru türlerinin yaş grupları ile ilişkisi incelendiğinde; resmi başvuru oranlarının aktif çalışma yaşlarına paralel olarak 20-29 yaş grubu ile 40-49 yaş gruplarında istatistiksel olarak anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (XVIII). Bunun nedeni olarak, bu yaş grubundaki erkeklerin kadınlara göre daha fazla iş ve sosyal hayat içinde olmaları sonucu, trafik kazaları başta olmak üzere, iş kazaları ve meslek hastalıkları ile yaralanmalara daha açık olmaları düşünülebilir.

Benzer şekilde, Güven ve arkadaşları (132) tarafından iş kazasına bağlı maluliyetleri saptanan 36 olgunun %97'sinin erkek olduğu, Aşıcıoğlu (133) ve Forst'un (134) çalışmasında iş kazası geçiren erkek oranının %86 bulunduğu bildirilmiştir. SSK Başkanlığı'nın 2002 İstatistik Yıllığı'nda, 72344 iş kazasının işleminin tamamlandığı, bu kazalara bağlı %96.65 erkek, %3.35 kadın yaralandığı görülmektedir (35, 135).

Çalışmamızda, olguların %71,6'sının sadece bir bölümde konsülte edildiği ve %57,9 ile engele neden olan 1 bozukluk/hastalık saptanmıştır (Tablo XIX ve XXI). Benzer şekilde Özdil'in çalışmasında da, engele neden olan en sık 1 tanı konduğu bildirilmiştir (35).

Toplam 7380 olgunun en sık zihinsel, ruhsal, davranışsal bozukluklar (%41,8) ve kas-iskelet sistemi (%20,0) ile sinir sistemi (%19,1) başlıkları altında konsülte edildikleri ve en sık olan bu üç konsültasyonun erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Şekil IX ve Tablo XX). Benzer şekilde Akar ve Demirel'in çalışmasında da, olguların en sık %38,5 ile zihinsel, ruhsal, davranışsal bozukluklar başlığı altında konsülte edildiği bildirilmiş iken, Özdil'in çalışmasında, %27,3 ile Nöroloji bölümünde konsülte edilerek tanı alanların ilk sırada geldiği bildirilmiştir (35, 129).

Çalışmamızda engele neden olan bozukluklar/hastalıklar incelendiğinde; zekâ (mental) işlev bozukluklarının %14,3 ile ilk sırada yer aldığı, bunu %8,4 ile sinir-kas-iskelet ve hareketle ilgili bozuklukların takip ettiği saptanmıştır (Şekil X).

Ulusal Özürülüler Veri Tabanına kayıtlı engellilerin %29,2'si zihinsel engelliler, %25,6'sı süreğen hastalığı olan engelliler, %8,8'i ortopedik engelliler, %8,4'ü görme engelliler, %5,9'u işitme engelliler, %3,9'u ruhsal ve duygusal engelliler, %0,2'si dil ve konuşma engelliler ve %18'i birden fazla engele sahip olanlardır (88).

Bozuklukların/Hastalıkların yaş ve cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; her iki cinsiyette de en sık görülenlerin; zekâ (mental) işlev bozukluğu ve sinir-kas-hareket bozuklukları olduğu saptanmıştır (Tablo XXII).

Yaş grupları açısından değerlendirildiğinde; 0-9, 10-19 ve 20-29 yaş gruplarında en sık zekâ (mental) işlev bozukluğu, 30-39, 40-49 ve 50-59 yaş gruplarında en sık sinir-kas ve hareket bozuklukları, 60-69 yaş grubunda en sık Diabetes Mellitus, 70-79 yaş grubunda en sık sinir-kas ve hareket bozuklukları, 80 yaş ve üzeri grupta ise, en sık demans tanıları olduğu saptanmıştır.

Amerikan Zekâ Yetersizliği Birliği'ne göre zekâ geriliği, gelişim döneminde oluşan, uyumlu davranışların eksikliğini içeren, normalin altındaki zekâ işlevidir. Genel zihinsel işlevselliğin belirgin olarak ortalamanın altında olmasıdır. Sıklığı %1-3 olarak öngörülmek te olup, erkeklerde kızlara göre 1,5 kat daha sık görülmektedir (136). Çalışmamızda zihinsel işlevler ile ilgili tanılar, literatür ve TÜİK verileriyle uyumlu olarak, erkekler de kızlara oranla daha fazla bulunmuştur (Tablo XXII) (88, 129).

Çalışmamızda başvuranların özür oranları ortalaması %59,80 ± 24,62'dir. Özür oranlarına göre gruplama yapıldığında; olguların en sık %80 ve üzeri özür oranı grubunda (%29,9) olduğu, %20,3'ünün ekonomik hakların pek çoğu için gerekli olan %40 barajını geçemediği görülmektedir (Şekil XII). Özdil'in çalışmasında, %40 özür oranının altında kalan grubun oranı %26,0 olarak bildirilmiştir (35).

Çalışmamızda %61,6 ile en sık sürekli ibareli raporlar düzenlendiği saptanmıştır (Şekil XI). Olguların %44,1'inin ağır özürlü olduğu bulunmuştur. Ağır özürlülük durumu ile rapor geçerlilik süresi karşılaştırıldığında; ağır özürlü olguların %75,6 (2461)'sına sürekli ibareli rapor düzenlendiği, bunun da ağır özürlü olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur (Tablo XXIV). Benzer şekilde Özdil'in çalışmasında sürekli ibareli raporların en sık %71-100 özür grubuna dâhil olanlar olduğu, sürekli olmayan raporların ise en fazla %0-20 özür oranı grubu olduğu bildirilmiştir (35). Akar ve Demirel'in çalışmasında, tüm olguların %62,8'inin (416) özür oranları %50'nin üzerinde olmasına rağmen bunların sadece %31,3'ünün (130) ağır özürlülük kriterlerini taşıdıkları bildirilmiştir (129).

Raporlarda süre belirtilmesi, raporun ilgili kurumca değerlendirilmeye alınarak, sonuçlandırılması yönünden önemlidir. Süresi belirtilmeyen raporlar, verilen özür oranı ne olursa olsun, çoğu kez kurumlarca tam değerlendirilmemekte ve olgular, özür durumundan bağımsız olarak, olası haklarından yararlanamamaktadır.

Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik'in 4. maddesinin a bendinde; özür durumuna göre özür oranı %50 ve üzerinde olduğu tespit edilenlerden günlük yaşam aktivitelerini başkalarının yardımı olmaksızın yerine getiremeyeceğine özürlü sağlık kurulu tarafından karar verilen kişiler ağır özürlü olarak tanımlanmıştır (50).

Yıllara göre rapor düzenlenme süreleri incelendiğinde; 0-20 gün arası sonuçlanan raporların en sık 2007 yılında düzenlendiği ve diğer yıllara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (Tablo XXV ve Şekil XIII). Bu durumun nedeni olarak, başvuru sayısının artışı ve buna bağlı olarak polikliniklerin ve Özürlü Sağlık Kurulunun iş yükünün artışı olduğu düşünülebilir.

Özürlülük Ölçütü Yönetmeliğinde, Özürlü Sağlık Kurulu raporlarının başvuru tarihinden itibaren en geç 20 iş günü içinde düzenlenerek ilgiliye verilmesi gerektiği hükmü olsa da, çalışmamızda olgulara genel olarak bakıldığında, tüm olgularda rapor çıkma sürelerinin 20 günden fazla olduğu görülmektedir. Tek bölümde yapılan muayene sonucu özürlülük durumu değerlendirilen olgulara göre, birden fazla

bölümde yapılan muayene sonucu özürlülük durumları değerlendirilen olgularda, rapor çıkma sürelerinin daha uzun olduğu saptanmıştır. Rapor düzenlenme süresi ortalaması 40,65±35,76 bulunmuştur. Bu süre Yönetmelik'te belirtilen sürenin 2 katı daha uzundur.

TÜİK' in 2010 yılında yaptığı "Özürülülerin Sorun ve Beklentileri" isimli anket çalışmasında da, bu durumla ilgili çarpıcı sonuçlar elde edilmiştir. Kayıtlı engellilerin sağlık kurulu raporu alma sürecinde yaşadıkları sorunlar irdelendiğinde; özürülü bireylerin %59,5'i hastane içinde ilgili tüm poliklinikleri dolaşma zorunluluğunu, %54,6'sı uzun bürokratik işlemleri, %35,9'u hastaneye ulaşımında güçlük yaşadıklarını, %27,2'si kurumların yeni rapor istemesi nedeniyle sıklıkla rapor alma zorunluluğunu, %25,4'ü özür durumunun tespitine yönelik yeterli ve gerekli muayenenin yapılmamasını karşılaştıkları sorunlar olarak ifade etmişlerdir (88).

Hipotezlerin Sınanması;

- Özürülü Sağlık Kurulu Raporu almak için başvuruların giderek arttığı saptanmıştır.
- Başvurulara cinsiyet ve yaş temelinde bakıldığında; Erkeklerin başvuru oranları, özellikle aktif iş yaşamı döneminde (20-49 yaş) olmak üzere, genel olarak daha fazladır.
- Rapor düzenlenme süreleri; çeşitli nedenlere bağlı olarak, Yönetmelikte belirtilen "20 iş günü"nden daha uzun bulunmuştur.
- Rapor kullanım/istek amaçları; sıklıkla ekonomik niteliklidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Engelliliğin evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı bulunmamaktadır. Bununla birlikte terminoloji ve tanımlama ile sınıflandırmaya yönelik çeşitli çalışmalar ve sürüp giden tartışmalar vardır. Ancak son yıllarda, sosyal modele yapılan vurgunun daha da artmasıyla söz konusu tanımlama çabalarının önemli ölçüde değiştiğini söylemek mümkündür.

Engelliliğin, sadece kişiden kaynaklandığını öne süren medikal model temelli tanımlamalar, engellilikten kaynaklanan sorunları da sadece kişide görece ve çözümleri de buna göre geliştirecektir. Buna karşın, engelliliğin tanımlanmasında mevcut sosyal yapılara ve çevresel faktörlerin etkilerine yer verildiğinde ise, çözüm arayışları daha kapsamlı olacak ve bu yapılar ve örgütlenmelerdeki engelleyici faktörleri de ele alacaktır (18).

Engellilere yönelik ayrımcı tutumların kurumsallaştırılmasını önleyici en önemli yaklaşımlardan biri de, engelliye özel düzenlemeler yapılması değil, her düzenlemenin engelliye dikkate alınarak yapılmasıdır (12). Bu yaklaşım pratikte engellileri taşıyan toplu taşıma araçlarının sayısını arttırmak değil, her aracın engellinin binebileceği biçimde üretilmesi, engelli için özel konut inşası değil, her konutun engellinin de kullanabileceği biçimde inşa edilmesi gibi uygulamaları içermektedir (12).

Kurum temelli, engellileri toplumdan dışlayan yapılanmalar yerine hizmet sunumunun her kademesinde engellilerin dikkate alınması ve engelli bireyleri yaşadıkları sosyal çevreden kopartmadan örgütlenmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım ise, izole kurumlarda ve okullarda rehabilitasyon ve eğitim yerine, Toplum Temelli Rehabilitasyon (TTR) ve kaynaştırılmış okullarda eğitim şeklinde ifade edilebilmektedir (12).

Bu şekildeki yaklaşımlar çözümün toplumsallaşması anlamını da içermektedir. Aksi halde engellilerin ötekileştirilmesi, damgalanması ve marjinalleştirilmesi süreci sürekli devam edecek ve toplumsal anlamda çözüm mümkün olmayacaktır (12).

AB'nin yeni politikasına göre engelliler pasif ve yardıma muhtaç bireyler olarak değil, diğer bireylerle eşit haklara sahip ve toplumla bütünleşmek için mücadele veren aktif bireyler olarak görülmektedir (18). AB'nin önemle vurguladığı diğer bir konu da, “sosyal yardım ve bağış kültürünün” yaygınlaşmasıyla savaşımdır. Günümüzde artık engellilere sağlanan ve sağlanacak olan fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik haklar, gelişmişliğin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (11).

Burada asıl vurgulanması gereken nokta; engelli bireylerin kendileriyle ilgili alınacak tüm kararlarda ve politika oluşturulmasında bizzat sürece dâhil olmalarının gerektiğidir. Her ülkenin kendi sosyoekonomik durumuna, engelliliğe yüklediği anlam ve öneme göre engellilere tanınan hakların ve sunulan hizmetlerin nitelik ve niceliği farklılık göstermektedir. Devletin toplumdaki dezavantajlı gruplara sunduğu bu hizmetler bir lütuf olarak değil, sosyal devlet ilkesi gereği, devletin görevi ve bir hak ve alacak olarak algılanmalı ve bu algı, engellilerin haklarını savunan tüm örgütlerin ve STK'ların temel anlayışı olmalıdır. Aksi durumda, engelli bireylere yönelik tüm korumacı ve yardımsever uygulamalar, onların bağımlılığını arttırmakta ve bu durum da, pasiflik duygusunu kabullenmelerine yol açmaktadır.

Bu noktadan hareketle; engelli bireylerin hakları ve temel gereksinimleri, sürekli değişen hükümet politikalarının ve programlarının keyfilğine ve insafına bırakılmamalı, hak ve alacak temelinde tanımlanmalıdır (18).

Engelli tanımlaması, sınıflaması ve haklar değerlendirilirken;

- “Hastalık yoktur hasta vardır” anlayışıyla, hasta ve/veya engelli bireye evrensel tıp ve hukuk anlayışıyla, biyopsikososyal açıdan bütüncül olarak bakabilen,
- Engelli hakları hareketini, genel insan hakları hareketinden ayrı düşünmeden ve engelli, sakat, yaşlı, yoksul, kimsesiz, evsiz vb. ayrımı yapmadan, toplumun tüm dezavantajlı kesimlerini kapsayan bir sosyal devlet anlayışıyla ve gelir dağılımında tam bir adalet ve eşitlik anlayışıyla,

- Engellilerin bağımlılığını daha da arttıran ve onları güncel politik tutumların vicdanına bırakan; ‘’bağış/yardım kültüründen’’ vazgeçerek,
- Engelli bireylerin ve STK’ların karar alma ve politika oluşturma süreçlerine bizzat katıldıkları toplumsal bilinç ve farkındalık yaratılmalıdır.

2005 yılında çıkarılan Özürlüler Kanunuyla yasal mevzuatımızdaki dağınıklık bir miktar giderilmiş olsa da, engellilerle ilgili farklı kurumlara ait çok sayıda yasal düzenlemenin hala yürürlükte olması ve bazı durumlarda kanunlar ve ilgili yönetmelikler arasında uyumsuzluk olması, rapor düzenleme süresinin uzamasına yol açmaktadır. Çalışmamızda da bunu destekler bulgular saptanmıştır (rapor düzenleme süresinin ortalaması; 40,65±35,76 gündür).

Özürlüler Kanunu ve diğer kanunlar engelli bireylere ve ailelerine çeşitli haklar tanımaktadır. Ancak bu gruplar genelde söz konusu haklardan habersizdir. Dolayısıyla engelli kişilerin hakları konusunda bilinçlendirilmesine yönelik mevcut çalışmalar artırılarak ve etkinleştirilerek yürütülmelidir.

Engellilerin, yakınlarının ve onları değerlendirecek/yönlendirecek olan hekimlerin ve diğer kamu çalışanlarının çoğu, Yönetmelikte belirtilen kavramlar (ağır özürlülük, süreklilik, balthazard formülü, özür oranı hesaplanması vb.) ve engellilere sağlanan haklar ile yasal mevzuat konusunda yeterince bilgi sahibi değildirler.

Özellikle birinci basamaktaki koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalıktan ve engellilikten korunma çalışmaları, engellilerin tespiti, takibi ve yönlendirilmesi gibi konular son derece önemlidir. Koruyucu hizmetler ve bilgilendirme çalışmaları sayesinde, engelliliğe yol açan birçok hastalık daha oluşmadan engellenebilmektedir.

Son yıllarda toplumda artan farkındalık ve ekonomik olarak yaşanan güçlüklerle paralel olarak engellilere sağlanan sosyoekonomik haklardan yararlanmak amacıyla, Özürlü Sağlık Kurulu Raporu almak üzere sağlık kurumlarına yapılan başvurular artmıştır. Sağlık kurumları başvurularındaki bu artışa paralel olarak, bu konuya özel alt yapısını hazırlayamamıştır. Başta Özürlü Sağlık Kurulu Raporunu

almaya çalışan engelli bireyler olmak üzere, aileleri ve yakınları ile bu kurulda görev yapan tüm personel için alt yapıyla ilgili sorunların bir an önce çözümlenmesi gerekmektedir.

Birçok yerde sağlık kurulu raporu sistemi, kişilerin ellerinde bir form ile günde onlarca hastayı muayene eden ve bu alanda yeterince bilgi sahibi olmayan hekimleri gezmeleri ve ancak birkaç dakikalık muayeneler şeklinde işlemekte, ICF ve WHODAS-II sistemi gerektiği gibi uygulanmamakta, bu da hatalı ve eksik teşhislerin olduğu raporlar ya da farklı kurumlarca verilen raporlardaki özürlülük oranlarının değişiklik göstermesi ile sonuçlanmaktadır.

Özürlü Sağlık Kurulu muayene ve konsültasyonları rutin uygulamalar arasında değerlendirilmekte, ayak ağrısı nedeniyle başvuran kişi ile Diabetik ayak nedeniyle ayak parmakları amputé edilmiş kişi, aynı poliklinik önünde sıra beklemektedir. Mevzuatımızda engellilere muayene esnasında öncelik hakkı tanınmasına rağmen, bu durum çoğu kez uygulanmamaktadır. Bu da engelli bireyler için zaman kaybına, beden ve ruhsal açıdan daha da yıpranmalarına ve zaman zaman hatalı ya da eksik raporlar düzenlenebilmesine yol açmaktadır. Bu nedenle hastanelerdeki Özürlü Sağlık Kurulları, ayrı bir yapılanma şeklinde organize olmalı, bu alanda eğitimli ve yeterli sayıda personel görevlendirilmeli, hizmet içi eğitimler yoluyla özürlülük ölçütü, sınıflandırması ve kullanılan cetvellere ve ayrıca engelli haklarına yönelik uygulayıcıların bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır.

Engellilik değerlendirmesinde ve puanlamasında kullanılan cetveller sadece yol gösterici olmalıdır. Çünkü engellilik değerlendirmesi dinamik bir süreçtir. Hastalık oluşumundan başlayan bu süreç, kalıcı işlev kayıplarına, etkinlik ve aktivite kısıtlılıklarıyla toplumsal hayatın dışında kalmaya kadar uzanan pek çok bileşeni içermektedir. Bu nedenle bireyler “hastalık yoktur hasta vardır” kavramından hareketle, kendi öznel şartları içerisinde ve bütüncül olarak değerlendirilmeli, yasal süresi içinde (20 iş günü) raporlar düzenlenmeli, “ağır özürlü”, “sürekli” ibareli raporu olanlar, değişen hükümet uygulamalarının kurbanı olmamalı ve tekrar tekrar rapor almaları için zorlanmamalıdır.

Engellilerle ilgili yapılan çalışmalar ve elde edilen istatistiki bulgular; ana çocuk sağlığı ve genel sağlık hizmetlerinin etkili ve kaliteli olarak yaygınlaştırılması, kazaları önleyici tedbirlerin alınması, genetik danışma merkezlerinin yaygınlaştırılması, akraba evlilikleri konusunda toplumun aydınlatılması, tüm fiziki çevrenin ve şehirleşmenin engellilere uygun olarak gerçekleştirilmesi, engellilere verilen hizmetlerin yaygınlaştırılması, bu hizmetlere ulaşmadaki zorlukların kaldırılması, engellilerin eğitimi ve üretken bireyler olarak topluma kazandırılmaları gibi ileriye dönük politikaların planlanmasında çok önemli verilerdir (129).

Özetle geleceğe dair bir projeksiyon yapmak gerekirse, engelli sayısının her geçen yıl giderek artacağını söylemek hiç de abartılı olmayacaktır. Bu durum sadece engelliler ve aileleri için değil, yaşadıkları toplum ve ülke için de ekonomik, sosyal, fiziksel ve psikolojik yönlerden ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Anayasamızda yer alan “sosyal devlet” ilkesinden hareketle, bu sorunları en aza indirmek ve giderek artan engelli nüfusa, ihtiyaç duydukları destek ve rehabilitasyon hizmetlerini adil ve rasyonel şekilde ulaştırabilmek için gerekli politikaların oluşturulması amacıyla engelli sayısının ve tiplerinin bilinmesi son derece önemlidir.

Birçok AB ülkesinde ulusal istatistiki verilere dayanılarak yapılan anket çalışmalarıyla engellilik stratejileri geliştirilmektedir. Son yıllarda ülkemizde de Özürlü Sağlık Kurulu raporları bilgisayar ağı yoluyla Ulusal Özürlüler Veri Tabanında toplanmaktadır. Toplanan bu veriler yoluyla engellilerle ilgili pek çok bilgiye anında ulaşılabilmekte ve politika oluşturma çalışmalarında bu bilgiler önem kazanmaktadır.

Bu açıdan bakıldığında 2007-2010 yıllarını kapsayan ve toplam 7380 olgudan oluşan çalışmamızın verilerini paylaşarak Türkiye istatistiklerine katkıda bulunduğumuzu ve uygulayıcılar için yol gösterici bulgular sunduğumuzu düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Dünya Engellilik Raporu (2011) Yönetici Özeti
<http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/455687-1328710754698/YoneticiOzeti.pdf> (ET: 08.11.2012)
2. KARADEMİR Ş. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma, Adnan Menderes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Aydın, 2008. <http://www.belgeler.com/blg/1f5s/> (ET: 05.11.2012)
3. Üstün B., Jakop R. Re-defining “Health”, Bulletin of World Health Organization, 2005; 83:802
http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/
(ET: 24.04.2013)
4. Aktuğ E. Kocaeli İli Gölcük İlçesinde Süreğen Hastalık Dışı Özürlülük Sıklığı, Nedenleri ve Özürlülerin Sorunları, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli, 2008
<http://www.belgeler.com/blg/11u4/> (ET: 05.11.2012)
5. Alıç S. Kayseri İl Merkezinde Seçilmiş Kent Tipi Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Özürlülük Sıklığı ve etkileyen faktörler, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Kayseri, 2007.
<http://www.belgeler.com/blg/w40/> (ET: 05.11.2012)
6. Çınarlı S. Kamu Hizmetlerinin Yürütülmesinde Engelli Hakları, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı Kamu Hukuku Doktora Tezi, İzmir, 2008. <http://www.belgeler.com/blg/1glg/> (ET: 05.11.2012)
7. Disabilities and rehabilitation, WHO
<http://www.who.int/disabilities/en/index.html> (ET: 28.04.2013)
8. Şahin H. Engellilik Kimin Sorunu? Bireyin mi, Toplumun mu? Özveri Makaleler <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov1/ov1kiminsorunu.htm>
(ET: 05.11.2012)
9. T.C. Anayasası <http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/238/1.1> (ET: 05.11.2012) (Yeni İnternet adresi: <http://www.eyh.gov.tr/tr/html/>)
10. Çakmak NM. Türk Kamu Hukuku Açısından Engellilerin Hukuki Statüsü, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku (İdare hukuku)

- Anabilim Dalı Doktora Tezi. Ankara, 2006. <http://www.belgeler.com/blg/t98/> (ET: 05.11.2012)
11. Tezcan M. Kuran'ın Engellilere Yaklaşımı ve İslam'ın Engellilere Tanıdığı Kolaylıklar, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü Temel İslam Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Kahramanmaraş, 2006. <http://www.belgeler.com/blg/125h/> (ET: 05.11.2012)
 12. Aysoy M. AB Sürecinde Özürlüler Politikası, Açık Kitapları, İstanbul, 2004.
 13. Tekin A. Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Isparta, 2007.
<http://eprints.sdu.edu.tr/414/1/TS00573.pdf> (ET: 05.11.2012)
 14. Oral K. Engelli Çalışmalarına Tarihi ve Güncel Bir Bakış <http://www.yenimakale.com/engelli-calismalarina-tarihi-ve-guncel-bir-bakis.html> (ET: 05.11.2012)
 15. Wolpert L. (Çeviri; Cansu Bilgici) Nasıl Yaşarız Neden Ölürüz, Hücrelerin Bilinmeyen Yaşamı ve Evrimi, Alfa Yayınları, Ocak 2012, Sy:10-11
 16. Doğan Ç. Engelliler: Post modern Kapitalizmin Sakatları, Birikim Dergisi, Sayı:229
<http://www.birikimdergisi.com/birikim/dergiyazi.aspx?did=1&dsid=352&dyid=5318&yazi=Engelliler> (ET: 05.11.2012)
 17. Seyyar A. Özürlülere Adanmış Sosyal Politika Yazıları, Adapazarı Büyükşehir Belediyesi Yayınları, Mayıs 2006
 18. Kökkaya Z. Avrupa Birliği Yolunda Türkiye'de Özürlü İnsanların Ekonomik ve Sosyal Hakları <http://ebookbrowse.com/zeynep-kokkaya-tez-pdf-d295910007> (ET: 05.11.2012)
 19. Munger KM., Gill CJ., Ormond KE., Kirschner KL. The Next Exclusion Debate: Assessing Technology, Ethics, and Intellectual Disability After The Human Genome Project. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews 13: 121-128(2007)
http://www.med.wright.edu/sites/default/files/medu/Archived/2014/M1/SEIM/10-Disabilities/Required/10-Munger_Kelly_M-The_Exclusion_Debate_Human_Genome_Project.pdf (ET: 25.04.2013)
 20. The Social Model of Disability, Brain.He
<http://www.brainhe.com/TheSocialModelofDisabilityText.html>

- (ET: 16.06.2011)
21. Erdugan EF. Türkiye’de Özürlü Yoksulluğu ve Mücadele Politikalarının Değerlendirilmesi: Ankara - Keçiören Örneği, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayın No: 50, Ankara, Kasım-2010 http://www.eyh.gov.tr/upload/ozurluveyasli.gov.tr/mce/eski_site/yayinlar/ankara-kecioren.pdf (ET: 26.05.2013)
 22. Baybora D. Çalışma Hayatında Özürlülere Karşı Ayrımcılık, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi 2006; 51 (1): 239-269 <http://www.journals.istanbul.edu.tr/tr/index.php/sosyalsiyaset/article/view/348/319> (ET: 16.06.2011)
 23. Arıkan Ç. Sosyal Model Çerçevesinde Özürlülüğe Yaklaşım, Ufkun Ötesi Bilim Dergisi 2002; Cilt 2, Sayı 1 (Bu yazı Engelliler. Net’ den alınmıştır) <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/sosyalmodelozurlu.htm> (ET:01.06.2011)
 24. Burcu E. Özürlülük Kimliği ve Etiketlemenin Kişisel ve Sosyal Söylemleri, Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi 2006; 23 (2): 61-83 <http://www.edebiyatdergisi.hacettepe.edu.tr/2006232esraburcu.pdf> (ET: 01.06.2011)
 25. SHAKESPEARE T., Watson N. The Social Model of Disability: An Outdated İdeology?, Research in Social Science and Disability, Volume 2, pp.9-28 (2002) <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Shakespeare/social%20model%20of%20disability.pdf> (ET: 16.06.2011)
 26. Barnes C. A Working Social Model ? Disability, Work and Disability Politics in the 21st Century, Critical Social Policy November 2000; 20: 441-457 <http://csp.sagepub.com/content/20/4/441> (ET: 16.06.2011)
 27. Hanrahan MG. A Social Model of Disability and the Restructuring of Ireland’s Disability Employment Service of Supported Employment, [http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/A3CFE76BE6EE5B7080257117005B2A1B/\\$File/disability_research_conference_18.htm](http://www.nda.ie/cntmgmtnew.nsf/0/A3CFE76BE6EE5B7080257117005B2A1B/$File/disability_research_conference_18.htm) (ET: 16.06.2011)
 28. Okur N., Erdugan EF. Sosyal Haklar ve Özürlüler: Özürlülük Modelleri Bağlamında Tarihsel Bir Değerlendirme, (Özürlüler İdaresi Başkanlığı) <http://www.sosyalhaklar.net/2010/bildiri/okur.pdf> (ET: 16.06.2011)

29. Murat S. Genel Olarak Özürlülere Yönelik Çalışmalar ve İsmek Örneği, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, Sayı 56 (2009)
<http://www.iudergi.com/tr/index.php/sosyalsiyaset/article/viewFile/83/79>
(ET: 05.11.2012)
30. Şimşek Z. Sağlık Kavramları Sağlığın Belirleyicileri, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
tip.harran.edu.tr/ogrenci/ders_notlari/halk_sagligi/saglik_kavramlari.ppt
(ET: 26.05.2013)
31. Braddock DL., Parish SL. Handbook of Disability Studies, Copyright 2001 by Sage publications inc. <http://books.google.com.tr/books?id=vAKSZPR-hk0C&printsec=frontcover&hl=tr#v=onepage&q&f=false>- (ET: 26.05.2013)
32. Seyyar A. Özürlülük Terimleri Sözlüğü (Ansiklopedik Sözlük), Sosyal Siyaset Kürsüsü.
http://www.sosyalsiyaset.net/documents/ozurluluk_terimleri_sozlugu.htm
(05.11.2012)
33. Güler EK. Tıbbi Ortamların ve İlişkilerin Engelli Kişilere Uygunluğunun Etik Yönden Değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Doktora Tezi. Ankara, 2005
<http://library.cu.edu.tr/tezler/5739.pdf> (ET: 05.11.2012)
34. Türk Dil Kurumu Sözlüğü <http://www.tdk.gov.tr/> (ET: 05.11.2012)
35. Özdil S. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi Tarafından Ocak 2004-Temmuz 2007 Tarihleri Arasında Verilen Özürlü Sağlık Kurulu Raporlarının İncelenmesi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ocak-2008
<http://www.belgeler.com/blg/w8u/> (ET: 05.11.2012)
36. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu
http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/mevzuat/yururlukteki_mevzuat/kanunlar
(ET: 05.11.2012)
37. T.C. SGK Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği
http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/mevzuat/yururlukteki_mevzuat/Yonetmeliler/ (ET: 05.11.2012)

38. Karataş K. Engellilerin Toplumla Bütünleşme Sorunları, Bir Sosyal Politika Yaklaşımı (Engelliler.Net: Kasım 2002 tarihinde yayınlanan “Ufku Ötesi Bilim Dergisi” Cilt 2, Sayı 2’den alınmıştır)
http://www.engelliler.net/SosyalBakis/etbs_kasim_karatas.htm
(ET: 05.11.2012)
39. Portrayal of People with Disabilities (AUCD; Association of University Centers on Disabilities) <http://www.aucd.org/template/page.cfm?id=605> (ET: 26.05.2013)
40. Küçükaslan B. Sizce Sözlükte Engelli Kelimesinin Karşısında Nasıl Bir Tanım Olmalı? (Engelliler. Biz Platformu)
<http://www.engelliler.biz/forum/ayrimcilikla-mucadele-insan-toplum-siyaset-bugun-yarin/1496-sizce-sozlukte-engelli-kelimesinin-karsisinda-nasil-bir-tanim-olmalı.html> (ET: 05.11.2012)
41. Lüle F. Engelli Bireye Sahip Yoksul Ailelerin Karşılaştıkları Sorunlar ve Bu Sorunlarla Başa Çıkma Tarzları, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2008
<http://www.engelsizengelliler.org/wp-content/uploads/2012/01/254866.pdf>
(ET: 05.11.2012)
42. Burcu E. Türkiye’deki Engelli Bireylere İlişkin Kültürel Tanımlamalar: Ankara Örneği, Hacettepe Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü
<http://www.edebiyatdergisi.hacettepe.edu.tr/2011281EsraBurcu.pdf>
(ET: 05.11.2012)
43. Whyte SR., Ingstad B. Disability and Culture: An Overview
[http://books.google.com.tr/books?id=750iSwBZBmkC&pg=PA3&lpg=PA3&dq=Whyte+%26+Ingstad’a+göre+\(1995\);](http://books.google.com.tr/books?id=750iSwBZBmkC&pg=PA3&lpg=PA3&dq=Whyte+%26+Ingstad’a+göre+(1995);) (ET: 26.05.2013)
44. Güvercin CH. Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004, Cilt 57, Sayı 2
<http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/891/1229.pdf> (ET: 05.11.2012)
45. BM İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi
<http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>
(ET: 05.11.2012)

46. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ulusal Mevzuat, Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik (28.12.2011 tarih ve 28156 Sayılı RG) <http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/413/5.36> (ET: 05.11.2012)
47. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün resmi internet sitesi (Ulusal mevzuat) <http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/201/Ulusal+Mevzuat/> (ET: 05.11.2012) (Yeni internet adresi: <http://www.eyh.gov.tr/tr/html/8342/Mevzuat>).
48. Aytaç S. İstihdam ve Koruma Alanı Yaratmak Üzere Özürlüler İçin Sosyal Yaşam Merkezi Projesi, Uludağ Üniversitesi, İİBF Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü <http://www.iudergi.com/tr/index.php/sosyalsiyaset/article/viewFile/459/414> (ET: 01.06.2011)
49. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ulusal Mevzuat, 5825 Sayılı Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (18.12.2008 tarih ve 27084 Sayılı RG) <http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/241/2.1> (ET: 05.11.2012)
50. Ayva L., Sarp H. Satır Satır Özürlüler Kanunu, Ankara-2007
51. 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2022.pdf> (ET: 05.05.2013)
52. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (yeni adı: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü), Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası-Ankara, Eylül 2009, 2. Baskı, http://www.turkstat.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=14 (ET: 09.11.2012)
53. AB Müktesebatında Özürlüler ve Özürlü Hakları, Asıl Engel Bilmemektir-Sivil Toplum Diyalogu, Özürlüler Eğitim ve Dayanışma Vakfı (ÖZEV) Yayınları
54. ICIDH-2-International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, Geneva-2001, Final Draft. <http://www.sustainable-design.ie/arch/ICIDH-2Final.pdf> (ET: 11.05.2013)

55. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, WHO, Geneva-1980.
http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf
(ET: 11.05.2013)
56. Çakmak M. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Engelli Tanımı Hakkında Bir İnceleme, Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Bilim Dalı,
<http://auhf.ankara.edu.tr/dergiler/auhfd-arsiv/AUHF-2008-57-02/AUHF-2008-57-02-cakmak.pdf> (ET: 08.11.2012)
57. Kis SU. Adana İli Yüreğir İlçesi Havutlu Beldesi'ndeki Özürlülük Epidemiyolojisi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Adana, 2011 <http://library.cu.edu.tr/tezler/8551.pdf> (ET: 08.11.2012)
58. Verbrugge LM., Jette AM. The Disablement process. Soc. Sci. Med, 1994 Jan; 38(1): 1-14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8146699> (ET: 11.05.2013).
59. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyon-10
<http://78.188.16.246/intranet/.%5CMEVZUATLAR%5CICD10.pdf>
(ET: 08.11.2012)
60. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması: ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), DSÖ-T.C. Başbakanlık ÖZİDA Başkanlığı, 2001, Çevirenler: Elif Kabakçı, Ahmet Göğüş
http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241545429_tur.pdf (08.11.2012)
61. WHO, Disability and health
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/index.html>
(ET: 11.05.2013)
62. Rondinelli RD., Genovese E., Katz RT. ve ark. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition, American Medical Association, 2008; Chapter 1, 1.3 ICF: A Contemporary Model of Disablement
63. Towards a Common Language For Functioning, Disability and Health (ICF), WHO, Geneva-2002
<http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>
(ET: 11.05.2013)
64. Erbaydar NP. Hastalık Yüğü Kavramı ve Hesaplanmasında Kullanılan Ölçütler ve Daly Kavramına Kısa Bakış, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk

- Sağlığı Anabilim Dalı, Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt 28, Sayı 1, Ocak-Nisan 2009 http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2009/sayi_1/baslik4.pdf
(ET: 28.03.2013)
65. Okochi J., Utsunumiya S., Takahashi T. Health Measurement Using The ICF: Test-Retest Reliability Study of ICF Codes and Qualifiers in Geriatric Care, Health and Quality of Life Outcomes 2005, 3:46
<http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-3-46.pdf> (ET: 08.11.2012)
66. WHO Disability Assessment Schedule 2.0-WHODAS 2.0
<http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/index.html>
(ET: 11.05.2013)
67. Investing in Mental Health, WHO Geneva-2003.
http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf (ET: 11.05.2013)
68. Overcoming obstacles to the integration of disabled people, UNESCO, Denmark-1995.
<http://www.daa.org.uk/uploads/pdf/Overcoming%20Obstacles.pdf>
(ET: 11,05.2013)
69. Baykan Z. Özürlülük, Engellilik, Sakatlık Nedenleri ve Korunma. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2000; 9 (9): 336-338.
<http://www.ttb.org.tr/STED/sted0900/4.html> (ET: 11.05.2013)
70. Health of elderly, WHO Geneva-1989
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_779.pdf (ET: 11.05.2013)
71. Rakamlar ne diyor? TUİK 2012
http://www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=4 (ET: 11.05.2013)
72. Advancing The Nation's Health: A Guide to Public Health Research Needs,2006-2015,
http://www.rsvpbook.com/custom_pages/cdc_staging/pdf/CDC_Advancing_the_Nations_Health_Research_Guide-Tracked_Changes.pdf (ET: 11.05.2013)
73. DiE 2000 Genel Nüfus Sayımı, Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri (Türkiye) Ankara, Yayın No: 2759, 2003, s. 256-259
74. Aksöz S. Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesi'nde sakatlık epidemiyolojisi. Yüksek lisans tezi, Ankara, 1986.
75. Saltık A., Kayapınar R., Yorulmaz F. Edirne merkezinde 30 küme örnekleme tekniği ile özürlü taraması. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni 1990; 12(4):25-35.

76. Aktekin MR. Antalya İl Merkezinde Sakatlık Prevalansı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi, Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Antalya, 1990.
77. Müslümanoğlu L. Tıbbi Rehabilitasyon Yönünden İkitelli-Atatürk Mahallesinde Özürlülük Epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanlık Tezi. İstanbul, 1990.
78. Karamehmetoğlu SS. Rehabilitasyon Açısından Silivri İlçesi Merkezinde Özürlülük Prevalansı, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanlık Tezi. İstanbul, 1990.
79. Aydın R. Tıbbi Rehabilitasyon Yönünden Özürlülük Epidemiyolojisi, İstanbul Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanlık Tezi. İstanbul, 1990.
80. Yazgan N. Bornova Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi Kazım Dirik Mahallesi Özürlülük Epidemiyolojisi. Uzmanlık tezi, İzmir, 1990.
81. Serdaroğlu G. Tıbbi Rehabilitasyon Açısından Halkalı Eski Bağlar Mahallesindeki Özürlülük Epidemiyolojisi. Uzmanlık tezi, İstanbul, 1990.
82. Becer H. Ankara Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Özürlülük Epidemiyolojisi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanlık Tezi. Ankara, 1991.
83. Yılmaz H., Kesiktaş N., Eren B., Köse R. İstanbul İlinde Özürlülük Oranı ve Özürlülerin Durumu. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998; 1(2):51-53.
84. Bakırcı N., Erdoğan F., Saraç J., Şendur F., Arpacı A. Diyarbakır Merkezinde Özürlülük Prevalansı, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1992; 16(3):168-172.
85. Uskun E. Isparta İlinde Özürlülük Epidemiyolojisi, SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Isparta, 2002.
86. Beser E., Atasoylu G., Akgör S., Ergin F., Çullu E. Aydın İl Merkezinde Özürlülük Prevalansı, Etiyolojisi ve Sosyal Boyutu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5(4):267-275.
87. Tufan İ., Arun Ö. Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Grubu, Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil (İleri) Analizi, Ankara 2006 <http://www.ozida.gov.tr/default20.aspx?menu=arastirma&sayfa=ilerianaliz> (ET:10.11.2012)

88. TÜİK 2010, Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=244 (ET: 11.05.2013)
89. Çalık S. Özürlülüğün Ölçülmesinde Metodolojik Yaklaşımlar ve 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Özveri Dergisi, <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov2/ov2ozurlulugunolcul.htm> (ET: 10.11.2012)
90. Women and disability don't mix!: Double discrimination and disabled women's rights Gender and Development, Volume 3, Issue 2, 1995 <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/741921809> (ET: 13.11.2012).
91. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Uluslararası Mevzuat, AB'de Özürlülükle İlgili Durum Raporu, AB ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Haziran 2011 http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/572/Avrupa+Birligi_nde+Ozurlulukle+Ilgili+Durum+Raporu (ET: 13.11.2012)
92. World Programme of Action Concerning Disabled Persons, United Nations Enable, Development and Human Rights For All <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=23> (ET:13.11.2012)
93. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Uluslararası Mevzuat, AB'de Özürlülere Yönelik Yasal Düzenlemeler, AB ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, Haziran 2011 http://www.ozida.gov.tr/default20.aspx?menu=raporlar&sayfa=yasal_duzenlemeler (ET: 13.11.2012)
94. AB Özürlüler Stratejisi 2010-2020, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Bülteni, Eylül, Ekim, Kasım, Aralık 2010, Sayı:55, Sayfa:26-30, (Çeviren: AB Uzman Yrd. Gamze AKIN) http://www.urfaprojeofisi.gov.tr/dosyalar/21630_CSGB-ABKD-Say%C4%B1%2055.pdf (ET: 13.11.2012)
95. ANED (Academic Network of European Disability Experts), Human European Consultancy and Centre for Disability Studies of Leeds University <http://www.disability-europe.net/> (ET: 18.11.2012)
96. Protecting people Promoting health, A public health approach to violence prevention for England, Department of Health-2012 <http://www.nwph.net/nwpho/Publications/Protecting%20People%20Promoting%20Health%20Web.pdf> (ET: 06.05.2013)

97. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Özürlülere Sağlanan Haklar Konusunda Sıkça Sorulan Sorular <http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/169/SSS> (ET:18.11.2012)
98. Subaşıoğlu F. Engellilerin İnternet'e Erişimi Üzerine, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi 40, 3-4 (2000), 203-216 <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/26/1011/12274.pdf> (ET: 14.11.2012)
99. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakım Hizmetlerinin Yasal dayanağı ve Bakım Hizmet Türleri <http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/555/Bakim+Hizmet+Turleri> (ET: 18.11.2012)
100. Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/belge/um_bakimamuhtacozurlulertesbitivebakimi.pdf (ET: 25.11.2012)
101. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sayılarla Özürlülere Hizmetler (Engelliler Sitesinden alınmıştır) <http://www.engellilersitesi.com/Detay/9711/SAYILARLA-OZURLULERE-HIZMETLER-.aspx> (ET: 18.11.2012)
102. Özürlüler Kanunu ve İlgili Mevzuat, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları, Yayın No: 43, 3. Baskı, Ankara-2008 http://www.ozurluveyasli.gov.tr/upload/mce/2012/web/mevzuat/mevzuat_kitabi_2010.pdf (ET: 25.11.2012)
103. Özürlü Hakları Özet Listesi <http://vkolcuoglu.blogcu.com/ozurlu-haklari-ozet-listesi/3186487> (ET: 26.05.2013)
104. Türkiye'de Engelli Hakları, Wikipedia, Özgür Ansiklopedi http://tr.wikipedia.org/wiki/Türkiye'de_engelli_hakları (ET: 25.11.2012)
105. T.C. Devlet Personel Başkanlığı Engelli Memur ve ÖMSS İstatistikleri http://www.dpb.gov.tr/dpb_omssistatistik.html (26.05.2013)
106. Türkiye'de Engelli Hakları, Engelliler Sitesi <http://www.engellilersitesi.com/Kategoriler/114/Engelli-Haklari.aspx> (ET: 25.11.2012)
107. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bilgilendirme Rehberi

- http://www.ozurluveyasli.gov.tr/upload/Sayfa/170/files/Bilgilendirme_Rehberi.pdf (ET: 25.11.2012)
108. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ulusal Mevzuat, Özürlüler Veri Tabanı Oluşturulmasına ve Özürlülere Kimlik Kartı Verilmesine Dair Yönetmelik (19.07.2008 tarih ve 26941 Sayılı RG)
<http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/390/5.24> (ET: 08.11.2012)
109. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ulusal Mevzuat, 193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu (06.01.1961 tarih ve 10700 Sayılı RG)
<http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/271/2.14> (ET:05.11.2012)
110. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ulusal Mevzuat, 197 Sayılı Motorlu Taşıtlar Vergisi Kanunu (23.02.1963 tarih ve 11342 Sayılı RG)
<http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/289/2.28> (ET: 05.11.2012)
111. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ulusal Mevzuat, 4760 Sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu (12.06.2002 tarih ve 24783 Sayılı RG)
<http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/298/2.33> (ET: 05.11.2012)
112. 21. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, “Zorlu Yaşam Olayları”, Özet Kitabı, 25-28 Nisan 2011-Antalya.
113. Özgökçeler S. Sosyal Dışlanma Perspektifinde “Engellilik-Çalışma” Dilemması, Araştırma görevlisi, Uludağ Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, (Sosyal Siyaset Dergisi)
<http://www.sosyalpolitikalar.com.tr/derg-boeluemler/kapak-/kapak-dosyasi/106-sosyal-dlanma-perspektifinde-qengellilik-calmaq-dilemmas.html> (ET: 02.12.2012)
114. Kamanlıoğlu M. Feminist Perspektifte Özürlü Kadına Bakışın Sosyolojik Değerlendirmesi Üzerine Kuramsal Bir Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007
<http://www.belgeler.com/blg/12pm/> (ET: 02.11.2012)
115. Başgül ŞŞ., Kartal S. Engelli Ailesi Olmak, Farklı Olanla Yaşamak, Güneş Çocuk İnternet Sitesi (Gönül Dergisi 2011 Aralık sayısında yayınlanmıştır)

- <http://www.gunescocuk.com/s,ug/x,29/engelli-ailesi-olmak> (ET:28.11.2012)
116. Kula N. Engelliler ve Engelli Ailelerine Yönelik Hizmetler, Sosyal Siyaset Kürsüsü (Prof. Dr. Ali Seyyar)
http://www.sosyalsiyaset.net/documents/engelliler_ve_engelli_ailelere_yonelik_hizmetler.htm (ET:28.11.2012)
117. Gizir CA. Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, Cilt: III, Sayı:28
<http://www.pdr.org.tr/dergi/index.php/PDRD/article/viewFile/220/180>
(ET: 28.11.2012)
118. Yazıcı E., Yemişçi DA. Engellilere İlişkin Sivil Toplum Kuruluşlarının Sorunları: İzmir İli Bakımından Bir Değerlendirme, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu
<http://www.sosyalhaklar.net/2010/bildiri/yazici.pdf> (ET: 05.11.2012)
119. Erbesler EE. Sivil Toplum Kuruluşları ve Sosyal Politikalar, Sosyal Politikalar Dergisi
<http://www.sosyalpolitikalar.com.tr/makale/672-svl-toplum-kurululari-ve-sosyal-poltkalar.html> (ET: 02.12.2012)
120. T.C. İzmir Valiliği Resmi İnternet Sitesi, İlimiz Rehberi, İzmir Hakkında
http://www.izmir.gov.tr/default_B0.aspx?content=216 (ET: 02.12.2012)
121. T.C. İzmir Valiliği Resmi İnternet Sitesi, İlimiz Rehberi, Tarihçesi
http://www.izmir.gov.tr/default_B0.aspx?content=211 (ET: 02.12.2012)
122. T.C. İzmir Valiliği Resmi İnternet Sitesi, İlimiz Rehberi, Nüfus Durumu
http://www.izmir.gov.tr/default_B1.aspx?content=1526 (ET: 02.12.2012)
123. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Resmi İnternet Sitesi
http://www.ism.gov.tr/kurum_kategori.aspx (ET: 02.12.2012)
124. T.C. Sağlık Bakanlığı, Resmi İnternet Sitesi, Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik, Özürlü Sağlık Kurulu Raporu vermeye yetkili hastaneler ile Özürlü Sağlık Kurulu Hakem Hastaneler listesi,
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-11521/ozurluluk-olcutu-siniflandirilmesi-ve-ozurlulere-verile-.html> (ET: 02.12.2012)
125. İzmir Büyükşehir Belediyesi, Resmi İnternet Sitesi, Projeler, Engelleri Birlikte Aşalım: Engelli Dostu Belediye

- <http://www.izmir.bel.tr/projelerb.asp?pID=60&psID=0> (ET: 02.12.2012)
126. İzmir Kent Rehberi, Engelliler Rehberi Ana Sayfası, İzmir Engelli Dernekleri
<http://www.izmirde.biz/?Bid=318548> (ET: 02.12.2012)
 127. Beyazova M., Bumin Ç., Beyazova U., Bumin MA., Aksöz Ş. Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Sakatlık Epidemiyolojisi. Gazi Tıp Dergisi, 1987; 3(1):119-30.
 128. Kesiktaş N., Eren B., Köse R. İstanbul ilinde özürlülük oranı ve özürülülerin durumu. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 1998; 44(2):51-3.
 129. Akar T., Demirel B. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Özürülülerin Analizi, Türkiye Klinikleri J Foren Med 2008;5(3):101-8
 130. Özyurda F., Soyer A. Sakatlık sorunu ve demografik özellikleri. Sağlık Derg 1982;156 (1-12): 59-67.
 131. Arslan Ş., Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda özürlülüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. Geriatri 1999;2(3):103-14.
 132. Güven E. Adli Tıp Açısından Maluliyetin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, T.C. Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, 1986;65-72.
 133. 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.
 134. 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.
 135. SSK 2002 İstatistik Yıllığı. SSK Genel Müdürlüğü Yayınları, Yayın No:593. Ajans-Türk Matbaacılık, Ankara. 2004;73-81.
 136. Şenol S., İşeri E., Şener Ş. Çocuk ve ergenlerde görülen ruhsal bozukluklar. Yüksel N, editör. Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2006. p.531-2.

8. EKLER

EK-1: Özürlü Sağlık Kurulu Rapor Formu

ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU RAPORU FORMU (Ön Yüzü)

..... HASTANESİ ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU RAPORU

I. KİŞİSEL BİLGİLER:

Adı, Soyadı :	T.C. Kimlik No:	FOTOĞRAF
Baba Adı :	Doğum Yeri, Yılı :	
Müracaat Tarihi :	Rapor Tarihi :	
Muayeneye Gönderen: A- Çalıştığı Kurum: <input type="checkbox"/> B- Kişisel Müracaat: <input type="checkbox"/>		
Rapor Numarası :	Mühür	

II. ÖZRE İLİŞKİN BİLGİLER:

Sistemler	Özre İlişkin Klinik Bulgular, Radyolojik Tetkikler, Laboratuvar Bilgileri ve Teşhis	Özür Oranı %
Kulak Burun Boğaz Sistemi		
Zihinsel, Ruhsal, Davranışsal Boz.		
Deri		
Hematopoetik Sistem		
Kardiyovasküler Sistem		
Görme Sistemi		
Sindirim Sistemi		
Kadın Hastalıkları ve Doğum		
Ürogenital Sistem		
Endokrin Sistem		
Solunum Sistemi		
Yanıklar		
Onkolojik Hastalıklar		
Sinir Sistemi		
Kas İskelet Sistemi		

III. ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU RAPORUNUN SONUCU:

Teşhis / Teşhisler:	Kişinin Özür oranı % -Rakamla- (Yazıyla)
Ağır Özürlü: (Evet/Hayır)	Çalıştırılmayacağı işlerin niteliği
Sürekli: <input type="checkbox"/>	Raporun Geçerlilik Süresi: -Rakamla- (Yazıyla belirtiniz)

EK-1: Özürlü Sağlık Kurulu Rapor Formu (Devamı)

ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU RAPORU FORMU (Arka Yüzü)

IV. KİŞİNİN ÖZÜR GRUBU:

Ortopedik	<input type="checkbox"/>	Zihinsel	<input type="checkbox"/>
Görme	<input type="checkbox"/>	Ruhsal ve Duygusal	<input type="checkbox"/>
İşitme	<input type="checkbox"/>	Süreğen (Kronik)	<input type="checkbox"/>
Dil ve Konuşma	<input type="checkbox"/>	Sınıflanamayan	<input type="checkbox"/>

V. RAPORUN KULLANIM AMACI:

Eğitim		Ortez-protez- işitme cihazı	
İstihdam		Tekerlekli sandalye	
Sosyal yardım		Özürlü kimlik kartı	
Diğer (açıklayınız)			

VI. ONAY:

Üye	Üye	Üye
Üye	Üye	Üye
Üye	Kurul Başkanı:	Mühür
Oybirliği/Oyçokluğu ile karar verilmiştir.		

ACIKLAMALAR:

- 1- Değerlendirilecek özur; özürlü sağlık kurullarının teşkili için zorunlu olan uzmanlık dalları dışında kalan bir dalda ise, özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili hastane kadrosunda bulunması halinde ilgili dal uzmanının da kurulda bulunması sağlanır. Örneğin; özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşundan özürlü sağlık kurulu raporu talep eden kanserli hastaların; hastane kadrosunda bulunması halinde öncelikle tıbbi onkolog, bulunmadığı durumda radyasyon onkoloğu tarafından değerlendirilmesi sağlanır.
- 2- Özur durumuna göre çalıştırılmayacağı işlerin niteliği bölümüne sadece özur durumuna göre iş alanları genel olarak belirtilmelidir. Örneğin; “görmesini gerektiren iş alanlarında çalıştırılmaz”, “ayakta sürekli durmasını gerektiren işlerde çalıştırılmaz”, “işitmeyi ve/veya konuşmayı gerektiren işlerde çalıştırılmaz” gibi ifadelerle belirtilmelidir.
- 3- Mükerrer özürlü sağlık kurulu raporlarını önlemek amacıyla, raporun kullanım amacı bölümünde birden fazla bölüm işaretlenebilir. Bölümler (X) işaretiyle belirtilir.
- 4- Kişinin özur grubu belirtilirken gerektiğinde birden fazla özur grubu işaretlenir. Bu kısım boş bırakılmaz

EK-2: Etik Kurul Onayı Ön Sayfası



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
 Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
 e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		2007-2010 Yılları Arasında EÜTF Hastanesi Özürlüler Sağlık Kurulunca Düzenlenen Raporların İncelenmesi.				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		-				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ		Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ		-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ		-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ		FAZ 1 <input type="checkbox"/>	FAZ 2 <input type="checkbox"/>	FAZ 3 <input type="checkbox"/>	FAZ 4 <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ		Yeni Bir Endikasyon <input type="checkbox"/>		Yüksek Doz Araştırması <input type="checkbox"/>		
			Diğer ise belirtiniz.		İlaç Dışı Retrospektif Çalışma		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENİRLEN BELGELER	Belge Adı		Tarihi	Versiyon Numarası	Dili:		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		13.10.2011	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU		13.10.2011	-	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 11-10.1/18		Tarih: 25.10.2011				
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, dosya /görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları kapsamında değerlendirilmiş ve araştırmaya başlanmasında etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.						

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Kaan KAVAKLI				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kaan KAVAKLI Başkan	Çocuk Sağlığı Hst. ve Çocuk Kan Hst	E.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hst. AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Aytül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Raportör	Eczacı	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	E.Ü. Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Canan ÇOKER Üye	Biyokimya	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	TOPLANTIYA KATILMADI

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	22	28.09.2011/05	1/2

Ek-2 (Devamı): Etik Kurul Onayı Arka Sayfası



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
 Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
 e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr



ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ		Karar No : 11-10.1/18				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Zeliha KERRY Üye	Farmakoloji	E.Ü. Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Zeliha Kerry</i>
Prof. Dr. Süheyra ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ. Hemşirelik Y.O. Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Süheyra Altuğ Özsoy</i>
Prof. Dr. Zeki KARASU Üye	İç Hastalıkları ve Gastroenteroloji	E.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Zeki Karasu</i>
Doç. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyofizik	E.Ü. Tıp Fakültesi Biyofizik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Murat Pehlivan</i>
Doç. Dr. Hasan PETEK Üye	Hukuk	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi		<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Hasan Petek</i>
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Çağatay Üstün</i>
Doç. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Şafak Taner</i>
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Ayşe Erol</i>
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<i>Fatma Büyükkuş</i>

* Araştırma ile İlişki
 ** Toplantıda Bulunma

Y. K. 4

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	22	28.09.2011/05	2/2

EK-3: Engelliliğe Neden Olan Bozukluklar/Hastalıklar ve Kodları

Kodlar	Engelliliğe Neden Olan Bozukluklar/Hastalıklar
1	İşitme bozuklukları
2	Konuşma ve Ses bozuklukları
3	Denge bozuklukları
4	Yüz şekil bozuklukları
5	Hava yolu defektleri
6	Koku ve Tat bozuklukları
7	Çiğneme ve Yutma bozuklukları
8	KBB Maligniteleri
9	Zekâ (mental) işlev bozukluğu
10	Mental+Motor işlev bozukluğu
11	Dikkat bozukluğu
12	Hiperaktivite bozukluğu
13	Yaygın Gelişimsel Bozukluklar
14	Özel öğrenme güçlükleri
15	Pisikotik bozukluklar
16	Nevrotik, Stresle giden, Somatiform bozukluklar
17	Duygudurum (mood) bozuklukları
18	Beyin hasarı, beyin işlev bozukluğuna bağlı psikiyatrik bozukluklar
19	Kişilik bozuklukları
20	Madde bağımlılığı
21	Sebase, ekrin, apokrin gland hastalıkları
22	Kıl folikülü hastalıkları
23	Ekzematöz Dermatitler
24	Çeşitli inflamatuvar hastalıklar
25	Pigment bozuklukları
26	İmmün – Otoimmün – Sistemik hastalıkların deri bulguları
27	Genetik geçişli deri hastalıkları
28	Deri Maligniteleri
29	Anemiler

Kodlar	Engelliliğe Neden Olan Bozukluklar/Hastalıklar
30	KML ve Miyelofibrosis dışındaki Miyeloproliferatif hastalıklar
31	Koagülasyon ve Hemostaz bozuklukları
32	İmmün – Otoimmün - Sistemik hastalıklar
33	Kemik İliği ve kök hücre nakilleri
34	Hematolojik Maligniteler
35	Aritmiler
36	Pulmoner Hipertansiyon
37	Esansiyel Hipertansiyon
38	Perikard hastalıkları
39	Konjenital Kalp Hastalıkları
40	Kalp yetmezliği
41	Kapak hastalıkları / Kapak Replasmanları
42	Koroner Arter Hastalıkları
43	Kalp Transplantasyonu
44	Tıkaçıcı damar hastalıkları
45	Fonksiyonel damar hastalıkları
46	Travmatik damar hastalıkları
47	Venöz sistem hastalıkları
48	Lenf sistemi hastalıkları
49	Damar maligniteleri
50	Görme keskinliği işlev bozuklukları
51	Görme alanı işlev bozuklukları
52	Diğer yapısal ve fonksiyonel bozukluklar (diplopi, nistagmus, göz kapağı ile ilgili bozukluklar, göz yaşıyla ilgili bozukluklar vb.)
53	Göz yokluğu / Göz Protezi
54	Kornea nakli
55	Göz Maligniteleri
56	Üst sindirim kanalı bozuklukları (özefagus, mide, duodenum, ince barsak, pankreas, dalak)
57	Alt sindirim kanalı bozuklukları (kolon, rektum, anüs)
58	Enterokutanöz fistüller / Cerrahi Stomalar
59	Karaciğer hastalıklarına bağlı kalıcı bozukluklar (karaciğer

Kodlar	Engelliliğe Neden Olan Bozukluklar/Hastalıklar
	yetmezliği, siroz vb.)
60	Karaciğer Transplantasyonu
61	Safra kesesi ve Safra yolları hastalıklarına bağlı kalıcı bozukluklar
62	Herniler
63	Sindirim Maligniteleri
64	Vulva ve Vagina' nın kalıcı bozuklukları
65	Serviks ve Uterus' un kalıcı bozuklukları
66	Fallopian tüpler ve Over' lerin kalıcı bozuklukları
67	Meme hastalıkları
68	Kadın-Doğum Maligniteleri (meme kanseri dâhil)
69	Böbrek hastalıklarına bağlı kalıcı bozukluklar
70	Böbrek Transplantasyonu
71	Mesane hastalıklarına bağlı kalıcı bozukluklar
72	Penis hastalıklarına bağlı kalıcı bozukluklar
73	Testis-Epididim -Spermatik Kord hastalıklarına bağlı kalıcı bozukluklar
74	İnfertilite
75	Prostat, Vesikulo seminalis hastalıklarına bağlı kalıcı bozukluklar
76	Ürogenital Maligniteler
77	Hipofiz hastalıkları
78	Tiroid hastalıkları
79	Paratiroid hastalıkları
80	Adrenal hastalıkları
81	Diabetes Mellitus
82	Kemik metabolik hastalıkları
83	Vitamin ve minerallerle ilgili bozukluklar
84	Purin – Primidin metabolizma bozuklukları
85	Aminoasit metabolizması hastalıkları
86	Lipid depo hastalıkları
87	Lipid metabolizması hastalıkları (Hiperkolesterolemi vb.)
88	Glikozaminoglikan metabolizması bozuklukları
89	Kistik Fibrosis

Kodlar	Engelliliğe Neden Olan Bozukluklar/Hastalıklar
90	Obezite
91	Endokrin Maligniteler
92	Solunum sistemi hastalıklarına bağlı kalıcı bozukluklar (solunum fonksiyon testleriyle)
93	Akciğer Transplantasyonu
94	Solunum Maligniteleri
95	Epilepsi
96	Uyku ile ilişkili bozukluklar
97	Nörojenik ağrı
98	Trigeminal nevralji
99	Migren
100	Periferik fasial paralizi
101	Kranial sinir bozuklukları
102	Demans
103	Serebral, Serebellar, Santral Sinir Sistemi, Periferik Sinir Sistemi ve Spinal Kord lezyonlarına eşlik eden ayakta durabilme, yürüme ve hareket bozuklukları
104	Santral ve Periferik Sinir Sistemi Maligniteleri
105	Vertebra hastalıklarına bağlı bozukluklar
106	Üst ekstremitte hareket kısıtlılıklarına yol açan bozukluklar
107	Üst ekstremitte kırıkları
108	Üst ekstremitte amputasyonları
109	Alt ekstremitte hareket kısıtlılıklarına yol açan bozukluklar
110	Alt ekstremitte kırıkları
111	Alt ekstremitte amputasyonlar
112	Ekstremitte dışı kemik kırıkları
113	Ekstremitte uzunluk farklılıkları
114	İskelet sistemi displazileri
115	Kas bozuklukları
116	İskelet Sistemi Maligniteleri
117	YANIK